



PRO-NON

VERKEHRSPSYCHOLOGISCHE BERATUNG
UND THERAPIE E.V.

JAHRESBERICHT

2017



INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	
Dipl.-Psych. Andreas Lehmann	5
Statistische Zahlen unserer Klientendaten und ihre Interpretationen und Bewertungen	
Dipl.-Psych. Birgit Abraham	6
Bericht vom PRO•GRESS XVII: : „Kann denn Kiffen Sünde sein? Einfluss einer Cannabis-Legalisierung auf die Verkehrssicherheit“	
Dipl.-Psych. Hinrich Albers, Dipl.-Psych. Jens Abraham	11
Falldarstellung aus einer PRO•NON-Praxis	
Dipl.-Psych. Sabine Konirsch	19
Alkohol-Interlocks (Wegfahrsperrern)	
Bettina Velten, Product Management Interlock der Draeger Safety AG & Co.KGAa	23
Zertifizierung nach der DIN ISO 9001:2015	
Dipl.-Psych. Andreas Lehmann	29
Anschriften aller PRO•NON Praxen	30



Vorwort



Dip.-Psych. Andreas Lehmann
1. Vorsitzender

Vielleicht erst einmal der Blick zurück. Das letzte Jahr waren wir in großem Umfang damit beschäftigt, unseren 17. PRO-GRESS zu organisieren und diesen dann im November in Wiesbaden auszurichten. Einen ausführlichen Bericht finden Sie in diesem Heft. Wir sind schon ein bisschen stolz darauf als kleiner Verein diese alte PRO-NON-Tradition aufrechterhalten zu können. Unser eigener Eindruck und die Rückmeldung der Teilnehmer erlauben es wohl, ihn als gelungen zu bezeichnen. All diese Mehrarbeit muss ja neben der täglichen Praxisarbeit geleistet werden, wofür ich insbesondere noch einmal meinen Kolleginnen und meinem Kollegen vor Ort danken möchte.

Eine weitere „Tradition“ ist unser jährliches externes Audit durch die DQS, um weiterhin das in unserem Metier außergewöhnliche Zertifikat der DIN ISO 9001 zu erhalten. Im letzten Jahr standen dafür die Novellierungen zur Anpassung an die neue Norm DIN EN ISO 9001:2015 an, die wir problemlos umsetzen konnten. Auch das finden Sie in diesem Jahresbericht.

Zukünftig wird es weiterhin unsere Aufgabe sein, im Rahmen der Mitbewerber durch gute therapeutische Arbeit positiv aufzufallen, was sich in den von uns erhobenen Kennzahlen von Kundenzufriedenheit und MPU-Erfolgsquote widerspiegelt, sowie das auch potentiellen Kunden und Multiplikatoren immer wieder in Erinnerung zu rufen. Ich bin da guter Dinge.

Ich möchte zum Abschluss Ihre Aufmerksamkeit noch auf drei weitere lesenswerte Artikel in diesem Heft lenken:

- Eine Darstellung der aktuellen Situation bei der Einführung des Interlock-Systems in Deutschland, die freundlicherweise Frau Velten von der Firma Draeger für diesen Jahresbericht verfasste.
- Ein Fallbericht von der Kollegin Sabine Konirsch, in dem es vor allem um zwei Verkehrsauffälligkeiten unter dem Einfluss von Amphetaminen geht.
- Unsere Aufbereitung der Zahlen aus der Internen Evaluation, die dieses Mal Daten aus zwei Jahren umfasst und von der Kollegin Birgit Abraham beschrieben und interpretiert werden.

Ich wünsche Ihnen viel Freude an der Lektüre, bin dankbar für positive sowie negative Rückmeldungen und wünsche Ihnen noch eine gute Zeit.

Andreas Lehmann

Statistische Zahlen unserer Klientendaten und ihre Interpretationen und Bewertungen



Wie gewohnt, präsentieren wir an dieser Stelle auch in diesem Jahr wieder die Klientendaten, die in allen unseren PRO•NON-Praxen erhoben wurden. In die statistische Auswertung für das Jahr 2016 fließen zusätzlich noch die Daten von 2015 mit ein, da 2015 keine gesonderte Auswertung vorgenommen wurde. Es handelt sich um insgesamt N=175 Datensätze.

Interessant ist schon jetzt anzumerken, dass sich ähnliche Verteilungen in den Ergebnissen über alle Praxen hinweg zeigen und sich „Trends“ der letzten Jahre fortzuschreiben scheinen.

Dipl.-Psych. Birgit Abraham
tätig in der PRO•NON-Praxis Alzey

Auch 2016 sprechen die Zahlen wieder für PRO•NON e.V.

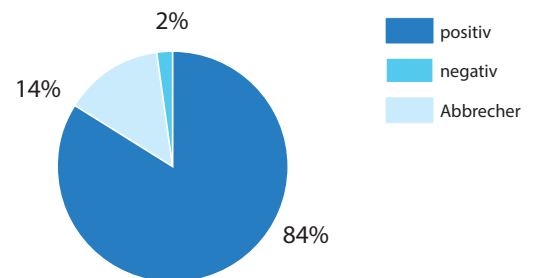
1. MPU-Erfolgsquote

Ähnlich wie in den Vorjahren bestanden auch 2015/16 rund 97% unserer Klienten, die begutachtet wurden, ihre Medizinisch-Psychologische-Untersuchung (MPU). Somit verfehlten lediglich 3% der Klienten ein positives Gutachten. Die Abbrecherquote lag bei 14% und damit geringfügig unter dem Wert von 2014.

Die Zahlen machen deutlich, dass für Klienten, die sich mit PRO•NON auf ihre MPU vorbereitet haben, eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit besteht, positiv begutachtet und wieder mobil zu werden.

