



## **Redigiertes Wortprotokoll der 102. Sitzung**

### **Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur**

Berlin, den 24. Februar 2021, 11:00 Uhr  
10557 Berlin, Konrad-Adenauer-Straße 1  
Paul-Löbe-Haus, Saal E 600  
+ Webex-Videokonferenz

Vorsitz: Cem Özdemir, MdB

## **Tagesordnung - Öffentliche Anhörung**

### **Einzigiger Tagesordnungspunkt**

**Seite 4**

Antrag der Abgeordneten Niema Movassat,  
Dr. André Hahn, Gökay Akbulut, weiterer  
Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

**Gleichstellung von cannabis- und  
alkoholkonsumierenden  
Führerscheininhaberinnen  
und Führerscheininhabern**

**BT-Drucksache 19/17612**

#### **Federführend:**

Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur

#### **Mitberatend:**

Ausschuss für Inneres und Heimat  
Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz  
Ausschuss für Gesundheit

#### **Berichtersteller/in:**

Abg. Gero Storjohann [CDU/CSU]

### **Anlagen**

**Seite 26**

Stellungnahmen:  
Ausschussdrucksachen **19(15)459 A-F**



## Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur

### Mitglieder des Ausschusses

	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Behrens (Börde), Manfred Bellmann, Veronika Donth, Michael Holmeier, Karl Jarzombek, Thomas Oßner, Florian Ploß, Dr. Christoph Pols, Eckhard Rainer, Alois Schnieder, Patrick Schreiner, Felix Schweiger, Torsten Sendker, Reinhold Simon, Björn Storjohann, Gero Uhl, Markus	Damerow, Astrid Erndl, Thomas Hirte, Christian Koeppen, Jens Lange, Ulrich Lips, Patricia Möring, Karsten Müller (Braunschweig), Carsten Rehberg, Eckhardt Riebsamen, Lothar Sauer, Stefan Steier, Andreas Stracke, Stephan Tebroke, Dr. Hermann-Josef Wegner, Kai Whittaker, Kai
SPD	Bach, Bela Herzog, Gustav Klare, Arno Korkmaz-Emre, Elvan Lühmann, Kirsten Müller (Chemnitz), Detlef Schiefner, Udo Schmidt, Uwe Stein, Mathias	Bartol, Sören De Ridder, Dr. Daniela Hartmann, Sebastian Martin, Dorothee Nissen, Ulli Rimkus, Andreas Rützel, Bernd Schmid, Dr. Nils
AfD	Holm, Leif-Erik Magnitz, Frank Mrosek, Andreas Spaniel, Dr. Dirk Wiehle, Wolfgang	Büttner, Matthias Ehrhorn, Thomas Kraft, Dr. Rainer Schulz, Uwe Wildberg, Dr. Heiko
FDP	Herbst, Torsten Jung, Dr. Christian Kluckert, Daniela Luksic, Oliver Reuther, Bernd	Hessel, Katja Hocker, Dr. Gero Clemens Müller, Alexander Sauter, Christian Sitta, Frank
DIE LINKE.	Cezanne, Jörg Leidig, Sabine Remmers, Ingrid Wagner, Andreas	Domscheit-Berg, Anke Lenkert, Ralph Lutze, Thomas Zimmermann, Pia
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Gastel, Matthias Gelbhaar, Stefan Tressel, Markus Wagner, Daniela	Krischer, Oliver Müller, Claudia Nestle, Dr. Ingrid Özdemir, Cem



## Liste der Sachverständigen

**Dipl.-Psych. Jürgen Brenner-Hartmann**  
TÜV Süd Life Service GmbH

**Dr. Anja Knoche**  
Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt), Referat Fahreignung, Fahrerausbildung,  
Kraftfahrerrehabilitation

**Prof. Dr. Dieter Müller**  
Hochschule der Sächsischen Polizei (FH)

**Prof. Dr. Dr. Stefan Tönnies**  
Universitätsklinikum Frankfurt a.M., Institut für Rechtsmedizin

**Dr. Thomas Wagner**  
DEKRA e.V. Dresden, DEKRA Technology Center Klettwitz,  
Fachbereichsleiter a.a. Begutachtungsstellen für Fahreignung

**Dr. Bernd Werse**  
Schildower Kreis

**Georg Wurth**  
Geschäftsführer Deutscher Hanfverband (DHV)

**Dr. Renate Zunft**  
Verband der TÜV e.V. (VdTÜV)



### **Einziger Tagesordnungspunkt**

Antrag der Abgeordneten Niema Movassat, Dr. André Hahn, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

### **Gleichstellung von cannabis- und alkoholkonsumierenden Führerscheininhaberinnen und Führerscheininhabern**

#### **BT-Drucksache 19/17612**

**Vorsitzender:** Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren! Ich begrüße Sie ganz herzlich zu der 102. Sitzung des Ausschusses für Verkehr und digitale Infrastruktur, der öffentlichen Anhörung zu dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Gleichstellung von cannabis- und alkoholkonsumierenden Führerscheininhaberinnen und Führerscheininhabern“. Vorab muss ich noch eine organisatorische Sache bekanntgeben. Die Fraktion BÜNDNIS90/DIE GRÜNEN hat gemeldet, dass der Kollege Stefan Gelbhaar heute durch die Kollegin Dr. Kirsten Kappert-Gonther ersetzt wird. Seien Sie uns herzlich willkommen; Mitglied des für den Antrag mitberatenden Gesundheitsausschusses. Vielleicht noch ein Hinweis für die, die uns draußen zuhören: Es geht heute nicht um die grundsätzliche Legalisierung von Balkonpflanzen, sondern um das Thema „Fahrtüchtigkeit“. Ein spannendes Thema. Wie man auch in den Diskussionen im Netz schon sehen konnte, beschäftigt es einige da draußen.

Zu unserer Anhörung hier im Saal sind per Videokonferenz weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer zugeschaltet. Das Format ist den gegenwärtigen Abstandsregelungen und Beschränkungen wegen der Covid19-Pandemie geschuldet. Mit den üblichen 150 Personen, die als Abgeordnete, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Sachverständige und Publikum an einer Anhörung in einem Sitzungssaal normalerweise teilnehmen, würden wir diese Regelungen nicht einhalten können. Gestatten Sie mir eingangs noch ein paar technische Hinweise: Das Ausschusssekretariat administriert die Konferenz technisch. Sollten Sie technische Probleme haben, können Sie sich über die Chatfunktion im Videokonferenz-Modul an den Teilnehmer mit dem Namen „Verkehrsausschuss“ wenden oder per Telefon 030 227 32426 anrufen. Diese Nummer finden Sie auch auf der Tagesordnung dieser Sitzung. Ihr Mikrofon wurde durch den Administrator zunächst stumm gestellt, damit

Hintergrundgeräusche in Ihrer Umgebung nicht hörbar sind. Ich bitte daher die Mitglieder des Ausschusses bzw. die Sachverständigen, die per Web zugeschaltet sind, vor ihrem jeweiligen Redebeitrag ihr Mikrofon anzuschalten. Nach einem Redebeitrag bitte ich, das Mikrofon wieder zu deaktivieren. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die der Sitzung über Videokonferenz als Zuhörende folgen, halten das Mikrofon bitte die ganze Sitzung ausgeschaltet.

Zu unserer Anhörung darf ich nun alle Gäste und besonders herzlich die Sachverständigen begrüßen: Hier im Saal begrüße ich Herrn Georg Wurth. Er ist Geschäftsführer des Deutschen Hanfverbandes. Und per Video zugeschaltet sind die folgenden Sachverständigen: Herr Diplom-Psychologe Jürgen Brenner-Hartmann von der TÜV Süd Life Service GmbH. Frau Dr. Anja Knoche. Sie befasst sich bei der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) mit den Themen Fahreignung, Fahrerausbildung und Kraftfahrerrehabilitation. Herr Prof. Dr. Dieter Müller. Er ist Dozent an der Hochschule der Sächsischen Polizei (FH). Herr Prof. Dr. Dr. Stefan Tönnies vom Universitätsklinikum Frankfurt a.M., Institut für Rechtsmedizin. Herr Dr. Thomas Wagner vom DEKRA e.V. Dresden, dort im Technology Center Klettwitz Fachbereichsleiter Begutachtungsstellen für Fahreignung. Herr Dr. Bernd Werse von der Goethe Universität Frankfurt am Main, Center for Drug Research und heute als Vertreter des Expertennetzwerks Schildower Kreis hier. Und Frau Dr. Renate Zunft, tätig am Medizinisch-Psychologischen Institut der TÜV Nord Mobilität GmbH & Co. KG. Sie vertritt heute den Verband der TÜV e.V. Ich möchte den Sachverständigen, die schriftliche Stellungnahmen eingereicht haben, dafür herzlich danken! Diese wurden als Ausschussdrucksache 19(15)459 verteilt und sind auf der Internetseite des Bundestages abrufbar.

Die Anhörung soll nach folgendem Verfahren ablaufen: Wir haben uns darauf verständigt, dass es keine Eingangsstatements der Sachverständigen geben soll. Die Anhörung gliedert sich in Frage- und Antwortrunden. In jeder Fragerunde können die Ausschussmitglieder, die sich zu Wort melden, bis zu zwei Fragen stellen. Die Fragesteller können außerdem in einer Fragerunde höchstens zwei Sachverständige befragen. Die Fragesteller bitte ich, sich auf drei Minuten Redezeit zu



beschränken. Nach der Fragerunde schließt sich die Antwortrunde an. Ich bitte Sie, liebe Sachverständigen, sich die an Sie gerichteten Fragen zu notieren und diese in der Antwortrunde en bloc zu beantworten. Ich werde Sie dann auch jeweils noch einmal gesondert ansprechen und zur Beantwortung der an Sie gerichteten Fragen auffordern. Die Sachverständigen bitte ich, sich auf eine Redezeit von fünf Minuten pro Frage zu beschränken, damit möglichst viele Fragen gestellt und beantwortet werden können. Das heißt, wenn beispielsweise drei Fragen an Sie gerichtet wurden, stehen Ihnen insgesamt 15 Minuten für die Beantwortung zur Verfügung. Aufgrund dessen, dass die Sitzung auch als Videokonferenz stattfindet, haben wir nicht wie sonst üblich eine Uhr mit der Redezeit auf der Deckenampel. Ich bitte daher die Fragesteller und die Sachverständigen, die Redezeit auch selbst etwas im Blick zu behalten. Wir hier – also ich und das Ausschusssekretariat – verfolgen die Zeit auch mit und bei einer etwaigen Überschreitung erlaube ich mir, Ihnen dann auch einen kurzen Hinweis zu geben. Wir gehen von einem Zeitrahmen von etwa zwei Stunden aus, also bis etwa 13.00 Uhr. Es sind heute zwei Frage- und Antwortrunden vorgesehen. Von der öffentlichen Anhörung wird das Ausschusssekretariat ein Wortprotokoll erstellen, das allen Interessierten im Internet zugänglich sein wird. Wie die aufgebauten Kameras vermuten lassen, wird diese Anhörung vom Parlamentsfernsehen live übertragen und ist im Internet in der Mediathek des Bundestages abrufbar. Die erste Fragerunde beginnt mit der Fraktion der CDU/CSU: Herr Abgeordneter Storjohann, Sie haben das Wort!

Abg. **Gero Storjohann** (CDU/CSU): Vielen Dank, Herr Vorsitzender, liebe Sachverständige, herzlichen Dank für Ihre Bereitschaft uns hier beratend zur Seite zu stehen! Wir diskutieren alle zwei Jahre einen Verkehrssicherheitsreport der Bundesregierung. Das heißt, die Verkehrssicherheitsarbeit nimmt einen hohen Stellenwert, sowohl in den Fraktionen, als auch in der Regierung ein. Deswegen werden jetzt eventuell Maßnahmen vorgeschlagen, um Lockerungen zu machen. Dann sind wir natürlich aufgerufen, das genau zu prüfen. Ich habe zwei Fragen: In der Vorbereitung haben wir ja alles gelesen und man hat festgestellt, das ist so wie beim Alkohol: Es gibt Leute, die vertragen viel Alkohol und einige weniger. Das scheint bei Hanf ja auch so zu sein. Insofern habe ich zwei Fragen

an Frau Dr. Knoche. Es geht darum, eigentlich müsste es ganz einfach sein, die Konzentration im Blut nachzuweisen. Dann müsste man ja auch feststellen können, ob es eine Beeinträchtigung gibt. Wenn das so einfach wäre, hätten wir, glaube ich, schon eine Lösung gehabt. Deswegen sind wir heute hier, glaube ich, alle zusammen. Also gibt es eine Beeinträchtigung von verkehrssicherheitsrelevanten Funktionen, die eingeschränkt sind, wenn man eine gewisse Konzentration im Blut hat und wo wäre dieser Grenzwert? Zweite Frage: Gibt es überhaupt auf wissenschaftlicher Basis beruhende Befunde, die einen THC-Grenzwert analog zum Alkohol von 0,5 Promille definieren?

**Vorsitzender:** Als nächstes Dr. Spaniel für die Fraktion der AfD, bitte. Sie haben das Wort!

Abg. **Dr. Dirk Spaniel** (AfD): Sehr geehrter Herr Vorsitzender, sehr geehrte Sachverständige! Ich mache es ganz kurz. Die politische Stellungnahme erspare ich mir und beschränke mich mal einfach auf die Fragen zu diesem Thema. Meine erste Frage geht an Frau Dr. Zunft: Sie geben in Ihrer Stellungnahme an, dass ein THC-Wert von 1 ng/ml Blutserum bereits nach acht bis zwölf Stunden unterschritten sei, insofern es sich nicht um ein regelmäßiges Konsummuster handele. Kann denn beziffert werden, wie dieser Zeitraum sich verändert, wenn die Grenzwerte wie im Antrag gefordert auf 3 ng/ml respektive 10 ng/ml angehoben werden? Wie viele Stunden nach dem Konsum dürfte ein gelegentlicher Cannabiskonsum dann legal mit einem Auto auf der Straße unterwegs sein, insbesondere auch mit Blick auf die in Ihrer Stellungnahme angeführte zeitverzögerte Wirkung des Cannabiskonsums? Die zweite Frage geht an den Herrn Prof. Dr. Müller: In Ihrer Statistik über Verkehrsunfälle mit Personenschäden zeigt sich ein stetiger Trend bei Unfällen unter Einfluss berauschender Mittel. Welchen Trend prognostizieren Sie, wenn die Gleichstellung von cannabis- und alkoholkonsumierenden Führerscheininhabern hier die geltende Praxis würde? Vielen Dank!

**Vorsitzender:** Danke sehr! Für die SPD-Fraktion Frau Korkmaz-Emre, bitte. Sie haben das Wort!

Abg. **Elvan Korkmaz-Emre** (SPD): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! Mein Dank geht erstmal an die Sachverständigen und deren Bereitschaft, uns heute zur Verfügung zu stehen und ihre Mühen.



Ich denke, wir diskutieren hier über ein ganz wichtiges und sehr sensibles Thema, was hoch relevant ist für die Sicherheit im Straßenverkehr. Ich sage das nochmal, denn wenn man den Antrag der Linken liest, ist das keineswegs offensichtlich. Deshalb möchte ich – bevor wir in die Details gehen – noch einmal in Erinnerung rufen: Wir wissen, dass die Zahl der Verkehrstoten zwar zuletzt zurückgegangen ist, aber dass sich eine Art Stagnation in der langfristigen Entwicklung eingestellt hat und hier im Ganzen betrachtet und gemessen an den Zielen der „Vision Zero“, die wir uns gesetzt haben, wir alles andere als glänzen. Das muss, glaube ich, bei der ganzen Debatte hier immer bei uns im Hinterkopf sein. Meine erste Frage geht an Frau Dr. Zunft: Die Fraktion DIE LINKE. geht bei der Einschätzung zur Fahrtüchtigkeit offensichtlich von einer prinzipiellen Vergleichbarkeit beim Konsum von Cannabis einerseits und von Alkohol andererseits aus. Können Sie uns als Verkehrsmedizinerin etwas zur Vergleichbarkeit der Wirkung von Alkohol- und Cannabiskonsum berichten, insbesondere natürlich hinsichtlich der Leistungsfähigkeit beziehungsweise Fahrtüchtigkeit der Konsumierenden? Meine zweite Frage geht an Prof. Dr. Müller: Könnten Sie uns als Jurist einmal einen Überblick geben, welche unterschiedlichen Rechtsmaterien der Antrag tangiert und wie die Kernforderungen des Antrags sich in die jeweilige Systematik einfügen oder auch nicht einfügen? Die Unterscheidung zwischen Strafrecht, Fahreignungsrecht und Ordnungswidrigkeitenrecht ist dabei, denke ich, durchaus nicht unwichtig und geht im Antrag ja auch ein bisschen durcheinander. Vielen Dank!

**Vorsitzender:** Danke sehr! Für die FDP-Fraktion Herr Herbst, bitte. Sie haben das Wort!

Abg. **Torsten Herbst** (FDP): Ganz herzlichen Dank an die Sachverständigen, dass Sie uns hier zur Verfügung stehen! Ich habe zwei Fragen an Herrn Dr. Wagner. Es geht einerseits darum, was ist der Grenzwert für THC im Blutserum, da ist meine Frage: Inwiefern ist der heutige THC-Grenzwert bei Cannabiskonsum vergleichbar mit dem Alkohol-Promillewert im Straßenverkehr? Die zweite Frage: Zeigt denn die Höhe des THC-Wertes auch zuverlässig das Verkehrsrisiko an, was von einem cannabiskonsumierenden Kraftfahrer ausgeht?

**Vorsitzender:** Vielen Dank! Für die Fraktion DIE LINKE. Kollege Movassat aus dem mitberatenden

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz. Sie haben das Wort!

Abg. **Niema Movassat** (DIE LINKE.): Dankeschön und auch herzlichen Dank an die Sachverständigen für Ihre eingereichten Stellungnahmen! Vielleicht nochmal kurz ein paar wenige Sätze zu dem Antrag. Wir haben diesen Antrag eingereicht, weil die derzeitige Rechtslage und vor allem die Praxis für cannabiskonsumierende Führerscheininhaber im Vergleich zu alkoholkonsumierenden Führerscheininhabern übertrieben hart sind. Es ist ja so, dass man, nur wenn man Cannabis besitzt, nicht wenn man berauscht gefahren ist ... Ich will an dieser Stelle ganz klar betonen, niemand möchte berauscht fahrende Autofahrerinnen und Autofahrer. Es ist völlig klar, wer berauscht fährt, der soll auch seinen Führerschein verlieren. Aber bei Cannabis ist es so, dass auch, wenn man nicht berauscht fährt, ein psychologisches Gutachten angefordert werden kann und man den Führerschein verlieren kann. Das geht tatsächlich so weit, dass Cannabisbesitz völlig unabhängig davon, ob man am Straßenverkehr teilgenommen hat – also man sitzt in seiner Wohnung, es gibt eine polizeiliche Durchsuchung, Cannabis wird festgestellt –, im Ergebnis zum Führerscheinverlust führt. Das andere Problem ist, dass auch bei Menschen, die Cannabis konsumiert haben, Tage später noch Restbestände von THC im Blut nachgewiesen werden können und dann der Führerschein entzogen werden kann, ohne dass diese Menschen in irgendeiner Form noch Tage später berauscht sind. Wir wollen diese Ungerechtigkeit mit unserem Antrag beenden. Wir wollen, dass Menschen, die zwischen Konsum und Teilnahme am Straßenverkehr trennen, nicht bestraft werden. Damit komme ich auch zu zwei Fragen an Herrn Wurth. Zunächst: Worin besteht im Kern die Ungleichbehandlung von cannabis- und alkoholkonsumierenden Führerscheininhabern? Die zweite Frage: Wenn man die Stellungnahmen einiger Sachverständiger liest, dann kann man den Eindruck bekommen, dass mit Bedacht ein psychologisches Gutachten angefordert werde, auf dessen Grundlage es dann zum Fahrerlaubnisentzug komme. „Die rechtskonforme Anwendung des § 14 Fahrerlaubnisverordnung durch die Fahrerlaubnisbehörden...“ so Zitat Herr Brenner-Hartmann auf Seite 6 seiner Stellungnahme, „...führt bereits auf Basis der geltenden Rechtslage nicht dazu, dass ein ein- oder mehrmaliger Betäubungsmittel-Verstoß im



Zusammenhang mit Cannabis ohne Weiteres die Anordnung eines medizinisch-psychologischen Gutachtens auslöst.“ Herr Wurth, können Sie aus Sicht der Betroffenen schildern, wie es in der Praxis tatsächlich aussieht?

**Vorsitzender:** Vielen Dank! In der ersten Runde last but not least, Frau Dr. Kappert-Gonthier, Sie haben das Wort!

**Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonthier (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Vielen Dank! Ich möchte für BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorweg schicken: Wer berauscht ist, fährt nicht und wer fährt, nimmt keine Rauschdrogen! Das sollte die Grundlage sein. Und dass es hier eine eklatante Ungleichbehandlung zwischen Alkoholkonsumierenden und Cannabisbesitzenden gibt, ist eben die aktuelle Situation und die muss man beenden. So geht das aus unserer Sicht nicht weiter. Ich habe zwei konkrete Fragen und zwar sowohl an den Schildower Kreis, als auch an Herrn Wurth vom Hanfverband. Nämlich, unter welchen besonderen Schwierigkeiten leben zurzeit Menschen, die Cannabis auf Rezept als Medizin bekommen, in Bezug auf ihre Fahrerlaubnis? Zum Zweiten: Wenn ein neuer THC-Grenzwert bestimmt werden soll, welche Expertinnen und Experten sollten für eine solche Bestimmung zwingend angehört und deren Meinung einbezogen werden? Vielen Dank!

**Vorsitzender:** Vielen Dank! Dann beginnen wir mit Herrn Wurth, bitte. Sie haben die meisten Fragen.

**Georg Wurth (DHV):** Die erste Frage war, wie konkret die vermutete Ungleichbehandlung von Cannabis- und Alkoholkonsumenten im Straßenverkehr vonstattengeht. Ich kann bestätigen, dass es so ist. Ich habe das auch im größten Teil meiner Stellungnahme herausgearbeitet, wo überall diese Ungleichbehandlung stattfindet. Weil es gibt nicht den einen Kern der Ungleichbehandlung. Letztendlich geht alles auf die unterschiedliche Sichtweise von legal und illegal zurück, die eher eine moralische und keine strafrechtliche Frage ist, aber keine, die mit Verkehrssicherheit zu tun hat. Auch ich möchte betonen, es geht nicht darum, dass Leute bekifft durch die Gegend fahren sollen, irgendwie berauscht, irgendwie gefährdend am Straßenverkehr teilnehmen sollen. Aber es gibt für die Ungleichbehandlung auch kein vernünftiges Argument. Es gibt eine Erhöhung der Unfallgefahr

durch Cannabis, aber die ist nicht größer als bei Alkohol. Es wird wahrscheinlich auch keiner der anwesenden Sachverständigen bestreiten, dass Alkohol eine größere Gefährdung für den Straßenverkehr ist als Cannabis. Ich nenne hier mit Absicht keine konkreten Zahlen. Man kann Durchschnittsgefährdungsraten vergleichen oder maximale Höchstwerte der Erhöhung der Unfallwahrscheinlichkeit, aber an allen Punkten kommen wir am Ende dazu, dass Alkohol den größeren Schaden oder das größere Risiko hervorruft und insofern eine härtere Gangart gegenüber Cannabis da sehr schwer nachzuvollziehen ist. Wo sind also diese Ungleichbehandlungen, von denen ich gesprochen habe? Da sind erstmal die Ungleichbehandlungen ohne Verkehrsbezug, die auch genannt worden sind. Jemand wird tatsächlich in seiner Wohnung mit Cannabis erwischt, ein Strafverfahren beginnt, in vielen Fällen wird es eingestellt, wenn es um eine kleine Menge oder um erwachsene Ersttäter geht. Trotzdem wird in allen Fällen und in allen Bundesländern immer eine Meldung an die Verkehrsbehörde gemacht. Es ist nicht mehr so, dass nach der ersten Meldung sofort eine Überprüfung oder ein Führerscheinentzug stattfindet. Das wird erstmal in Akten gesammelt und erst bei mehrfacher Auffälligkeit innerhalb einer gewissen Zeit kann dann tatsächlich die Führerscheinstelle tätig werden oder wird in der Regel auch tätig – je nach Bundesland ein bisschen unterschiedlich, weil sie dann den Verdacht auf regelmäßigen Konsum sieht, wenn jemand zufällig mehrfach erwischt worden ist. Also Menschen „mit der falschen Frisur“ in Bayern haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, in so ein Verfahren reinzugeraten, weil sie als Cannabis-konsumenten einfach öfter aufgegriffen werden – auch wenn es nie einen Zusammenhang mit Straßenverkehr gegeben hat. Das Verrückte an der Sache ist also letztendlich die Meldung an die Führerscheinstelle an sich nach so einem Strafverfahren. Das wäre genau so, als würde man Konsumenten, die aus dem Supermarkt mit einer Flasche Bier oder Wein kommen, an die Führerscheinstelle melden. Das steht übrigens nicht in den Bundesverordnungen, sondern das ist eine Interpretation der Bundesländer. Also die Bundesländer könnten das nach geltender Rechtslage auch sein lassen. Insofern liegen manche dieser Probleme, die ich hier aufzeige, nicht unbedingt auf Bundesebene, sondern bestehen vor Ort. Zu



dem Punkt „Teilnahme am Straßenverkehr“: Da geht es bei der Ungleichbehandlung vor allem um die Definition der Grenzwerte und der Frage: Wann liegt denn eigentlich eine Drogenfahrt vor? Im Kern akzeptieren wir bei Alkohol eine gewisse Berauschung. Mit knapp 0,5 Promille sind doch sehr viele Alkoholkonsumenten durchaus schon leicht „angedötscht“ – sage ich jetzt mal. Mit einer gewissen Erhöhung der Unfallwahrscheinlichkeit leben wir auch bei allen möglichen anderen Umständen wie Müdigkeit usw. und eben auch bei Alkohol. Bei Cannabis ist es eigentlich eher umgekehrt. Da ist eine „Weit-unter-Null-Toleranz“ mit einem Nanogramm Grenzwert angesetzt, der im internationalen Vergleich übrigens auch extrem repressiv ist. Es gibt nur sehr wenige Länder, die einen so niedrigen Grenzwert haben. Fast alle, die behaupten einen THC-Grenzwert zu haben, haben ein Vielfaches davon. Unterm Strich heißt das, dass sehr vielen nüchternen Cannabiskonsumenten, die Auto fahren, aber mit Restwerten von THC im Blut erwischt werden, eine Drogenfahrt unterstellt wird – mit den entsprechenden Konsequenzen –, was bei Alkohol eben nicht der Fall ist. Das hat natürlich auch mit dem unterschiedlichen Stoffwechsel zu tun und damit, dass Alkohol linear um 0,1 Promille pro Stunde abgebaut wird und dann ist es weg, während Cannabis sich in Halbwertszeiten abbaut. Das muss man sich in dem Zusammenhang immer vor Augen führen. Am Anfang geht die Kurve sehr schnell nach unten und damit eben auch die Rauschwirkung. Hinten heraus verbleibt der Wert ganz lange im niedrigen Bereich und ist auch sehr abhängig vom persönlichen Stoffwechsel. Es gibt Menschen, die unterschreiten 1 ng sehr schnell. Es gibt welche, die unterschreiten diesen Wert sehr langsam. Aber alle sind im Prinzip auch oberhalb von 1 bis 5, 10 ng nicht mehr beeinträchtigt. Daran schließt sich die Frage an: Wie wird eine Drogenfahrt definiert? Und wie wird sie ganz konkret geahndet? Die Frage der verwaltungsrechtlichen Überprüfung der Fahrtauglichkeit läuft ganz grundsätzlich anders. Zunächst einmal wird sie sofort bei Cannabiskonsumenten angestoßen. Der Führerschein wird zwar nicht mehr nach der ersten Drogenfahrt sofort entzogen, aber es wird immer eine MPU angeordnet – jedenfalls so gut wie immer. Die MPU zu bestehen, ist ziemlich schwierig. Das passiert bei Alkohol nicht. Bei Alkohol wird nach dem ersten Verstoß keine MPU angeordnet, da haben

wir eine gewisse Sanktionsspirale. Bei Cannabis fällt im Prinzip sofort der „Holzhammer“ auf die Leute. Bei der MPU selbst sehe ich auch eine Ungleichbehandlung, weil es im Prinzip nicht ausreicht, bei der Trennung von Konsum und Teilnahme am Straßenverkehr Problembewusstsein zu zeigen. Es reicht nicht, wenn man sagt: „Ja, ich konsumiere gelegentlich, das ist kein Problem. Ich habe den Konsum im Griff. Hier habe ich allerdings tatsächlich mal zu nah an der Fahrt konsumiert. Ich sehe ein, das ist ein Problem. Ich ändere das. Ich werde nie wieder berauscht fahren.“ Das reicht nicht. Man muss ein Problembewusstsein gegenüber dem Cannabiskonsum an sich zeigen und sagen, was das im Leben für eine schwierige Phase war oder so und dass man sich bessert usw. Also eine hoch moralisch aufgeladene Frage in der medizinisch-psychologischen Untersuchung, die so bei Alkohol sicherlich nicht stattfindet und vermutlich auch ein bisschen abhängig von der persönlichen Einstellung des Gutachters unterschiedlich gehandhabt wird, so wie wir das von vielen Menschen hören. Die Sanktionsspirale habe ich angesprochen. Die dient normalerweise der Verkehrserziehung. Bei Alkoholkonsumenten habe ich eine Spirale von Sanktionen, die immer härter wird, bis hin zum endgültigen, dauerhaften Entzug der Fahrerlaubnis. Ich habe beim ersten Verstoß das Bußgeld oder die Geldstrafe, den temporären Entzug der Fahrerlaubnis für drei Monate, dann bekomme ich ihn wieder und dann passiert erstmal nichts mehr bis zum nächsten Verstoß. Bei Cannabis geht es sofort los. Es ist fast unmöglich, die angeordnete MPU zu bestehen – ohne teure Vorbereitung jedenfalls – und ohne dass man genau weiß, was man denen dort erzählen muss, um durchzukommen. Wenn man ehrlich ist, verlieren die meisten. Das heißt, die Sanktionsspirale greift nicht wirklich bei Cannabis im Sinne einer Verkehrserziehung, sondern da werden die Leute sofort ausgetrickst. Das zum Thema „Ungleichbehandlung“. Sie ist vielschichtig, sie ist real.

Die Frage „Wie häufig werden MPU's angeordnet?“ war auch mit dabei. Tatsächlich sagt hier eine Stellungnahme, das sei nicht per Gesetz so, dass die sofort passieren müsse. Es sei durchaus möglich, dass wie bei Alkohol erst nach mehreren Verstößen die MPU beantragt werde. In der Praxis ist das aber nicht so. Die Bundesländer bzw. die Führerscheinbehörden haben da einen





Ermessensspielraum. Und in aller Regel – sehr regelmäßig und überall ist das so – wird dieser erste Verstoß schon als Hinweis auf fehlendes Trennungsvermögen angenommen, um daraufhin eine MPU zu beantragen. Ich habe extra wegen der Frage gestern nochmal mit einem befreundeten MPU-Berater gesprochen. Der hat seit dem Urteil in Bayern, das gesagt hat: „Kein sofortiger Führerscheinentzug, sondern erstmal MPU“, 400 Cannabiskonsumenten beraten, die irgendwo bei über 1 ng erwischt worden sind. Und bei einem von den 400 war es der Fall, dass nicht sofort eine MPU angeordnet wurde. Es wird also mit fast hundertprozentiger Sicherheit nach einem ersten Cannabisverstoß sofort eine teure MPU angeordnet und man muss sich teuer beraten lassen, um die überhaupt bestehen zu können. Wie läuft das tatsächlich ab? Hier ist die MPU-Beratung nur ein Part. Ich möchte nochmal kurz schildern, wie so eine Verkehrskontrolle bei Cannabiskonsumenten abläuft. Anders als bei Alkohol, wo man einen belastbaren Alkoholatem-Pustetest hat, der vom Eingriff her relativ überschaubar ist, werden bei Cannabis in der Regel Urinkontrollen gemacht, was eine extrem erniedrigende Prozedur für die Betroffenen ist. Oft sind natürlich keine Toiletten in der Nähe. Die Betroffenen müssen sich dann in irgendeinen Busch oder so verziehen und da in einen Becher pinkeln und oft steht die Polizei noch daneben und guckt, ob da irgendwie gefakt wird. Also tatsächlich ein Massenverfahren an „Polizei guckt Leuten beim Pinkeln zu“. Allein das ist schon eine fragwürdige Sache, zumal diese Schnelltests eben nicht rechtssicher sind und häufig falsche Ergebnisse mit sich bringen. Deswegen sind sie ja nicht rechtssicher. Und bei einem positiven Ergebnis werden die Leute zur Blutprobe gebracht und erst danach begutachtet ein Arzt, ob sie Ausfallerscheinungen haben. Das finde ich auch von der Reihenfolge her wirklich perfide, weil die allermeisten Leute – nach unserer Erfahrung – dann eben bescheinigt bekommen, dass sie keine Ausfallerscheinungen haben. Die sind irgendwo zwischen 1 ng und 5 ng unterwegs, Restwerte vom Vorabend. Sie sind nüchtern und der Arzt bescheinigt ihnen keine Ausfallerscheinungen. Aber die Blutprobe wird vorher gemacht. Die Nadel wird den Leuten vorher in den Arm gestochen und danach sagt der Arzt: „Ja, der hat keine Ausfallerscheinungen.“ Und dann kommen die mit Werten von irgendwo bei 1,5 ng bei der Füh-

rierscheinstelle an und müssen eine MPU machen und verlieren den Führerschein.

Dann war die Frage: Wie ist es mit den Problemen bei Cannabis als Medizin? Auch das ist vom Gesetz her eigentlich geregelt. Cannabis ist eine ganz normale Medizin, wie andere Medizin auch, etwa psychoaktive Medizin. Da gibt es diverse Möglichkeiten auch von Opiaten, Beruhigungsmittel usw., die im Grunde geeignet sind, die Fahrtauglichkeit zu beeinträchtigen, die aber bei einer gewissen Toleranzentwicklung bei einer regelmäßigen Einnahme dazu führen, dass diese Beeinträchtigung nicht mehr vorhanden ist. Das ist auch bei Cannabis so. Da gibt es auch Tests, bei denen werden Probanden getestet, die stabil auf Cannabis eingestellt sind. Die haben keine Beeinträchtigung mehr und die dürfen auch mit einem erhöhten THC-Level fahren. Auch das nochmal als Hinweis für die Frage: Wie gefährlich ist Cannabis im Straßenverkehr im Vergleich zu Alkohol? In der Praxis sieht es aber anders aus. Die Leute können nicht weiterfahren, wenn sie einfach nur das Schreiben vom Arzt vorzeigen, demnach sie offizieller Patient sind und am besten noch einen Ausweis dabei haben, schon so und so lange eingestellt zu sein. Mein Arzt bescheinigt mir, ich bin fahrtüchtig. Die Polizei hat noch diese Schranke im Kopf: „legal, illegal“, „Cannabis ist irgendwie schlecht und böse“. Während bei einem älteren Schmerzpatienten, der ein Opiat einnimmt und eingestellt ist, die Meldung an die Führerscheinstellen sicherlich sehr viel seltener erfolgt und überhaupt auch die bohrenden Nachfragen sehr viel seltener sind. Bei Cannabiskonsumenten hat die Polizei da oft noch die alte Schere im Kopf, macht die Meldungen an die Führerscheinstelle usw. Das ist äußerst problematisch, nicht nur im Straßenverkehr, übrigens auch wenn Leute zu Fuß erwischt werden, auch in strafrechtlichen Fragen. Die werden einfach nach wie vor weiterbehandelt wie Kriminelle. Das zieht sich auch in vielen Fällen mit rein ins Führerscheinsrecht.

Welche Experten sollten für die Bestimmung von THC-Grenzwerten herangezogen werden? Da sollten sicherlich viele unterschiedliche Expertisen zusammengetragen werden. Einerseits: Wie sieht es in der Praxis aus? Unfallforscher, Toxikologen – eben eine möglichst große Bandbreite. Wenn ich mir anschau, wo die Stellungnahmen herkommen, haben wir einen sehr großen Schwerpunkt



bei Stellen, die MPU-Beratungen oder MPU-Prüfungen durchführen. Gestern waren drei von sechs Stellungnahmen auf der Seite des Bundestags von TÜV Nord, TÜV Süd und DEKRA, die Millionenumsätze mit MPUs machen, die, wie gesagt, bei jedem Cannabiskonsumenten automatisch sofort angeordnet werden. Die verdienen richtig viel Geld damit. Obwohl ich deren Expertise nicht in Frage stellen will. Ich würde die auch tatsächlich zu Rate ziehen. Es sind eben Leute, die sich in dem Fach auskennen. Aber man sollte das im Kopf haben und nicht 50 Prozent der kompletten Expertise für die „Erfindung“ eines Grenzwertes darauf stützen. Es sollte einem bewusst sein, diese Leute haben ein finanzielles Interesse an MPUs. Ich glaube, damit habe ich alle Fragen beantwortet. Danke!

**Vorsitzender:** Vielen Dank! Als nächstes Frau Dr. Knoche, bitte. Sie haben das Wort!

**Dr. Anja Knoche (BAST):** Vielen Dank! Ich habe zwei Fragen bekommen, die man in einem abarbeiten kann. Einmal ob es eine THC-Konzentration im Blut gibt, ab deren Beeinträchtigung die Verkehrssicherheit relevant ist. Und ob es wissenschaftliche Befunde gibt, die einen THC-Grenzwert analog zur 0,5 Promille-Grenze definieren können. Vorweg muss ich sagen: Ich war stellvertretende Leiterin des EU-Projekts „Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines – DRUID“ und da Leiterin des Arbeitspakets, in dem genau diese Risikoberechnung zum Fahren unter Einfluss von psychoaktiven Substanzen gemacht wurden. Zum Grenzwert: Der wissenschaftliche Konsens ist, dass, wenn man das Risiko eines Substanzinflusses auf die Fahrt berechnen will, man sich natürlich zunächst mal an Studien orientieren muss, denn der Wert sollte möglichst die Realität abbilden. Das sind also Unfallstudien. Man kann zudem experimentelle Studien heranziehen, wenn man Beeinträchtigungen in Einzelleistungen, die fürs Fahren relevant sind, noch sensibler miterfassen will.

Jetzt zur Frage, ob es eine Blutkonzentration gibt, bei der verkehrsrelevante Beeinträchtigungen zu erwarten sind. Wenn man dem wissenschaftlichen Konsens folgt und sich mal die Unfallstudien anschaut, dann hat Cannabis im Vergleich zu anderen psychoaktiven Substanzen, wie auch Alkohol, generell eigentlich ein niedrigeres Unfallrisiko. Wir haben in DRUID ungefähr 40.000 Fahrer per

Zufallsprinzip aus dem Verkehr gezogen und das mit Verunfallten und verunfallten Getöteten in zehn verschiedenen EU-Ländern verglichen und gesehen, dass erstmal unabhängig von der THC-Konzentration das Risiko, an einem Unfall beteiligt zu sein, dem entspricht, wie es bei unter 0,5 Promille ist. Wir haben zudem bei DRUID auch Verursacheranalysen durchgeführt. Dabei wird eben genauer geschaut, ob nicht nur eine Beteiligung an einem Unfall maßgeblich ist, sondern derjenige, der eine Substanz – in diesem Fall zum Beispiel eine THC-Konzentration – in sich hat, auch Schuld an einem Unfall hat. Hieran könnte man genauer zeigen, ab welchen Konzentrationen das losgeht. Wir müssen uns für die heutige Diskussion vielleicht auf einen Umrechnungsfaktor einigen. Diese ganzen Studien beziehen sich immer auf Vollblut und in Deutschland verwenden wir ja Serum. Ich habe das der Einfachheit halber jetzt mal mit dem Faktor 2 verglichen. Wir sehen aus diesen Unfallstudien, dass ungefähr ab 4 ng im Serum eine signifikante Erhöhung von dem Risiko, an einem Unfall beteiligt zu sein, langsam ansteigt. Und es gibt auch Verursacheranalysen außerhalb des DRUID-Projektes, die ab ungefähr diesem Wert eine Erhöhung des Risikos belegen. Genauer, feiner betrachten kann man in experimentellen Studien, wo schon Teilleistungen fürs Fahren beeinträchtigt werden. Da kann man erstmal sagen, dass es generell unter 2 ng/ml Serum keine Beeinträchtigung, keine Ausfälle gibt. Die beginnen erst im Bereich von 2,5 ng/ml THC im Serum. Da hat auch, wie Ihnen wahrscheinlich allen bekannt ist, vor allem die berühmte Maas-tricht-Studie, eine der Vorreiterstudien aus Holland, mit ihren Berechnungen zum THC-Grenzwert maßgeblich beigetragen. Wenn man ganz streng schätzt, beginnt bei 2 ng THC im Serum schon eine Teilbeeinträchtigung der Feinmotorik. Jetzt dazu, ob es Befunde gibt oder welcher THC-Grenzwert analog zum 0,5 Promille Grenzwert definiert werden kann. In dem Antrag ist von 10 ng die Rede, das ist ziemlich hoch. Das liegt aber daran, denke ich mal, dass man sich hauptsächlich auf die Studienergebnisse der Drummer-Studie bezieht. Das war die erste Studie mit einer Verursacheranalyse, um zu zeigen, ob THC auch ursächlich für eine Verunfallung ist. Hier waren aber relativ wenige THC-Fälle enthalten, sodass man da noch eine unkonkrete Schätzung macht. Grotenham hat 2007 in seiner Veröffentlichung,



ein Modell entwickelt, was so ein bisschen .... Es wurde ja schon gesagt, es gibt eben noch nicht viele epidemiologische Studien, daher würde ich sagen, dass diese 10 ng als analoger Wert für eine 5 ng THC-Grenze ein bisschen zu hoch gegriffen ist. Wir müssen uns die neueren Studien anschauen. Ich oder auch die BAST halten eigentlich das für einen ganz guten Ansatz: Wir haben in DRUID eine Metaanalyse gemacht, das heißt, wir haben die gesamte Literatur zu Alkohol und Cannabis gesichtet – natürlich nur die Studien, die auch irgendwas mit verkehrssicherheitsrelevanten Funktionen zu tun haben – und haben dann in Bezug gesetzt, wie viele Funktionen bei 0,5 Promille Alkohol beeinträchtigt sind und haben dann in der Cannabis-Funktionskurve geschaut, wo bei der gleichen Beeinträchtigung wie unter Alkohol, welcher THC-Konzentrationsgrenzwert liegt. Dieser THC-Grenzwert lag da bei 3,8 ng/ml Blut. Das waren ungefähr 888 Tests, die dazu beigetragen haben, bei denen Cannabis geraucht wurde. Und was sehr schön ist in der Studie: Wir haben das auch damit verglichen, wenn THC oral eingenommen wird. Da kam man auf einen Wert von 3,7 ng/ml THC im Serum analog zur 0,5 Promille-Grenze. Wenn man jetzt noch einen Messfehler wieder aufschlägt, wären wir ungefähr bei 5 ng. Einen wichtigen Aspekt zu dieser Grenzwertdiskussion um Cannabis möchte ich noch hinzufügen. Welche Ergebnisse bekommt man aus diesen Studien? Man leitet eigentlich ab, ab welcher Substanzkonzentration im Durchschnitt eine Beeinträchtigung vorliegt oder sich zum Beispiel das Unfallrisiko erhöht. So weiß man zum Beispiel, dass bei 0,5 Promille Blutalkohol das Unfallrisiko im Vergleich zum nüchternen Zustand doppelt so hoch ist. In der Diskussion um THC-Grenzwerte wird oftmals angeführt, dass man in den Blutproben rechtsmedizinischer Untersuchungen auch THC-Werte mit niedrigeren Konzentrationen findet, als in diesen Studien als Risikowert angegeben wird. Das ist richtig. Man muss natürlich hierzu auch sagen, dass man nicht weiß, ob in allen Fällen dieser niedrigen Konzentrationen das THC auch für die Ausfallerscheinungen verantwortlich ist. Woran soll man sich bei einer Grenzwertfestlegung orientieren? Zunächst ist das keine wissenschaftliche, sondern eine politische Entscheidung. Ob man sich an den Durchschnittswert orientieren will, der in Studien herauskommt oder eben vielleicht an Einzelfällen aus der Rechtsme-

dizin. Einfach als Beispiel: In den Niederlanden wurde der THC-Grenzwert, wie auch beim Alkohol, auf den durchschnittlichen Risikowert bezogen. Das heißt, dort wurde auf Studien gestützt analog zum 0,5 Promille-Wert bei Alkohol, der Grenzwert für Cannabis auf 5 ng/ml Serum definiert. Das ist auch ungefähr ein Wert, der in den DRUID-Studien herauskam.

**Vorsitzender:** Vielen Dank! Dann Prof. Dr. Müller, bitte. Sie haben das Wort!

**Prof. Dr. Dieter Müller** (Hochschule der Sächsischen Polizei): Herzlichen Dank! Mir wurden zwei Fragen gestellt. Die eine Frage bezieht sich auf das Gesamtsystem. Die zweite Frage wurde gestellt in Richtung einer möglichen Prognose, ob ein Anstieg von Verkehrsunfällen unter dem Einfluss von Cannabis zu erwarten sei. Ich möchte also zunächst mit dem Überblick über das Rechtssystem beginnen. Wir können uns das so vorstellen, dass es drei Schutzschirme im deutschen Rechtssystem gibt, um Verkehrsteilnehmer und Personen, die sich im Verkehrsraum befinden, zu schützen, Leib und Leben zu schützen. Der erste Schutzschirm ist der sensibelste, das ist die Gefahrenabwehr. Der Gefahrenabwehrbereich umfasst als gesetzliche Grundlagen das Straßenverkehrsgesetz, die Fahrerlaubnisverordnung und die Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung, die regelmäßig von der BAST fortgeschrieben werden. Die handelnden Behörden in diesem Bereich sind in erster Linie die Fahrerlaubnisbehörde, zusätzlich die Polizei, die Gutachter, dann auch die Strafsjustiz. Ich möchte bei dieser Gelegenheit gleich mit einer Falschinformation aufräumen. Die Mitteilungen der Polizei an die Fahrerlaubnisbehörde sind gesetzlich geregelt in § 2 Absatz 12 StVG. Die Mitteilungen der Strafsjustiz an die Fahrerlaubnisbehörde sind ebenfalls gesetzlich geregelt, in den §§ 13 und 17 des Einführungsgesetzes zum Gerichtsverfassungsgesetz. Daneben gibt es noch eine weitere Meldepflicht von amtlich anerkannten Sachverständigen oder Prüfern. Das ist in der Fahrerlaubnisverordnung geregelt. Das System ist nicht repressiv. Das ist insoweit eine Unterstellung, das System ist ein Gefahrenabwehrsystem. Ich möchte bei dieser Gelegenheit auch gleich die Grenzwertproblematik einordnen. Die Grenzwerte, die wir im deutschen Recht haben, sind nicht vom Gesetzgeber gesetzt worden, auch nicht vom Verordnungsgeber. Sie wurden verein-



bart und sind in einer Verwaltungsvorschrift festgelegt, nämlich im bundeseinheitlichen Tatbestandskatalog, als dessen Anlage zu § 24a StVG. Es wäre wünschenswert, wenn das mal in die Anlage zum StVG aufgenommen würde. Es ist also nur in einer Verwaltungsvorschrift, also sehr niederrangig. Der zweite Schutzschirm ist der des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten. Hier ist einzuordnen § 24a Absatz 2 StVG und in diesem Zusammenhang darf ich auch die beteiligten Gesetze und Behörden nennen. Das Gesetz über Ordnungswidrigkeiten, das Straßenverkehrsgesetz, die Bußgeldkatalogverordnung spielen eine Rolle und die StVO spielt auch eine Rolle, weil in § 36 StVO die Anhaltekontrolle zur Überprüfung der Fahrtüchtigkeit geregelt ist. Wir haben als beteiligte Behörden die Bußgeldbehörde, die Polizei, die Justiz, also Bußgeldgerichte und die Staatsanwaltschaft. Als dritten Schutzschirm haben wir das Strafrecht. Im Strafrecht sind geregelt: Die Trunkenheitsfahrt in § 316 StGB, die konkrete Gefährdung des Straßenverkehrs in § 315c Absatz 1 Nr. 1a StGB und beteiligt sind die Staatsanwaltschaft, die Polizei als Ermittlungsbeamte der Staatsanwaltschaft und wiederum die Gerichte. Aus allen drei genannten Bereichen werden Pflichtmitteilungen generiert. Es handelt sich tatsächlich um Pflichtmitteilungen, wenn ein solcher Sachverhalt polizeilich bekannt wird, der Staatsanwaltschaft bekannt wird, einem Strafgericht bekannt wird. Dann gibt es eine Mitteilungspflicht auch hinsichtlich des Besitzes von Cannabis. Es ist einfach so geregelt und die beteiligten Behörden und Personen müssen sich an die geltenden Regeln halten und deswegen muss so etwas auch gemeldet werden. Wie es dann verarbeitet wird – das wurde richtig dargestellt –, liegt im pflichtgemäßen Ermessen der Fahrerlaubnisbehörde. Eine politische Komponente gibt es selbstverständlich auch in allen drei genannten Bereichen, nämlich drei Ministerkonferenzen beraten regelmäßig zu diesen Themen. Das sind die Innenministerkonferenz, die Justizministerkonferenz und die Verkehrsministerkonferenz. Deren Beschlüsse werden durch Arbeitskreise vorbereitet. Im Bereich der IMK ist das die Arbeitsgemeinschaft verkehrspolizeiliche Aufgaben der Polizei, die Informationen sammelt, teilweise auch über die Deutsche Hochschule der Polizei, die alle zwei Jahre intern zum Thema „Drogen im Straßenverkehr“ die Unfalllage für ein Lagebild ermittelt.

Das ist eine Ermittlung nur für den Dienstgebrauch. Die wird nicht veröffentlicht, sondern nur intern für die polizeiliche Strategie genutzt. Dann darf ich Ihnen sagen, dass eine MPU nicht beantragt wird, das ist ein Irrtum. Eine MPU wird angeordnet von der Fahrerlaubnisbehörde, wenn ein Gefahrenverdacht besteht und dieser Gefahrenverdacht ermittelt werden soll. Das System ist, wie gesagt, nicht repressiv. Dann darf ich mit einem weiteren Vorurteil zur MPU aufräumen. Im Jahr 2019 sind bei einer BtM-Fragestellung 58,6 Prozent positiv beurteilt worden, das heißt, die Leute haben ihre Fahrerlaubnis behalten bzw. sie wurde nicht entzogen. Die Verkehrsüberwachung wurde auch etwas schräg dargestellt, denn der Urintest ist keineswegs der vorherrschende Test in Deutschland. In sehr vielen Bundesländern wird der Speicheltest genutzt. Natürlich sind das alles freiwillige Tests und darüber muss ein Polizeibeamter auch regelmäßig belehren. Die Schnelltests sind – das ist in der DRUID-Studie, die schon angesprochen wurde, ebenfalls getestet – zu mehr als 90 Prozent sicher in ihrem Ergebnis. Deswegen ist es auch nur eine Vermutung, dass die immer unsicher sind. Im Übrigen wird so ein Schnelltest freiwillig angewandt. Er wird angeboten und kann auch abgelehnt werden. Zum Medizinalcannabis: Das ist tatsächlich ein Problem, das gelöst werden müsste. Der Polizeibeamte auf der Straße kann nicht vor Ort feststellen, ob das ärztliche Rezept, das mitgeführt wird, real ist. Es gibt fast keinen amtlichen Pass für Cannabis-Patienten. Da sollte man sich darauf einigen, dass so etwas existiert, damit es auch überprüft werden kann und auch nicht unnütze Blutentnahmen angeordnet werden müssen.

Nun möchte ich zu der zweiten Fragestellung kommen: Wie würde sich höchstwahrscheinlich die Unfalllage entwickeln? Das ist eine Prognose, die sehr schwierig ist. Eine Prognose kann man nur aufgrund valider Daten ermitteln. Ich habe Ihnen in meiner Stellungnahme vorgestellt, dass der Anstieg bei den anderen berauschenden Mitteln eklatant ist. Dahinter verbergen sich alle anderen berauschenden Mittel. Das ist nicht nur Cannabis. In erster Linie dürfte es allerdings Cannabis sein, weil es nun einmal das am meisten benutzte illegale Rauschmittel in Deutschland ist. Es gibt erste Informationen aus einigen Staaten der USA, wo Cannabis in vielen Staaten freigegeben wurde. Und dann sind die Verkehrsunfälle unter



dem Einfluss von Cannabis angestiegen. Das ist von der AAA-Foundation in einigen Untersuchungen ermittelt worden, jeweils auf die einzelnen Staaten bezogen. Wenn Fahrten unter dem Einfluss von Cannabis ansteigen, dann steigen auch die Verkehrsunfälle unter Cannabiseinfluss an. Das ist eine logische Verbindung. Aber ich möchte für Deutschland keine Prognose über die Entstehung der Unfalllage abgeben. Das wäre auch nicht in Ordnung. Allerdings würde, wenn die Grenzwerte hochgesetzt würden, das folgende Denkspiel bei den Cannabiskonsumern eintreten. Die Cannabiskonsumern würden berechnen, wann hatte ich meinen letzten Joint, wann könnte wohl das THC abgebaut sein und manche werden sich dabei einfach verschätzen. Nun ist THC auch nicht gleich THC, das können allerdings Mediziner und Verkehrspsychologen wesentlich besser beantworten als ich. Ich kann Ihnen nur einen Überblick darüber geben, wie das Rechtssystem funktioniert, wie die einzelnen Mechanismen sind und wie das Rechtssystem eventuell reagieren würde, wenn es zu Veränderungen käme. Etwa wenn die Grenzwerte angehoben würden, würde ich prognostizieren, das kann man mit Sicherheit sagen, dass die Anzahl der Ordnungswidrigkeiten runterginge, ganz logisch, weil der Grenzwert höher ist, und dann diejenigen, die einen geringeren THC-Wert im Blut haben, eben nicht mehr unter die Ordnungswidrigkeit fielen. Was sich nicht veränderte, wäre das Fahren im fahruntüchtigen Zustand. Das sollte vielleicht auch nochmal deutlich herausgestellt werden. Die Fahruntüchtigkeit ist etwas Aktuelles, die Fahreignung ist etwas, was dauerhaft vorhanden ist. Das ist eine ganz wichtige Unterscheidung. Die Fahruntüchtigkeit kann man als Fahrer kaum aktuell objektiv richtig einschätzen. Die Fahreignung schon gar nicht. Dafür gibt es Spezialisten wie Verkehrspsychologen und -mediziner. Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

**Vorsitzender:** Danke sehr! Als nächstes Frau Dr. Zunft, bitte. Sie haben das Wort!

**Dr. Renate Zunft (VdTÜV):** Ich habe zwei Fragen, die ich gemeinsam beantworte. Die zweite Frage war die Vergleichbarkeit der Wirkung von Alkohol- und Cannabiskonsum. In der ersten Frage ging es darum, wie sich die Nachweisgrenze von 3 ng auf die Nachweiszeit auswirkt. Wenn wir Cannabis und Alkohol vergleichen wollen, müs-

sen wir uns die Substanzen ansehen. Beide Substanzen sind berauschend und die berauschende Wirkung ist sicherlich das Hauptkonsummotiv für die meisten Konsumenten. Es gibt aber ganz wesentliche Unterschiede, die in der Gesamtbetrachtung nicht zu vernachlässigen sind. Der erste Unterschied ist, dass ein Cannabiskonsumierender beim Erwerb des Cannabis den THC-Gehalt in der Regel nicht kennt. Selbst wenn er das weiß, hängt die aufgenommene Cannabismenge ganz wesentlich von Konsumart und Konsumerfahrung ab. Das heißt, man kann abhängig von der Konsumerfahrung mit dem gleichen THC-Gehalt wesentlich höhere Konzentrationen erreichen. Es wird noch komplizierter, was sicherlich am Cannabisstoffwechsel liegt und dass der THC-Gehalt und die Konsumform allein noch nicht die Konsumkonzentration bestimmen. Die Studien zeigen, dass ...

#### *Abbruch der Tonverbindung*

Das ganze hängt zusammen mit einer extrem komplizierten Verteilung im Körper und einem komplizierten Abbau. Das haben wir schon bei dem ersten Sachverständigen gehört, der Abbau erfolgt eben nicht linear, sondern am Anfang sehr schnell und verzögert sich dann sehr. In den vorliegenden Studien hat man gesehen, dass wir keine eindeutige Zuordnung der Blutkonzentration zu den Wirkungen, wie auch zu den Defiziten, haben. Die Blutkonzentration sinkt eben einfach langsam ab und die Wirkung bleibt. Wenn wir uns die Konzentrationskurven ansehen, dann ist schon nach der ersten Stunde der Peak weit überschritten, die Konzentration stark abgefallen, die berauschende Wirkung hält aber länger an und ebenso sind auch Defizite länger nachweisbar. Es gibt eine neuere Studie, die gezeigt hat, dass noch sechs Stunden nach dem Konsum die Anzahl der Fahrfehler wieder einen Anstieg zeigt und das auch wieder unabhängig vom THC-Wert, der teilweise sogar schon 1 ng unterschritten hatte. Bei gelegentlichen Cannabiskonsumern haben wir verkehrssicherheitsrelevante Defizite. Ich denke, da sind wir uns auch alle einig. Bei gelegentlich Konsumierenden wird im Allgemeinen ein THC-Wert von unter 1 ng teils nach sechs, mindestens nach zwölf Stunden unterschritten, in allen Fällen nach 24 Stunden. Hier jetzt zur ersten Frage: Wann wäre dieser Wert bei einer Grenzsetzung von 3 ng unterschritten? Das ist eine schwierige Frage. Sie sehen an dieser ungeheuren Spanne von sechs bis



zwölf Stunden schon, dass eine genaue Zuordnung gar nicht gemacht werden kann. Man kann letztendlich nur sagen, es wäre kürzer, aber es wäre weiterhin eine breite Spanne. Was bedeutet das für den gelegentlichen Konsumenten? Der gelegentliche Konsument muss eine Karenzzeit einhalten, bis er wieder am Straßenverkehr teilnimmt – genauso wie der gelegentliche Alkoholkonsument. Es geht hier in keiner Weise um irgendeine moralische Betrachtung. Wer gelegentlich Cannabis konsumiert, kann abwarten und dann wieder fahren. Da gibt es auch keine moralischen Bedenken. Wie sieht es bei regelmäßigem Konsum aus? Bei regelmäßigem Konsum wissen wir, dass der Ein-Nanogramm-Wert tatsächlich auch nach 24 Stunden noch nachweisbar sein kann. Dazu muss man das Wort „regelmäßig“ ansehen. Was heißt „regelmäßig“? Dieses Wort hat nichts mit unserem täglichen Sprachgebrauch zu tun. Nach den Begutachtungsleitlinien ist mit dem Wort „regelmäßig“ ein mindestens fast täglicher Konsum gemeint. Das heißt, wir haben hier ein Konsummuster, das eben schon an sich problematisch ist. Die lange Nachweisbarkeit bei regelmäßig Konsumierenden ist aber nicht nur von der Konsumhäufigkeit abhängig. Es gibt auch regelmäßig Konsumierende, bei denen nach 24 Stunden schon kein THC mehr nachweisbar ist, sodass man annehmen muss, dass weitere Faktoren darauf einwirken und da wird die Konsumintensität eine Rolle spielen. Bei den Betroffenen, die regelmäßig konsumieren, sind die Abstinenzphasen kürzer und seltener, zudem ist mit einer Toleranzentwicklung zu rechnen, die eine realistische Einschätzung der subjektiven Gefährdung erschwert. Deshalb sind die Betroffenen grundsätzlich nach Ziffer 9.2.1 der Anlage 4 der Fahrerlaubnisverordnung als ungeeignet zum Führen von Kraftfahrzeugen anzusehen. Wenn wir das Ganze zusammenfassen: Alkohol und Drogen sind als Substanzen schwerlich gleichzusetzen und von daher ist eine Gleichstellung an dieser Stelle schwierig. Dankeschön!

**Vorsitzender:** Vielen Dank!. Es gab an einer Stelle eine Tonunterbrechung. Das war, glaube ich, die Frage von Dr. Spaniel. Vielleicht können Sie das nochmal kurz wiederholen? Dr. Spaniel stellt vielleicht einfach kurz die Frage, damit klar wird, wo etwas fehlte.

Abg. **Dr. Dirk Spaniel** (AfD): Frau Zunft, Sie waren bei der Aufzählung der Unterschiede. Ich habe

noch mitgeschrieben, THC im Blut sei konsumabhängig und dann gab es die Tonunterbrechung.

**Vorsitzender:** Wenn Sie dazu vielleicht kurz nochmal etwas sagen könnten?

**Dr. Renate Zunft** (VdTÜV): Ich hatte die Unterschiede aufgeführt und es ging dann darum, wie die Abbauzeit von Cannabiskonsum bei gelegentlichen Konsumenten ist. Bei den gelegentlichen Konsumenten ist eben im Normalfall nach sechs bis zwölf Stunden kein THC mehr nachweisbar. In Studien hat sich gezeigt, dass bei gelegentlichen Konsumenten nach 24 Stunden sicher kein Nachweis mehr geführt werden kann. Die Frage war an der Stelle gewesen, wie sich eine Grenzwertanhebung auf 3 ng auf diese Abbauzeit auswirken würde. Diese lange Spanne zwischen sechs bis zwölf bis höchstens 24 Stunden zeigt schon, dass eine genaue Zuordnung eben nicht möglich ist, sondern dass eine Zuordnung vom Muster und von der Häufigkeit abhängt, von der Intensität des Konsums und auch von individuellen Gegebenheiten, sodass man eine konkrete Einordnung nicht machen kann. Sicherlich kann man sagen, dass nach 3 ng die Abbauzeit kürzer wäre, mit einer ebenso erheblichen Spanne.

**Vorsitzender:** Ich glaube, der Punkt ist klar geworden. Vielen Dank! Dann machen wir weiter mit Dr. Wagner, bitte. Sie haben das Wort!

**Dr. Thomas Wagner** (DEKRA): Herr Vorsitzender, vielen Dank! Ich schließe meine Ausführungen an Gesichtspunkte an, die Frau Dr. Zunft und auch Prof. Müller eben vorgetragen haben. Ich habe zwei Fragen bekommen. Nummer 1: Sind die derzeitigen Grenzwerte für Cannabis und Alkohol vergleichbar? Nummer 2: Stellt die Höhe des momentanen THC-Grenzwertes einen aussagekräftigen Risikoindikator dar oder könnte man diesen Indikator durchaus auch anheben? Zur Vergleichbarkeit der Grenzwerte ist ja schon etwas gesagt worden. Ich würde nur nochmal verdeutlichen wollen, dass vor dem Hintergrund des Gefahrenabwehrrechts, basierend auf Artikel 2 Grundgesetz, immer zu schauen ist, dass ich den Schutzschirm, den Prof. Müller schon dargestellt hat, auch möglichst vielen Menschen „überstülpen“ kann. Das kann natürlich dazu führen, dass ich unterschiedliche Grenzen in den Blick nehmen sollte. Numerisch heißt das, bei 1 ng/ml THC haben wir einen Ordnungswidrigkeitsstatbestand, der



zu Bußgeld, Punkten und Fahrverbot führt. Gemäß eines Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 19. April 2019 wird eine Fahreignungsbegutachtung zur Abklärung eines vorhandenen oder nicht vorhandenen Trennvermögens als notwendig erachtet. Das heißt, der THC-Grenzwert von 1 ng ist sowohl Bußgeldtatbestand als auch Risikoindikator dafür, Eignungszweifel erheben zu dürfen und abzuklären. Im Unterschied zur früheren Rechtsprechung verlieren die Betroffenen bei diesem Grenzwert nicht automatisch die Fahreignung, sondern sie lösen Eignungszweifel aus, die zu überprüfen sind und die im Ergebnis zunächst einmal auch ein positives Gutachten ermöglichen können. Zu Alkohol: Hier liegt in Anbetracht jahrzehntelanger, guter forensischer Forschung und belastbaren Unfalldaten der Grenzwert für die relative Fahrunsicherheit bei 0,3 Promille. Ab 0,5 Promille haben wir mit einem Ordnungswidrigkeitstatbestand zu tun, mit Fahrverbot, Punkten und Bußgeld. Ab 1,1 Promille ist der Betroffene nach der BGH-Entscheidung von 1990 absolut fahruntüchtig und hat demnach mit einer mindestens sechsmonatigen Fahrerlaubnisperre zu rechnen. Der Hintergrund dieser unterschiedlichen Bewertungsgrundsätze erschließt sich aus der Natur der beiden Substanzen Cannabis und Alkohol, die, wie Dr. Zunft schon ausgeführt hat, sich von der Art der Verstoffwechselung, der Kontrollierbarkeit, Verteilungsphasen, Elimination usw. stark unterscheiden. Dazu kommt, dass wir im Bereich Cannabis von 1995 bis 2015 einen Anstieg der Konsumprävalenzen um 33 Prozent in der Gesamtkohorte und um 130 Prozent bei den weiblichen Usern beobachten. Wir beobachten von 2006 bis 2015 weiterhin einen Anstieg der Wirkungs dosis. Das heißt, für Marihuana gehen einschlägige Analysen von sieben bis elf Prozent Wirkungsgehalt aus und für Haschisch bis zu 19 Prozent. Das heißt, die Konsumdosen werden intensiver und dadurch für die Betroffenen noch schwerer prognostizierbar und haben deswegen auch Auswirkungen auf den User-Kreis, der größer geworden ist, wie auch auf die Einschätzung, ob man unter 1 ng liegt oder nicht. Dann sind auch Gemeinsamkeiten mit Alkohol zu berücksichtigen, die Studien erst in den letzten Jahren in zutage gefördert haben. Wir wissen unter anderem, dass das Ausmaß des Cannabiskonsums im Zusammenhang mit dem Fahren unter Substanzeinfluss und mit selbst berichtetem riskantem Fahrverhalten steht.

Da haben wir ein ähnliches Muster wie bei Alkohol, wonach die seltenen Alkoholkonsumenten nur schwerlich in die Gefahr kommen, mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten. Wenn man sich anschaut, wie es denn mit Persönlichkeitsfaktoren im Zusammenhang mit Tätern und Nichttätern aussieht, haben wir auch aus einigen neueren Studien Überschneidungen mit Alkohol. Hier zeigen sich Konstrukte wie Impulsivität, Risikobereitschaft und Sensation Seeking als aussagekräftig, die wir im Ergebnis internationaler Literaturstudien auch bei Alkoholtätern im Vergleich zu Nichttätern gehäuft beobachten. Dieses Wirkungsgefüge dürfte sich auch auf die Dunkelfelddaten niederschlagen – über die haben wir bisher noch gar nicht geredet – nämlich die unentdeckten Fahrten unter dem Einfluss von Cannabis. Hier gibt es einige wenige Studien, die aber durchaus belegen, dass Partygänger im Selbstbericht einräumen, bis zu 50 Prozent innerhalb der akuten und subakuten Wirkungsphase im Auto zu sitzen, also innerhalb der ersten sechs Stunden nach dem Konsum. Das sind Befragungsdaten, die nach unseren Erfahrungen eher eine Untertreibung als eine Übertreibung dieses Phänomens darstellen, weil Personen sich eher sozial erwünscht verhalten. Insofern haben wir natürlich Probleme mit der Gleichstellung von Alkohol und Cannabis, auch vor dem Hintergrund, dass zwar Cannabis toxisch weniger Ausfallerscheinungen zu produzieren scheint, aber die Komorbidität zwischen Cannabis und anderen psychisch symptomatischen Erkrankungen und Auffälligkeiten einen deutlichen Unterschied zu Alkohol darstellt. Wir wissen aus einschlägigen Ergebnissen der DG-Sucht oder von anderen Fachgesellschaften, dass etwa neun Prozent aller Cannabiskonsumenten eine Abhängigkeit entwickeln. Das Auftreten dieser Abhängigkeit hat noch eine höhere Wahrscheinlichkeit, wenn der Konsum in der Adoleszenz beginnt und liegt bei etwa 50 Prozent, wenn täglich konsumiert wird. Das heißt, bei der Risikobeurteilung des Grenzwertes sollten wir nicht vernachlässigen, welche Kollateralschäden der Konsum zusätzlich provoziert und sollten das bei der Wahl des Grenzwertes berücksichtigen.

Jetzt komme ich zur zweiten Frage: Ist die Höhe des Grenzwertes aussagekräftig für das Risiko oder könnte man den gegebenenfalls auch anheben? In der Diskussion ist seit 2015 eine Anhebung von 1 auf 3 ng/ml THC und diese Diskussion wurde auf



dem Verkehrsgerichtstag 2018 geführt und stets auch in der Grenzwertkommission ventiliert, was dazu geführt hat, dass wir uns mit eigenen Daten dieser Frage genähert haben. Ich hatte das freudige Erlebnis, mit einem Kollegen vom TÜV-Thüringen 159 Fahreignungsgutachten auszuwerten. Die haben wir aus einer Gelegenheitsstichprobe ziehen können, die für eine andere Fragestellung verfügbar war und wir haben uns dann einfach mal die Gutachtenergebnisse angesehen: „positiv“, „negativ“ in der Abhängigkeit vom vorher gemessenen Konzentrationswert. Und wir haben zwei Gruppen gebildet, einmal bis 3 ng THC als die vermeintlich risikoärmere Gruppe und haben uns eine Gruppe angesehen ab 3 ng THC als die vermeintlich riskantere Konsumgruppe. Wir haben geschaut, inwieweit sich diese Gruppen in Bezug auf das Ergebnis der Begutachtung im Sinne von positiver oder negativer Prognose unterscheiden und was an weiteren erklärungsstarken Variablen dahinter steckt. Wir haben gefunden, dass in beiden Gruppen, sowohl unter als auch über 3 ng THC, die Negativquote der Gutachten stabil bei rund 40 Prozent liegt. Das heißt, wir haben eine homogene Stichprobe, was das Gutachtenergebnis betrifft, und diese homogene Stichprobe lässt sich weiter erhärten, wenn man schaut, welche Drogenproblematik in beiden Gruppen dahintersteckt. Da finden wir in beiden Gruppen die sogenannte Hypothese D3 vorherrschend. Das ist der regelmäßige Drogenkonsum. Wir finden als nächstes die Gruppe D2, das sind Personen mit einer fortgeschrittenen Drogenproblematik. Wir finden vergleichbare Konsummotive, die auf gruppenabhängiges, stimulationsbezogenes und belastungsbezogenes Konsumieren zurückzuführen sind und wir finden vom Erstkonsum bis zum Letztkonsum keine Unterschiede bezüglich Alter und Konsumdauer. Wir finden keine Unterschiede in Bezug auf zusätzliche Delinquenz und Unfallbeteiligung am Delikttag und meinen damit weiter erhärten zu können, dass es sich bei dem Messwert nicht um einen Risikoindex, der eine unterschiedliche Risikokategorie darstellt, sondern um eine Gruppe handelt, die sich aus der gleichen Grundgesamtheit speist und es reiner Zufall ist, ob der Betroffene 1,9 oder 3,1 ng THC aufwies. Die Gruppe unter 3 ng haben wir dann noch genauer beleuchtet. Diese Gruppe zeichnet sich durch eine von uns berechnete mehr als siebenjährige Drogenerfahrungsphase aus. Auf

diese Aufklärungsmöglichkeiten würden wir verzichten, wenn wir selbst den Wert von 1 ng auf 3 ng anheben würden. Wir riskierten, dass diese Personen ungeprüft weiter am Straßenverkehr teilnehmen dürften. Vielen Dank!

**Vorsitzender:** Dr. Werse, bitte. Sie sind der letzte in dieser Runde. Sie haben das Wort!

**Dr. Bernd Werse** (Schildower Kreis): Ich denke, ich werde mich halbwegs kurz fassen können, zumal die beiden Fragen, die mir gestellt wurden, auch schon einigermaßen ausführlich beantwortet wurden. Die erste Frage lautete: Welche Schwierigkeiten ergeben sich bei Menschen, die Cannabis medizinisch nutzen? Da hat Herr Wurth schon einige wichtige Aspekte angesprochen. Dass tatsächlich die Praxis teilweise ganz anders aussieht, als das eigentlich auch vom Bundestag schon mal beschlossen wurde, kurz nachdem die medizinische Nutzung von Cannabis legalisiert wurde oder zumindest in einem gewissen Rahmen. In diesem Zusammenhang hat vorhin Prof. Müller eine Sache angesprochen, die ich tatsächlich unterstützen finde, nämlich dass es eine einheitliche Bescheinigung für Leute geben könnte, die gut eingestellt sind, und damit so eine Art – ich will nicht sagen – Freifahrtschein haben, aber zumindest nicht diese Probleme mit der Polizei bekommen, die jetzt immer noch auftreten, obwohl es eine legale medizinische Cannabismutzung gibt. Aber in diesem Zusammenhang möchte ich auch nochmal kurz einen weiteren Aspekt ansprechen. Es gibt zwar diese legale Möglichkeit, Cannabis medizinisch zu nutzen. Wir haben jetzt gerade kürzlich eine Studie, eine Dunkelfeldanalyse, veröffentlicht, in der wir Leute in Stichproben befragt haben, die sich immer noch illegal mit Cannabis versorgen, aber zum allergrößten Teil eine ganz klar medizinische Indikation haben. Da war vor allem eine Gruppe interessant, nämlich diejenigen, die nicht regelmäßig, also nicht täglich medizinisches Cannabis brauchen, sondern nur nach Bedarf, zum Beispiel wenn bestimmte psychische Krisen oder bestimmte körperliche Symptome auftreten. Von denen gab es auffällig viele, die gesagt haben: „Diesen Stress, einen Arzt zu finden, der mir das verschreibt, will ich mir nicht machen. Ich brauche sowieso nicht so viel, ich versorge mich weiter illegal.“ Die Gruppe scheint wirklich nicht gerade klein zu sein, weil es in der Ärzteschaft immer noch sehr hohe Vorbehalte gibt,





überhaupt jemandem Cannabis zu verschreiben, was zum Teil auch mit den Regelungen zu tun hat. Das würde aber jetzt zu weit führen. Jedenfalls für diese Leute wäre es auch sinnvoll, wenn das momentane System, dass Leute, die mit Cannabis auffallen, sofort ein MPU-Verfahren bekommen, endlich beendet wird. Das ist meiner Meinung nach bei dem, was wir hier diskutieren, der weitaus entscheidendere Punkt, als jetzt die genauen Grenzwerte.

Das leitet so ein bisschen zur nächsten Frage über, nämlich welche Expertinnen und Experten für Grenzwerte angehört werden sollten. Auch da kann ich nur nochmal das unterstützen, was Georg Wurth gesagt hat. Es sollten insbesondere unabhängige Leute sein, die nicht per Profession ein Interesse daran haben, dass die Grenzwerte so niedrig wie möglich gehalten werden bzw., dass dieses System, nach dem immer eine MPU angeordnet wird, weiter aufrecht erhalten bleibt. Da gibt es mit Sicherheit nicht nur hier in Deutschland eine Menge unabhängige Leute aus Toxikologie, Medizin etc., die man dazu aufrufen kann. Natürlich sollte man auch die ganzen internationalen Studien zu diesem Thema in Betracht ziehen. Nur noch ein Wort zu den Grenzwerten: Ich bin jetzt nicht als Experte für Grenzwerte hier aufgerufen worden. Wir haben auch schon einiges von den anderen Expertinnen und Experten dazu gehört, dass es bei Cannabis eben nicht so leicht ist, etwas Genaues festzulegen. Da bin ich auch relativ offen. Aber trotzdem sollte klar sein – oder es geht aus den vorliegenden bisherigen Studien hervor –, dass es durchaus sinnvoll ist, einen Grenzwert festzulegen, bei dem praktisch keine Berausung mehr zu erwarten ist. Der liegt ganz offensichtlich nach all dem, was ich jetzt dazu gelesen habe, oberhalb von 1 ng, was im Moment gilt.

**Vorsitzender:** Vielen Dank! Damit sind wir am Ende der ersten Runde. Herr Storjohann, Sie haben das Wort!

Abg. **Gero Storjohann** (CDU/CSU): Ich habe jetzt gelernt, dass der MPU-Markt hier ein entscheidendes Kriterium ist und dass der Bereich Cannabis da der größte Anteil ist. Deswegen scheiden hier einige als Experten angeblich aus. Ich glaube, das ist nicht der Fall. Wenn Hanf das Hauptproblem beim MPU-Markt ist, dann stimmt irgendwas nicht. Dann habe ich bisher was verpasst. Ich habe jetzt zwei Fragen an zwei Experten. Einmal an

Herrn Brenner-Hartmann, dass Sie mal aus der Praxis berichten und zwar aus der Fahreignungsbegutachtung, was Sie dort feststellen. THC-Konzentration: Das ist hier schon teilweise vorgestellt worden, aber wir haben ja unterschiedliche Experten und deswegen kann es ja auch einige Nuancen in der Bewertung geben. Der Zweite ist dann Prof. Tönnies: Sie sind Vorsitzender der Grenzwertkommission. Ich weiß gar nicht, ob es da Mehrheitsbeschlüsse gibt. Sie bereiten ja jetzt den Grenzwert vor. Ob Sie einstimmig was entscheiden müssen, weiß ich nicht. Das können Sie kurz erklären. Aber wie sind Sie an diese Grenzwertdiskussion rangegangen? Sie scheinen ja demnächst ein Ergebnis vorlegen zu wollen. Können Sie das mal darstellen, worauf Sie sich dann stützen, um uns hier in der Politik auch den nötigen Rückhalt zu geben, dass das alles richtig ist, was Sie uns vorschlagen?

**Vorsitzender:** Danke sehr! Für die AfD-Fraktion Dr. Spaniel.

Abg. **Dr. Dirk Spaniel** (AfD): Ich kürze das ab, ich habe keine Fragen.

**Vorsitzender:** Vielen Dank! Dann machen wir gleich weiter mit Frau Kollegin Lühmann für die SPD-Fraktion. Bitte!

Abg. **Kirsten Lühmann** (SPD): Herzlichen Dank! Zuerst finde ich es sehr schön, dass Prof. Müller einige Aussagen von Herrn Wurth klargestellt hat. Weil ich es schwierig finde, dass man persönliche Erfahrungen, die es mit Sicherheit gibt, das will ich überhaupt nicht bestreiten, verallgemeinert. Ich steuere dann auch noch ein paar eigene Erfahrungen als Polizeibeamtin bei: Dass jemand eine Urinprobe in freier Wildbahn abgibt und jemand zusieht, halte ich für hoch problematisch und das habe ich in Niedersachsen nie erlebt. Insbesondere, wenn es sich um Frauen handelt, glaube ich, ist die Grenze zu unwürdigen Behandlungen sofort überschritten. Das brauchen wir überhaupt nicht zu diskutieren. Darum kann ich mir nicht vorstellen und ich kann es für Niedersachsen zumindest für die 27 Jahre, die ich da Dienst gemacht habe, ausschließen, dass so etwas passiert ist. Wenn sowas bei uns erforderlich war, sind wir immer auf die Wache gefahren und haben das Ganze in einer Toilette gemacht. Nochmal, ich schließe nicht aus, dass es solche Fälle gibt, aber Sie haben es dargestellt, als wäre das der Regel-



fall. Und zumindest für die Bundesrepublik möchte ich das hinterfragen. Jetzt aber meine Fragen, zum einen an Prof. Dieter Müller. Wir haben von der Linksfraktion heute auch immer wieder den Eindruck gehört, es werde sofort eine MPU angeordnet, wenn es um Drogenkonsum gehe und es sei deshalb gemacht worden, weil es eben eine illegale Droge sei, im Gegensatz zu Alkohol, der eine legale Droge sei. Wie beurteilen Sie das? Ist das tatsächlich so? Und inwieweit spielt bei der Anordnung zum Beispiel der Mischkonsum auch eine Rolle? Die zweite Frage geht an Frau Dr. Zunft: Sie haben auch praktische Erfahrungen mit dem Umgang mit unterschiedlichen Personengruppen bezüglich der Klärung von Eignungszweifeln. Ich bitte Sie, uns einfach nochmal kurz die gegenwärtige Begutachtungspraxis im Hinblick auf diese beiden Personengruppen, also Alkohol- und Cannabiskonsumierende, zu erläutern und Ihre praktischen Erfahrungen miteinfließen zu lassen. Herzlichen Dank!

**Vorsitzender:** Vielen Dank! Kollege Herbst für die FDP-Fraktion, bitte. Sie haben das Wort!

**Abg. Torsten Herbst (FDP):** Ganz herzlichen Dank! Ich habe die gleiche Frage an Prof. Müller und an Dr. Wagner. Inwiefern halten Sie eine Anpassung der geltenden Rechtslage für notwendig und wenn ja, in welchem Bereich? Angesprochen wurde ja schon das Thema „Menschen, denen Cannabis aus medizinischen Gründen verordnet wird“. Danke!

**Vorsitzender:** Danke! Für die Fraktion DIE LINKE. Herr Movassat, bitte!

**Abg. Niema Movassat (DIE LINKE.):** Dankeschön! Ich will zumindest darauf hinweisen, weil jetzt mehrmals gesagt wurde, der Führerschein ist ja nicht sofort weg, sondern man macht ein Fahreignungsgutachten. Das klingt natürlich total easy, wenn man das so hört. Es kostet den Betroffenen halt nur einige Tausend Euro. Das ist ja das zentrale Problem, dass der Betroffene eben 3.000, 4.000 Euro hinblättern muss, um sicher zu sein, dass er seinen Führerschein behält. Das ist das ganz zentrale Problem. Wir haben in Deutschland übrigens zehn Millionen Menschen, die ein riskantes Alkohol-Trinkverhalten haben. Wenn wir da anfangen, bei jedem ein Fahreignungsgutachten zu machen, wäre es erstmal ein großes Geschäft für die Fahreignungsgutachter. Ich glaube, da käme auch bei vielen raus, die dürften den Füh-

erschein gar nicht mehr behalten. Ich sage nur, wenn man den gleichen Gedanken auf Alkohol anwendete, wohin das führte. Mein Eindruck ist tatsächlich, dass bei Cannabis versucht wird – wenn man bei geringer Menge die Leute nicht mehr bestrafen soll; Bundesverfassungsgerichtsurteil von 1994: geringe Menge soll im Regelfall zur Einstellung des Strafverfahrens führen –, man dann über den Umweg des Verkehrsrechts, also Fahreignungsgutachten, Führerscheinentzug, am Ende bestraft wird. Mich interessiert, Herr Wurth, Frau Knoche hatte hier angesprochen, dass in den Niederlanden ein Grenzwert von 5 ng gilt. Könnten Sie noch etwas zum internationalen Vergleich sagen? Also wie schaut es international insgesamt aus? Die andere Frage an Sie: Was bedeuten die aktuellen Regelungen, nach denen Cannabiskonsumanten trotz Beachtung des Trennungsgebotes ihren Führerschein verlieren können, für die Verkehrssicherheit? Was könnten die von uns vorgeschlagenen Änderungen in Hinblick darauf bewirken? Danke!

**Vorsitzender:** Danke! Frau Kollegin Wagner, bitte. Sie haben das Wort für BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN!

**Abg. Daniela Wagner (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN):** Vielen Dank, Herr Vorsitzender! Vielen Dank auch den Sachverständigen für Ihre schriftlichen und mündlichen Einlassungen. Uns als Verkehrsausschuss geht es natürlich in erster Linie um den Aspekt der Verkehrssicherheit. Da fällt schon auf, dass die Wertungsunterschiede exorbitant sind. Allein die Eingriffsschwelle beim Alkohol liegt ja nun deutlich höher als bei anderen Arten von Drogen. Da fragt man sich schon: Warum? Ich habe zwei Fragen an Dr. Wersé. Zum einen hätte ich gerne gewusst, mit welchen Maßnahmen aus Ihrer Sicht die Verkehrssicherheit sichergestellt werden kann, also dafür Sorge getragen wird, dass sie auch bei gelegentlichem Cannabiskonsum nicht beeinträchtigt wird. Sie sind ja auch kein so richtig engagierter Verfechter von Grenzwerten. Haben Sie Vorstellungen, ob und inwieweit Messverfahren in irgendeiner Weise denkbar sind, um das Ausmaß der Beeinträchtigung, so ähnlich wie beim Alkohol, festzustellen? Die zweite Frage: In der Fachdiskussion trifft man durchaus gar nicht so selten die Vorstellung an, dass Grenzwerte kein guter Weg seien. Könnten Sie sich vorstellen, dass man stattdessen die Grenzwerte für Alkohol senkt?



**Vorsitzender:** Vielen Dank! Prof. Müller ist der Erste. Sie haben zwei Fragen bekommen. Bitte, Sie haben das Wort!

**Prof. Dr. Dieter Müller** (Hochschule der Sächsischen Polizei): Vielen Dank, Herr Vorsitzender! Die erste Frage, die ich bekommen habe, geht in Richtung, wie häufig überhaupt eine MPU angeordnet wird und in welchen Fällen sie angeordnet wird. Das wird geregelt in § 14 Absatz 2 der Fahrerlaubnisverordnung. Das ist einfach festgelegt. Wir haben die Rechtsprechung bereits heute mehrfach erwähnt und gehört, dass nach dem Bundesverwaltungsgericht bei einer festgestellten Drogenfahrt, also dem erwiesenen Verstoß gegen das Trennungsvermögen, eine MPU angeordnet wird. Das ist eine ganz logische Sache, wenn man einmal bewiesen hat, dass man nicht zwischen Konsum und Fahren trennen kann, dann wird eine MPU angeordnet. Die zweite verpflichtende Möglichkeit, eine MPU anzuordnen, besteht, wenn man mehrfach ein Delikt nach § 24a begangen hat. Das kann aber auch ein Alkoholdelikt sein, das heißt, auch eine Kombination aus § 24a Absatz 1 und Absatz 2 ist möglich, weil man dann generell ein Problem mit Drogen im Straßenverkehr hat. Die Verkehrsüberwachung in Deutschland ist aufgrund Personaleinsparung bei den Länderpolicen erheblich ausgedünnt worden. Und das Risiko erwischt zu werden, ist ganz gering. Wenn mal jemand erwischt wird, hat man natürlich den Verdacht, dass das nicht die erste bzw. nicht die einzige Fahrt gewesen sein müsste. Wo bei man mit solchen Verdächtigungen sehr vorsichtig umgehen sollte. Wir befinden uns hier im Bereich der Gefahrenabwehr. Und der Grenzwert ist auch deswegen so niedrig angesetzt worden, weil mit der Gefahrenabwehr unser aller Leib und Leben geschützt werden soll. Die Abg. Lühmann hatte auch angesprochen, dass bei Mischkonsum zwischen Cannabis und anderen Drogen teilweise sogar die Fahrerlaubnis sofort entzogen wird. Ohne weitere Begutachtung wird auf eine MPU verzichtet – und das ist geltendes Recht sowohl im Straßenverkehr als auch außerhalb des Straßenverkehrs –, wenn eine harte Droge konsumiert worden ist. Die Rechtsgrundlage ist da § 3 Absatz 1 Straßenverkehrsgesetz in Verbindung mit § 11 Absatz 7 Fahrerlaubnisverordnung. Das ist auch einfach geltendes Recht.

Dann wurde mir noch die Frage gestellt, ob eine

Anpassung der Rechtslage notwendig sei. Darum geht es ja heute in der gesamten Anhörung. Bei Medizinalcannabis habe ich mich bereits geäußert. Ich höre immer wieder, dass sich die Polizeibeamten sehr wünschen, dass es einen amtlichen Nachweis darüber gibt, dass jemand sich in ärztlicher Behandlung befindet und dass er die Medikamente auch nach der ärztlichen Verordnung einnimmt. Das ist die eine Sache, die nachgewiesen werden kann. Die andere Sache, die man nicht nachweisen kann, die aber im Gesetz gefordert ist, im § 24a Absatz 2, dem Medikamentenprivileg, ist, dass man sich auch an die ärztliche Verordnung gehalten hat. Das ist natürlich ein riesiges Problem, weil: Wie soll das ein Polizeibeamter auf der Straße merken, wenn jemand Cannabis genommen hat? Der DrugWipe-Test – das ist der Speicheltest – fällt positiv aus, aber man weiß dann immer noch nicht, woher dieses Cannabis stammt. Ist es aus legaler Quelle, aus der Apotheke, ein Gramm für 20 Euro oder ist es aus einer illegalen Quelle? Ein Gramm vielleicht gestreckt für fünf Euro auf dem Markt erworben worden? Das kann der Polizist nicht sehen. Der DrugWipe-Test schlägt positiv aus. Also da würde ich anbieten, dass man das noch einmal klärt und diese Regelung überdenkt. So ist es jedenfalls in der Praxis kaum anwendbar und so kommt es auch zu Blutentnahmen bei Patienten, wo das Bußgeldverfahren später eingestellt werden muss, weil nachgewiesen wird, dass es sich um einen Patienten handelt. Das ist eine Sach- und Rechtslage, mit der niemand zufrieden sein kann.

Dann wurde eben auch angedeutet – und damit möchte ich schließen – diese Ungleichbehandlung, die tatsächlich de facto besteht, ist aus meiner Sicht nur abzumildern, indem die Grenzwerte auch bei Alkohol gesenkt werden, in Richtung des Alkoholverbots bei Fahranfängern: § 24c – wer fährt, trinkt nicht, wer trinkt, fährt nicht. Das ist eine ganz klare Regelung. Alkohol hat im Straßenverkehr genauso wenig zu suchen, wie jede andere, illegale Droge auch. Insofern wäre das eine konsequente Gefahrenabwehr. Mit dem Grenzwert von 0,5 Promille für Alkohol im Straßenverkehr kann niemand leben, denn damit wird berauschtes Fahren tatsächlich erlaubt. Ich denke, das ist eines Gesetzgebers auch unwürdig. Vielen Dank!

**Vorsitzender:** Vielen Dank! Als nächstes Herr Wurth, bitte! Auch Sie hatten zwei Fragen.



**Georg Wurth (DHV):** Meine erste Frage war die nach dem internationalen Vergleich der Grenzwerte. Ich habe einige Beispiele rausgenommen in meiner Stellungnahme, da habe ich mich noch auf unsere eigene Broschüre von 2018 bezogen. Im hinteren Teil meiner Stellungnahme finden Sie nochmal alle Werte, die wir zusammengetragen haben. Da habe ich auch geschrieben, wir haben kein einziges Land gefunden, das einen THC-Grenzwert wie Deutschland von 1 ng oder darunter hat, sondern die haben alle höhere Grenzwerte. Gestern habe ich nochmal eine Untersuchung aus der Schweiz gesehen. Es gibt doch scheinbar Länder, die einen noch härteren Grenzwert haben, Schweden und Slowenien waren da genannt. Also wir sind doch nicht die „allerhärteste“ Nation. Aber da waren drei Länder genannt, die so hart waren wie Deutschland oder härter und 21 andere, die teilweise deutlich höhere Grenzwerte haben. Zum Beispiel haben Dänemark und Griechenland 2 ng, Portugal, Niederlande, Polen, Nevada in den USA liegen bei 6 ng, Colorado und einige andere US-Staaten bei 10 ng. Die sind alle auf deutsche Werte umgerechnet. Fast alle messen im Blut, nicht im Blutserum wie Deutschland. Deswegen auch unser Vorschlag, auch in Deutschland auf Vollblut umzustellen, damit das Ganze besser vergleichbar ist. Der Umrechnungsfaktor beim Vergleich ist nicht ganz so genau. Aber die liegen demnach alle deutlich über Deutschland und es gibt wenige, die unser Repressionsniveau haben. Interessant finde ich noch zwei weitere Länder, nämlich einmal Norwegen, die haben sogar eine dreigeteilte Grenze, so ähnlich wie wir es auch beim Alkohol kennen, mit bis hin zur absoluten Fahruntüchtigkeit bei 18 ng. Und das Beispiel Kanada: Da haben wir auch zwei Grenzwerte, genau wie von der Fraktion DIE LINKE. vorgeschlagen. Das entspricht auch unserer Position mit 3 ng und 10 ng. Kanada hat 4 ng und 10 ng – also etwas weniger restriktiv als der Linken-Vorschlag. Eben war die Rede davon, dass in Kanada die Unfälle gestiegen sein. Das kann ich nicht bestätigen. Ich möchte bitten, sich tatsächlich bei diesen Fragen die offiziellen Regierungsangaben anzuschauen. Es gibt immer Vereine, die das so zurecht legen, dass es irgendwie nach Drama klingt – sage ich mal. Speziell in Colorado fällt das auf. Da gibt es einen prohibitionsfördernden Verein, mit hoher Reichweite. Der will auch Alkohol verbieten und sagt, die Unfallwahrscheinlichkeit sei wahnsinnig

angestiegen. Wenn man sich aber anschaut, was der Staat Colorado dazu sagt, auch zu Konsumverbreitung usw., sieht die Sache ganz anders aus. Und auch bei Kanada, das Beispiel was eben genannt wurde, war es nicht die offizielle Regierungsangabe. Ich bitte da reinzuschauen und sich die Unfallwahrscheinlichkeiten anzusehen. Unter dem Strich jedenfalls teilen sehr viele Länder weltweit nicht unsere Einschätzung, dass ab 1 ng die Unfallwahrscheinlichkeit steigt und dass eine Gefahr besteht, wenn man den Wert darüber ansetzt. Ja, ich habe den Eindruck, hier ist ein bisschen Panikmache bei manchen Sachverständigen unterwegs, die sagen: „Jede Aufweichung, jeder Grenzwert über 1 ng ist sofort eine Gefährdung für die deutsche Bevölkerung.“ Das lässt sich im internationalen Vergleich überhaupt nicht nachvollziehen.

Dann zum Thema „Verkehrssicherheit“. Wie wirkt sich die aktuelle Situation eigentlich auf die Verkehrssicherheit aus? Darauf fußt ja das Ganze offiziell. Es wurde hier auch oft gesagt, es sei auch keine moralische Frage oder so, Verkehrssicherheit habe damit nichts zu tun. Wenn man sagen will, der Konsum von Cannabis ist irgendwie unmoralisch oder irgendwie ein Verbrechen, dann gehört das ins Strafrecht, aber nicht ins Verkehrs- und Führerscheinsrecht. Da geht es nur um die Frage der Verkehrssicherheit. Was haben wir also jetzt für eine Situation? Es ist hier vielfach geschildert worden, dass der Ein-Nanogramm-Grenzwert von vielen Konsumenten erstens dann überschritten werde, wenn sie nüchtern seien und zweitens lange nach dem letzten Konsum. Dann ist gesagt worden, dass es doch nur bei regelmäßigen Konsumenten der Fall sei, dass man so lange 1 ng überschreite. Auch das kann ich nicht bestätigen. Es ist sowohl beim Abbauwert THC-COOH als auch beim THC-Wert wirklich extrem unterschiedlich nach dem persönlichen Stoffwechsel, gerade in den unteren Bereichen, unter 5 ng. Diese Restwerte, die „lungern“ teilweise ziemlich lange im Blut. Und viele überschreiten diesen Ein-Nanogramm-Grenzwert, wenn sie nüchtern sind. Das fördert nicht das Trennungsvermögen. Eben ist genau das gesagt worden: Wenn wir den Grenzwert anheben zum Beispiel auf 3 ng, dann fangen die Konsumenten an zu rechnen. Wann habe ich konsumiert? Und wann darf ich dann wieder fahren? Das ist doch genau das, was wir wollen! Wir wollen doch Trennungsvermögen. Wir wollen doch,



dass die Leute zwischen Konsum und Teilnahme am Straßenverkehr einen Abstand halten. Das lohnt sich für die Leute nur, wenn wir einen realistischeren Grenzwert haben, den sie auch unter realistischen Bedingungen unterschreiten können. Wenn sie davon ausgehen können, dass, wenn man sich am Tag nach dem Konsum wieder vollkommen nüchtern ins Auto setzt und tatsächlich auch nicht gefährdet ist, den Führerschein zu verlieren und eine MPU machen zu müssen, dann lohnt es sich für die Leute, diesen Abstand einzuhalten. Wenn sie sowieso damit rechnen müssen, bei einer seltenen Verkehrskontrolle den Führerschein zu verlieren, können sie auch direkt vor der Fahrt noch „eine rauchen“. Dann macht es letztlich überhaupt keinen Unterschied. Deswegen ist die aktuelle Situation eher eine Gefahr für die Verkehrssicherheit und keine Verbesserung.

**Vorsitzender:** Vielen Dank! Damit kommen wir zu Dr. Werse, bitte. Sie haben das Wort!

**Dr. Bernd Werse** (Schildower Kreis): Die erste Frage: Welche Maßnahmen könnte die Verkehrssicherheit auch bei gelegentlichem Cannabiskonsum sicherstellen? Da kann ich nur noch einmal darauf verweisen, dass es tatsächlich sinnvolle Grenzwerte geben sollte. Herr Wurth hat gerade ausführlich dazu referiert, dass es zum Beispiel eine Faustregel sein könnte, sich erst am nächsten Tag ins Auto zu setzen, nachdem man konsumiert hat. Da gibt es auch eine gewisse Widersprüchlichkeit bei der Regelung in der Fahrerlaubnisverordnung. Nämlich, dass schon nach bestehendem Recht den regelmäßig Konsumierenden – was ja anscheinend mit nahezu täglich bis täglich definiert ist – das Recht abgesprochen wird. Auch das ist in Zweifel zu ziehen. Dazu hat Herr Wurth eben gerade auch schon was gesagt. Auch täglicher Konsum ist ja nicht gleich täglicher Konsum. Es gibt die „Dauerbekifften“ und es gibt die, die abends mal einen Joint rauchen. Bei denen ist in aller Regel davon auszugehen, dass sie am nächsten Tag den Wert von 3 ng unterschreiten, oft auch den Wert von 1 ng. Nach der gegenwärtigen Praxis bei der MPU sollte eigentlich gelegentlicher Konsum toleriert werden, aber in der Praxis sieht es ganz anders aus. Wenn jemand erwischt wird und man ihm unterstellt, er könnte wohlmöglich gelegentlicher oder auch regelmäßiger Konsument sein, dann muss er einen Abstinenznachweis über viele Monate, in der Regel über zwölf Monate,

erbringen. Allein das ist schon ein Widerspruch in sich und ein Plädoyer dafür, dass diese MPU-Praxis geändert wird. Dazu mal an dieser Stelle ein Zitat aus den sozialen Medien von einer Erfahrung mit MPUs, das wir in den letzten Tagen bekommen haben. Da hat einer berichtet: „Um eine MPU überhaupt bestehen zu können, musste ich vorher einen teuren Kurs, zufällig im benachbarten Büro, belegt haben. In diesem hat man dann gelernt, trotz Abstinenz nicht offen in der Sache zu sein, sondern welche Phrasen der Psychologe lieber hört. Insgesamt 3.700 Euro.“ Das bestätigt jetzt auch nochmal die Kosten, die damit verbunden sind. Zum einen sollte es auf jeden Fall sinnvolle Grenzwerte geben. Herr Wurth hat eben gerade schon einiges dazu gesagt, wo die ungefähr liegen können, wo sie auch im internationalen Vergleich liegen. Damit wäre auch die Verkehrssicherheit nicht nur bei gelegentlichem, sondern auch bei mehr oder weniger regelmäßigem Konsum sichergestellt.

Zur zweiten Frage kann ich mich kürzer fassen. Ob ich dafür sei, möglicherweise auch die Grenzwerte für Alkohol zu senken. Wenn man annimmt – das wurde ja auch schon angesprochen –, dass man bei 0,5 Promille durchaus eine merkliche Berausung verspürt, habe ich überhaupt kein Problem damit, auch diesen Grenzwert zu senken. Nur wäre es eben komplett unrealistisch, ihn auf 0,0 Promille zu senken, weil zum Beispiel ja auch in einigen Lebensmitteln Alkohol enthalten ist und eine gewisse Toleranz für Restmengen im Blut auf jeden Fall noch vorhanden sein sollte. Also sowas wie 0,2 Promille kann ich mir durchaus vorstellen. Nach alledem, was wir aus diversen Grenzwertstudien wissen, liegt auch der Wert von 3 ng eigentlich nicht so weit von dem entfernt, was zum Beispiel ein 0,2 Promillewert an Berausung erzeugen könnte. Soweit von meiner Seite.

**Vorsitzender:** Vielen Dank! Herr Brenner-Hartmann, bitte. Sie haben das Wort!

**Jürgen Brenner-Hartmann** (TÜV Süd): Ich kann jetzt aus der MPU-Praxis berichten, sodass hier nicht immer nur irgendwelche Vermutungen oder Gerüchte über die MPU in den Raum gestellt werden. Ich bin seit 35 Jahren Gutachter und kenne aus allen Ecken Betroffene, die jahrelang Alkohol konsumierende waren und jetzt Cannabiskonsumierende sind. Diese Vorhaltungen, die MPU fordere zum moralischen Kotau, zu einer kompletten



Distanzierung von dem bösen Cannabis, das kann ich in keinem Beurteilungskriterium erkennen. Ich habe manchmal den Verdacht, dass da bewusst Angst vor der MPU gemacht wird, um das Geschäft der Vorbereiter zu verbessern, denn die machen den eigentlichen Umsatz bei der Geschichte. Eine MPU kostet nicht tausende Euro, die kostet irgendwas im Bereich von 700 Euro, vielleicht noch plus toxikologischer Untersuchung. Um das klarzustellen! Ich habe mir auch nochmal die Zahlen angeschaut. Wir haben im Jahr 2019 nach der Statistik der BAST 27 Prozent der MPU-Fälle erfasst, die irgendwie mit Drogen zu tun hatten. Um mir das genauer anzuschauen, habe ich mir dann einfach mal eine Zufallsstichprobe von 50 Gutachten aus der Ablage gegriffen. 20 fünf Jahre alte und 30 aktuelle, um zu schauen, wie hoch überhaupt der Anteil an Cannabis bei diesen Begutachtungen ist. Wir haben aktuell tatsächlich einen Anteil von ca. 50 Prozent der Drogengutachten, bei denen eine Cannabisfahrt zugrunde liegt. Das habe ich mir auch nochmal differenzierter angeschaut. Also der Anteil derjenigen, die mit einer THC-Konzentration von weniger als 3 ng aufgefallen waren, lag in dieser Gruppe bei 16 Prozent. Es gab dann noch zwölf Prozent mit anderen cannabisbezogenen Störungen. Das waren aber überwiegend schwere Cannabisprobleme, Cannabisabhängigkeit, auch Cannabispsychosen bei mehreren Fällen. Das waren also insgesamt zwölf Prozent der Fälle mit solchen allein cannabisbezogenen Problemen. Andere BtM in Kombination mit Cannabis waren 20 Prozent der Fälle, meistens Amphetamine, manchmal auch Kokain, Heroin, synthetische Cannabinoide und nur in 18 Prozent der Fälle war Cannabis nicht mit im Spiel. Das heißt, wir müssen auch immer ein bisschen bedenken, Cannabis ist diese „toleriertere“ Droge, die auch bei Leuten, die andere Drogen konsumieren, meistens noch mit eine Rolle spielt. Das heißt, nicht jeder, der mit Cannabis auffällt, ist auch Cannabismonokonsument. Ich habe dann auch – weil im Antrag der Linken ja diese Zehn-Nanogramm-Grenze vorgeschlagen wurde, untersucht, wie viele Fälle sind überhaupt dabei, die 10 ng überschreiten. Also das waren bei den 50 von mir geprüften Akten insgesamt vier Fälle. Das heißt, es ist relativ klar, dass wir bei diesen 10 ng im Ordnungswidrigkeitsbereich eigentlich den „Schutzschirm“ aufgeben, wie Prof. Müller es nannte. Da habe ich auch

große Zweifel, ob die Grenze irgendwie passt. Die Diskussion der Drei-Nanogramm-Grenze ist ja durchaus verbreitet. Ich bin auch im Arbeitskreis bei der BAST zur Überarbeitung der Begutachtungsleitlinien. Ich weiß vom Verkehrsgerichtstag, dass die Drei-Nanogramm-Grenze tatsächlich in der Diskussion ist. Das wäre im Ordnungswidrigkeitenrecht ein Novum. Wir haben bisher analytische Nachweisgrenzen als Tatbestand und keine Cut-Offs, keine Risikogrenzen, sondern Nachweisgrenzen. Weil die Logik eben ist, dass es selbst zwischen dem gemessenen Blut-THC-Wert und der Wirkung keine so großen Korrelationen gibt wie beim Alkohol. Dass es eben auch einen Zeitverzug gibt, was Frau Zunft schon angesprochen hat. Das sind Diskussionen, die in Fachkreisen geführt werden. Auch ein Cannabisinfluenzfaktor geistert schon seit Jahren durch die Literatur. Man kann auch darüber diskutieren, ob die regelmäßig Konsumierenden anders berücksichtigt würden als die gelegentlich Konsumierenden. Da ist die Diskussion einfach noch nicht abgeschlossen. Ich bin da auch sehr zwiegespalten. Im derzeitigen Ordnungswidrigkeitenrecht bedeutet der Grenzwert von 1 ng vorbeugende Gefahrenabwehr. Das ist kein Wirkungsgrenzwert. Wir haben, wie schon gesagt, bei den Drogenkonsumierenden eine Positivquote von 58 Prozent in der Statistik. Dazu kommen nochmal sechs Prozent, die eine Nachschulung machen können und die dann nach der Nachschulung auch positiv beurteilt werden können. Dann darf ich damit schließen.

**Vorsitzender:** Vielen Dank! Dann Prof. Tönnies, bitte. Sie haben das Wort!

**Prof. Dr. Dr. Stefan Tönnies** (Universitätsklinikum Frankfurt a.M.): Ich hatte zwei kleine Fragen zur Grenzwertkommission. Die Grenzwertkommission, wenn ich das vorausschicken darf, ist eine wissenschaftliche Kommission, die beim Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur angesiedelt ist und sich aus jeweils drei Vertretern von drei Fachgesellschaften zusammensetzt. Und zwar sind das die Fachgesellschaften Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin DGRM, die Deutsche Gesellschaft für Verkehrsmedizin DGVM und die Gesellschaft für toxikologische und forensische Chemie GTFCh. Im Abstimmungsverhalten bilden sich diese drei Fachgesellschaften jeweils eine Meinung und die Mehrheit dieser drei Stimmen für Beschlüsse ist ausschlaggebend. Das



heißt, es ist kein Einheitsvotum gefordert. Die Grenzwertkommission wird unter anderem von der BAST beraten, nämlich durch Frau Dr. Knoche, und durch das BMVI sowie das BMJV. Der juristische Sachverstand ist hier durchaus sehr wesentlich. Da wird nämlich vor dem Hintergrund der Rechtsprechung auch kritisch hinterfragt, was wir an wissenschaftlichen Meinungen haben. Und der interdisziplinäre Austausch ist sehr fruchtbar. Wir haben seit ganz kurzer Zeit, nämlich seit Dezember, tatsächlich den Auftrag, uns konkret nochmal mit der Frage zu beschäftigen, ob die Grenzwerte, die für § 24a momentan in der Diskussion sind oder waren, ob hier eine Renovierung und Veränderung, zum Beispiel eine Anhebung, möglich wären, insbesondere hinsichtlich der Angleichung an die Alkoholrechtsprechung. Das ist jetzt noch ganz konkret in der Diskussion. Ich will nicht verhehlen, dass wir das in der Kommission auch sehr heterogen diskutieren, weil es dazu durchaus aus den verschiedenen Fachgesellschaften auch sehr verschiedene Meinungen gibt. Ich möchte hier vielleicht einen Aspekt nochmal herausstellen. Nämlich die Frage, was Herr Wurth auch gesagt hatte, dass der Grenzwert von 1 ng/ml von vielen Konsumenten auch lange nach dem letzten Konsum überschritten wird. Dazu ist die Studienlage relativ dünn. Es gibt sechs Studien, die sich mit dem Phänomen beschäftigen, dass sich bei chronischen Konsumenten Cannabiskonzentrationen im Körper anreichert. Das sind aber Studien – wenn man mal genauer reinschaut – zu Konsumenten, die im Mittel zehn Joints pro Tag rauchen, sodass dieses Phänomen vor allen Dingen für sehr stark Konsumierende definiert ist. Wenn man sich jetzt, wie Herr Werse das in den Raum gestellt hat, eine Population von Leuten anschaut, die vielleicht einen Feierabendjoint pro Woche rauchen oder weniger, dann ist es schwierig abzuschätzen, welchen Einfluss das hat. Das sind Dinge, die wir für die Grenzwertfestlegung noch berücksichtigen müssen. Dazu kommt vielleicht auch noch als zweiter Faktor, dass im Straßenverkehr natürlich auch eine Abbauzeit zu berücksichtigen ist. Beim Alkohol ist das nicht so relevant. Bei Cannabis baut ein Gelegenheitskonsument in der Zeit, wenn er angehalten wird und wenn dann nachher die Blutentnahme erfolgt, ungefähr fast die Hälfte seines zum Fahrzeitpunkt vorliegenden Wertes ab, sodass, wenn man das mit Studienergebnissen vergleicht, man da immer nochmal

einen Abschlag ansetzen muss.

**Amtierender Vorsitzender Abg. Gero Storjohann:** Prof. Tönnies, herzlichen Dank! Der Vorsitzende hat eben den Raum verlassen, kommt aber gleich wieder. Als nächstes ist dann Frau Dr. Zunft dran. Bitteschön!

**Dr. Renate Zunft (VdTÜV):** Vielen Dank! Ich wurde gebeten, auch noch etwas zur Begutachtungspraxis zu sagen und da insbesondere auch zum Vergleich der Begutachtung bei Alkohol und Drogen, Schwerpunkt Cannabisfragestellungen. Herr Prof. Müller hat es schon gesagt: Die Begutachtung für Drogen ist in § 14 Fahrerlaubnisverordnung geregelt, für Alkohol in § 13. Die Begutachtung dient vorrangig der Feststellung der Fahreignung. Die Fahreignung stellt eine Grundanforderung zur Teilnahme am motorisierten Straßenverkehr dar. Eignungsausschließend kann sowohl bei Alkohol- als auch bei Cannabiskonsum ein fehlangepasstes Konsummuster sein. Dabei finden wir negative Konsequenzen des Konsums, egal ob Alkohol oder Drogen, in unterschiedlichen Lebensbereichen. Das bedeutet, das sind im Allgemeinen Menschen, die nicht nur im Straßenverkehr aufgefallen sind, sondern die diese negativen Konsequenzen auch an anderen Stellen noch erlebt haben und auch selber berichten. Dann finden wir die Gruppe des intensiven täglichen Konsums, sowohl bei Alkohol als auch bei Drogen. Das heißt, viele derjenigen, die zur MPU müssen, sind eben nicht selten zufällig Erwischte, nicht Patienten oder Konsumenten, die Pech haben, sondern es geht tatsächlich um intensive und schwierige Konsumphasen. In den Fällen ist eine zuverlässige Trennung von Konsum und Fahren nicht zu erwarten, wenn die Problematik nicht angemessen aufgearbeitet ist. Im Vergleich zu anderen Drogen – das ist schon mehrfach gesagt worden, ich will es nochmal sagen – begründet allein der Konsum von Cannabis keine Eignungszweifel. Das ist so einfach nicht richtig. Cannabis nimmt damit unter den Drogen schon eine Sonderstellung ein. Auch schon mehrfach erwähnt worden ist das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom April 2019. Seither wird nach einer erstmaligen Fahrt unter Cannabiseinfluss die Fahrerlaubnis nicht entzogen. Es wird zur weiteren Abklärung eine MPU angeordnet. Das wurde mittlerweile auch so von den Verwaltungsbehörden regelhaft umgesetzt. Das heißt, Sie haben eine zunehmende



Anzahl von Fahrerlaubnisinhabern zur Begutachtung, die erstmalig mit einer Fahrt über dem Grenzwert von 1 ng aufgefallen sind. Auch ich habe mir die Mühe gemacht, mir ca. 100 Begutachtungsfälle anzusehen und zwar seit diesem Zeitraum, aktuell Dezember 2020 und Januar 2021. Dabei ist festzustellen, dass bei den reinen Cannabisfällen drei Viertel der Betroffenen einen intensiven täglichen Konsum angeben, einen Konsum von Alkohol und Cannabis, von Cannabis und anderen Drogen, psychiatrische Begleiterkrankungen oder gravierende psychische Probleme. Und die Zuordnung dieser Fälle zu der Konzentration von unter oder über 3 ng ist etwa gleich gestaltet. Das heißt, wir sehen bei den Fällen unter 3 ng nicht grundsätzlich leichtere Konsumenten oder unproblematischere Fälle. Herr Tönnies hat es gerade gesagt, auch das muss man einfach mitbedenken: Wir haben einen schnellen Konzentrationsabfall und müssen erwarten, dass es reiner Zufall ist, ob jemand knapp über oder knapp unter 3 ng erwischt wird. Und der Zeitabstand zwischen der Kontrolle und der Blutentnahme würde in vielen Fällen das Unterschreiten von 3 ng bedeuten. Wenn wir diese Begutachtungsfälle ernsthaft ansehen, dann müssen wir feststellen, dass es der Verkehrssicherheit abträglich wäre, diese Begutachtungen nicht mehr durchzuführen, diese Menschen weiterhin am Straßenverkehr teilnehmen zu lassen. Ich möchte es ganz deutlich abheben von dem moralischen Blick, der hat an dieser Stelle wirklich nichts verloren. Es geht um die Verkehrssicherheit! Eine Absenkung der Alkoholgrenzen wäre sicherlich gerechtfertigt. Alkohol ist ein großes Problem im Straßenverkehr und da muss etwas getan werden. Aber im Sinne der Verkehrssicherheit wäre es nicht zu rechtfertigen, den Grenzwert anzuheben.

**Vorsitzender:** Vielen Dank! Dr. Wagner, Sie sind der letzte Redner. Bitte!

**Dr. Thomas Wagner (DEKRA):** Dankeschön, Herr Vorsitzender! Ich bin gebeten worden, zu zwei Fragen nochmal etwas auszuführen. Zum einen, ob eine Anpassung der Rechtslage notwendig sei und zum zweiten, wie es denn mit einem Grenzwert für Cannabis aus medizinischen Gründen aussehe. Zur ersten Frage würde ich gerne ein bisschen schauen, was die Literatur über die Veränderung von gültigen Rechtsnormen sagt. Und da ist mir keine einzige Studie untergekommen, die

untersucht hätte, dass eine Verzehnfachung einer Anhebung untersucht worden sei, sondern die meisten Studien beschäftigen sich mit der Verschärfung von Bedingungen und die sind an Kontextanforderungen gebunden, zu denen ich gleich etwas sage. Wir haben in Deutschland nach der Wiedervereinigung die unschätzbare Situation gehabt, dass wir für die neuen Bundesländer zeitweilig eine Anhebung der Promillegrenze von 0,0 auf 0,8 hatten. Dies hat einer Studie zufolge dazu geführt, dass die Blutalkoholkonzentrationen bei Kontrollen angestiegen sind. Das heißt, das kann man durchaus als erhöhte Risikoannahme interpretieren. Wenn man sich anschaut, welche Erfolgsfaktoren eine Absenkung von Promillewerten im internationalen Vergleich begründen, dann wird deutlich, dass es nicht ausreicht, einen Promillewert lediglich abzusenken, sondern es braucht einen Maßnahmenmix bestehend aus mehreren Komponenten. Nummer 1: Enforcement. Das heißt eine zuverlässige Überwachung mit zeitnaher Umsetzung von spürbaren negativen Sanktionen. Nummer 2: Flankierende Maßnahmen wie Erhöhung des Alkoholpreises, die die Zugänglichkeit zu diesem unerwünschten psychoaktiven Mittel erschweren. Und Nummer 3: Das ist das entscheidende für unsere Diskussion. Ich brauche eine überzeugende Kommunikationsstrategie, um der Öffentlichkeit diese Veränderung zu erklären, sonst nehme ich sie nicht mit. Und wenn wir den THC-Wert wie auch immer anheben, dann braucht es eine sehr überzeugende Vermittlung der Notwendigkeit dieser Veränderung, um Compliance und Regelakzeptanz bei den Betroffenen herzustellen. Das sehe ich durchaus im Bereich Cannabis als Herausforderung, weil wir natürlich – es ist vorhin schon gesagt worden – mit gesundheitlichen Komorbiditäten zu rechnen haben. Aber auch mit nicht zu vernachlässigenden Unfallquoten, die gerade im Ergebnis jüngerer Metaanalysen nicht so gut wegkommen, wie noch vor zehn oder fünfzehn Jahren. Und mit einer Anhebung der THC-Grenze lösen wir möglicherweise Kompetenzillusionen in der Kraftfahrerschaft dahingehend aus, dass das ja alles nicht so gefährlich sei. Dadurch erhöht sich möglicherweise auch der Userkreis. Aus der Suchtforschung wissen wir, dass der initiale Drogenkonsum durch Angebotsnähe, persönliche Bindungseffekte in der Peergroup und durch eine reduzierte Risikowahrnehmung gespeist wird. Das heißt, das muss man





der Bevölkerung überzeugend und mit belastbaren Ergebnissen erklären. Ich bin mir nicht sicher, ob wir diese Ergebnisse jetzt schon haben. Zur Beantwortung der Frage würde ich sagen, aus unseren Daten, die wir aus der Studie unter und über 3 ng THC gefunden haben, lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass die jetzige Rechtsprechung gestützt wird. Was anderes kann ich dazu nicht sagen. Wir haben leider keine abgestufte Risikofunktion oder eine I-Funktion, die weit rechts von 3 ng nach oben ginge. Wir haben identische Nichtteilungsquoten ab 1 ng. Das führt eben dazu, dass eine Anhebung empirisch erstmal evidenzbasiert nicht abgesichert wäre.

Eine ganz kurze Antwort zur zweiten Frage: THC-Grenzwert bei Medizinalcannabis. Da muss man, glaube ich, ein bisschen vorsichtig sein. Wir wissen noch zu wenig darüber. Ich habe mir mal die Mühe gemacht und mir aus unserem Haus entsprechende Fallkonstellationen zuarbeiten lassen. Da stellen wir zweierlei fest. Die echten Patienten, die wegen eines schweren Schmerzsyndroms als Ultima Ratio Medizinalcannabis bekommen, sind hoch motiviert und wollen sich auch gerne der ganzen Behandlungsanordnung unterwerfen. Das sind nicht die Problemgruppen, denen tut man so gar was Gutes. Aber 80 bis 90 Prozent der im Ver-

kehr aufgefallenen und auch auf Medizinalcannabis abstellende Patienten sind so genannte Umschwenker, die eine frühere Drogenerfahrung haben und von denen wir eben nicht wissen, welche Anteile sind die Legalisierung eines illegalen Konsums – Entschuldigung, das ist nicht so gemeint – oder eben tatsächlich Patienten, die händeringend nach einem vernünftigen Behandlungsregime suchen. Das wissen wir momentan noch nicht und für meine Begriffe muss die Frage zunächst geklärt werden, wie man die Filterung von echten Patienten zu so genannten Umschwenkern besser hinbekommt. Und über die Grenzwertdebatte sollte man zu einem späteren Zeitpunkt nochmal neu nachdenken. Dankeschön!

**Vorsitzender:** Vielen Dank! Wir sind damit am Ende unserer Anhörung, die – das kann ich im Namen aller sagen – sehr spannend war. Dazu haben Sie, liebe Sachverständige wesentlich beigetragen. Vielen Dank dafür! Ich darf mich verabschieden. Alles Gute, bleiben Sie gesund! Und wir werden uns bei dem Thema sicherlich noch in der einen oder anderen Art und Weise begegnen. Danke sehr! Tschüss!

Schluss der Sitzung: 13:04 Uhr

Cem Özdemir, MdB  
**Vorsitzender**



---

## Zusammenfassung der Stellungnahmen

Öffentliche Anhörung am Mittwoch, 24. Februar 2021, 11:00 Uhr

---

<b>A-Drs. 19(15)459-A</b> <b>Prof. Dr. Dieter Müller</b> Hochschule der Sächsischen Polizei (FH)	<b>Seite 1</b>
<b>A-Drs. 19(15)459-B</b> <b>Dipl.-Psych. Jürgen Brenner-Hartmann</b> TÜV Süd Life Service GmbH	<b>Seite 52</b>
<b>A-Drs. 19(15)459-C</b> <b>Dr. Thomas Wagner</b> DEKRA e.V. Dresden, DEKRA Technology Center Klettwitz	<b>Seite 61</b>
<b>A-Drs. 19(15)459-D</b> <b>Dr. Renate Zunft</b> Verband der TÜV e.V. (VdTÜV)	<b>Seite 68</b>
<b>A-Drs. 19(15)459-E</b> <b>Dr. Bernd Werse</b> Schildower Kreis	<b>Seite 73</b>
<b>A-Drs. 19(15)459-F</b> <b>Georg Wurth</b> Geschäftsführer Deutscher Hanfverband (DHV)	<b>Seite 81</b>



Prof. Dr. Dieter Müller, Ulmenweg 20, 06231 Bad Dürrenberg  
Deutscher Bundestag  
Verkehrsausschuss  
Herrn Vorsitzenden Cem Özdemir  
Platz der Republik 1  
**11011 Berlin**

**Kontakt:**

Mobil 0160 – 3718497  
Email [ivvb@ivvbautzen.de](mailto:ivvb@ivvbautzen.de)  
Website [www.ivvbautzen.de](http://www.ivvbautzen.de)

Bad Dürrenberg, 16.2.2021

Ihr Schreiben/Ihre Nachricht vom

Ihr Zeichen  
PA 15 – 5410

Ihr (-e) Bearbeiter (-in)  
Herr Wiegleb

Antrag der Abgeordneten Niema Movassat, Dr. André Hahn, Gökay Akbulut, weiterer  
Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

**Gleichstellung von cannabis- und alkoholkonsumierenden Führerscheininhaberinnen  
und Führerscheininhabern**

BT-Drucksache 19/17612

## **Fachliche Stellungnahme**

### **Fazit**

1. Die Vorschläge der Antragsteller widersprechen dem Sinn und Zweck des geltenden Verkehrsrechts, nämlich die Verkehrssicherheit aller Verkehrsteilnehmer möglichst effektiv und vor allem vorbeugend zu schützen. Zudem laufen die Vorschläge den Grundlinien der Rechtsprechung von BVerfG, BVerwG und BGH zuwider.
2. Die im Antrag behandelten Rechtsmaterien des Ordnungswidrigkeitenrecht, Strafrechts und Fahreignungsrechts verfolgen unterschiedliche Ziele, die von den Antragstellern nicht richtig eingeordnet werden. Dadurch werden fehlerhafte Schlüsse gezogen.
3. Ebenso wie bei dem Betäubungsmittel Cannabis und den anderen in der Anlage zu § 24a StVG genannten Betäubungsmitteln sollte auch bei Alkohol ein vollständiges Verbot des alkoholbeeinflussten Führens eines Kraftfahrzeugs in die Vorschrift des § 24a Abs. 1 StVG eingeführt werden. Die bewährte und positiv evaluierte Vorschrift des Alkoholverbots für Fahranfänger (§ 24c StVG) sollte dafür als Beispiel dienen und auf den gesamten Verkehr mit Kraftfahrzeugen ausgedehnt werden.
4. Das bewährte Instrumentarium der Fahreignungsbegutachtung im StVG und der FeV sollte im Dienst der Verkehrssicherheit erheblich öfter als bisher angewendet werden, und zwar hinsichtlich sämtlicher Begutachtungsanlässe. Der Straßenverkehr kann durch die Begutachtung von aufgrund von Tatsachenberichten (§ 2 Abs. 12 StVG) potenziell ungeeigneten Personen nur sicherer werden.

# Zur näheren Begründung:

## I. Allgemeine Stellungnahme

Der Antrag beinhaltet Elemente aus den drei folgenden Rechtsgebieten, die juristisch sauber voneinander zu trennen sind, weil sie unterschiedlichen Zwecken dienen:

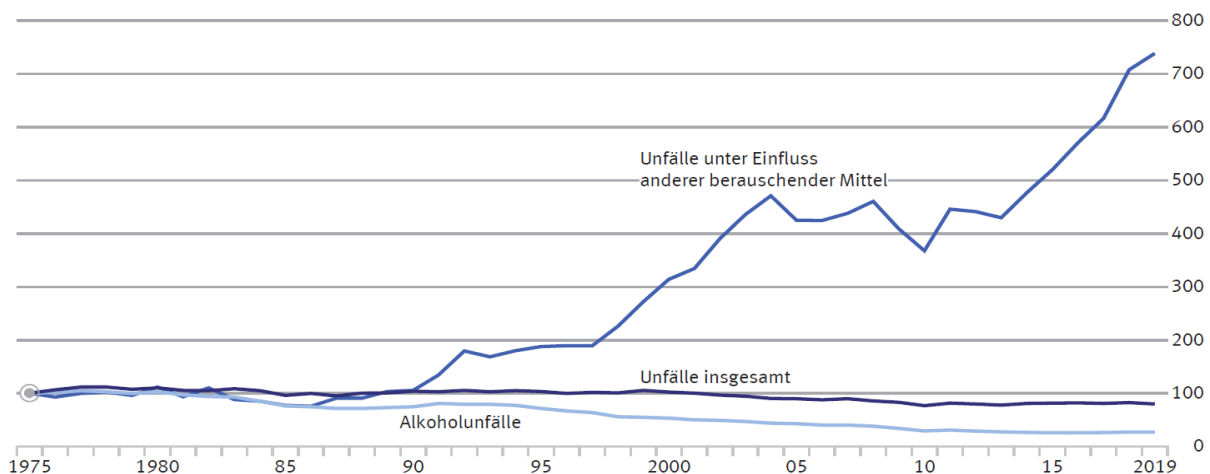
1. Ordnungswidrigkeitenrecht (§ 24a Abs. 2 Straßenverkehrsgesetz (StVG).
2. Strafrecht (§§ 315c Abs. 1 Nr. 1a, 316 StGB).
3. Fahreignungsrecht (§ 2 StVG, § 14 Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV), Anlage 4 zur FeV)

Dabei verfolgt das Ordnungswidrigkeitenrecht einen spezialpräventiven Ansatz, der von der Rechtsprechung unter dem Stichwort der „Pflichtenmahnung“ vertreten wird. Das Strafrecht dient der Generalprävention und der Wiedergutmachung für Opfer von Straftaten und das Fahreignungsrecht dient ausschließlich der Abwehr von Gefahren, die von potenziell ungeeigneten Fahrerinnen und Fahrern ausgehen können.

Die wichtigste der drei genannten Rechtsmaterien ist nach Auffassung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) das Fahreignungsrecht. Die präventive Kontrolle von Kraftfahrern zum Schutz der Bürger vor dem hohen Risiko des motorisierten Straßenverkehrs für Leben, Gesundheit und Eigentum stellt eine im überwiegenden Interesse der Allgemeinheit liegende und damit grundsätzlich zulässige Einschränkung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts dar (BVerfG, Beschluss vom 24. Juni 1993 – 1 BvR 689/92, BVerfGE 89, 69-91).

Durch andere berauschende Mittel negativ beeinflusste Fahrer sind ein stetig zunehmendes Problem für Leib und Leben der Menschen auf den Straßen in Deutschland. Dazu die folgende Statistik des Deutschen Statistischen Bundesamtes (Destatis) aus dem vergangenen Jahr:

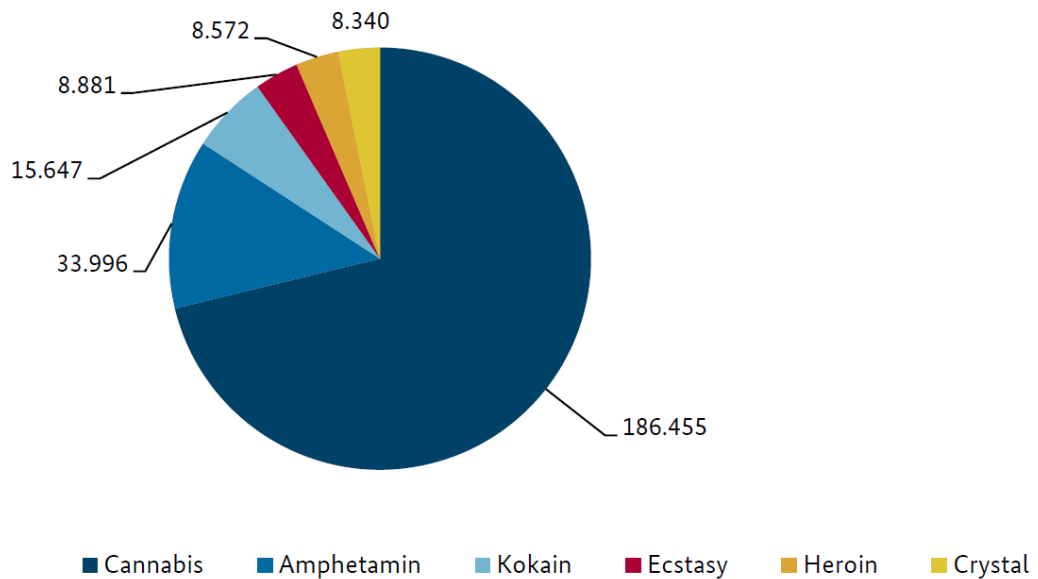
Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden  
1975 = 100



Quelle: Destatis, 2020

Es wird in dieser Darstellung zwar nicht zwischen Cannabis und anderen berauschenden Mitteln unterschieden, aber das mit deutlichem Abstand am weitesten in Deutschland verbreitete illegale Betäubungsmittel ist und bleibt Cannabis wie die folgende Darstellung des Bundeskriminalamtes (BKA) beweist:

## Konsumnahe Delikte in Verbindung mit ausgewählten Drogenarten<sup>54</sup>

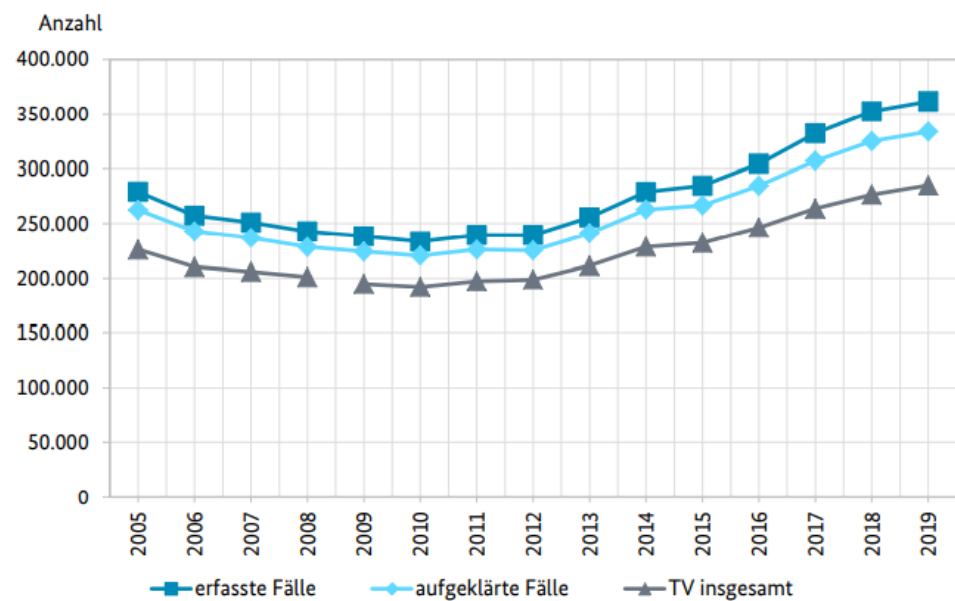


Quelle: BKA, Rauschgiftkriminalität, Bundeslagebild 2019, Wiesbaden 2020, S. 3

Das kriminalpolitische Problem der steigenden Rauschgiftkriminalität setzt sich im Straßenverkehr fort, weil die illegal gehandelten anderen berauschenden Mittel naturgemäß auch von Fahrzeugführern konsumiert werden.

### Entwicklung „Rauschgiftkriminalität“

4 - 3.1 - G01



Quelle: BKA, Polizeiliche Kriminalstatistik 2019, Wiesbaden 2020, S. 154

## II. Spezielle Stellungnahme

### 1. Zitat aus BT-Drs. 19/17612, S. 1 erster Absatz

Im April 2019 hat das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) entschieden, dass bei einem gelegentlichen Cannabis-Konsumierenden „die Fahrerlaubnisbehörde in der Regel nicht ohne weitere Aufklärung von fehlender Fahreignung ausgehen und ihm unmittelbar die Fahrerlaubnis entziehen“ darf (BVerwG, Urteil vom 11.04.2019 – 3 C 13.17). Die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts nimmt der Bundestag zum Anlass, cannabiskonsumierende Führerscheininhaber\*innen künftig den Alkoholkonsumierenden gleichzustellen. Niemand möchte, dass sich Personen unter berauschender Wirkung von Cannabis hinters Steuer setzen. Wie bei Alkoholkonsum sollen aber auch bei Cannabiskonsum nur noch Personen sanktioniert werden, die tatsächlich berauscht mit einem (Kraft-)Fahrzeug am Straßenverkehr teilnehmen und so die Verkehrssicherheit gefährden.

Dieser Gedanke widerspricht der Rechtsprechung des BVerfG, dessen Entscheidungen Gesetzeskraft haben. Würde diese Argumentation zutreffen, müsste auch die Vorschrift des § 24a Abs. 1 StVG (0,5-Promille-Regelung) verändert werden, weil bei diesem Grad der Alkoholisierung auch nicht alle Kraftfahrer berauscht sind.

Festgestellt werden muss nach Sinn und Zweck der Vorschrift des § 24a Abs. 2 StVG eine Konzentration, die es entsprechend dem Charakter der Vorschrift als eines abstrakten Gefährdungsdelikts als möglich erscheinen lässt, dass der untersuchte Kraftfahrzeugführer am Straßenverkehr teilgenommen hat, obwohl seine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt war. Das wird in der Wissenschaft zum Teil erst bei Konzentrationen von über 1 ng/ml angenommen (BVerfG, Beschl. v. 21.12.2004 – 1 BvR 2652/03, juris).

Der Vorschlag der Antragsteller würde den Rechtscharakter eines abstrakten Gefährdungsdelikts stark verändern und überdies aus dem Ordnungswidrigkeitenrecht ausgegliedert werden müssen, weil ein Fahren in fahrunsicherem Zustand bereits den Straftatbestand des § 316 StGB erfüllt.

### 2. Zitat aus BT-Drs. 19/17612, S. 1 zweiter Absatz

kehrssicherheit gefährden.

Im Gegensatz zu alkoholkonsumierenden Führerscheininhaber\*innen wird Cannabiskonsument\*innen momentan selbst dann die Fahrerlaubnis dauerhaft entzogen, wenn sie nicht unter Rauschwirkung ein Kraftfahrzeug führen oder überhaupt nicht mit einem Fahrzeug am Straßenverkehr teilnehmen. Denn schon die Tatsache, dass sie Cannabis konsumieren, begründet nach heutiger Praxis die Annahme, sie seien cha-

Dies ist eine Fehlinterpretation der geltenden Rechtslage. Eine Entziehung der Fahrerlaubnis ist sowohl im Strafrecht (§ 69 StGB), als auch im Fahreignungsrecht (§ 3 Abs. 1 StVG) nur nach durch Gutachten bewiesener Ungeeignetheit zulässig. Nach der Rechtsprechung der Obergerichte dient die Anordnung eines Drogenscreenings nach § 14 Abs. 1 Satz 2 FeV der Aufklärung von im widerrechtlichen Besitz einer geringen Menge eines Cannabisprodukts begründeten Eignungsbedenken und damit der Gefahrenabwehr und setzt nicht den Nachweis von (eignungsausschließendem) Drogenkonsum voraus (Oberverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 15. März 2002 – 19 B 405/02, juris).

Selbst bei einem gelegentlichen Konsumenten von Cannabis, der erstmals unter einer seine Fahrsicherheit möglicherweise beeinträchtigenden Wirkung von Cannabis ein Kraftfahrzeug geführt hat, darf die Fahrerlaubnisbehörde nämlich in der Regel nicht ohne weitere Aufklärung von fehlender Fahreignung ausgehen und ihm unmittelbar die Fahrerlaubnis entziehen. In solchen Fällen hat sie gemäß § 46 Abs. 3 i.V.m. § 14 Abs. 1 Satz 3 FeV nach pflichtgemäßem Ermessen über die Einholung eines medizinisch-psychologischen Gutachtens zu entscheiden (BVerwG, Urteil vom 11. April 2019 – 3 C 9/18, juris).

### 3. Zitat aus BT-Drs. 19/17612, S. 1 dritter Absatz

haben sich ohne Fahrzeug nicht zu erreichen.

Mit der heute üblichen Praxis wurde die Null-Toleranz-Politik bei Cannabis-Konsumentinnen, die heute im Betäubungsmittelrecht verfassungswidrig und antiquiert ist, auf Cannabis-Konsumentinnen im Straßenverkehr übertragen. Ein Nachweis, dass diese Praxis der Verkehrssicherheit dient, liegt bis heute nicht vor. Sie gerät so zur ideolo-

Die behauptete „Null-Toleranz-Politik“ hinsichtlich Cannabis-Konsumentinnen existiert im Fahreignungsrecht nicht. Das Gegenteil ist der Fall.

Nach immer noch geltender Rechtsprechung des BVerfG besteht in aller Regel kein Anlass zu der Befürchtung, dass der einmalige oder gelegentliche Konsum von Haschisch bei den Betroffenen zu einer permanenten fahreignungsrelevanten Absenkung ihrer körperlich-geistigen Leistungsfähigkeit führt (BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 20. Juni 2002 – 1 BvR 2062/96, juris). Auch nach der Rechtsprechung des BVerfG gibt ein einmaliger Cannabiskonsum ohne Zusammenhang mit dem Straßenverkehr allein keinen Anlass zu der Annahme, der Betroffene sei zum Führen eines Kraftfahrzeugs ungeeignet (BVerfG, Urteil vom 5. Juli 2001 – 3 C 13/01, juris).

### 4. Zitat aus BT-Drs. 19/17612, S. 2 erster Absatz

**Drucksache 19/17612**

– 2 –

Deutscher Bund

gisch motivierten Schikane gegen Cannabis-Konsumentinnen. Sie ist daher unverhältnismäßig und nicht mit dem Gleichbehandlungsgrundsatz vereinbar.

Im Gegensatz zur Grenzwert-Regelung bei Alkohol gilt bei Cannabis faktisch eine

Die unterschiedlich konstruierten Vorschriften des § 24a Abs. 1 StVG (Alkohol) und des § 24a Abs. 2 StVG (u. a. Cannabis) verletzen nach der Rechtsprechung des BVerfG nicht dem Gleichheitsgrundsatz; denn gemessen daran steht § 24a Abs. 2 Satz 1 und 2 StVG auch mit Art. 3 Abs. 1 GG in Einklang. ... Diese Gesichtspunkte, vor allem der Umstand, dass sich bei einzelnen Drogen anders als beim Alkohol die Dosiswirkungsbeziehung derzeit nicht quantifizieren lässt, sind so gewichtig, dass sie die unterschiedliche Regelung sachlich zu rechtfertigen vermögen (BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 21. Dezember 2004 – 1 BvR 2652/03, Rn. 15, juris).

### 5. Zitat aus BT-Drs. 19/17612, S. 2 zweiter Absatz

Im Gegensatz zur Grenzwert-Regelung bei Alkohol gilt bei Cannabis faktisch eine Null-Toleranz-Grenze. Der meist angewendete Grenzwert von 1,0 ng THC pro ml Blutserum ist so niedrig, dass dieser oft noch Tage nach dem Cannabiskonsum überschritten wird, wenn längst keine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit mehr bemerkbar ist. Laut Bundesanstalt für Straßenwesen sind „von den zu erwartenden Leistungsdefiziten bei niedrigen THC-Werten zumindest keine größeren Ausfallserscheinungen

Bei Erreichen des Grenzwertes von 1 ng/ml Blutserum geht es nicht um die behauptete „Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit“, weil es sich bei dem Tatbestand des § 24a Abs. 2 StVG um eine Ordnungswidrigkeit handelt.



## 6. Zitat aus BT-Drs. 19/17612, S. 2 erste Forderung

### II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. durch Änderung der Fahrerlaubnis-Verordnung sicherzustellen, dass ein Entzug der Fahrerlaubnis nicht allein aufgrund des festgestellten Konsums oder widerrechtlichen Besitzes von illegalen Drogen erfolgen kann, sondern erst bei einer diagnostizierten Abhängigkeitserkrankung, einer durch Drogenkonsum verursachten konkreten Gefährdung des Straßenverkehrs oder wenn wiederholt Zuwiderhandlungen im Straßenverkehr nach § 24a StVG begangen wurden. Die Regelung in § 14 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 sowie Satz 2 und 3 FeV sind entsprechend

Die geforderte Änderung würde tief in die Rechtsgrundlagen der Fahreignungsbegutachtung eingreifen und findet derzeit keine wissenschaftliche Grundlage. Eine solche Änderung widerspräche zudem grundlegend dem Sinn und Zweck des Gefahrenabwehrrechts, die beiden Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit der Menschen im öffentlichen Verkehrsraum möglichst effizient zu schützen.

## 7. Zitat aus BT-Drs. 19/17612, S. 2 zweite Forderung

2. die Erforschung und Entwicklung von Messverfahren, welche nur eine akute, verkehrsrelevante Beeinträchtigung durch Cannabiskonsum tatsächlich nachweisen, zu fördern und auf Messverfahren, die das nicht psychoaktive, lange nachweisbare und nichts über die Fahrtauglichkeit aussagende Abbauprodukt THC-COOH (THC-Säure) bestimmen, zu verzichten;

THC-COOH ist ein wichtiger Marker für den regelmäßigen Konsum von Cannabis und daher unverzichtbar für die Fahreignungsbegutachtung. Dieser Wert wirkt in zahlreichen Fällen entlastend für Cannabis-Konsumenten, sodass dessen Abschaffung zu einer Benachteiligung dieser Gruppe führen würde. Bei der Annahme, dass jedenfalls ab einer Konzentration des THC-Metaboliten THC-COOH von 150 ng/ml im Blutserum von einem regelmäßigen Cannabiskonsum auszugehen ist, handelt es sich nicht um eine Spekulation, sondern um eine gesicherte, auf rechtsmedizinischen Untersuchungen beruhende Erkenntnis (Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, Beschluss vom 24. April 2019 – 11 CS 18.2605, Rn. 13, juris). Lassen die derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisse es jedoch als möglich erscheinen, dass ein THC-COOH-Wert von 85,8 ng/ml unter Umständen auf eine einmalige Konsumepisode zurückzuführen ist, kann nicht davon ausgegangen werden, mit der Feststellung einer solchen Konzentration stehe gemäß § 11 Abs. 7 FeV fest, der betroffene Kraftfahrer müsse bereits mehrmals im Sinne des Fahrerlaubnisrechts Cannabis konsumiert haben (Hessischer Verwaltungsgerichtshof, Beschluss vom 24. September 2008 – 2 B 1365/08, Rn. 20, juris).

## 8. Zitat aus BT-Drs. 19/17612, S. 2 dritte Forderung

3. in § 24a des Straßenverkehrsgesetzes eine fundierte Anpassung des THC-Grenzwertes und dessen Normierung vorzunehmen, indem analog zur Regelung bei Alkohol für THC einen Toleranzgrenzwert von 10 ng/ml Blutserum eingeführt wird, bei welchem die Beeinträchtigung etwa der bei einer Blutalkoholkonzentration von 0,5‰ entspricht;

Eine solche Anhebung um 9 ng/ml widerspräche dem Gesetzeszweck der Vorschrift als abstraktes Gefährdungsdelikt sowie der Rechtsprechung des BVerfG und der Verwaltungsgerichtsbarkeit. Wissenschaftliche Studien einer Entsprechung zwischen 10 ng/ml THC und 0,5 Promille BAK sind nicht bekannt.

Zur Gegenargumentation ist nochmals die Rechtsprechung des BVerfG heranzuziehen, wonach für das Vorliegen des Delikts gem. § 24a Abs. 2 StVG eine Konzentration festgestellt



werden muss, die es entsprechend dem Charakter der Vorschrift als eines abstrakten Gefährdungsdelikts als möglich erscheinen lässt, dass der untersuchte Kraftfahrzeugführer am Straßenverkehr teilgenommen hat, obwohl seine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt war. Das wird in der Wissenschaft zum Teil erst bei Konzentrationen von über 1 ng/ml angenommen (BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 21. Dezember 2004 – 1 BvR 2652/03, juris).

#### 9. Zitat aus BT-Drs. 19/17612, S. 2 vierte Forderung

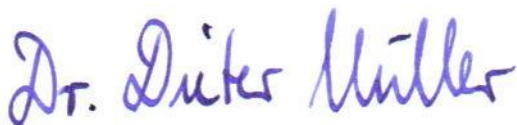
4. für die §§ 315c und 316 des Strafgesetzbuches eine Normierung des THC-Grenzwertes vorzunehmen, indem ein THC-Wert von 3,0 ng/ml Blutserum festgelegt wird, unterhalb welchem eine relative Fahruntüchtigkeit ausgeschlossen werden kann.

Eine solche isolierte Einfügung eines Grenzwertes ausschließlich für THC wäre in sich unsystematisch und würde zusätzlich dem Gesetzeszweck der Generalprävention zuwiderlaufen. Falls sich der Gesetzgeber zur Einfügung von Grenzwerten entschlösse, müsste er diese auch für sämtliche anderen berauschenden Mittel nach Anlagen I – III zu § 1 BtMG (z. B. Methamphetamin oder Cocain), AMG, NpsG sowie auch für Alkohol in die genannten Vorschriften einfügen.

Bei Feststellung von rauchmittelbedingten Ausfallerscheinungen bedarf es bei anderen berauschenden Mitteln, anders als bei alkoholischer Beeinflussung, keines unteren Grenzwertes, um eine strafbare relative Fahrunsicherheit zu begründen. Der Grund dafür liegt in der bereits vom BVerfG angesprochenen differierenden Dosiswirkungsbeziehung begründet. Bei Verkehrsstraftaten unter Alkoholeinfluss existiert ein unterer Grenzwert von 0,3 Promille BAK, ab dessen Erreichen alkoholtypische Ausfallerscheinungen möglich sind. Dieser kann nicht mit 3 ng/ml THC gleichgesetzt werden, weil bei Cannabis keine Vergleichsuntersuchungen vorliegen. Bei einer rauchmittelbedingten Fahrunsicherheit ist es nicht unbedingt erforderlich, dass sich die körperlichen bzw. geistigen Mängel in Fahrfehlern ausgewirkt haben. Unter Umständen können zum Nachweis der Fahrunsicherheit auch sonstige Auffälligkeiten im Verhalten des Fahrzeugführers genügen, sofern sie konkrete Hinweise auf eine schwerwiegende Beeinträchtigung seiner psychophysischen Leistungsfähigkeit, insbesondere seiner Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit geben (BGH, Urteil vom 15. April 2008 – 4 StR 639/07, juris).

Bad Dürrenberg, 16. Februar 2021

Hochachtungsvoll



Prof. Dr. jur. Dieter Müller

Öffentliche Anhörung im  
Verkehrsausschuss des  
Deutschen Bundestages zu  
der BT-Drs. 19/17612

# Gleichstellung von cannabis- und alkoholkonsumierenden Führerscheininhaberinnen und Führerscheinhabern

Prof. Dr. jur. Dieter Müller

Hochschule der Sächsischen Polizei

Institut für Verkehrsrecht und Verkehrsverhalten



# Übersicht

1. Fazit
2. Allgemeine Stellungnahme zur Drucksache 19/17612
3. Spezielle Stellungnahme zu einzelnen Teilen des Antrags
4. Weiterführende Informationen
  - a) Literatur
  - b) Autoreninfo

# Fazit

1. Die Vorschläge der Antragsteller widersprechen dem Sinn und Zweck des geltenden Verkehrsrechts, nämlich die Verkehrssicherheit aller Verkehrsteilnehmer möglichst effektiv und vor allem vorbeugend zu schützen. Zudem laufen die Vorschläge den Grundlinien der Rechtsprechung von BVerfG, BVerwG und BGH zuwider.
2. Die im Antrag behandelten Rechtsmaterien des Ordnungswidrigkeitenrecht, Strafrechts und Fahreignungsrechts verfolgen unterschiedliche Ziele, die von den Antragstellern nicht richtig eingeordnet werden. Dadurch werden fehlerhafte Schlüsse gezogen.
3. Ebenso wie bei dem Betäubungsmittel Cannabis und den anderen in der Anlage zu § 24a StVG genannten Betäubungsmitteln sollte auch bei Alkohol ein vollständiges Verbot des alkoholbeeinflussten Führens eines Kraftfahrzeugs in die Vorschrift des § 24a Abs. 1 StVG eingeführt werden. Die bewährte und positiv evaluierte Vorschrift des Alkoholverbots für Fahranfänger (§ 24c StVG) sollte dafür als Beispiel dienen und auf den gesamten Verkehr mit Kraftfahrzeugen ausgedehnt werden.
4. Das bewährte Instrumentarium der Fahreignungsbegutachtung im StVG und der FeV sollte im Dienst der Verkehrssicherheit erheblich öfter als bisher angewendet werden, und zwar hinsichtlich sämtlicher Begutachtungsanlässe. Der Straßenverkehr kann durch die Begutachtung von aufgrund von Tatsachenberichten (§ 2 Abs. 12 StVG) potenziell ungeeigneten Personen nur sicherer werden.

# Allgemeine Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

Der Antrag beinhaltet Elemente aus folgenden Rechtsgebieten, die juristisch sauber voneinander zu trennen sind, weil sie unterschiedlichen Zwecken dienen:

1. Ordnungswidrigkeitenrecht (§ 24a Abs. 2 Straßenverkehrsgesetz (StVG)).
2. Strafrecht (§§ 315c Abs. 1 Nr. 1a, 316 StGB).
3. Fahreignungsrecht (§ 2 StVG, § 14 Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV), Anlage 4 zur FeV).

# Allgemeine Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

## Ordnungswidrigkeitenrecht (§ 24a Abs. 2 StVG)

- dient der Spezialprävention durch „Pflichtenmahnung“ (BVerfG)

## Strafrecht (§§ 315c Abs. 1 Nr. 1a, 316 StGB)

- dient der Generalprävention und der Wiedergutmachung

## Fahreignungsrecht (§ 3 Abs. 1 StVG, § 14 FeV)

- dient ausschließlich der Gefahrenabwehr



# Allgemeine Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

Die präventive Kontrolle von Kraftfahrern zum Schutz der Bürger vor dem hohen Risiko des motorisierten Straßenverkehrs für Leben, Gesundheit und Eigentum stellt eine im überwiegenden Interesse der Allgemeinheit liegende und damit grundsätzlich zulässige Einschränkung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts dar.

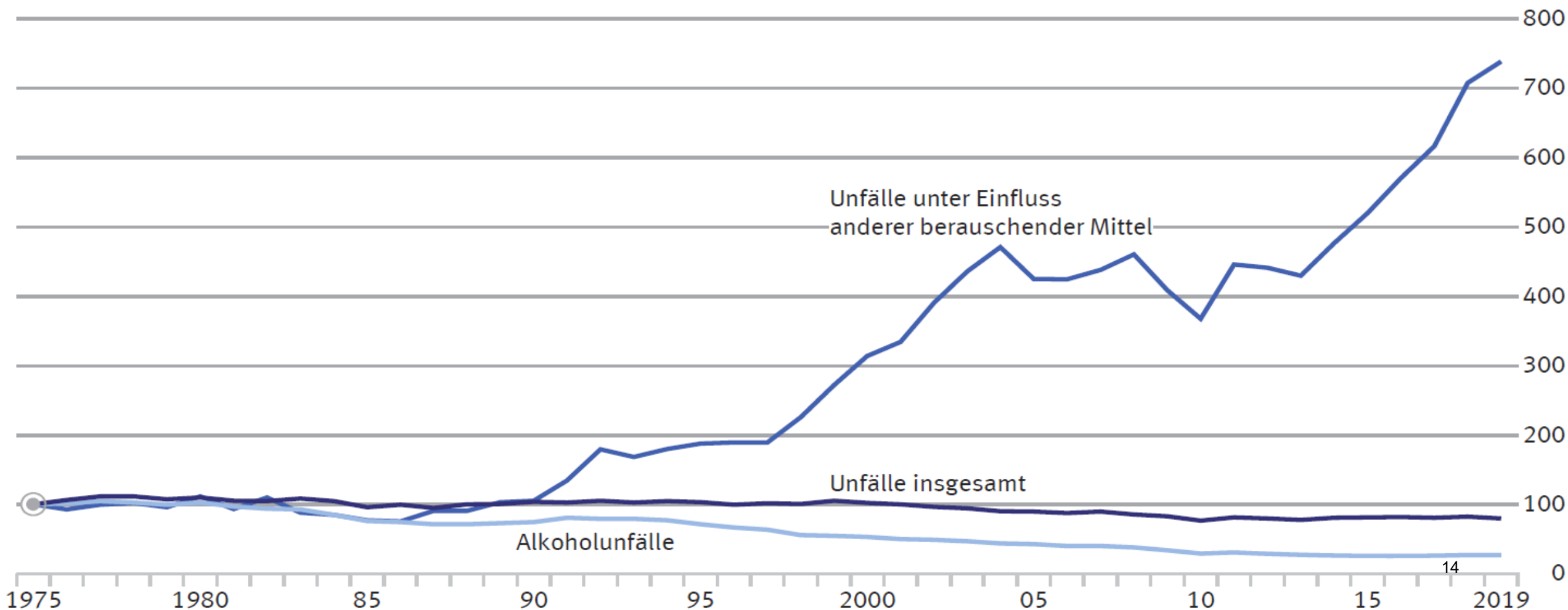
**BVerfG, Beschluss vom 24. Juni 1993 – 1 BvR 689/92, BVerfGE 89, 69-91**

# Allgemeine Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

## Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden

© Destatis, 2020

1975 = 100





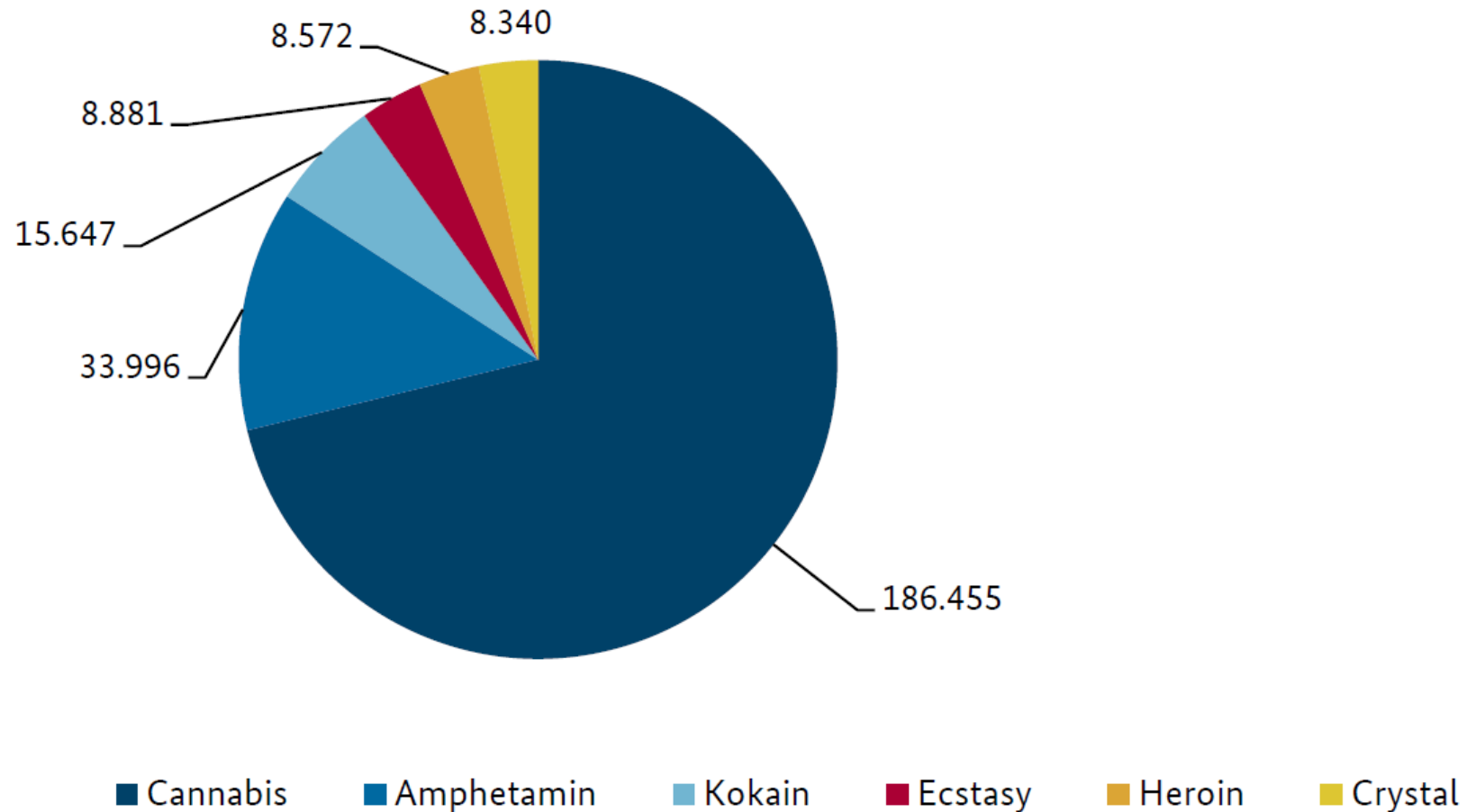
# Allgemeine Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

1. Durch andere berauschende Mittel negativ beeinflusste Fahrer sind ein stetig zunehmendes Problem für Leib und Leben der Menschen auf den Straßen in Deutschland.
2. Das mit deutlichem Abstand am weitesten in Deutschland verbreitete illegale Betäubungsmittel bleibt Cannabis.
3. Das kriminalpolitische Problem der steigenden Rauschgiftkriminalität setzt sich im Straßenverkehr fort.

# Allgemeine Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

© BKA, Rauschgiftkriminalität,  
Bundeslagebild 2019, Wiesbaden 2020, S. 31

**Konsumnahe Delikte in Verbindung mit ausgewählten Drogenarten<sup>54</sup>**

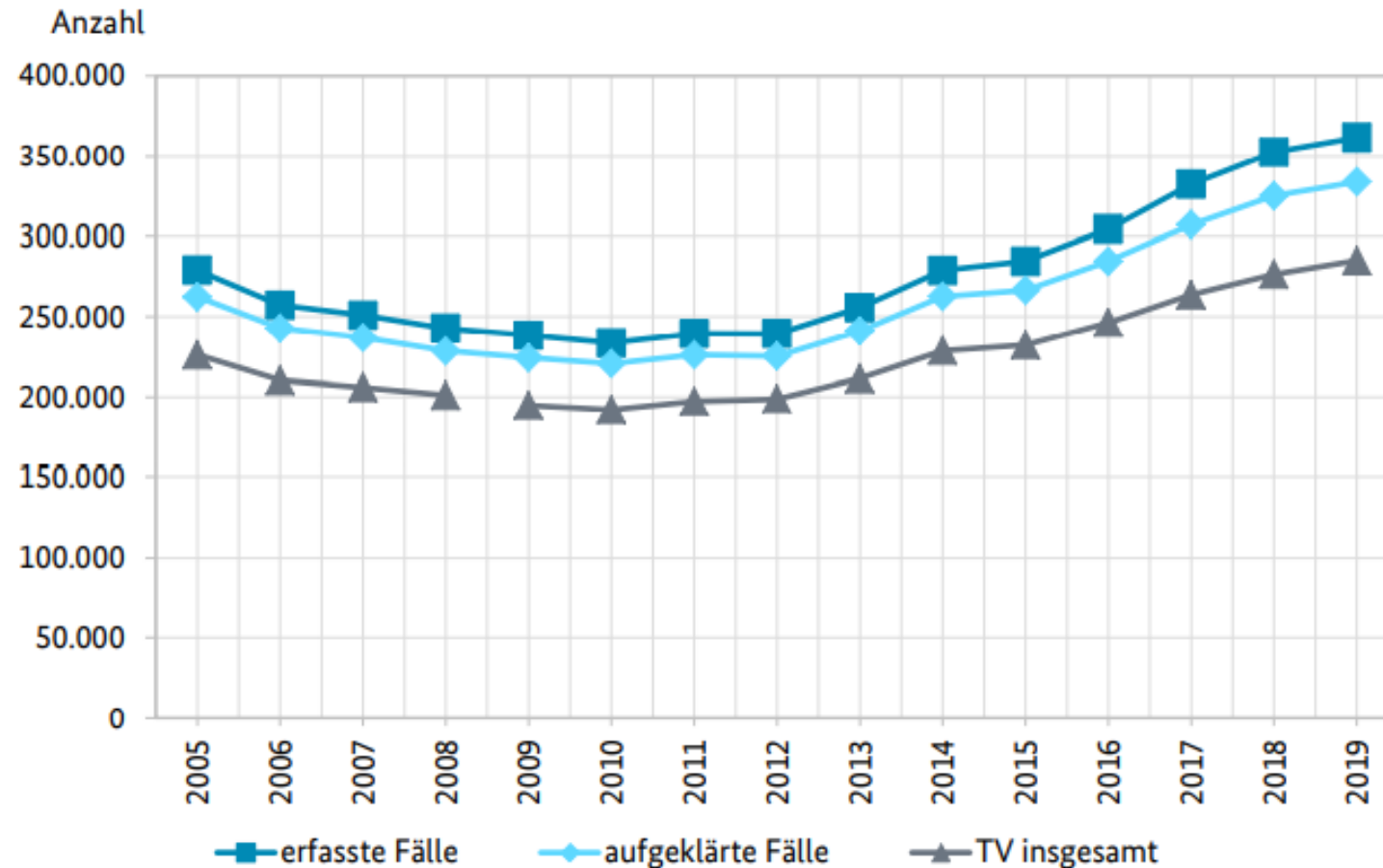


# Allgemeine Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

## Entwicklung „Rauschgiftkriminalität“

4 - 3.1 - G01

© BKA, Polizeiliche Kriminalstatistik 2019,  
Wiesbaden 2020, S. 154



# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

Im April 2019 hat das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) entschieden, dass bei einem gelegentlichen Cannabis-Konsumierenden „die Fahrerlaubnisbehörde in der Regel nicht ohne weitere Aufklärung von fehlender Fahreignung ausgehen und ihm unmittelbar die Fahrerlaubnis entziehen“ darf (BVerwG, Urteil vom 11.04.2019 – 3 C 13.17). Die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts nimmt der Bundestag zum Anlass, cannabiskonsumierende Führerscheininhaber\*innen künftig den Alkoholkonsumierenden gleichzustellen. Niemand möchte, dass sich Personen unter berauschender Wirkung von Cannabis hinters Steuer setzen. Wie bei Alkoholkonsum sollen aber auch bei Cannabiskonsum nur noch Personen sanktioniert werden, die tatsächlich berauscht mit einem (Kraft-)Fahrzeug am Straßenverkehr teilnehmen und so die Verkehrssicherheit gefährden.

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

1. Dieser Gedanke widerspricht der Rechtsprechung des BVerfG, dessen Entscheidungen Gesetzeskraft haben.
2. Würde diese Argumentation zutreffen, müsste auch die Vorschrift des § 24a Abs. 1 StVG (0,5-Promille-Regelung) verändert werden, weil bei diesem Grad der Alkoholisierung auch nicht alle Kraftfahrer berauscht sind.
3. Der Vorschlag der Antragsteller würde den Rechtscharakter eines abstrakten Gefährdungsdelikts stark verändern und überdies aus dem Ordnungswidrigkeitenrecht ausgegliedert werden müssen, weil ein Fahren in fahrunsicherem Zustand bereits den Straftatbestand des § 316 StGB erfüllt.

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

Festgestellt werden muss eine Konzentration, die es entsprechend dem Charakter der Vorschrift als eines abstrakten Gefährdungsdelikts als möglich erscheinen lässt, dass der untersuchte Kraftfahrzeugführer am Straßenverkehr teilgenommen hat, obwohl seine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt war. Das wird in der Wissenschaft zum Teil erst bei Konzentrationen von über 1 ng/ml angenommen.

**BVerfG, Beschl. v. 21.12.2004 – 1 BvR 2652/03, juris**

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

kehrssicherheit gefährden.

Im Gegensatz zu alkoholkonsumierenden Führerscheininhaber\*innen wird Cannabiskonsument\*innen momentan selbst dann die Fahrerlaubnis dauerhaft entzogen, wenn sie nicht unter Rauschwirkung ein Kraftfahrzeug führen oder überhaupt nicht mit einem Fahrzeug am Straßenverkehr teilnehmen. Denn schon die Tatsache, dass sie Cannabis konsumieren, begründet nach heutiger Praxis die Annahme, sie seien cha-



## Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

Dies ist eine Fehlinterpretation der geltenden Rechtslage.

Eine Entziehung der Fahrerlaubnis ist sowohl im Strafrecht (§ 69 StGB), als auch im Fahreignungsrecht (§ 3 Abs. 1 StVG) nur nach durch Gutachten bewiesener Ungeeignetheit zulässig.



## Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

Die Anordnung eines Drogenscreenings nach § 14 Abs. 1 Satz 2 FeV dient der Aufklärung von im widerrechtlichen Besitz einer geringen Menge eines Cannabisprodukts begründeten Eignungsbedenken und damit der Gefahrenabwehr und setzt nicht den Nachweis von (eignungsausschließendem) Drogenkonsum voraus.

**Obergerverwaltungsgericht für das Land Nordrhein-Westfalen,  
Beschluss vom 15. März 2002 – 19 B 405/02, juris**

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

Bei einem gelegentlichen Konsumenten von Cannabis, der erstmals unter einer seine Fahrsicherheit möglicherweise beeinträchtigenden Wirkung von Cannabis ein Kraftfahrzeug geführt hat, darf die Fahrerlaubnisbehörde in der Regel nicht ohne weitere Aufklärung von fehlender Fahreignung ausgehen und ihm unmittelbar die Fahrerlaubnis entziehen. In solchen Fällen hat sie gemäß § 46 Abs. 3 i.V.m. § 14 Abs. 1 Satz 3 FeV nach pflichtgemäßem Ermessen über die Einholung eines medizinisch-psychologischen Gutachtens zu entscheiden.

**BVerwG, Urteil vom 11. April 2019 – 3 C 9/18, juris**

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

haben sind ohne Fahrzeug nicht zu erreichen.

Mit der heute üblichen Praxis wurde die Null-Toleranz-Politik bei Cannabis-Konsumentenden, die heute im Betäubungsmittelrecht verfassungswidrig und antiquiert ist, auf Cannabis-Konsumierende im Straßenverkehr übertragen. Ein Nachweis, dass diese Praxis der Verkehrssicherheit dient, liegt bis heute nicht vor. Sie gerät so zur ideolo-

Die behauptete „Null-Toleranz-Politik“ hinsichtlich Cannabis-Konsumierenden existiert im Fahreignungsrecht nicht. Das Gegenteil ist der Fall.

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

Nach heutiger Erkenntnis besteht in aller Regel **kein** Anlass zu der Befürchtung, dass der einmalige oder gelegentliche Konsum von Haschisch bei den Betroffenen zu einer permanenten fahreignungsrelevanten Absenkung ihrer körperlich-geistigen Leistungsfähigkeit führt.

**BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 20. Juni 2002 – 1  
BvR 2062/96, juris**

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

Ein einmaliger Cannabiskonsum ohne Zusammenhang mit dem Straßenverkehr gibt allein keinen Anlass zu der Annahme, der Betroffene sei zum Führen eines Kraftfahrzeugs ungeeignet.

**BVerwG, Urteil vom 5. Juli 2001 – 3 C 13/01, juris**

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

**Drucksache 19/17612**

– 2 –

Deutscher Bundestag

gisch motivierten Schikane gegen Cannabis-Konsumierende. Sie ist daher unverhältnismäßig und nicht mit dem Gleichbehandlungsgrundsatz vereinbar.

Im Gegensatz zur Grenzwert-Regelung bei Alkohol gilt bei Cannabis faktisch eine

Die unterschiedlich konstruierten Vorschriften des § 24a Abs. 1 StVG (Alkohol) und des § 24a Abs. 2 StVG (u. a. Cannabis) verletzen nach der Rechtsprechung des BVerfG nicht dem Gleichheitsgrundsatz.



# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

Gemessen daran steht § 24 a Abs. 2 Satz 1 und 2 StVG auch mit Art. 3 Abs. 1 GG in Einklang. ... Diese Gesichtspunkte, vor allem der Umstand, dass sich bei einzelnen Drogen anders als beim Alkohol die Dosiswirkungsbeziehung derzeit nicht quantifizieren lässt, sind so gewichtig, dass sie die unterschiedliche Regelung sachlich zu rechtfertigen vermögen.

BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 21. Dezember 2004 – 1 BvR 2652/03, Rn. 15, juris

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

Im Gegensatz zur Grenzwert-Regelung bei Alkohol gilt bei Cannabis faktisch eine Null-Toleranz-Grenze. Der meist angewendete Grenzwert von 1,0 ng THC pro ml Blutserum ist so niedrig, dass dieser oft noch Tage nach dem Cannabiskonsum überschritten wird, wenn längst keine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit mehr bemerkbar ist. Laut Bundesanstalt für Straßenwesen sind „von den zu erwartenden Leistungsdefiziten bei niedrigen THC-Werten zumindest keine größeren Ausfallerscheinungen

Bei Erreichen des Grenzwertes von 1 ng/ml Blutserum geht es nicht um die behauptete „Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit“, weil es sich bei dem Tatbestand des § 24a Abs. 2 StVG um eine Ordnungswidrigkeit handelt.

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

- II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,
  - 1. durch Änderung der Fahrerlaubnis-Verordnung sicherzustellen, dass ein Entzug der Fahrerlaubnis nicht allein aufgrund des festgestellten Konsums oder widerrechtlichen Besitzes von illegalen Drogen erfolgen kann, sondern erst bei einer diagnostizierten Abhängigkeitserkrankung, einer durch Drogenkonsum verursachten konkreten Gefährdung des Straßenverkehrs oder wenn wiederholt Zuwiderhandlungen im Straßenverkehr nach § 24a StVG begangen wurden. Die Regelung in § 14 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 sowie Satz 2 und 3 FeV sind entsprechend

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

1. Die geforderte Änderung würde tief in die Rechtsgrundlagen der Fahreignungsbegutachtung eingreifen und findet derzeit keine wissenschaftliche Grundlage.
2. Eine solche Änderung widerspräche zudem grundlegend dem Sinn und Zweck des Gefahrenabwehrrechts, die beiden Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit der Menschen im öffentlichen Verkehrsraum möglichst effizient zu schützen.

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

2. die Erforschung und Entwicklung von Messverfahren, welche nur eine akute, verkehrsrelevante Beeinträchtigung durch Cannabiskonsum tatsächlich nachweisen, zu fördern und auf Messverfahren, die das nicht psychoaktive, lange nachweisbare und nichts über die Fahrtauglichkeit aussagende Abbauprodukt THC-COOH (THC-Säure) bestimmen, zu verzichten;



# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

1. THC-COOH ist ein wichtiger Marker für den regelmäßigen Konsum von Cannabis und daher unverzichtbar für die Fahreignungsbegutachtung.
2. Dieser Wert wirkt in zahlreichen Fällen entlastend für Cannabis-Konsumenten, sodass dessen Abschaffung zu einer Benachteiligung dieser Gruppe führen würde.

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

Bei der Annahme, dass jedenfalls ab einer Konzentration des THC-Metaboliten THC-COOH von 150 ng/ml im Blutserum von einem regelmäßigen Cannabiskonsum auszugehen ist, handelt es sich entgegen der Auffassung des Antragstellers nicht um eine Spekulation, sondern um eine gesicherte, auf rechtsmedizinischen Untersuchungen beruhende Erkenntnis.

Bayerischer Verwaltungsgerichtshof, Beschluss vom 24. April 2019 – 11 CS 18.2605, Rn. 13, juris



## Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

Lassen die derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisse es jedoch als möglich erscheinen, dass ein THC-COOH-Wert von 85,8 ng/ml unter Umständen auf eine einmalige Konsumepisode zurückzuführen ist, kann nicht davon ausgegangen werden, mit der Feststellung einer solchen Konzentration stehe gemäß § 11 Abs. 7 FeV fest, der betroffene Kraftfahrer müsse bereits mehrmals im Sinne des Fahrerlaubnisrechts Cannabis konsumiert haben.

Hessischer Verwaltungsgerichtshof, Beschluss vom 24.  
September 2008 – 2 B 1365/08, Rn. 20, juris

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

(THC-Grenzwert) festzulegen, zu verabschieden,

3. in § 24a des Straßenverkehrsgesetzes eine fundierte Anpassung des THC-Grenzwertes und dessen Normierung vorzunehmen, indem analog zur Regelung bei Alkohol für THC einen Toleranzgrenzwert von 10 ng/ml Blutserum eingeführt wird, bei welchem die Beeinträchtigung etwa der bei einer Blutalkoholkonzentration von 0,5‰ entspricht;

## Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

1. Eine solche Anhebung um 9 ng/ml widerspräche dem Gesetzeszweck der Vorschrift als abstraktes Gefährdungsdelikt sowie der Rechtsprechung des BVerfG und der Verwaltungsgerichtsbarkeit.
2. Wissenschaftliche Studien einer Entsprechung zwischen 10 ng/ml THC und 0,5 Promille BAK sind nicht bekannt.

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

Festgestellt werden muss eine Konzentration, die es entsprechend dem Charakter der Vorschrift als eines abstrakten Gefährdungsdelikts als möglich erscheinen lässt, dass der untersuchte Kraftfahrzeugführer am Straßenverkehr teilgenommen hat, obwohl seine Fahrtüchtigkeit eingeschränkt war. Das wird in der Wissenschaft zum Teil erst bei Konzentrationen von über 1 ng/ml angenommen.

BVerfG, Stattgebender Kammerbeschluss vom 21. Dezember 2004 – 1 BvR 2652/03, juris

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

4. für die §§ 315c und 316 des Strafgesetzbuches eine Normierung des THC-Grenzwertes vorzunehmen, indem ein THC-Wert von 3,0 ng/ml Blutserum festgelegt wird, unterhalb welchem eine relative Fahruntüchtigkeit ausgeschlossen werden kann.

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

1. Eine solche isolierte Einfügung eines Grenzwertes ausschließlich für THC wäre in sich unsystematisch und würde zusätzlich dem Gesetzeszweck der Generalprävention zuwiderlaufen.
2. Falls sich der Gesetzgeber zur Einfügung von Grenzwerten entschlösse, müsste er diese auch für sämtliche anderen berauschenden Mittel nach Anlagen I – III zu § 1 BtMG (z. B. Methamphetamin oder Cocain), AMG, NpsG sowie auch für Alkohol in die genannten Vorschriften einfügen.

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

Aus den vorgeschlagenen Änderungen in der FeV, im StVG und im StGB folgt, dass ohne rauchmitteltypische Ausfallerscheinungen erst ab einer THC-Konzentration von 10 ng/ml Blutserum eine Ordnungswidrigkeit (§ 24a StVG) vorliegt und dass bei Feststellung von Ausfallerscheinungen erst ab einer THC-Konzentration von 3 ng/ml Blutserum von einer relativen Fahruntüchtigkeit im Sinne der §§ 315c und 316 StGB ausgegangen werden kann.

# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

1. Bei Feststellung von rauschmittelbedingten Ausfallerscheinungen bedarf es bei anderen berauschenden Mitteln, anders als bei alkoholischer Beeinflussung, keines unteren Grenzwertes, um eine strafbare relative Fahrunsicherheit zu begründen.
2. Der Grund dafür liegt in der bereits vom BVerfG angesprochenen differierenden Dosiswirkungsbeziehung begründet.
3. Bei Verkehrsstraftaten unter Alkoholeinfluss existiert ein unterer Grenzwert von 0,3 Promille BAK, ab dessen Erreichen alkoholtypische Ausfallerscheinungen möglich sind. Dieser kann nicht mit 3 ng/ml THC gleichgesetzt werden, weil bei Cannabis keine Vergleichsuntersuchungen vorliegen.

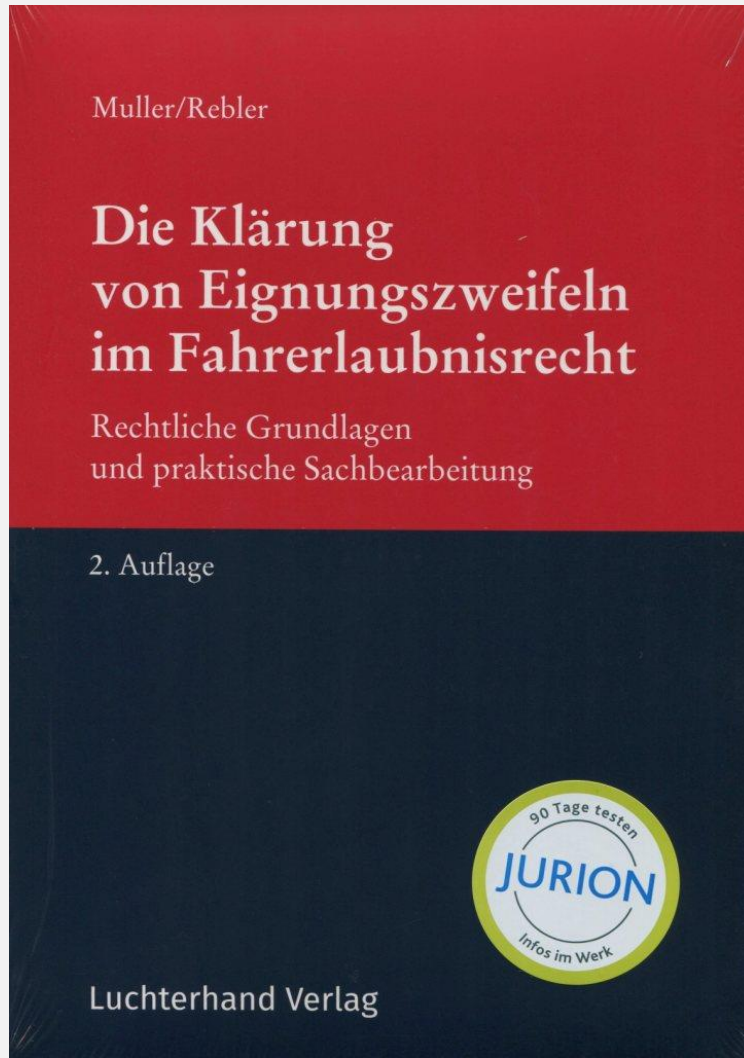


# Spezielle Stellungnahme zum Antrag BT-Drs. 19/17612

Bei einer rauschmittelbedingten Fahrunsicherheit ist es nicht unbedingt erforderlich, dass sich die körperlichen bzw. geistigen Mängel in Fahrfehlern ausgewirkt haben. Unter Umständen können zum Nachweis der Fahrunsicherheit auch sonstige Auffälligkeiten im Verhalten des Fahrzeugführers genügen, sofern sie konkrete Hinweise auf eine schwerwiegende Beeinträchtigung seiner psychophysischen Leistungsfähigkeit, insbesondere seiner Wahrnehmungs- und Reaktionsfähigkeit geben.

BGH, Urteil vom 15. April 2008 – 4 StR 639/07, juris

# Literatur



Müller, Dieter

Rebler, Adolf

Brenner-Hartmann, Jürgen

Die Klärung von  
Eignungszweifeln im  
Fahrerlaubnisrecht

Luchterhand Verlag Köln,  
2. Aufl. 2016

ISBN 978-3-472-08975-9

# Literatur



Müller, Dieter

Fahreignung –  
Praxisleitfaden für  
Polizeibeamte

Richard Boorberg  
Verlag Stuttgart, 2013

ISBN 978-3-415-04914-7

# Literatur

Bundesanstalt für Straßenwesen, Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung, Stand: Dezember 2019, Bergisch Gladbach 2020

Feldmann, Felix/Reisewitz, Nick, Problematik verdeckter charakterlicher Fahreignungsmängel – Facetten der polizeilichen Meldepflicht des § 2 Abs. 12 StVG, in: Müller, Dieter (Hrsg.), Rothenburger Beiträge Band 94, Verkehrssicherheitsarbeit Teil IV, Rothenburg/O.L. 2018, S. 1 ff.

Müller, Dieter, Fahreignung, Richard Boorberg Verlag, Stuttgart, 2013

Müller, Dieter, Kommentierung der §§ 2, 3, 4 StVG, in: Lütkes/Bachmeier/Müller/Rebler (Hrsg.), Großkommentar Straßenverkehrsrecht, Luchterhand Verlag, Stand: Januar 2021

Müller, Dieter, Probleme des Fahreignungsrechts und die Pflichtmitteilung der Polizei gem. § 2 Abs. 12 StVG, in: Deutsches Autorecht (DAR) 2013, S. 69 ff.

Müller, Dieter, Klärung von Eignungszweifeln nach § 11 FeV (in drei Teilen), gemeinsam mit Dr. Adolf Rebler, in: Straßenverkehrsrecht (SVR) 7/2016, S. 241 ff.; 8/2016, S. 298 ff.; 9/2016, S. 335 ff.

Müller, Dieter, Alpi & Co. – die Suche nach dem Kick und die charakterliche Fahreignung, gemeinsam mit Dr. Adolf Rebler, in: Straßenverkehrsrecht (SVR) 2/2017, S. 51 ff.

Prügner, Thomas, Längsschnittstudie zu Drogenfahrten im Straßenverkehr im Freistaat Sachsen, in: Müller, Dieter (Hrsg.), Rothenburger Beiträge Band 94, Verkehrssicherheitsarbeit Teil IV, Rothenburg/O.L. 2018, S. 365 ff.

# Autoreninfo

Prof. Dr. jur. Dieter Müller

- Vorsitzender des juristischen Beirats des Deutschen Verkehrssicherheitsrates, Mitglied des Vorstands des DVR
- Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Deutschen Verkehrswacht
- Mitglied der Fachkommission Verkehr der Deutschen Polizeigewerkschaft
- Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Verkehrsunfall-Opferhilfe Deutschland

## Erreichbarkeiten:

Hochschule der Sächsischen Polizei (FH)

Fachbereich Polizeiliches Management

Friedensstr. 120

02929 Rothenburg/O.L.

Tel.: 035891-462730, Mail: dieter.mueller@polizei.sachsen.de

Institut für Verkehrsrecht und Verkehrsverhalten

Ulmenweg 20, 06231 Bad Dürrenberg

Tel.: 0160-3718497, Mail: ivvb@ivvbautzen.de

Website: <http://www.ivvbautzen.de/>

Facebook: <https://www.facebook.com/ivvbautzen/?ref=bookmarks>





Life Service

Mehr Wert.  
Mehr Vertrauen.

## Schriftliche Stellungnahme

Dipl.-Psych. Jürgen Brenner-Hartmann

zu

## Deutscher Bundestag Drucksache 19/17612 Antrag der Fraktion DIE LINKE

### Gleichstellung von cannabis- und alkoholkonsumierenden Führerscheininhaberinnen und Führerscheininhabern

Ulm, 18.02.2021

Unsere Zeichen: jbh

Seite 1 von 9

#### I. Zur Begründung der Beschlussvorlage für den Bundestag

„Der Bundestag wolle beschließen:

Im April 2019 hat das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) entschieden, dass bei einem gelegentlichen Cannabis-Konsumierenden „die Fahrerlaubnisbehörde in der Regel nicht ohne weitere Aufklärung von fehlender Fahreignung ausgehen und ihm unmittelbar die Fahrerlaubnis entziehen“ darf (BVerwG, Urteil vom 11.04.2019 – 3 C 13.17). Die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts nimmt der Bundestag zum Anlass, cannabiskonsumierende Führerscheininhaber\*innen künftig den Alkoholkonsumierenden gleichzustellen. Niemand möchte, dass sich Personen unter berauschender Wirkung von Cannabis hinter Steuer setzen. Wie bei Alkoholkonsum sollen aber auch bei Cannabiskonsum nur noch Personen sanktioniert werden, die tatsächlich berauscht mit einem (Kraft-)Fahrzeug am Straßenverkehr teilnehmen und so die Verkehrssicherheit gefährden.

Im Gegensatz zu alkoholkonsumierenden Führerscheininhaber\*innen wird Cannabiskonsum\*innen momentan selbst dann die Fahrerlaubnis dauerhaft entzogen, wenn sie nicht unter Rauschwirkung ein Kraftfahrzeug führen oder überhaupt nicht mit einem Fahrzeug am Straßenverkehr teilnehmen. Denn schon die Tatsache, dass sie Cannabis konsumieren, begründet nach heutiger Praxis die Annahme, sie seien charakterlich ungeeignet, am Straßenverkehr teilzunehmen.“

#### Stellungnahme:

Wie die Erfahrungen bei der Begutachtung der Fahreignung zeigen, trifft diese Annahme bei der Anwendung der derzeit gültigen Rechtslage durch die Fahrerlaubnisbehörden nicht zu.

Nach § 14 FeV (Klärung von Eignungszweifeln im Hinblick auf Betäubungsmittel und Arzneimittel) ist die Fahreignung bei Cannabiskonsumanten immer dann zu prüfen und ein ärztliches Gutachten anzuordnen, wenn *Hinweise auf Abhängigkeit*<sup>1</sup> vorliegen (Abs. 1 Satz 1 Nr. 1). Ein medizinisch-psychologisches Gutachten kann angeordnet werden, wenn

<sup>1</sup> Hervorhebungen durch den Verfasser



*gelegentliche Einnahme von Cannabis* vorliegt und weitere Tatsachen Zweifel an der Eignung begründen (Abs. 1 Satz 3). Welche weiteren Tatsachen hier in Betracht gezogen werden können, ist in Anlage 4 FeV näher ausgeführt. Unter der Ziffer 9.2.2 werden hier die Bedingungen für das Vorliegen der Fahreignung bei gelegentlichem Cannabiskonsum genannt, nämlich „wenn Trennung von Konsum und Fahren und kein zusätzlicher Gebrauch von Alkohol oder anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen, keine Störung der Persönlichkeit, kein Kontrollverlust“. Die Verkehrsbehörde wird vor Anordnung eines medizinisch-psychologischen Gutachtens also im Einzelfall prüfen, ob sie dahingehend durch Tatsachen begründete Zweifel hat.

Ziffer 9.2.1 der Anlage 4 FeV legt im Übrigen fest, dass bei *regelmäßigem Cannabiskonsum* keine Eignung vorliegt. Die Rechtsprechung legt für die Annahme des regelmäßigen Konsums analog zu den Begutachtungsleitlinien für Kraftfahreignung eine Häufigkeit von „täglich oder nahezu täglich“ zugrunde. Eine Konsumhäufigkeit von 5-mal pro Woche entspricht dabei einem regelmäßigen Konsum.

Nach Absatz 2 des § 14 FeV ist ein medizinisch-psychologisches Gutachten zudem anzuordnen, wenn die Fahrerlaubnis aus einem der in Abs. 1 genannten Gründe entzogen war, wenn zu prüfen ist, ob Abhängigkeit noch besteht oder wenn wiederholt Zuwiderhandlungen nach § 24a StVG begangen wurden.

Das oben zitierte BVerwG-Urteil vom 11.04.2019 stellt diese in der FeV verankerten Eignungsvoraussetzungen nicht in Frage, sondern wendet sich im Wesentlichen gegen die Anwendung des §11 Abs. 7 FeV durch die Fahrerlaubnisbehörde bei einem erstmaligen Verstoß gegen § 24a StVG aufgrund einer Verkehrsteilnahme unter Cannabiseinfluss. Hiernach unterbleibt die Anordnung zur Beibringung des Gutachtens, wenn die Nichteignung der/des Betroffenen zur Überzeugung der Fahrerlaubnisbehörde feststeht. Nach der Rechtsprechung des BVerwG soll das Trennvermögen und die Trennbereitschaft des/der Betroffenen jedoch in diesen Fällen zunächst im Rahmen eines medizinisch-psychologischen Gutachtens geprüft werden.

Wie unsere Erfahrungen als Begutachtungsstelle für Fahreignung zeigen, wird das BVerwG-Urteil von den Fahrerlaubnisbehörden auch konsequent umgesetzt und es werden regelmäßig Fahreignungsbegutachtungen nach einer Ordnungswidrigkeit wegen Verkehrsteilnahme mit Cannabis mit der Fragestellung angeordnet, ob ein ausreichendes Trennverhalten beim/bei der Betroffenen anzunehmen ist.

Fraglos gibt es zwischen der fahreignungsrechtlichen Behandlung von Alkohol und von Cannabis Unterschiede und die Eingriffsschwelle ist bei Alkohol höher, wenn nach § 13 FeV die Fahreignung erst bei wiederholter Zuwiderhandlung oder bei Verkehrsteilnahme mit einer BAK von 1,6 Promille oder mehr in Zweifel gezogen und überprüft wird. Die Aussage im Antrag, dass „schon die Tatsache, dass sie Cannabis konsumieren, (...) nach heutiger Praxis die Annahme, sie seien charakterlich ungeeignet, am Straßenverkehr teilzunehmen [begründet]“ trifft allerdings nicht zu.

Werden nicht nur Gleichbehandlungsargumente herangezogen, sondern soll mit Anpassungen in der FeV ein Beitrag für die Verkehrssicherheit geleistet werden, wären eher die Maßstäbe im Umgang mit der alkoholisierten Verkehrsteilnahme zur Diskussion zu stellen.

Eine vollständige fahreignungsrechtliche Gleichbehandlung von Alkohol und Betäubungsmitteln wird im Übrigen auch durch die Vorgaben der 3. EU-Führerscheinrichtlinie verhindert. Diese unterscheidet in ihrem Anhang III (MINDESTANFORDERUNGEN AN DIE KÖRPERLICHE UND GEISTIGE TAUGLICHKEIT ZUM FÜHREN EINES KRAFTFAHRZEUGS) zwischen ALKOHOL (Ziffer 14) und DROGEN UND ARZNEIMITTELN (Ziffer 15).



Es wird dabei in Ziffer 14.1 für Alkohol festgelegt:

Bewerbern oder Fahrzeugführern, die alkoholabhängig sind oder das Führen eines Fahrzeugs und Alkoholenuss nicht trennen können, darf eine Fahrerlaubnis weder erteilt noch darf ihre Fahrerlaubnis erneuert werden.

In Ziffer 15 wird für den Bereich Drogen im Unterschied dazu zwischen „Missbrauch“ und „Regelmäßiger Einnahme“ unterschieden und den Mitgliedstaaten vorgegeben:

#### 15. Missbrauch

Bewerbern oder Fahrzeugführern, die von psychotropen Stoffen abhängig sind oder, auch ohne abhängig zu sein, von solchen Stoffen regelmäßig übermäßig Gebrauch machen, darf eine Fahrerlaubnis unabhängig von der beantragten Führerscheinklasse weder erteilt noch darf ihre Fahrerlaubnis erneuert werden.

#### Regelmäßige Einnahme

##### Gruppe 1:

15.1. Bewerber oder Fahrzeugführern, die regelmäßig psychotrope Stoffe in irgendeiner Form einnehmen, darf, wenn die aufgenommene Menge so groß ist, dass die Fahrtüchtigkeit nachteilig beeinflusst wird, eine Fahrerlaubnis weder erteilt noch darf ihre Fahrerlaubnis erneuert werden. Dies gilt auch für alle anderen Arzneimittel oder Kombinationen von Arzneimitteln, die die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen.

Die Erteilung bzw. Erneuerung einer Fahrerlaubnis setzt in beiden Fällen den Ausschluss von Abhängigkeit, also von einer Krankheitsdiagnose nach ICD 10, voraus. Darüber hinaus werden dann jedoch verschiedene Maßstäbe für die Überprüfung der Fahreignung im Bereich Alkohol und Drogen vorgegeben. Ist bei Alkohol zu prüfen, ob eine Trennung von „Alkoholenuss“ und Führen eines Fahrzeugs gewährleistet ist, soll bei Drogen der „regelmäßig übermäßige“ Gebrauch (im Sinne einer Missbrauchsdefinition) sowie die Einnahme in einer Form, welche die Fahrtüchtigkeit nachteilig beeinflusst, ausgeschlossen werden. Diese Unterscheidung zwischen dem Kriterium des Trennvermögens bei Alkohol einerseits und des riskanten Konsums bei Drogen andererseits, findet im deutschen Fahrerlaubnisrecht und in den Kriterien zur Überprüfung der Fahreignung ihren Niederschlag.

„Selbst für regelmäßige Alkoholkonsumierende gilt das dagegen in der Regel nicht. Mit teuren Gutachten und langwierigen Prozessen müssen die Betroffenen dann selbst den Nachweis ihrer Fahreignung erbringen. Der Entzug der Fahrerlaubnis kann für die Betroffenen existenzielle Folgen haben. Denn viele Arbeitsstätten, aber auch Orte der gesellschaftlichen Teilhabe sind ohne Fahrzeug nicht zu erreichen.

Mit der heute üblichen Praxis wurde die Null-Toleranz-Politik bei Cannabis-Konsumierenden, die heute im Betäubungsmittelrecht verfassungswidrig und antiquiert ist, auf Cannabis-Konsumierende im Straßenverkehr übertragen. Ein Nachweis, dass diese Praxis der Verkehrssicherheit dient, liegt bis heute nicht vor. Sie gerät so zur ideologisch motivierten Schikane gegen Cannabis-Konsumierende. Sie ist daher unverhältnismäßig und nicht mit dem Gleichbehandlungsgrundsatz vereinbar. Im Gegensatz zur Grenzwert-Regelung bei Alkohol gilt bei Cannabis faktisch eine Null-Toleranz-Grenze. Der meist angewendete Grenzwert von 1,0 ng THC pro ml Blutserum ist so niedrig, dass dieser oft noch Tage nach dem Cannabiskonsum überschritten wird, wenn längst keine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit mehr bemerkbar ist.



Laut Bundesanstalt für Straßenwesen sind „von den zu erwartenden Leistungsdefiziten bei niedrigen THC-Werten zumindest keine größeren Ausfallserscheinungen zu erwarten [...] als bei Alkoholisierungsgraden von unter 0,50 ‰“ ([https://bast.opus.hbz-nrw.de/opus45-bast/frontdoor/deliver/index/docId/165/file/M1\\_82.pdf](https://bast.opus.hbz-nrw.de/opus45-bast/frontdoor/deliver/index/docId/165/file/M1_82.pdf), S. 169). Daher empfiehlt die das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur beratende Grenzwertkommission erst ab einer THC-Konzentration von 3,0 ng/ml Blutserum von einer Nichttrennung des Cannabiskonsums und der Teilnahme im Straßenverkehr im Sinne von Nr. 9.2.2 Anlage 4 FeV auszugehen ([www.bads.de/media/213543/blutalkohol\\_2015.pdf](http://www.bads.de/media/213543/blutalkohol_2015.pdf), S. 322/323).

#### Stellungnahme:

Das BVerwG hat in seinem Urteil vom 11.4.2019 (BVerwG 3 C 14.17; RN 25 ff.) den geltenden Grenzwert von 1 ng/ml THC im Serum ausdrücklich in Auseinandersetzung mit der in der Zeitschrift „Blutalkohol“ (52, 322) veröffentlichten Stellungnahme der Grenzwertkommission und nach Anhörung des damaligen Vorsitzenden der Grenzwertkommission Prof. Daldrup bestätigt. Im Übrigen wurde in der zitierten Stellungnahme der Grenzwertkommission nicht gefordert, den Grenzwert von 1ng/ml in der Anlage zu § 24a StVG zu ändern.

Die Aussage im Antrag, dass der „angewendete Grenzwert von 1,0 ng THC pro ml Blutserum (...) so niedrig [ist], dass dieser oft noch Tage nach dem Cannabiskonsum überschritten wird, ...“ ist zumindest für gelegentliche Freizeitkonsumenten nicht zutreffend.

Zunächst muss klargestellt werden, dass nicht der Nachweis von „Cannabiskonsum“ im Blut geregelt ist, sondern dass nach der Anlage zu § 24a StVG der Nachweis des psychoaktiven *Wirkstoffes* Tetrahydrocannabinol (THC, genauer  $\Delta^9$ -THC) im Blut erforderlich ist. Zurückliegender Cannabiskonsum kann über die Metabolite (nicht psychoaktive Stoffwechselprodukte), vor allem die THC-Carbonsäure, in der Tat bei regelmäßigen Konsumenten auch über 24 h, bei mehrfach täglichem Konsum sogar mehrere Tage nachgewiesen werden. Dieser Konsumentenkreis, bei dem der Verdacht auf Cannabisabhängigkeit begründet ist, dürfte im Antrag allerdings wohl ohnehin nicht adressiert gewesen sein.

THC hingegen ist nach Einzelkonsum in der Regel 6-12 Stunden nachweisbar<sup>2</sup>. Es ist also nach Konsum und vor einer Verkehrsteilnahme nur die Zeitspanne abzuwarten, bis der Wirkstoff nicht mehr über diesem unteren Nachweisgrenzwert liegt und somit eine Wirkung von THC hinreichend sicher ausgeschlossen werden kann. Toxikologisch zwar mögliche Nachweise unterhalb dieses Cut-off-Wertes werden verkehrsrechtlich nicht berücksichtigt.

Die Überlegungen zur Nachweisdauer von THC treffen jedoch nicht für die kleine Minderheit der chronischen Konsumenten mit mehrfach täglichem Konsum zu. Probierkonsum von Cannabis ist in Deutschland zwar weit verbreitet, es entwickelt sich daraus jedoch nur selten ein chronisches Konsumverhalten. Eine Befragung im Rahmen des sog. „Alkoholsurveys“<sup>3</sup> im Jahr 2018 zeigte, dass zwar jeder zehnte 12- bis 17-jährige Jugendliche (10,0 %) und gut vier von zehn jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren (42,5 %) angegeben hatten, schon einmal Cannabis konsumiert zu haben. Regelmäßiger Cannabiskonsum, definiert als häufiger als zehnmal in den letzten 12 Monaten, ist jedoch nur bei 1,6 % der Jugendlichen und 6,9 % der jungen Erwachsenen gegeben. Die Deutsche Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (DBDD) berichtet von einer 12-Monats-Prävalenz (mind. ein

<sup>3</sup> Orth, B. & Merkel, C. (2019). Der Cannabiskonsum Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung doi. 10.17623/BZGA:225-ALKSY18-CAN-DE-1.0

Konsum in den letzten 12 Monaten) von 8,1 % unter 12- bis 17-Jährigen und 7,1 % unter 18- bis 64-Jährigen.<sup>4</sup>

Eine weitere Differenzierung wird in den Studien nicht vorgenommen, es ist jedoch anzunehmen, dass sich nur bei einem geringen Teil dieser sog. „regelmäßigen“ Konsumenten, auch ein chronischer täglicher Konsum entwickelt. Im Zusammenhang mit der Fahreignung wird von einem regelmäßigen Konsum im Übrigen erst gesprochen, wenn „nahezu täglich“ konsumiert wird (vgl. Ausführungen weiter oben). Die Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht schätzt grob den Anteil von Erwachsenen mit nahezu täglichem Cannabiskonsum (mind. 20-mal im Monat) in Europa auf 1%.<sup>5</sup>

Einen Rückschluss von bestimmten THC-Blut-/Serumwerten auf den Grad der Beeinträchtigung der Fahrsicherheit ist im Einzelfall zudem nicht möglich. So ist es bislang nicht gelungen, etwa einen Grenzwert für die absolute Fahrunsicherheit bei THC-Nachweis analog zu den bekannten 1,1 Promille Blutalkoholkonzentration festlegen zu können.

Hierfür sind im Wesentlichen zwei Besonderheiten der Wirkungsweise von Drogen als lipophile (fettlösliche) Substanzen im Vergleich zu Alkohol als hydrophile (wasserlösliche) Substanz zu beachten:

- Die psychotrope Wirkung von THC korreliert zeitlich nicht gut mit dem Blut-/Serumspiegel von THC. Die subjektiv empfundene Wirkung hängt von der Konzentration in den Nervenzellen und dem sie umgebenden Fettgewebe ab, das Blut ist ein reines Transportmittel, aber kein Speichermedium für THC. Es kommt somit zu dem Phänomen, dass die subjektiv empfundene Wirkung noch zunimmt, während die Konzentration im Blut bereits wieder absinkt<sup>6</sup>. Ethylalkohol wird hingegen in der Körperflüssigkeit gespeichert und ist in vergleichbarer Konzentration im Blut oder in anderen Gewebsflüssigkeiten vorhanden. Die im Blut gemessene BAK korreliert dabei gut mit der subjektiv empfundenen Wirkung.
- Der Metabolismus und die Elimination von THC und Ethylalkohol sind ebenfalls physiologisch verschieden und nur bedingt vergleichbar. Nach Alkoholkonsum nimmt die BAK nach Erreichen der Maximalkonzentration und Überschreiten eines flachen Plateaus in der BAK-Kurve wieder linear ab, wobei Alkohol relativ gut berechenbar mit einer Quote von ca. 0,15 Promille pro Stunde (beim Mann) verstoffwechselt und ausgeschieden wird.

Misst man hingegen den Verlauf der THC-Konzentration im Blut/Serum, sieht man zunächst einen sehr raschen Anstieg, der in Form eines sog. Peaks in einer Maximalkonzentration endet. Die Kurve fällt dann zunächst wieder steil ab, da sich, wie oben erwähnt, der Wirkstoff im Fettgewebe und damit auch in den Nervenzellen einlagert und -zeitlich versetzt- seine Wirkung entfaltet. Die dann folgende Ausscheidung folgt der Gesetzmäßigkeit von Halbwertszeiten. Die messbare Konzentration fällt also nicht linear ab, sondern wird in einer bestimmten Zeiteinheit jeweils halbiert, nähert sich also asymptotisch dem Nullwert.

Aus den beiden genannten Gründen ist es nicht möglich, aus der gemessenen Blut-/Serum-THC-Konzentration eine auf den Einzelfall bezogene Aussage über die zu diesem Zeitpunkt

<sup>4</sup> DBDD (2020) Kurzbericht – Situation illegaler Drogen in Deutschland. Basierend auf dem REITOX-Bericht 2020 an die EMCDDA

<sup>5</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction - EMCDDA (2020). European Drug Report – Trends and Development.

<sup>6</sup> vgl. z.B. Mußhoff, F. & Madea, B. (2012) Fahrsicherheit bei einer Teilnahme am Straßenverkehr unter Drogeneinfluss aus medizinischer Sicht. In: Madea, B., Mußhoff, F. & Berghaus, G.: Verkehrsmedizin. 2. Auflage (Kap. B 3.3.1). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag

zu erwartende Wirkung zu machen. Dies ist der Grund, warum mit dem sicheren Nachweis des Wirkstoffs im Blut bisher nur eine Untergrenze für den Ausschluss der möglichen Wirksamkeit definiert wurde.

Das vielfach zu beobachtende Bemühen um Analogie-Grenzwerte zur BAK, die es erlauben würden, das gleiche Risiko für den Straßenverkehr auch verkehrs- oder strafrechtlich gleich zu behandeln, kann nur sehr bedingt erfolgreich sein. In der Wissenschaft können allenfalls statistische Gruppen-Vergleichswerte gefunden und beschrieben werden, die auf den Einzelfall nicht anwendbar sind.

Die Wirkung von THC auf die Fahrsicherheit zu einem bestimmten Zeitpunkt und bei einer bestimmten Person hängt weniger von der messbaren Konzentration von THC im Blut als vielmehr von anderen Faktoren ab. Zu nennen sind hier eine Reihe subjektiver Faktoren, wie Konsumerfahrung (Gewöhnung), Wirkungserwartung, motivationale Faktoren sowie generelle Haltungen gegenüber Risikovermeidung und Regelbeachtung. In der Fachliteratur werden häufig die Begriffe „Set“ und „Setting“ verwendet, um die Einflüsse der subjektiven Gestimmtheit und die situativen Bedingungen der Konsumumgebung zu beschreiben, welche gerade bei Betäubungsmitteln entscheidend zum Wirkungsverlauf beitragen. Auch die Art des Konsums (Rauchen eines Joints mit unterschiedlicher Inhalationstiefe des Rauchs, schnelles Inhalieren eines Bongs oder orale Aufnahme von z.B. Cannabiskeksen mit deutlich verzögertem Wirkungseintritt) beeinflusst die Geschwindigkeit der Aufnahme des Wirkstoffes und führt zu einem jeweils anderen Konzentrations-Wirkungs-Verhältnis. Zusätzlich sind ungewohnte Konsumenten, bei denen geringere Wirkstoffkonzentrationen zu stärkeren Beeinträchtigungen führen, von habituellen Konsumenten zu unterscheiden.

## II. Zu den beantragten Aufforderung an die Bundesregierung

1. „durch Änderung der Fahrerlaubnis-Verordnung sicherzustellen, dass ein Entzug der Fahrerlaubnis nicht allein aufgrund des festgestellten Konsums oder widerrechtlichen Besitzes von illegalen Drogen erfolgen kann, sondern erst bei einer diagnostizierten Abhängigkeitserkrankung, einer durch Drogenkonsum verursachten konkreten Gefährdung des Straßenverkehrs oder wenn wiederholt Zuwiderhandlungen im Straßenverkehr nach § 24a StVG begangen wurden. Die Regelung in § 14 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 sowie Satz 2 und 3 FeV sind entsprechend aufzuheben. In § 14 Abs. 1 FeV ist zu ergänzen, dass ein ein- oder mehrmaliger betäubungsmittelrechtlicher Verstoß bei Cannabis keine Eignungszweifel begründet und die Beibringung eines medizinisch-psychologischen Gutachtens nicht allein aufgrund dieser Tatsache angeordnet werden kann;“

### Stellungnahme:

In der Aufforderung Nr.1 ist in allgemeiner Form von „illegalen Drogen“ die Rede. Da in der Begründung nur auf Cannabiskonsumierende eingegangen wird, beschränke ich mich in meiner Stellungnahme auch auf diesen Konsumentenkreis.

Wie oben bereits festgestellt, führt die rechtskonforme Anwendung des § 14 FeV durch die Fahrerlaubnisbehörden bereits auf Basis der geltenden Rechtslage nicht dazu, dass ein ein- oder mehrmaliger BtM-Verstoß im Zusammenhang mit Cannabis ohne Weiteres die Anordnung eines medizinisch-psychologischen Gutachtens auslöst. Bei entsprechenden Hinweisen kommt allenfalls eine Abklärung durch ein ärztliches Gutachten, ob ein regelmäßiger Konsum oder eine Abhängigkeit vorliegt, in Betracht.

Auch ein Entzug der Fahrerlaubnis erfolgt nicht allein aufgrund des festgestellten Konsums oder des widerrechtlichen Besitzes von Cannabis. In den Fällen der diagnostizierten

Abhängigkeit (nach den Kriterien der ICD 10) hingegen kann eine Entziehung der Fahrerlaubnis durch die Verkehrsbehörde erfolgen, bei der konkreten Gefährdung des Straßenverkehrs erfolgt sie aufgrund eines Vergehens nach §§ 315c oder 316 StGB durch das Gericht.

Somit bliebe nur noch abzuwägen, ob die bisher geltende Regelung, dass bereits ein einmaliger Verstoß gegen § 24a StVG mit Cannabis zu einer Überprüfung der Fahreignung führen soll angemessen ist oder ob dies erst bei wiederholtem Verstoß erfolgen sollte. Zumindest aus der Rechtsprechung und dem oben angeführten Urteil des BVerwG sowie der vorinstanzlichen Urteilen ist nicht abzuleiten, dass die Eignungsüberprüfung bereits nach der ersten Auffälligkeit juristischen Bedenken begegnen würde. Vielmehr wird dort ausdrücklich betont, dass eine rechtliche Ungleichbehandlung von Cannabis und Alkohol in den §§ 13 und 14 der FeV nach der Rechtsprechung des BVerfG und des BVerwG „wegen des unterschiedlichen Gefahrenpotenzials für die Verkehrssicherheit und der unterschiedlichen Wirkungsweise“ nicht gegen Art. 3 Abs. 1 GG verstoße (RN 34).

Auch steht in Frage, ob es mit den Vorgaben der EU-Führerscheinrichtlinie vereinbar ist, eine Auffälligkeit unter Cannabiseinfluss im Straßenverkehr unberücksichtigt zu lassen.

Unabhängig davon handelt es sich bei einer solchen Entscheidung um eine Abwägung zwischen den Verkehrsrisiken, die von Personen mit Cannabiskonsum und fehlender Trennbereitschaft ausgehen und den individuellen Freiheitsinteressen dieses Personenkreises. Bei einer solchen Risikoabwägung hilft der direkte Vergleich mit dem Vorgehen im Zusammenhang mit einer alkoholisierten Verkehrsteilnahme im Bereich der Ordnungswidrigkeiten nur wenig. Der Grenzwert von 0,5 Promille Alkohol im Blut ist in § 24a StVG nach einer langen wissenschaftlich begleiteten Diskussion Anfang der 1990er Jahre etabliert worden<sup>7</sup>. Anders als bei den anderen in Absatz 2 des §24a StVG geregelten „berauschenden Mitteln“ konnten für Alkohol Risikogrenzwerte für das Auftreten beeinträchtigender Wirkungen festgelegt werden, die sich in der differenzierten Anwendung der Grenzen für die relative Fahruntüchtigkeit (bei 0,3 Promille BAK), die absoluten Fahruntüchtigkeit (bei 1,1 Promille BAK) und eben des vorbeugenden Risikogrenzwerts (bei 0,5 Promille BAK) rechtlich niedergeschlagen haben. Bereits vor diesem Hintergrund entspricht eine Auffälligkeit mit anderen berauschenden Mitteln im Straßenverkehr nicht der Auffälligkeit mit 0,5 Promille Alkohol oder mehr.

In eine vergleichenden Betrachtung der Vermeidung von Gefahren durch Alkohol- und Cannabis-beeinflusste Fahrer müssten weitere Faktoren, wie etwa die Entdeckungswahrscheinlichkeit beeinträchtigter Fahrer bei polizeilichen Kontrollen berücksichtigt werden. Nicht zuletzt aufgrund der weitaus höheren Verbreitung von Alkohol im Vergleich zu Cannabis in der Bevölkerung werden alkoholtypische Ausfallerscheinungen und Fahrfehler häufiger und mit höherer Wahrscheinlichkeit identifiziert, als dies bei Cannabiseinfluss der Fall ist. Hinzu kommt das Fehlen des typischen Alkoholgeruchs, der einen Anfangsverdacht auch bei Routinekontrollen im Verkehr für alkoholbeeinflusste Fahrer wesentlich wahrscheinlicher macht als für Cannabiskonsumenten.

Zur Bewertung eines möglichen Grenzwertes von 3 ng/ml THC im Blutserum im Zusammenhang mit der Eignungsfrage liefert eine aktuelle Studie von Wagner et. al<sup>8</sup> interessante Ergebnisse. Die Autoren beschäftigen sich mit der Frage, ob sich Cannabiskonsumenten, bei denen die Fahreignung in einer ärztlichen oder medizinisch-psychologischen Begutachtung überprüft

<sup>7</sup> vgl. z.B. Krüger, H.-P. (1990) Niedrige Alkoholkonzentrationen und Fahrverhalten. Unfall- und Sicherheitsforschung Straßenverkehr. Bd. 78, S. 3-30

<sup>8</sup> Wagner, Th., DeVol, D., Uhlmann, L.M., Perlich, Ch. & Bartels, A. (2021) zur Veröffentlichung vorgesehen). Cannabis im Straßenverkehr und Fahreignung – ein evidenzbasierter Beitrag zur MPU-Indikation ab 3 ng/ml THC – dem Verfasser von den Autoren im Entwurf freundlicherweise zur Verfügung gestellt.

worden war, hinsichtlich der Drogenkonsumproblematik aufgrund der Höhe der bei der Auffälligkeit gemessenen Konzentration des THC im Blutserum unterscheiden. Dazu wurden insgesamt 159 Fahreignungsgutachten, die zwischen Februar 2017 und Dezember 2018 erstellt worden waren, reanalysiert. Es wurde die Hypothese überprüft, dass sich die Problemausprägung (Grad der Suchtgefährdung), die Konsummotivation sowie die Bewertung der Fahreignung bei Auffälligen mit einer THC-Konzentration  $<3$  ng/ml von denen unterscheiden, die eine THC-Konzentration von 3 ng/ml und darüber aufwiesen. Die Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen bestätigen ließen, so dass die Annahme, dass beide Konsumgruppen aus einer homogenen Grundgesamtheit stammen, nicht zu widerlegen war. Mit anderen Worten: die Höhe der THC-Konzentration bei der Verkehrsteilnahme konnte nicht zur Differenzierung zwischen einer mehr oder weniger ausgeprägten Drogenkonsumproblematik beitragen.

2. „die Erforschung und Entwicklung von Messverfahren, welche nur eine akute, verkehrsrelevante Beeinträchtigung durch Cannabiskonsum tatsächlich nachweisen, zu fördern und auf Messverfahren, die das nicht psychoaktive, lange nachweisbare und nichts über die Fahrtauglichkeit aussagende Abbauprodukt THC-COOH (THC-Säure) bestimmen, zu verzichten;“

Zu diesem Punkt wird auf die Ausführungen des rechtsmedizinischen Sachverständigen verwiesen.

3. „in § 24a des Straßenverkehrsgesetzes eine fundierte Anpassung des THC-Grenzwertes und dessen Normierung vorzunehmen, indem analog zur Regelung bei Alkohol für THC einen Toleranzgrenzwert von 10 ng/ml Blutserum eingeführt wird, bei welchem die Beeinträchtigung etwa der bei einer Blutalkoholkonzentration von 0,5‰ entspricht;“

Zu diesem Punkt wird auf die Ausführungen des rechtsmedizinischen Sachverständigen sowie der Vertreterin der BAST verwiesen. Gegen die hier geforderte Anhebung des Grenzwertes im Bereich des §24a StGB auf 10 ng/ml Blutserum spricht jedoch sowohl der präventive Schutzzweck dieser Regelung im Ordnungswidrigkeitenrecht als auch das Fehlen ausreichend evidenzgestützter Daten, die einen solchen Analogieschluss zwischen Alkohol und THC zulassen würden.

4. „für die §§ 315c und 316 des Strafgesetzbuches eine Normierung des THC-Grenzwertes vorzunehmen, indem ein THC-Wert von 3,0 ng/ml Blutserum festgelegt wird, unterhalb welchem eine relative Fahruntüchtigkeit ausgeschlossen werden kann.“

#### Stellungnahme:

Die Aussage, dass unterhalb eines Grenzwertes von 3,0 ng/ml THC im Blutserum eine relative Fahruntüchtigkeit *ausgeschlossen* werden kann, trifft nicht zu (vgl. BVerwG 3 C 14.17). Zwar nimmt die statistische Wahrscheinlichkeit ab, dass bei einem Konsumenten mit einer THC-Konzentration unterhalb dieses Grenzwertes relevante Beeinträchtigungen vorliegen, dies ist jedoch einem Ausschluss der Beeinflussung im konkreten Einzelfall nicht gleichzusetzen.

Auch für Alkohol gibt es im Übrigen keine derartige untere Grenze in den §§ 315c und 316 StGB. Der Grenzwert für die relative Fahruntüchtigkeit bei 0,3 Promille BAK ist von der Rechtsprechung aufgrund wissenschaftlicher Erkenntnisse entwickelt worden, was den Strafgerichten bei THC bisher nicht möglich war, da entsprechenden Erkenntnisse nicht vorliegen.



Life Service

Zum Verfasser:

Dipl.-Psych. Jürgen Brenner-Hartmann

- Seit 1985 als verkehrspsychologischer Gutachter tätig, seit 2014 fachlicher Leiter für den Bereich der Begutachtung der Fahreignung bei der TÜV SÜD Life Service GmbH, einer amtl. anerkannten Begutachtungsstelle für Fahreignung.
- Mitglied im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Verkehrspsychologie e.V. (DGVP)
- Federführendes Mitglied in der Ständigen Arbeitsgruppe Beurteilungskriterien (StAB) der DGVP und DGVM. In dieser Funktion Mitherausgeber des Standardwerks „Urteilsbildung in der Fahreignungsdiagnostik – Beurteilungskriterien“.
- Mitglied der Kommission Verkehrspsychologie und Verkehrsmedizin des VdTÜV.
- Mitglied im der Arbeitsgruppe „Alkohol-, Drogen- und Medikamentenmissbrauch“ zur Überarbeitung der Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung bei der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt).
- Mitglied im Fachausschuss Begutachtung der Fahreignung bei der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt).
- Mitglied im Wissenschaftlichen Beirat der Deutschen Fahrlehrerakademie e.V.
- Mitglied in der Deutschen Akademie für Verkehrswissenschaft e.V. (Verkehrsgerichtstag).
- Mitglied bei ICADTS (International Council on Alcohol, Drugs and Traffic Safety).



**Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Verkehr und  
digitale Infrastruktur  
Ausschussdrucksache**

**19(15)459-C**

**Stellungnahme zur 102. Sitzung -  
Öffentl. Anhörung am 24.02.2021**



DEKRA e.V. Dresden, FB a. a. BfF,  
D-01731 Kriescha, Fiebigweg 8

Frau

Britta Hanke-Giesers

Leiterin Sekretariat PA 15

Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur

Deutscher Bundestag

Platz der Republik 1

11011 Berlin

**DEKRA e.V. Dresden**

Fachbereich a. a. BfF

Fiebigweg 8

01731 Kriescha

Büro:

Senftenberger Str. 30

D-01998 Klettwitz

Kontakt Dr. Thomas Wagner

Tel. direkt 035754 7344 230

Fax direkt 035754 7345 200

E-Mail thomas.wagner@dekra.com

Datum 22.02.2021

Geschäftszeichen: PA 15 – 5410

Antrag der Abgeordneten Niema Movassat, Dr. André Hahn, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

**Gleichstellung von cannabis- und alkoholkonsumierenden Führerscheininhaberinnen und Führerscheinhabern**

BT-Drucksache 19/17612

**Stellungnahme**

Der o.g. Antrag stützt sich auf Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 11.04.2019 (Az.: 3 C 13.17) und mündet in eine Aufforderung an die Bundesregierung, vier Änderungen vorzunehmen. Dazu gehören – verkürzt zusammengefasst – „durch Änderung der Fahrerlaubnis-Verordnung sicherzustellen, dass ein Entzug der Fahrerlaubnis nicht allein aufgrund des festgestellten Konsums oder widerrechtlichen Besitzes von illegalen Drogen erfolgen kann, sondern erst bei einer diagnostizierten Abhängigkeitserkrankung, einer durch Drogenkonsum verursachten konkreten Gefährdung des Straßenverkehrs oder wenn wiederholt Zuwiderhandlungen im Straßenverkehr nach § 24a StVG begangen wurden.“ ...

„die Erforschung und Entwicklung von Messverfahren, welche nur eine akute, verkehrsrelevante Beeinträchtigung durch Cannabiskonsum tatsächlich nachweisen, zu fördern und auf Messverfahren, die das nicht psychoaktive, lange nachweisbare und nichts über die Fahrtauglichkeit aussagende Abbauprodukt THC-COOH (THC-Säure) bestimmen, zu verzichten“

„in § 24a des Straßenverkehrsgesetzes eine fundierte Anpassung des THC-Grenzwertes und dessen Normierung vorzunehmen, indem analog zur Regelung bei Alkohol für THC einen Toleranzgrenzwert von 10 ng/ml Blutserum eingeführt wird, bei welchem die Beeinträchtigung etwa der bei einer Blutalkoholkonzentration von 0,5‰ entspricht“ und „für die §§ 315c und 316 des Strafgesetzbuches eine Normierung des THC-Grenzwertes vorzunehmen, indem ein THC-Wert von 3,0 ng/ml Blutserum festgelegt wird, unterhalb welchem eine relative Fahruntüchtigkeit ausgeschlossen werden kann“.

DEKRA e.V. Dresden  
Geschäftsanschrift:  
Fiebigweg 8  
01731 Kriescha  
Telefon (03 52 06) 207-0  
Telefax (03 52 06) 207-77  
www.dekra.com

Amtsgericht Dresden, VR-Nr. 24  
Bankverbindung:  
BW-Bank  
IBAN DE79 6005 0101 0001 2021 13 / BIC SOLADEST600

Präsident des Präsidialrats:  
Thomas Pleines  
Vorstand:  
Jann Fehlauer (Vorsitzender)  
Dr. Roland Krause

Die angesprochene Problematik lässt sich in vier Sachfragen überführen, die in meiner Stellungnahme behandelt werden:

1. Welche Implikationen setzt das o.g. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts im Hinblick auf die Überprüfung der Kraftfahreignung?
2. Zeigt die Höhe des THC-Wertes zuverlässig das Verkehrsrisiko, das von einem cannabisbeeinflussten Kraftfahrer ausgeht, an? Und kann daher angenommen werden, dass das Risiko für den aktuell gültigen THC-Grenzwert von 1 ng/ml THC als niedrig oder unbedeutend einzustufen ist?
3. Ist eine Gleichstellung von Alkohol und Cannabis fachlich gerechtfertigt?
4. Können die Erkenntnisse über die Wirksamkeit von geänderten normativen Regelungen, z.B. Absenkung von alkoholbezogenen Promillegrenzen, für den Zielentscheid „Anpassung des THC-Grenzwertes“ nützlich sein und wenn ja, inwiefern?

### **Stellungnahme zu Sachfrage Nr. 1:**

#### ***1. Welche Implikationen setzt das o.g. Urteil des Bundesverwaltungsgerichts im Hinblick auf die Überprüfung der Kraftfahreignung?***

Konsumenten von Cannabisprodukten, die nach Aufnahme des Rauschmittels ein Kraftfahrzeug führen, gefährden die Verkehrssicherheit und können daher ihre Fahreignung verlieren. In der seit 1999 eingeführten Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) nimmt Cannabis im Unterschied zu so genannten „harten Drogen“ fahreignungsrechtlich eine Sonderstellung ein. Sofern der Betroffene nur gelegentlich Cannabis konsumiert, kann in Ausnahmefällen die Fahreignung gegeben sein, sofern zwischen Konsum und Fahren ausreichend zeitlich getrennt wird und kein zusätzlicher Gebrauch von Alkohol oder anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen, keine Störung der Persönlichkeit und kein Kontrollverlust vorliegt (vgl. auch Nr. 9.2.2 der Anlage 4 zur FeV). Ein THC-Wert von 1 ng/ml markiert sowohl den Grenzwert für eine Ordnungswidrigkeit gemäß § 24a Abs. 2 StVG, als auch die Indikation für abklärungsbedürftige Eignungszweifel an der Kraftfahreignung, da nach allgemeiner fachlicher Auffassung, der sich die Rechtsprechung angeschlossen hat, eine Beeinträchtigung der Fahrsicherheit für möglich gehalten wird. Das Bundesverwaltungsgericht hat sich der Auffassung des VGH München angeschlossen, der ausführt, dass eine zweimalige Kraftfahrzeugführung mit einer THC-Konzentration von mindestens 1,0 ng/ml in jedem Fall eine MPU zur Abklärung von Fahreignungszweifel erforderlich macht. Bei einer einmaligen Verwirklichung dieses Tatbestands kann im Rahmen der Ermessensausübung ein derartiges Gutachten gefordert werden, wenn weitere Eignungszweifel vorliegen. Diese „Zusatztatsache“ besteht darin, dass der Betroffene durch seine Fahrt unter der zuvor genannten THC-Mindestkonzentration mangelndes Trennungsvermögen zwischen Konsum und Fahren bestätigt und reduziert den behördlichen Ermessensspielraum quasi auf Null. In Umsetzung der Verfahrensvorgaben durch das zuvor genannte Urteil des Bundesverwaltungsgerichts wird der Betroffene als Inhaber einer Fahrerlaubnis also zur Vorlage eines medizinisch-psychologischen Gutachten aufgefordert. Die Fragestellung zielt auf das Trennungsvermögen zwischen Konsum und Kraftfahrzeugführung ab. Von Nichteignung per se – wie im o.g. Antrag insinuiert („Denn schon die Tatsache, dass sie Cannabis konsumieren, begründet nach heutiger Praxis die Annahme, sie seien charakterlich ungeeignet, am Straßenverkehr teilzunehmen“) ist daher in dem Urteil nicht die Rede. Insofern hat das Bundesverwaltungsgericht nach meiner Auffassung vor allem behördliches Handeln klargestellt, setzt sich jedoch nicht (Urteilsgründe siehe Randzahl 39) mit der Frage auseinander, wie zu ermitteln ist, dass es sich bei einem Probanden um einen solchen handelt, der als gelegentlicher Cannabis-Konsument anzusehen ist, sondern setzt diese Sachlage bereits implizit voraus. Der Beschluss des BVerwG führt sodann weiter aus, dass bei einem gelegentlichen Cannabis-Konsumenten die Hypo-



these D4 mit den Prüfkriterien D 4.1-D 4.3 der Beurteilungskriterien einschlägig ist. Dieser „(Unter-) Kriterienkatalog“ verdeutlicht zugleich, was bei Anwendung von § 14 Abs. 1 Satz 3 FeV Gegenstand der medizinisch-psychologischen Untersuchung sein wird.

Das ist völlig folgerichtig, denn auch § 14 Abs. 1 S. 3 sagt aus: „Die Beibringung eines medizinisch-psychologischen Gutachtens kann angeordnet werden, wenn gelegentliche Einnahme von Cannabis vorliegt und weitere Tatsachen Zweifel an der Eignung begründen.“ Erst wenn sich die Nichteignung, z.B. nach Vorlage eines negativen Fahreignungsgutachtens oder bei Weigerung sich begutachten zu lassen, nach Überzeugung der Verwaltungsbehörde feststeht, erfolgt folgerichtig ein Fahrerlaubnisentziehungsverfahren.

## **Stellungnahme zu Sachfrage Nr. 2:**

### ***2. Zeigt die Höhe des THC-Wertes zuverlässig das Verkehrsrisiko, das von einem cannabisbeeinflussten Kraftfahrer ausgeht, an? Und kann daher angenommen werden, dass das Risiko für den aktuell gültigen THC-Grenzwert von 1 ng/ml THC als niedrig oder unbedeutend einzustufen ist?***

Diese Frage berührt die Validität des THC-Grenzwerts als Risikoindikator im Kontext der Verkehrssicherheit und der seit 2015 geführten Grenzwertedebatte. Ein methodischer Zugang für eine evidenzbasierte Risikoabschätzung besteht darin, den seit 2015 erwogenen Grenzwert von 3 ng/ml THC auf seine Indikatorfunktion für Gefährdungspotenzial näher zu untersuchen. Diesem Untersuchungsansatz widmet sich eine aktuelle Studie unter meiner Federführung, die sich auf eine retrospektive Analyse von N=159 Fahreignungsgutachten in 22 amtlich anerkannten Begutachtungsstellen für Fahreignung der Trägerorganisationen DEKRA und TÜV Thüringen stützt. Als „Risikoindex“ soll das sachverständig festgestellte Fahreignungsurteil (positiv vs. negativ) dienen, das die zeitliche und situationsabhängige Disposition zum sicheren Führen eines Kraftfahrzeugs erfasst und damit ein prognostisch bedeutsamer Vorhersagefaktor für künftige Hell- und Dunkelfelddaten, d.h. Fahrten unter fahrsicherheitsrelevantem Substanzeinfluss, repräsentiert. Fasst man das Lagebild zu den Ergebnissen zusammen, lässt sich schlussfolgern, dass die Hypothese, wonach beide Konsumgruppen (Gruppe 1 mit THC-Werten unter 3,0 ng/ml und Gruppe 2 mit THC-Werten ab 3,0 ng/ml) aus einer homogenen Grundgesamtheit stammen, nicht entkräftet werden kann. In beiden Gruppen liegt eine nahezu identische Negativquote von rund 40% vor, es gibt keine Unterschiede hinsichtlich der Schwere der zurückliegende Drogenproblematik, die sich in beiden Gruppen auf ähnliche Konsummotive stützt. Ein Blick auf die wichtigsten Merkmale der Kraftfahrer mit THC-Werten **unter 3ng/ml** unterstreicht die Feststellung, dass diese Personen über langjährige und intensive Erfahrungen im Umgang mit Betäubungsmitteln verfügen: 13% gaben im Selbstbericht an, noch andere Drogen als THC konsumiert zu haben (vorwiegend Amphetamin), für die geschätzte Dauer der gesamten Konsumperiode wurde ein Wert von über 7 Jahren im Durchschnitt berechnet, 54,3% räumten eine Konsumsteigerung im Verlauf der Zeit ein und fast jeder Zweite hatte Phasen eines zwischenzeitlichen Konsumverzichts, der jedoch in erneuten Konsum einmündete. Insofern würde bereits ein Verzicht auf Überprüfungsmaßnahmen innerhalb dieser Sub-Kohorte erhebliche Sicherheitslücken im Straßenverkehr eröffnen. Auch zeigen die Ergebnisse, dass sich der THC-Wert von 3ng/ml als diagnostisch nicht disjunkt erweist, auch nicht im Hinblick auf das im Verwaltungsrecht eingeführte Begriffskonstrukt des „gelegentlichen Cannabiskonsumenten“. Damit bestätigen die Ergebnisse der Studie die gegenwärtige, oberverwaltungsgerichtliche Rechtsprechung und die Notwendigkeit, bereits ab einem THC-Grenzwert von 1 ng/ml zum Zwecke der Gefahrenabwehr gemäß Art. 2 GG Aufklärungs- und Schutzmaßnahmen zu treffen.

### **3. Ist eine Gleichstellung von Alkohol und Cannabis fachlich gerechtfertigt?**

Zunächst sei hervorgehoben, dass es mehrere Unterschiede in der „Natur“ der psychoaktiven Substanzen Alkohol und Cannabis gibt. Dazu gehören die Art der Verstoffwechselung, die Beziehung von Blutspiegel und Wirkung, die individuelle Kontrollierbarkeit der Wirkung, Rauschverlauf (für Cannabis nicht dosisabhängig, sowie atypische Verläufe), Überlagerung von Verteilungsphase(n) / Elimination, Hango-ver-Effekte. Zudem existiert für den Bereich Alkohol eine jahrzehntelange, intensive Forschung, auch und gerade in forensischen Kontexten, die fruchtbare Basiserkenntnisse erbrachte. Dies kann man für den Bereich Cannabis kaum ansatzweise behaupten. Der individuelle BAK-Wert ist von einer Reihe an Faktoren abhängig: Geschwindigkeit des Trinkens, Zeitraum der Alkoholaufnahme und Geschwindigkeit der Alkoholabsorption, Abbaugeschwindigkeit, Zeit zwischen der letzten Alkoholaufnahme und der BAK-Bestimmung, Phase und Richtung der Alkoholanflutung zum Zeitpunkt der Blutentnahme (aufwärts bis Peak-Level, abwärts bis Restalkohol), Körpergewicht und Geschlecht des Trinkers und die Zuverlässigkeit der Messmethode, nur um die Wesentlichen zu nennen. Dies ermöglicht selbst dem Laien, die Höhe des Blutalkoholspiegels zuverlässig zu bestimmen oder ggf. im Rahmen eines Kraftfahrer-Rehabilitationsprogramms unter fachlicher Anleitung zu erlernen. Dadurch wird ein kontrollierter und verantwortungsvoller Umgang mit Alkohol sowie die Einhaltung der geltenden Promillegrenzen ermöglicht. Dies alles trifft auf den Bereich Cannabis nicht zu. Neben nicht-linearen Auf- und Abbauverläufen kennt der Konsument nicht die aufgenommene Wirkungs-dosis, zumal seit 2006 ein deutlicher Anstieg der wirksamen Dosis beobachtet wird. So liegt der durchschnittliche Wirkstoffgehalt für Kraut (Marihuana) bei bis zu 11%, bei Harz (Haschisch) bei bis zu 19 %.

Andererseits gibt es auch Gemeinsamkeiten mit Alkohol. Wie bei Alkoholtätern auch, steht das Ausmaß des Cannabiskonsums im Zusammenhang mit dem Fahren unter Substanzeinfluss, und selbstberichtetem, riskantem Fahrverhalten, wobei mehrere Persönlichkeitsdispositionen in diesem Kontext eine prädiktive Wirkung entfalten, darunter vor allem Impulsivität, erhöhte Risikobereitschaft sowie die Suche nach Grenzerfahrungen („Sensation Seeking“). Diese Persönlichkeitsmerkmale werden auch bei alkohol-auffälligen Kraftfahrern im Vergleich zu Nicht-Tätern überzufällig häufig gefunden und erklären u.a. die hohe Dunkelziffer an unentdeckten Fahrten unter Alkoholeinfluss. Solche räumen Cannabiskonsumenten ebenfalls ein, auch wenn die Studienlage hierzu überschaubar ist. Unter anonym befragten Partybesuchern räumten etwa ein Drittel bis 50% der Cannabiskonsumenten eine Fahrt im Straßenverkehr innerhalb von 6 Stunden nach dem letzten Konsum ein. Die Verkehrsteilnahme erfolgte somit in der akuten oder postakuten Rauschphase, also innerhalb zweier unterschiedlicher Beeinträchtigungsstadien mit zunächst überwiegend dämpfender Wirkung (Störungen der Motorik, der Sprachfähigkeit, Müdigkeit, und Benommenheit) und nachfolgenden Empfindungen der Euphorie und Selbstüberschätzung mit Einschränkungen der Urteilsfähigkeit.

Bei der Beurteilung des Trennvermögens zwischen Konsum und Fahren stützen sich die Antragsteller der Drucksache 19/17612 lediglich auf zwei wissenschaftliche Quellen aus dem Jahr 2008. Die zwischenzeitlich deutlich erweiterte Erkenntnislage aus Meta-Analysen, Überblicksartikeln, Monographien und Labor- sowie Simulatorstudien bleibt dabei unbeachtet.

Fazit: Eine Gleichstellung von Alkohol und Cannabis erscheint problematisch, zumal sich der Maßstab der Antragsteller zur Beurteilung des Gefahrenpotenzials nicht am aktuellen Stand der Wissenschaft orientiert. Die im ersten Abschnitt zu dieser Sachfrage berichteten Unterschiede zwischen Cannabis und Alkohol und die im 2. Abschnitt dargestellten Gemeinsamkeiten sind als komplementär wirksame Bündel an Risikofaktoren zu verstehen, die sich - gegenseitig verstärkend - negativ auf die Verkehrssicherheit auswirken.

## Stellungnahme zu Sachfrage 4:

### **4. Können die Erkenntnisse über die Wirksamkeit von geänderten normativen Regelungen, z.B. Absenkung von alkoholbezogenen Promillegrenzen, für den Zielentscheid „Anpassung des THC-Grenzwertes“ nützlich sein und wenn ja, inwiefern?**

Vorab sei die Bemerkung erlaubt, dass dem Verfasser dieser Stellungnahme keine Evaluationsstudie bekannt ist, die sich auf eine Anhebung eines Grenzwertes auf das Zehnfache des derzeit gültigen fokussiert hätte.

Eine vergleichende Untersuchung in Ost- und Westdeutschland zur Auswirkung der nach der Wiedervereinigung gültigen Promillegrenze von 0,8‰ zeigte, dass die Anzahl der Alkoholfahrten in den neuen Bundesländern, infolge der höheren Promillegrenze (statt 0,0‰ galt nun 0,8‰) nicht anstieg, wohl aber die Höhe der bei Kontrollen gemessenen Blutalkoholkonzentrationen. Es wurde eine Verschiebung von niedrigeren zu höheren BAK-Werten beobachtet, was für eine stärkere Risikobereitschaft unter den Fahrern spricht. Im Unterschied zu dieser sehr speziellen Erhebung wurden nahezu ausnahmslos Studien zu Verschärfungen geltender Bestimmungen publiziert. Die daraus resultierenden Erkenntnisse sagen aus, dass Erfolg und Wirksamkeit einer Absenkung geltender Regelungen von einem „Maßnahmen-Mix“ abhängig ist, bestehend aus mehreren Komponenten: Enforcement, also engmaschige Überwachung mit systematischen Kontrollen und zeitnahe Umsetzung von spürbaren Sanktionen, flankierenden normative Regelungen wie Alkoholpreis erhöhen oder die Altersgrenze für Alkoholkonsum erhöhen und nicht zuletzt eine strategische und umfassende Öffentlichkeitsarbeit. Diese sollte eine Wissensvermittlung mit einer Kommunikationsstrategie, die auf eine Änderung der sozialen Normen im Umfeld der adressierten Personen in Richtung Regelakzeptanz und „compliance“ abzielt, verbinden. Gerade letzterer Aspekt erscheint für die hier zu diskutierende Frage wesentlich. Eine Anhebung eines THC-Grenzwertes muss vermutlich bezüglich der Kommunikationsstrategie noch sehr viel überzeugender die Gründe für diese Entscheidung der breiten Öffentlichkeit darlegen, um nicht missverstanden zu werden, was die Auftretenswahrscheinlichkeit unerwünschter „Nebenwirkungen“ erhöhen könnte. Die Folgen einer ineffektiven Kommunikationsstrategie wären eine Gefahrenverkennung und Kompetenzillusion unter der Kraftfahrerpopulation sowie eine drastische Unterschätzung des Gesundheitsrisikos von Cannabis innerhalb der Gesellschaft, die dadurch Anreize für die Erweiterung der Konsumentenkohorte schafft, wodurch auch mit einer höheren Anzahl an Hell- und Dunkelfeldereignissen im Straßenverkehr (Fahrten nach Cannabiskonsum) gerechnet werden müsste.

Aus der Suchtforschung wissen wir, dass der initiale Drogenkonsum neben der Angebotsnähe vor allem durch persönliche Bindungseffekte an die soziale Bezugsgruppe (Peer-group) und die positive Bewertung des Drogenkonsums in dieser Bezugsgruppe sowie durch eine geringe Risikowahrnehmung gefördert und aufrecht erhalten wird. Vor diesem Hintergrund dürften sich die publizierten Fakten zu Cannabis, gerade jene neueren Datums, als Herausforderung erweisen: Die Unfallzahlen weisen nach mehreren internationalen Meta-Analysen durchaus ein mittleres Risiko aus, vereinzelt wird ein höheres Risiko gefunden. So wurde z.B. für selbstverschuldete Unfälle ab 5ng/ml THC ein mehr als das sechsfach erhöhte Risiko eines unbeeinflussten Fahrers beobachtet. Die Komorbidität zwischen Cannabisabhängigkeit und weiteren psychischen Störungen ist hoch, etwa 9 % aller Cannabiskonsumanten entwickeln über die Lebenszeit eine Cannabisabhängigkeit. Diese Rate beträgt 17 %, wenn der Cannabiskonsum in der Adoleszenz beginnt und 25–50 %, wenn Cannabis täglich konsumiert wird. Cannabis kann auf der Grundlage unbekannter individueller genetischer Dispositionen diverse individuell unterschiedliche psychische Symptome wie Depressionen, kognitive Störungen oder Wahnvorstellungen bis hin zur vollen Ausprägung psychiatrischer Erkrankungen, wie Manien oder eine psychotische Erkrankung auslösen. Jeweils für sich genommen, repräsentieren derartige Erkrankungen gleichfalls Eignungsmängel im Sinne von Anlage 4 der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV). In Anbetracht der Komorbiditäten ist hervorzuheben, dass sich Cannabis hier deutlich von den ansonsten stärkeren toxischen Wirkungen des Alkohols unterscheidet. Insofern gilt es, unabhängig von den bekannten Auswirkungen auf Fähigkeiten und Fertigkeit-

ten zur sicheren Kraftfahrzeugführung, auch diese übergeordneten Auswirkungen nicht zu vernachlässigen, damit ein „Dammbruch“ an unerwünschten Ereignissen in der Folge vermieden werden kann. Auch darf nicht verkannt werden, dass der derzeit gültige THC-Grenzwert von 1 ng/ml aufgrund der damit verknüpften Maßnahmen (Ordnungswidrigkeit mit Bußgeld, Punkte und Fahrverbot) und einer MPU-Anordnung zur Klärung der Frage nach dem Trennvermögen zwischen Konsum und Fahren eine **nicht unerhebliche präventive Wirkung** entfaltet. Diese stärkt die Verkehrssicherheit.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Thomas Wagner

**Anlage**

## Anlage

### Zur Person:

Dr. rer. nat., Dipl.-Psych. Thomas Wagner

- Langjähriger verkehrspsychologischer Gutachter (DEKRA), seit 2015 fachlicher Leiter der amtlich anerkannten Begutachtungsstellen für Fahreignung beim DEKRA e.V. Dresden, Dienstsitz DEKRA Technology Center Klettwitz am „Lausitzring“/Brandenburg.
- Vizepräsident im Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Verkehrspsychologie e.V. (DGVP).
- Mitglied im Juristischen Beirat des DVR.
- Mitglied im Fachausschuss Begutachtung der Fahreignung bei der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt)
- Mitglied bei Traffic Psychology International (TPI), dort in der Steuerungsgruppe.
- Mitarbeiter in der Ständigen Arbeitsgruppe Beurteilungskriterien (StAB) der DGVP und DGVM.
- Mitarbeit in nationalen und internationalen Arbeitsgruppen im Zusammenhang mit der Kraftfahreignung.
- Lehrauftrag an der TU Dresden, Lehrstuhl Verkehrspsychologie, sowie Forschungskooperation im Bereich automatisiertes Fahren mit dem der Lehrstuhl Ingenieurpsychologie.
- Autor zahlreicher Schriften zum Thema Fahreignung, darunter Arbeiten zu folgenden Themen: Senioren im Straßenverkehr, illegale Kraftfahrzeugrennen, automatisiertes Fahren, psychoaktive Substanzen und Verkehrssicherheit.

## Schriftliche Stellungnahme

Dr. med. Renate Zunft

### **Deutscher Bundestag Drucksache 19/17612**

#### **Gleichstellung von cannabis-und alkoholkonsumierenden Führerscheininhaberinnen und Führerscheininhabern**

Mit der berauschenden Wirkung von Alkohol und Cannabis, die als wesentliches Konsummotiv für beide Substanzen angenommen werden kann, erschöpft sich die Gemeinsamkeit.

Wesentliche Unterschiede, die die Möglichkeit einer Gleichstellung erschweren, sind bezogen auf Cannabis:

- THC-Gehalt ist überwiegend nicht bekannt.
- Die aufgenommene Menge variiert ganz wesentlich abhängig von Konsumart und Konsumerfahrung.
- Blutkonzentrationen variieren erheblich selbst bei bekanntem THC-Gehalt und identischer Konsumform
- Die Verteilung im Körper und der Abbau ergeben ein kompliziertes Bild
- Es existiert keine einfache Konzentrations-Wirkbeziehung.

Damit ist eine Gleichstellung schon aus pharmakologischer Sicht nicht möglich. Neben pharmakokinetischen Unterschieden zwischen Cannabis und Alkohol begibt sich der Cannabiskonsumierende in zusätzliche Ungewissheit, die mit der unbekannten Wirkstoffmenge verbunden ist.

*„Im April 2019 hat das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) entschieden, dass bei einem gelegentlichen Cannabis-Konsumierenden „die Fahrerlaubnisbehörde in der Regel nicht*

*ohne weitere Aufklärung von fehlender Fahreignung ausgehen und ihm unmittelbar die Fahrerlaubnis entziehen“ darf (BVerwG, Urteil vom 11.04.2019 – 3 C 13.17).“*

Seither wird dies in der Verwaltungspraxis umgesetzt. Begutachtungen bei Fahrerlaubnisinhabern werden nach erstmaliger Fahrt unter Cannabiseinfluss angeordnet, um eine Prognose über das zukünftige Verhalten zu erlangen.

*„Wie bei Alkoholkonsum sollen aber auch bei Cannabiskonsum nur noch Personen sanktioniert werden, die tatsächlich berauscht mit einem (Kraft-)Fahrzeug am Straßenverkehr teilnehmen und so die Verkehrssicherheit gefährden.“*

Das Gericht hat in dem Urteil ausgeführt, dass das Trennungsgebot bereits dann verletzt ist, wenn die Möglichkeit einer cannabisbedingten Beeinträchtigung nicht ausgeschlossen werden kann. Der Nachweis eines Rausches ist dazu nicht erforderlich. Auch bei einer Fahrt unter Alkoholeinfluss muss kein Rausch nachgewiesen werden. Bei Alkoholgewöhnung ist nicht anzunehmen, dass dieser unter niedrigen BAK-Werten regelhaft erreicht wird. Auch darauf nimmt der Gesetzgeber keine Rücksicht, so dass eine Besserstellung der Alkoholkonsumierenden nicht festgestellt werden kann.

*„Im Gegensatz zu alkoholkonsumierenden Führerscheininhaber\*innen wird Cannabiskonsum\*innen momentan selbst dann die Fahrerlaubnis dauerhaft entzogen, wenn sie nicht unter Rauschwirkung ein Kraftfahrzeug führen oder überhaupt nicht mit einem Fahrzeug am Straßenverkehr teilnehmen. Denn schon die Tatsache, dass sie Cannabis konsumieren, begründet nach heutiger Praxis die Annahme, sie seien charakterlich ungeeignet, am Straßenverkehr teilzunehmen. Selbst für regelmäßige Alkoholkonsumierende gilt das dagegen in der Regel nicht.“*

Eine Fahrerlaubnisentziehung ist bei ausschließlicher Feststellung des Konsums von Cannabis ohne das Hinzutreten weitere Tatsachen nicht möglich, entspricht nicht der Verwaltungspraxis und würde auch vor Gericht nicht Bestand haben. Dazu liegen eindeutige Regelungen im §14 der Fahrerlaubnisverordnung vor.

Der Begriff der Regelmäßigkeit bedarf der genaueren Betrachtung. Vorgeschlagen wird eine Einteilung in gelegentlich Konsumierende mit Konsumhäufigkeit an bis zu 4 Tagen/Woche und regelmäßig Konsumierende mit 5 Tagen/Woche oder mehr. Tatsächlich werden in Studien aber oft abweichende Einteilungen gewählt.<sup>1</sup> Ein Vergleich und eine gezielte Auswertung der Vielzahl der vorliegenden Studien ist somit nur begrenzt möglich. Der Begriff der Regelmäßigkeit weicht in Bezug auf Cannabiskonsum vom allgemeinen Sprachgebrauch erheblich ab.

---

<sup>1</sup> Bundesanstalt für Straßenwesen (2006) Cannabis und Verkehrssicherheit. Mangelnde Fahreignung nach Cannabiskonsum: Leistungsdefizite, psychologische Indikatoren und analytischer Nachweis. Heft M 182. Wirtschaftsverlag NW 2006. (bast.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2011/227/pdf/M182.pdf)

In der Anlage 4 der Fahrerlaubnisverordnung wird in Nr. 9.2.1 ausgeführt, dass Fahreignung bei regelmäßigem Konsum von Cannabis nicht gegeben ist. Dazu wurde auf Grundlage der Begutachtungsleitlinien ausgeführt, dass es sich dabei um einen (fast) täglichen Konsum handelt, so dass Abstinenzphasen kürzer und seltener sind und zudem durch Toleranzentwicklung eine realistische Einschätzung der subjektiven Gefährdung beeinträchtigt ist.<sup>2</sup>

*„Der Entzug der Fahrerlaubnis kann für die Betroffenen existenzielle Folgen haben. Denn viele Arbeitsstätten, aber auch Orte der gesellschaftlichen Teilhabe sind ohne Fahrzeug nicht zu erreichen.“*

Die Bedeutung des Erhalts der Fahrerlaubnis ist dem Betroffenen bewusst. Das Risiko der Verkehrsteilnahme unter Einfluss von Drogen wie auch Alkohol ist bekannt. Der Konsum findet freiwillig statt. Es kann auf Konsum verzichtet werden und es kann eine ausreichende Karenzzeit eingehalten werden, wenn der Konsum ausreichend kontrollierbar ist. Dies ist gerade die Voraussetzung für die Fahreignung.

*„Der meist angewendete Grenzwert von 1,0 ng THC pro ml Blutserum ist so niedrig, dass dieser oft noch Tage nach dem Cannabiskonsum überschritten wird, wenn längst keine Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit mehr bemerkbar ist.“*

Bei gelegentlichem Cannabiskonsum konnte gezeigt werden, dass ein THC-Wert von 1 ng/ml oder mehr regelhaft nach 24 Stunden nicht nachweisbar ist. So wird berichtet, dass nach 8-12 Stunden bereits dieser Grenzwert unterschritten wird.<sup>3</sup>

Bei regelmäßigem Konsum kann jedoch der THC-Wert auch noch nach mehr als 24 Stunden nachweisbar sein.<sup>4</sup> Dies geschieht durch eine Umverteilung aus dem Fettgewebe. Der Nachweis einer relevanten THC-Konzentration bei länger zurückliegendem Konsum weist somit auf ein regelmäßiges Konsummuster nach Nr. 9.2.2 der Anlage 4 zur Fahrerlaubnisverordnung hin.

Es fehlt die Korrelation der THC-Konzentration zu Leistungseinschränkungen oder Fahrfehlern. Für die gelegentlich Cannabiskonsumierende sind verkehrssicherheitsrelevante Defizite nachgewiesen.<sup>5</sup> Durch eine Phasenverschiebung zwischen den THC-Konzentrationen und den festgestellten Defiziten (zeitverzögerte Wirkung) ist somit eine direkte Zuordnung der Defizite zu Blutkonzentrationen nicht gelungen. Es konnte zudem gezeigt werden, dass auch in der postakuten Phase 6 Stunden nach Konsum die Anzahl von Fahrfehlern wieder ansteigend

---

<sup>2</sup> [https://www.bast.de/BASSt\\_2017/DE/Verkehrssicherheit/Fachthemen/U1-BLL/Begutachtungsleitlinien.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=20](https://www.bast.de/BASSt_2017/DE/Verkehrssicherheit/Fachthemen/U1-BLL/Begutachtungsleitlinien.pdf?__blob=publicationFile&v=20).

<sup>3</sup> Stefan W Toennes, Johannes G Ramaekers, Eef L Theunissen, Manfred R Moeller, Gerold F Kauert (2008) Comparison of cannabinoid pharmacokinetic properties in occasional and heavy users smoking a marijuana or placebo joint J. Anal Toxicol 2008 Sep;32(7):470-7. doi: 10.1093/jat/32.7.470

<sup>4</sup> Skopp/Pötsch 2008: Cannabinoid Concentrations in Spot Serum Samples 24-48 Hours After Discontinuation of Cannabis Smoking. IN: Journal of Analytical Toxicology. Vol. 32).

<sup>5</sup> Bundesanstalt für Straßenwesen (2006) Cannabis und Verkehrssicherheit. Mangelnde Fahreignung nach Cannabiskonsum: Leistungsdefizite, psychologische Indikatoren und analytischer Nachweis. Heft M 182. Wirtschaftsverlag NW 2006. (bast.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2011/227/pdf/M182.pdf)



war, wobei auch hier keine Korrelation zur Höhe des THC-Wertes bestand und der überwiegende Teil der Studienteilnehmer bereits einen Wert sogar unter 1 ng/ml erreicht hatte.<sup>6</sup>

*„In § 14 Abs. 1 FeV ist zu ergänzen, dass ein ein-oder mehrmaliger betäubungsmittelrechtlicher Verstoß bei Cannabis keine Eignungszweifel begründet und die Beibringung eines medizinisch-psychologischen Gutachtens nicht allein aufgrund dieser Tatsache angeordnet werden kann;“*

Nach dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts aus April 2019 wird die Fahrerlaubnis nach einer einmaligen Fahrt unter Cannabiseinfluss nicht ohne weitere Maßnahmen entzogen. Die daraus folgende Verwaltungspraxis zeigt sich seither in der regelhaften Anordnung einer MPU bei Fahrerlaubnisinhabern. Eine interne Auswertung von annähernd 100 Begutachtungen im Zeitraum Dezember 2020 und Januar 2021 ergab in drei Viertel der Fälle einen Konsum, der im Hinblick auf die Fahreignung bedenklich ist mit angegebenem täglichem Konsum, Kombination mit Alkohol oder weiteren Drogen, psychiatrischer Komorbidität oder gravierenden psychischen Problemen. Dabei zeigte sich kein Unterschied der Untersuchten mit THC-Konzentration bis oder über 3 ng/ml.

Eine Abklärung der Fahreignung ist damit weiterhin geboten und im Sinne der Verkehrssicherheit notwendig.

*„die Erforschung und Entwicklung von Messverfahren, welche nur eine akute, verkehrsrelevante Beeinträchtigung durch Cannabiskonsum tatsächlich nachweisen, zu fördern und auf Messverfahren, die das nicht psychoaktive, lange nachweisbare und nichts über die Fahrtauglichkeit aussagende Abbauprodukt THC-COOH (THC-Säure) bestimmen, zu verzichten“*

In den Ausführungen wurde bereits dargelegt, dass es aufgrund der mangelnden Konzentrations-Wirkungsbeziehung nicht erwartet werden kann in Zukunft Werte festzuschreiben, die eine Zuordnung zu Beeinträchtigungen erlauben. Die Bestimmung des THC-COOH-Wertes ist aus Plausibilitätsgründen erforderlich.

*„in § 24a des Straßenverkehrsgesetzes eine fundierte Anpassung des THC-Grenzwertes und dessen Normierung vorzunehmen, indem analog zur Regelung bei Alkohol für THC einen Toleranzgrenzwert von 10 ng/ml Blutserum eingeführt wird, bei welchem die Beeinträchtigung etwa der bei einer Blutalkoholkonzentration von 0,5‰ entspricht;“*

Eine Änderung des Grenzwertes von THC mit 1 ng/ml ist zur Feststellung einer Ordnungswidrigkeit nach §24a zu begründen, da fahreignungsrelevante Auswirkungen ab 1 ng/ml nicht ausgeschlossen sind, ab 2 ng/ml nachgewiesen.<sup>7</sup>

---

<sup>6</sup> Anne Tank , Tobias Tietz , Thomas Daldrop , Holger Schwender , Florence Hellen , Stefanie Ritz-Timme , Benno Hartung On the impact of cannabis consumption on traffic safety: a driving simulator study with habitual cannabis consumers Int.J Legal med. 2019 Sep;133(5):1411-1420. doi: 10.1007/s00414-019-02006-3. Epub 2019 Jan 30

<sup>7</sup> Ramaekers Jg, Berghaus g, Van laar mW, drummer oH (2009) dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use: an update. in drugs, driving and Traffic safety (eds. Verster JC, Pandi-Perumal sr, ramaekers Jg and de gier JJ), Birkhäuser, Basel: 477-499.

*„für die §§ 315c und 316 des Strafgesetzbuches eine Normierung des THC-Grenzwertes vorzunehmen, indem ein THC-Wert von 3,0 ng/ml Blutserum festgelegt wird, unterhalb welchem eine relative Fahruntüchtigkeit ausgeschlossen werden kann.“*

Dies gilt umso mehr als Grenzwert der §§ 315c oder 316, zumal hier im Gegensatz zum Alkohol der Nachweis relevanter Fahrfehler oder Ausfallerscheinungen zusätzlich erforderlich ist. Ein Grenzwert für die absolute Fahrunsicherheit fehlt.

Unter dem Aspekt der Verkehrssicherheit und in Hinblick auf die Vision Zero, der sich die Bundesregierung verpflichtet hat, und bei kontinuierlich steigenden Unfallzahlen unter Drogeneinfluss<sup>8</sup> lässt sich eine Gesetzesänderung nicht begründen.

Dr. Renate Zunft

Leitende Ärztin

**TÜV NORD** Mobilität GmbH & Co.KG

Medizinisch-Psychologisches Institut

---

<sup>8</sup> [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/Publikationen/Downloads-Verkehrsunfaelle/unfaelle-alkohol-5462404187004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Verkehrsunfaelle/Publikationen/Downloads-Verkehrsunfaelle/unfaelle-alkohol-5462404187004.pdf?__blob=publicationFile)

An den  
Deutschen Bundestag  
Ausschuss für Verkehr und digitale Infrastruktur  
Platz der Republik 1  
11011 Berlin

**Stellungnahme als Sachverständiger zur Anhörung am 24.02.2021  
(Antrag der Fraktion Die Linke, Gleichstellung von cannabis-und  
alkoholkonsumierenden Führerscheininhaberinnen und  
Führerscheinhabern, BT-Drucksache 19/17612).**

22.02.2021

Fachbereich  
Erziehungswissenschaften

Institut für Sozialpädagogik und  
Erwachsenenbildung  
Centre for Drug Research

Sehr geehrte Damen und Herren,

Dr. Bernd Werse

Besucheradresse  
Campus Westend | PEG-Gebäude  
Theodor-W.-Adorno-Platz 6  
60323 Frankfurt am Main

Postadresse  
60629 Frankfurt am Main  
Germany

Telefon +49 (0)69 798 36386

werse@em.uni-frankfurt.de  
[www.uni-frankfurt.de/cdr](http://www.uni-frankfurt.de/cdr)

Sekretariat:

Brigitte Eller +49 (0)69 798- 36436

die folgende Stellungnahme gebe ich als Sprecher des **Schildower Kreises**, eines Netzwerks aus Expertinnen und Experten für eine sinnvollere Drogenpolitik, ab, aber auch auf Basis meiner langjährigen Erfahrung in der sozialwissenschaftlichen Drogenforschung am Centre for Drug Research der Frankfurter Goethe-Universität.

Das grundsätzliche Ziel des Antrages unterstützen ich wie auch der Schildower Kreis voll und ganz. Es gibt keinen vernünftigen, wissenschaftlich haltbaren Grund, weshalb die Regelungen für Cannabiskonsum im Zusammenhang mit Fahrerlaubnis weitaus schärfer ausfallen als für Alkoholkonsum, zumal **Alkohol am Steuer mit größeren Risiken assoziiert ist als Cannabis am Steuer**<sup>1</sup>. Abgesehen von der Frage nach sinnvollen Grenzwerten für akute Berausung (s.u.) stellen insbesondere die **Bestimmungen in der Fahrerlaubnis-Verordnung** eine grobe Verletzung von Gleichheitsbestimmungen dar, indem **regelmäßigen Cannabis Konsumierenden sowie jeglichen Personen mit anderweitigem illegalem Drogenkonsum faktisch das Recht abgesprochen wird, einen Führerschein zu besitzen**. Dieser Regelung liegt eine ideologische Vorstellung von „verwerflichem“ menschlichen

<sup>1</sup> Drummer, O.H., Gerostamoulos, D., Di Rago, M., Woodford, N.W., Morris, C., Frederiksen, T., Jachno, K., Wolfe, R. (2020): Odds of culpability associated with use of impairing drugs in injured drivers in Victoria, Australia, Accident Analysis & Prevention, 135, 105389, <https://doi.org/10.1016/j.aap.2019.105389> sowie EMCDDA (2012): Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines in Europe — findings from the DRUID project. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Verhalten zugrunde, die längst nicht mehr zeitgemäß ist. Mehr noch: Da dabei faktisch kein Unterschied gemacht wird zwischen Personen, die berauscht fahren und solchen, die dies zu trennen vermögen, dient die Regelung nicht der Verkehrssicherheit, sondern ist diesbezüglich sogar kontraproduktiv, wie unten näher ausgeführt.

Zur Klarstellung sei betont, **dass Kraftfahrzeuge selbstverständlich nicht unter dem Einfluss berauschender Mittel geführt werden sollten.** Um dies bestmöglich zu erreichen, sind aber eindeutige und realistische Regeln vonnöten.

## **Zu den einzelnen Forderungen:**

### **1. Änderung der Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV)**

**Die Forderung ist voll zu unterstützen.** Bislang ist in Anlage 4 der FeV (9.2.1) dargelegt, dass (nicht näher spezifizierter) regelmäßiger Konsum von Cannabis einen Ausschlussgrund für eine Fahrerlaubnis darstellt. Eine Begründung für diese Einschätzung ist dabei nicht angegeben. Aus meiner langjährigen Tätigkeit in der sozialwissenschaftlichen Suchtforschung, in der ich Hunderte von Interviews und anderen Gesprächen mit Menschen mit Erfahrungen mit Cannabis und anderen illegalen Drogen geführt habe, kann ich sagen, **dass die vermutlich zugrundeliegende Vorstellung regelmäßiger Cannabiskonsum\*innen als charakterlich nicht geeignet schlichtweg falsch ist.** Selbst täglicher Cannabiskonsum ist nicht gleichbedeutend mit per se fehlendem Trennungsvermögen von Konsum und Fahren; vielmehr wünschen sich viele Konsumierende eine sinnvolle Faustregel, entsprechend der sie ihren Konsum einstellen, bevor sie sich das nächste Mal hinter das Steuer setzen. Diese könnte beispielsweise so aussehen, dass der bzw. die Betreffende sich nach einem Abend mit Cannabiskonsum vor dem nächsten Fahren ausschlafen sollte. Solange nicht sehr exzessiv konsumiert wurde bzw. nicht generell ein besonders intensiver Gebrauch vorliegt, sollte dies mit der in Punkt 4 vorgeschlagenen 3-Nanogramm-Regel erreichbar sein. Dessen unbenommen sollte Personen, die eine Abhängigkeit nach ICD-10-Kriterien aufweisen bzw. so viel konsumieren, dass der aktive Grenzwert praktisch nie unterschritten wird<sup>2</sup>, weiterhin der Führerschein verwehrt bleiben – ebenso, wie es in Bezug auf Alkohol und andere berauschende Mittel in der FeV festgelegt ist. Ein (dauerhaft) fehlendes Trennungsvermögen zwischen Berauschung und Teilnahme am Straßenverkehr sollte also das einzige Kriterium für einen möglichen Führerscheinentzug sein. Ein einmaliger Verstoß mit relativ

---

<sup>2</sup> Ausgenommen medizinische Cannabis-Nutzer\*innen, für deren Fahrtauglichkeit die Bundesregierung bereits im Jahr, in dem medizinisches Cannabis verschreibungsfähig wurde, Stellung bezogen hatte: Bundesregierung (2017): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Frank Tempel, Ulla Jelpke, Jan Korte, Dr. Petra Sitte und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 18/11485 – Cannabismedizin und Straßenverkehr.

niedriger THC-Konzentration im Blut sollte zudem – analog zum Vorgehen bei Alkohol – kein Anlass für eine weitere Überprüfung der Fahreignung, etwa mittels medizinisch-psychologischer Untersuchung (MPU), sein.

Darüber hinaus sollte auch der Punkt 9.2.2 der Anlage 4 der FeV geändert werden: demnach darf die Fahrerlaubnis bei (ebenfalls nicht spezifiziertem) gelegentlichem Cannabiskonsum nur dann behalten werden, wenn (u.a.) „kein zusätzlicher Gebrauch von Alkohol oder anderen psychoaktiv wirkenden Stoffen“ gegeben ist (**Mischkonsum**). Auch hier ist nicht die Rede von irgendeinem Zusammenhang mit dem Fahren; d.h., wenn der Fahrerlaubnisbehörde z.B. bekannt würde, dass eine Person gelegentlich Cannabis konsumiert und dazu ein Glas Bier oder Wein trinkt (ohne danach ein Fahrzeug zu führen), kann dies ebenfalls einen Grund für einen Führerscheinentzug darstellen. Auch diese Vorstellung ist absurd, realitätsfremd und dient nicht der Erhöhung der Verkehrssicherheit.

In diesem Zusammenhang gilt es einen weiteren, noch absurderen Passus in der Anlage 4 der FeV zu erwähnen, der dringend gestrichen werden müsste: Punkt 9.1, die (wiederum nicht spezifizierte) „Einnahme von Betäubungsmitteln im Sinne des Betäubungsmittelgesetzes (ausgenommen Cannabis)“. Im Klartext wird hier jedem Bürger und jeder Bürgerin, **der/die irgendwelche Erfahrungen mit illegalen Drogen außer Cannabis** hat, das Recht abgesprochen, einen Führerschein zu besitzen. Angesichts von Lebenszeit-Prävalenzraten von Substanzen wie psychoaktiven Pilzen, Ecstasy, Amphetamin und Kokain zwischen 3% und über 4%<sup>3</sup> dürfte sich die Gesamtzahl der Erfahrenen mit solchen Drogen in einem ähnlichen Bereich bewegen wie diejenigen mit mindestens gelegentlichem Cannabiskonsum (12-Monats-Prävalenz: 7,1%) – wobei derartige Befragungsdaten als eher konservative Schätzungen zu betrachten sind. Es geht hier also um mehrere Millionen Bundesbürger\*innen. Diese Menschen, die in der Vergangenheit eine der genannten Drogen ausprobiert haben, sind zum größten Teil ganz normale Bürger\*innen, bei denen es keinen vernünftigen Grund für einen Entzug der Fahrerlaubnis gibt. Aus der Rechtspraxis ist zwar bekannt, dass der Passus in der Regel nur bei relativ zeitnahe Konsum angewandt wird; ‚zeitnah‘ kann sich hier aber auf einen bis zu zwei Jahre zurückliegenden Gebrauch beziehen<sup>4</sup>. So oder so sollte sich das Kriterium des Trennungsvermögens von Konsum und Fahren auf jegliche berauschenden Substanzen beziehen.

Der letzte Satz von Punkt 1 des Antrages verdient besondere Beachtung: Ein ein- oder mehrmaliger betäubungsmittelrechtlicher Verstoß sollte keine Eignungszweifel begründen und eine medizinisch-psychologische

<sup>3</sup> Seitz, N.N., John, L., Atzendorf, J., Rauschert, C. & Kraus, L.(2019). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Konsum illegaler Drogen, multiple Drogenerfahrung und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018. München: IFT Institut für Therapieforchung

<sup>4</sup> Dank an dieser Stelle an den RA Heiko Mohrdiek (Schildower Kreis).

Untersuchung (MPU) nach sich ziehen. Hier ist die – regional sehr unterschiedlich ausgeübte<sup>5</sup> – Praxis angesprochen, dass die Polizei bei BtM-Delikten Daten an Führerscheinstellen weitergibt, auch wenn es **keinerlei Verkehrsbezug** gibt. Bei einer Online-Erhebung unter knapp 400 Personen mit Führerscheinverfahren wegen Cannabiskonsum<sup>6</sup> betraf dies immerhin 17% der Betroffenen, zuzüglich 3%, die nur als Beifahrer\*in kontrolliert wurden. Ohne dass ein Kfz geführt wurde, erwarten solche Personen langwierige MPU-Verfahren inklusive hoher Kosten. Es ist anzunehmen, dass sich an dieser Praxis auch nach der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtes von 2019<sup>7</sup>, unter Verweis auf eine Vermutung „regelmäßigen“ Konsums, wenig geändert haben dürfte.

Ohnehin werden gerade **MPU-Verfahren** von Cannabis Konsumierenden als besonders schwerwiegende ‚Schikane‘ eingeschätzt – so haben sich, nachdem der Schildower Kreis seine Teilnahme an dieser Anhörung bekanntgegeben hatte, so viele Personen wie selten in den Sozialen Medien mit eigenen Erfahrungen gemeldet. Zumeist ging es dabei um langwierige, teure MPU-Verfahren nach Detektion von THC-Blutwerten zwischen 1 und 3 ng/ml Blutserum oder auch ohne Verkehrsbezug. In der o.g. Online-Erhebung gaben z.B. mehr als 50% an, dass (sofern überhaupt Verkehrsbezug vorlag) Werte unter 3 ng/ml festgestellt wurden. Nahezu alle mussten daraufhin ein MPU-Verfahren durchmachen, das nicht nur durchschnittlich 2850 Euro Kosten zur Folge hatte, sondern zumeist viele Monate Führerscheinentzug, MPU-Kurse, Drogentests und mehrheitlich Probleme wie Einschränkungen im Berufsleben, Immobilität im ländlichen Raum und familiäre Probleme zur Folge hatte, bis hin zu 27% aller Befragten, die in der Folge ihren Arbeits- oder Ausbildungsplatz verloren.

Für die MPU selbst schließlich gibt es zwar Kriterien für den „Untersuchungsanlass Betäubungsmittel“<sup>8</sup>; diese beziehen sich im Fall von Cannabis aber wiederum u.a. auf den nicht näher definierten „regelmäßigen Konsum“, der per se ein Ausschlussgrund ist. Aus Aussagen von Betroffenen ist bekannt, dass bei diesen Untersuchungen selbst kaum vorausgeahnt werden kann, was die Prüfer\*innen ‚hören wollen‘: Von eher permissiver Haltung bis hin zur faktischen Unmöglichkeit, als halbwegs regelmäßig Konsumierender die Prüfung erfolgreich zu bestehen, ist alles möglich – auch hier mit deutlichen regionalen Unterschieden. **Es kommt nicht von ungefähr, dass sich eine kommerzielle Industrie**

<sup>5</sup> So ist aus Norddeutschland zu hören, dass diese Praxis kaum Anwendung findet, während Berichte über derartige Verfahren auffällig oft im Süden der Republik zu verorten sind.

<sup>6</sup> Werse, B. (2017): Auswertungen der Online-Fragebögen aus der DHV-Führerscheinkampagne. Vortrag auf der Cannabis-Normal-Konferenz, Berlin 2017. Die entsprechende Auswertung aus einer Erhebung des Deutschen Hanfverbands habe ich komplett ehrenamtlich durchgeführt.

<sup>7</sup> Urteil vom 11.04.2019 – BverwG 3 C 13.17

<sup>8</sup> DGVP/DGVM (Hg., 2013): Urteilsbildung in der Fahreignungsbegutachtung – Beurteilungskriterien. 3. Aufl., Bonn: 102



**herausgebildet hat, die kostenpflichtige Beratungen zu MPU-Verfahren anbietet** (eine Internetsuche nach Begriffen wie „MPU Cannabis“ zeigt umgehend zahlreiche solcher Angebote an). Auch diesen Auswüchsen könnte mit einer Regelung, die klar auf dauerhaftes Trennungvermögen zwischen Konsum und Fahren (und nicht auf den Konsum an sich) setzt, begegnet werden. Zudem sei die Praxis bei MPU-Verfahren erwähnt, dass Betroffene für ein erfolgreiches Bestehen einen Abstinenznachweis erbringen müssen. Dies widerspricht sogar der im Antrag kritisierten Unterscheidung zwischen regelmäßigem und gelegentlichem Konsum: wurde bereits ein MPU-Verfahren eröffnet, wird auch kein gelegentlicher Cannabiskonsum mehr toleriert.

**Die existierende Regelung der Fahrerlaubnis-Verordnung trägt weniger zur Verkehrssicherheit bei als die vorgeschlagene Änderung:**

Eine Person, die regelmäßig Cannabis konsumiert, hat ohnehin die Konsequenzen eines MPU-Verfahrens zu befürchten, das nicht nur hohe Kosten, sondern auch längerfristigen psychischen Stress und soziale Konsequenzen wie oben beschrieben nach sich ziehen kann. Eine mögliche Strafe für berauschtes Fahren fällt hingegen in der Regel deutlich geringer aus. Insofern gibt es aktuell einen deutlich geringeren Anreiz, auf den Cannabiskonsum vor dem Fahren zu verzichten als bei der vorgeschlagenen Neuregelung.

Abschließend sei an dieser Stelle betont, dass die Regelungen in der FeV auch international einen Spezialfall darstellen. Bei einer informellen Umfrage unter mit Cannabis befassten Sozialwissenschaftler\*innen aus anderen Ländern wurde überwiegend Unverständnis über den Eignungsausschluss von Konsumierenden auch unabhängig vom Straßenverkehr geäußert; in den meisten berücksichtigten Ländern existierten nur Strafen bzw. weitere Konsequenzen aufgrund von Rauschfahrten. Ähnliche Regelungen wie in Deutschland wurden lediglich aus Georgien und der Schweiz berichtet.

## **2. Entwicklung von Messverfahren bzgl. Beeinträchtigung durch Cannabiskonsum**

Auch diese Forderung unterstütze ich. Zwar bin ich Sozialwissenschaftler und mithin kein Experte für Grenzwerte, Grad der Berausung etc., aber dank Unterstützung aus dem Schildower Kreis (hier: Dr. Fabian Steinmetz, Toxikologe) nehme ich im Folgenden kurz Stellung zu dieser Diskussion.

Zunächst sei dabei darauf hingewiesen, dass das Abbauprodukt THC-COOH keinen Hinweis auf etwaige Berausung geben würde. Zudem widerspricht es dem Gleichheitsgebot, wenn THC-COOH-Werte als Nachweis für Konsum in der Vergangenheit einen Eignungsausschluss begründet, weshalb die Forderung nach einem Verzicht auf dessen Verwendung zu unterstützen ist.

Was den Vergleich zwischen THC und Alkohol in Bezug auf akute Berausung bzw. Fahruntüchtigkeit betrifft, so kam eine ältere Metastudie zum Ergebnis, dass 0,5 Promille Blutalkoholkonzentration (BAK) ungefähr 3,7-3,8 ng/ml Serum THC entspräche<sup>9</sup>. Andere Studien kommen hier auf deutlich höhere Werte, z.B. 13,1 ng/ml Serum<sup>10</sup> oder auch 5 ng/ml, bis zu dem keine höhere Wahrscheinlichkeit für Unfälle (OR = 1) festgestellt werden konnte<sup>11</sup>. In einer neueren Studie schließlich konnte beobachtet werden, dass Beeinträchtigungen der Fahrtüchtigkeit ca. 3 h nach Konsum verschwunden sind; hier wurde als Schwellenwert für erhöhtes Unfallrisiko sogar 15 ng/ml Serum THC angegeben.<sup>12</sup> Was mögliche „Anreicherungen“ betrifft, so kann nach **sehr intensivem, längerfristigem Konsum** durch eine Akkumulation im Fettgewebe auch noch mehrere Tage nach dem letzten Konsum der bisherige Grenzwert von 1 ng/ml Serum überschritten werden<sup>13</sup>.

Dabei gilt es zu betonen, dass zum Thema zahlreiche Studien mit teils sehr unterschiedlichen Ergebnissen existieren, so dass die Forderung nach weiteren Forschungen dazu voll zu unterstützen ist. Angesichts der bislang vorliegenden Resultate ist indes davon auszugehen, dass insbesondere die Forderung nach einem THC-Wert von 3 ng/ml für relative Fahruntüchtigkeit als sinnvoll zu betrachten ist, da auch bei konservativen Schätzungen von keiner nennenswerten Beeinträchtigung auszugehen ist. Anders stellt es sich möglicherweise bei chronischen, intensiven Cannabiskonsum\*innen dar, deren THC-Anteil im Blutserum auch z.B. nach einem Tag Abstinenz ggf. noch über diesem Wert liegen können – wie bei anderen Verkehrsteilnehmer\*innen mit Substanzproblemen greifen hier aber ohnehin die Punkte 9.3 und 9.4 in Anhang 4 der FeV.

Angesichts dieser Resultate sind die vorgeschlagenen Werte vermutlich dazu geeignet, dass gelegentlich bis regelmäßig, aber nicht intensiv Konsumierende (nicht täglich oder bei täglichem Konsum z.B. maximal zwei Konsumgelegenheiten) als Faustregel davon ausgehen können, erst am Tag nach dem letzten Konsum ein Fahrzeug zu führen.

<sup>9</sup> Berghaus, G. et al. (2010). Meta-analysis of empirical studies concerning the effects of medicines and illegal drugs including pharmacokinetics on safe driving, DRUID Deliverable 1.1.2b, Bundesanstalt für Straßenwesen, Köln.

<sup>10</sup> Hartman, R.L. et al. (2015). Cannabis effects on driving lateral control with and without alcohol. *Drug Alcohol Depend* 154: 25-37.

<sup>11</sup> Im Fall dieser Studie wurde für den Bereich zwischen dem aktuellen und dem vorgeschlagenen versicherungsrelevanten Grenzwert (zwischen 1 ng/mL und 3 ng/mL Serum THC) sogar eine Reduktion von Unfällen beobachtet (OR  $\approx$  0,8); Sewell, R.A. et al. (2009). The effect of cannabis compared with alcohol on driving. *Am J Addict*. 2009;18(3): 185-193.

<sup>12</sup> Tank, A. et al. (2019). On the impact of cannabis consumption on traffic safety: a driving simulator study with habitual cannabis consumers. *Int J Legal Med* 133(5): 1411-1420.

<sup>13</sup> Gunasekaran, N. et al. (2009). Reintoxication: the release of fat-stored delta(9)-tetrahydrocannabinol (THC) into blood is enhanced by food deprivation or ACTH exposure. *Br J Pharmacol* 158(5): 1330-1337.



### 3. Toleranzgrenzwert von 10 ng/ml

Angesichts divergierender Resultate aus der Forschung dazu, welcher Wert als Äquivalent zu 0,5 Promille BAK zu betrachten ist (siehe 2), erscheint 10 ng/ml Serum als plausibler Toleranzgrenzwert, wenn keine klinischen Symptome vorliegen. Dennoch möchte ich mich an dieser Stelle einer konkreten Empfehlung enthalten, da – wie in Punkt 2 des Antrages anberaumt – weitere Forschungen vonnöten sind.

### 4. Ausschluss einer relativen Fahruntüchtigkeit unter 3 ng/ml

Die in 2. angeführten Studien legen nahe, dass 3 ng/ml Serum einen guten Grenzwert dafür darstellen, eine Beeinträchtigung der Fahreignung durch Restmengen aktiven THC's im Blut auszuschließen. Gleichzeitig hat auch ein\*e regelmäßige\*r Konsument\*in – sofern nicht intensiv (z.B. mehrmals täglich) konsumiert wird – eine gute Orientierung dafür, wann nach einem Konsum wieder gefahren werden kann (siehe 2).

Im Zusammenhang mit Punkt 3 und 4 sei hervorgehoben, dass die genauen Grenzwerte diskutabel sind, wenngleich der zuletzt genannte Wert von 3 ng/ml eher einen eher konservativen Wert im Hinblick auf Fahrfähigkeit darstellt. Im **internationalen Vergleich** läge dieser im unteren Bereich – wo Grenzwerte eingeführt wurden, liegen diese zwischen 2 und – je nach Umrechnungsfaktor<sup>14</sup> – 14 bis 18 ng/ml<sup>15</sup>.

### Fazit

Wie im letzten Abschnitt angesprochen: die genauen Grenzwerte sind je nach Fortschreiten der entsprechenden Forschung veränderbar. Dennoch ist grundsätzlich eine Anhebung der Grenzwerte dringend vonnöten. Es sei an dieser Stelle aber nochmals betont, dass die Streichung der Passagen in der FeV, in denen Drogen Konsumierenden grundsätzlich die Fahreignung abgesprochen wird, die wohl weitaus wichtigere Forderung des Antrags darstellt (nicht nur die Bestimmung bzgl. Cannabis, sondern auch diejenigen für Mischkonsum und anderweitigen Drogenkonsum). Dass ein Großteil derer, die erstmals mit Drogen im Straßenverkehr auffallen sowie viele derer, die ohne jeglichen Verkehrsbezug mit BtM auffallen, mindestens ein langwieriges MPU-Verfahren zu befürchten haben, ist unsinnig, realitätsfremd und kontraproduktiv im Hinblick auf die Verkehrssicherheit; zudem erzeugt dies unnötiges Leid bis hin zu Arbeitsplatzverlust und sozialem Abstieg.

<sup>14</sup> Im Unterschied zu Deutschland verwenden die meisten anderen Länder den THC-Anteil im Vollblut anstatt im Serum, weshalb die entsprechenden Werte mit einem Faktor zwischen 1,6 und 2,0 multipliziert werden müssen.

<sup>15</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Canadian Centre on Substance Use and Addiction (2018): Cannabis and driving: questions and answers for policymaking. Publications Office of the European Union, Luxembourg

Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die im internationalen Vergleich ausgesprochen ungewöhnliche Praxis, Menschen, die Drogen konsumieren, per se die Eignung für den Führerschein abzusprechen, von Betroffenen oft als **Ersatzstrafe** wahrgenommen wird. Während beim Auffinden geringer Drogenmengen eher selten noch *strafrechtliche* Konsequenzen zu befürchten sind, droht einer mehr oder weniger regelmäßig konsumierenden Person quasi permanent der Entzug der Fahrerlaubnis. Die Aufhebung dieser stigmatisierenden Regelung wäre ein wohl noch wichtigerer Schritt als eine grundsätzliche Entkriminalisierung von Drogenkonsumierenden, für die sich der Schildower Kreis seit vielen Jahren einsetzt.

Deutscher Hanfverband · Rykestraße 13 · 10405 Berlin

Deutscher Bundestag  
Ausschuss für Verkehr  
per Email an  
verkehrs ausschuss@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 Cannabiskonsumanten, 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 Cannabiskonsumanten. 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 Führerscheinentzug 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:

**sens**media

## 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](http://www.klarerkopf-klareregeln.de)

# Inhaltsverzeichnis

	Seite
<b>1. Wissenschaft</b> .....	<b>4</b>
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
<b>2. Rechtliche Dimensionen</b> .....	<b>22</b>
2.1. Betäubungsmittelgesetz.....	24
2.2. Strafgesetzbuch .....	24
2.3. Ordnungswidrigkeit .....	25
2.4. Fahrerlaubnisverordnung .....	26
<b>3. Kosten</b> .....	<b>28</b>
<b>Kontakt</b> .....	<b>32</b>



## **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 Abbauverhaltens 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 (fahrtüchtige) 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.<sup>1</sup>

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).<sup>2,7</sup> Solche THC-Konzentrationen treten aber typischerweise nur während des subjektiv empfundenen Wirkungsmaximums innerhalb der ersten Stunde nach der Inhalation von Cannabisrauch oder -dampf auf.<sup>3–5</sup> Während des Wirkungsmaximums (ca. 30 Minuten nach dem Inhalieren) ist die verkehrsrelevante Beeinträchtigung durch THC am größten.<sup>6</sup> Bei der Aufnahme von THC über den Verdauungstrakt tritt das Wirkungsmaximum mit bis zu drei Stunden Verzögerung nach dem Essen ein.<sup>7–9</sup>

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 Erhö-

hung des Unfallrisikos nur um den Faktor  $OR \approx 2$  ermittelt.<sup>11,10,1</sup> 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).<sup>10</sup>

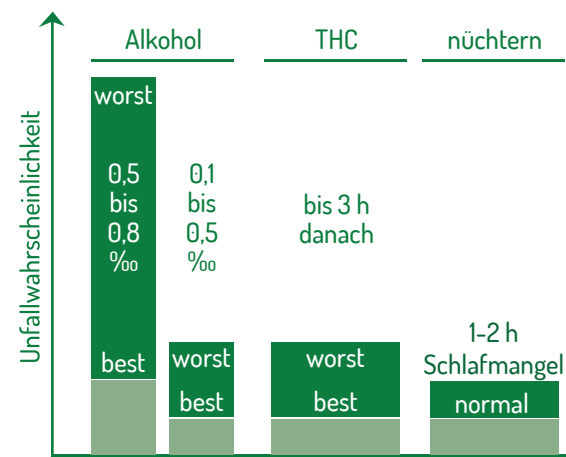
### 1.2.1. Erhöhung des Unfallrisikos

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  $OR = 11,5$ .<sup>12</sup> 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.<sup>13</sup>

### 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  $OR = 20–200$ .<sup>1</sup> 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 ‰.“<sup>14</sup>



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

Hellgrüne Balken: untere Risikoschätzung. Dunkle: obere Risikoschätzung<sup>1</sup>, bzw. leichter Schlafmangel bei „nüchtern“<sup>12</sup>. Bei THC: Fahrten unter akuter Beeinflussung, innerhalb von drei Stunden<sup>10</sup> 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  $\approx$  1)? Dieser Frage sind u.a. Schmidt et al.<sup>6</sup> mit Fahrsimulationsstudien nachgegangen.

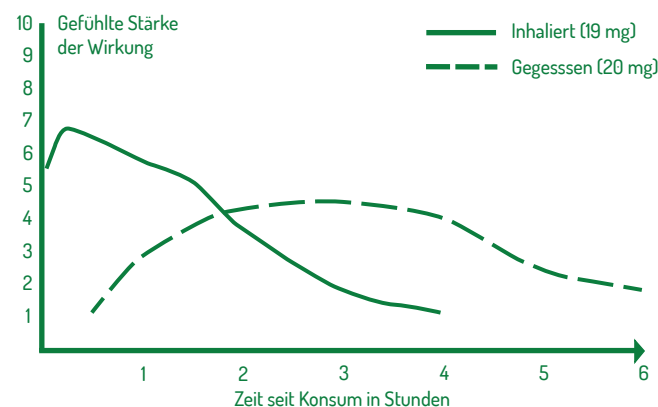
**Nach drei Stunden waren alle Teilnehmer wieder vollständig fahrtüchtig.**<sup>6,16</sup>

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.<sup>7,10,11,14-17</sup> 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.<sup>6,16,17</sup>



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

1 = nüchtern und 10 = stärkstes bisher erlebtes „High“. Abbildung wurde modifiziert aus Referenz<sup>7</sup> reproduziert.

### 1.2.3. Empfehlungen zum sicheren Fahren

Der zeitliche Verlauf der subjektiv empfundenen Wirkung von Cannabis (Stärke des „Highs“)<sup>7,8</sup> korreliert gut mit dem in Schmidt et al.<sup>6</sup> 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.<sup>2,11,18</sup>

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

Mehrere Studien<sup>6,7,10,11,14-17</sup> 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 Stunden<sup>9</sup>, das Unfallrisiko normalisiert sich jedoch frühestens 16 Stunden später.<sup>19,20</sup> Kleiber et al. empfehlen sogar 24 Stunden nach dem letzten Konsum kein Auto mehr zu fahren.<sup>16</sup> 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.<sup>26</sup> Danach wird THC teilweise unverändert wieder ausgeschieden, teilweise in der Leber (über das psychoaktive Zwischenprodukt THC-OH) zu inaktivem THC-COOH metabolisiert.<sup>27</sup>

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).<sup>3-5,28-30</sup>

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).<sup>27,31</sup> 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.<sup>32</sup>

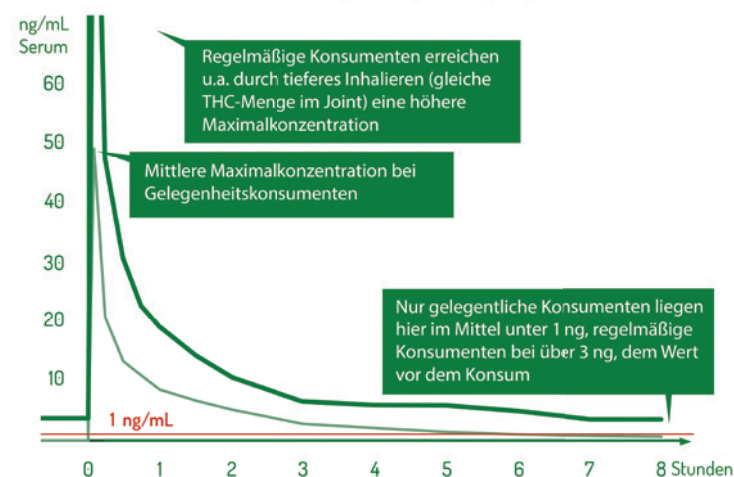
So kann aktives THC im Blut noch über 30 Tage und im Speichel bis zu acht Tage lang nachgewiesen werden.<sup>33,34</sup> Die Abbauprodukte von THC können im Urin drei bis über 30 Tage nach dem letzten Konsum nachgewiesen werden.<sup>35</sup>

#### 1.3.1. Dauer der 1-ng-Grenzwert-überschreitung

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<sup>3,4</sup> bis hin zu mehreren Tagen<sup>28-30</sup> nach der letzten THC-Aufnahme überschritten. Wenn gelegentliche Konsumenten (ohne eingelagertem THC, mit maximal einem Konsum pro Woche) einen Joint mit 1/3 g Cannabis (10 % THC) rauchen, liegen erst acht Stunden danach zehn von elf Probanden bei einem Wert unterhalb von



1 ng/ml.<sup>3</sup> In Extremfällen wird dieser Wert von regelmäßigen Konsumenten sogar über zwei Wochen später noch überschritten<sup>33</sup>, 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 Tönnies et al.<sup>3</sup> 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.<sup>36</sup> In der Praxis reicht häufig sogar jeglicher Nachweis des inaktiven Abbauprodukts THC-COOH zur Überprüfungsaufforderung aus.

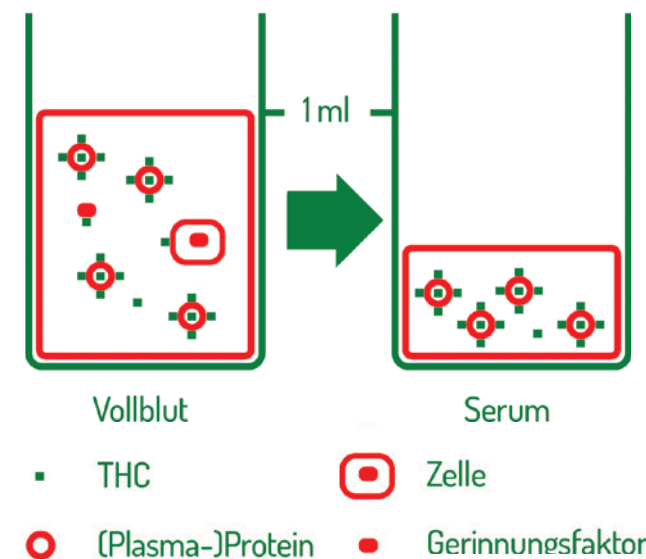
### 1.3.2. Probenmaterialien für THC-Nachweis

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.<sup>31</sup> Der genaue zeitliche Verlauf der THC-Konzentration nach dem Cannabiskonsum ist in den verschiedenen Körperflüssigkeiten unterschiedlich.<sup>3,7,27,37</sup>

### 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.<sup>38-40</sup>



**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 Serumskonzentration 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.<sup>40</sup>

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.<sup>41,42</sup> 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 Serumskonzentrationen 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 Individuen<sup>41</sup>, 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<sup>35,43</sup>, sowie die praktische Umsetzbarkeit wurden in verschiedenen Studien, darunter im EU-Forschungsprojekt ROSITA (Roadside Testing Assessment)<sup>44,45</sup>, 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 Drogenortests verwendet, um einen Anfangsverdacht abzuleiten. Die Ergebnisse dieser Drogenortests sollten aufgrund ihrer geringen Spezifität immer mit GC/MS bestätigt werden.<sup>43</sup> Trotzdem ordnen Führerscheinstellen häufig eine MPU oder ein ärztliches Gutachten an, wenn nur ein freiwilliger, positiver Drogenortest 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.<sup>46,4</sup> 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).<sup>31</sup> 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<sup>35,43</sup> und die Tatsache, dass sie keine Aussage über den Konsumzeitpunkt erlauben. Der Konsum kann eine Stunde oder auch über einen Monat zurückliegen.<sup>35</sup>

**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 %.<sup>45</sup>

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.<sup>7,21</sup>

**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.<sup>37</sup> 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.<sup>7</sup> 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.<sup>6,3,7,2</sup> 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 Ausfallerscheinungen zu erwarten sind als bei Alkoholisierungsgraden von unter 0,50 ‰.“<sup>14</sup> Die Tatsache, dass auch sonst das Unfallrisiko durch THC über alle Fälle gemittelt nur geringfügig



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

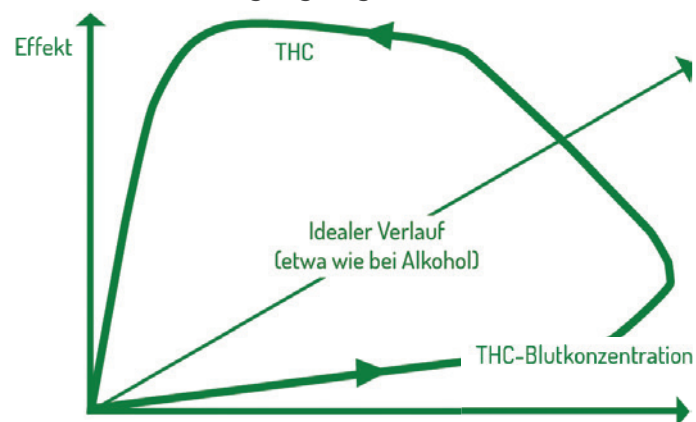
#### 1.4.1. Geeignete Messverfahren

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.“<sup>14</sup>

#### 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).<sup>14,47</sup>



#### 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.<sup>47</sup> 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.<sup>7</sup>

#### 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 Unfallrisikos<sup>1</sup> grundsätzlich sanktioniert werden.

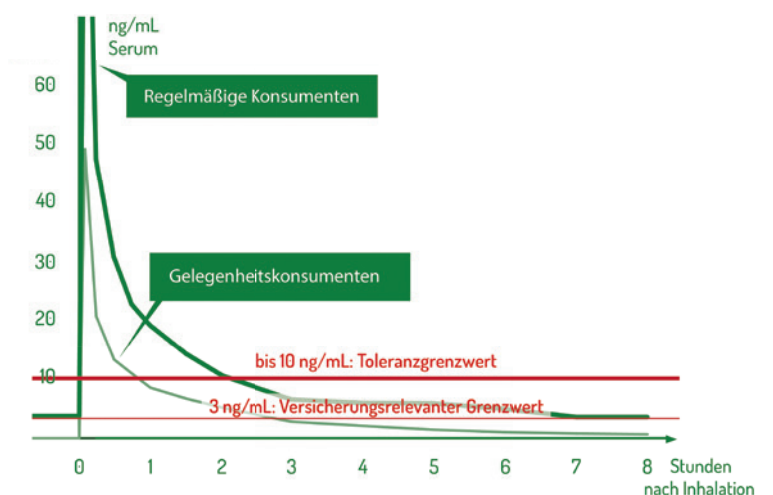
#### 1.4.3. 3 ng als Versicherungsrelevanter Grenzwert

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.<sup>6</sup> und Tönnies et al.<sup>3</sup> als Grundlage nimmt. Drei Stunden nach dem (inhalativen) Cannabis-Konsum ist in der Regel jegliche verkehrsrelevante Beeinträchtigung verfliegen.<sup>6</sup> Zwar unterscheiden sich die THC-Blutkonzentrationen zwischen gelegentlichen und regelmäßigen Konsumenten erheblich (siehe Grafik),<sup>3</sup> 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.<sup>3</sup> entnommen.

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen diverse Studien. So haben Longo et al.<sup>48</sup> 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.<sup>15</sup> Die Versuche von Möller et al.<sup>4</sup> 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.<sup>21</sup> 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.<sup>51,52</sup> 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.<sup>6</sup> Wenn diese stärksten Beeinträchtigungen verflogen sind, haben Gelegenheitskonsumenten im Mittel etwas weniger als 10 ng THC im ml Blutserum (siehe Grafik).<sup>3</sup>

Konkretere Werte ergaben die folgenden Studien: Ein durchschnittlich 1,8-mal höheres Unfallrisiko haben laut Longo et al.<sup>48</sup> 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.<sup>15</sup> 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.<sup>7</sup>

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“<sup>1</sup>

In einem aktuelleren Review-Paper<sup>11</sup> werde substanzielle 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.<sup>21</sup> 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).<sup>47,53–57</sup>

##### 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!<sup>56</sup>

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.<sup>47, 56</sup>



## 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 Verkehrsrgerichtstag, 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 Δ9-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 og alkohol: 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. Herning, J. L. Cadet, M. A. Huestis. „Do Δ9-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. Herning, J. L. Cadet, M. A. Huestis. „Implications of plasma Δ9-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. „O29: Δ9-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. „Δ9-THC, 11-OH-Δ9-THC and Δ9-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 Drogen-sucht (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 Fahrfehlern 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.

A large, stylized green bird logo, possibly a phoenix or phoenix, is centered on the page. The bird is depicted with its wings spread wide, facing left. The wings and tail are composed of several large, feather-like shapes. The entire logo is rendered in a solid green color.

## 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		Betrag (ca.)
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](mailto:fuehrerschein@hanfverband.de)  
[klarerkopf-klareregeln.de](http://klarerkopf-klareregeln.de)

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

**Herausgeber:**



Rykestraße 13  
10405 Berlin

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

[www.hanfverband.de](http://www.hanfverband.de)