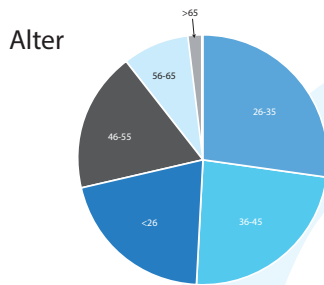
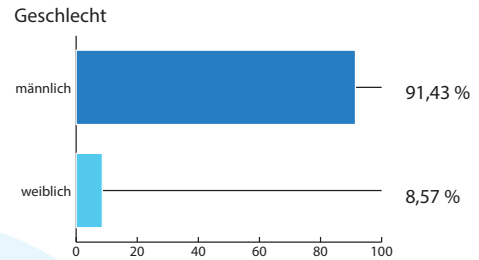
Im Vergleich dazu, erweisen sich nach einer aktuellen Statistik der BASt (Nr.16/2016 vom 07.11.16) 36 Prozent aller Personen, die eine MPU absolvierten, nach einer Begutachtung als ungeeignet.

Erfolgsquote



2. Geschlecht und Alter

Wie auch in den Jahren zuvor, sind Frauen als Klienten bei PRO·NON deutlich unterrepräsentiert. Kein Wunder, denn auch die MPU wird zu meist für Männer angeordnet. Im Beobachtungszeitraum 2015/2016 betrug die Männerquote bei PRO·NON 91,4%, die der Frauen 8,6%.

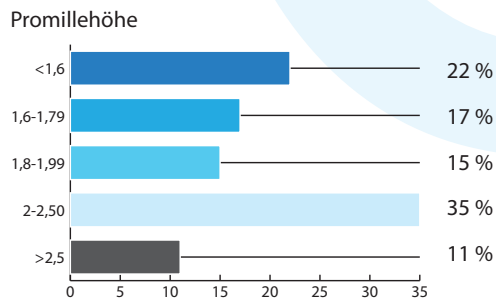
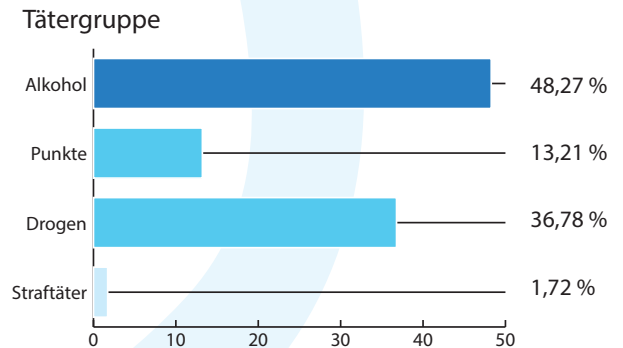


Das Alter der Klienten bewegt sich über eine Streubreite von 17 bis 79 Jahren mit einem Altersdurchschnitt von 37,6 Jahren und folgt dem Trend der Vorjahre zu einer Verjüngung. Teilt man die Altersbereiche in Gruppen ein, erkennt man, dass die Altersgruppe von 26–35 Jahren am häufigsten vertreten ist, gefolgt von der Altersgruppe von 36–45 Jahren und denjenigen unter 25.

3. Deliktarten

Im Beobachtungszeitraum 2015/16 zeigt sich im Vergleich zu den Vorjahren eine massive Veränderung bezüglich der Häufigkeiten der verschiedenen Deliktarten.

Besonders deutlich zeigt sich ein Anstieg bei den Auffälligen mit illegalen Drogen (36,8%). Sie bilden nach den Alkoholauffälligen (48,3%) mittlerweile die zweitgrößte Gruppe bei PRO·NON und sind mit diesen bald gleichgezogen. Der Anteil an „Punktetätern“ nimmt dagegen mit (13,2%) wie bereits in den Vorjahren kontinuierlich ab. Der Anteil jener, die mit mehreren Straftaten aus den verschiedens-



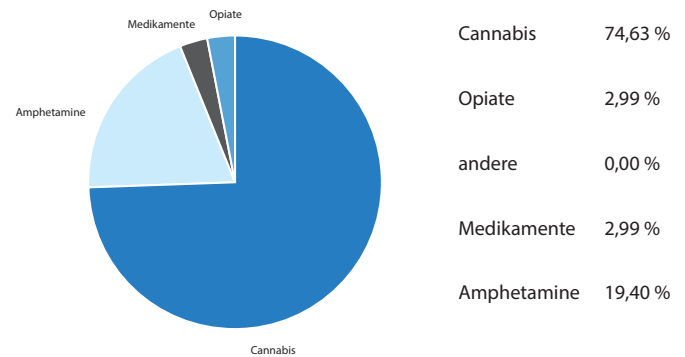
ten Bereichen auffällig geworden sind, beläuft sich nur noch auf 1,7%.

Betrachtet man die größte Gruppe, die der Alkoholauffälligen, genauer, kann man sagen, dass nach unserer Einschätzung etwa 25% dieser Personen zum Kreis der Alkoholabhängigen gezählt werden müssen. Bei den restlichen 75% der „Trunkenheitstäter“ ist zumeist davon auszugehen, dass sie massiven Alkoholmiss-

brauch betrieben haben. Interessant ist zudem, dass fast ein Drittel der Klienten mit einer Alkoholauffälligkeit im Straßenverkehr(31,8%) zuvor bereits mindestens ein weiteres Mal mit Alkohol am Steuer aktenkundig geworden war.

Die jeweils gemessenen Promillewerte lagen zwischen 0,53 Promille und 3,01 Promille BAK, wobei der statistische Mittelwert mit 1,92 Promille im aktuellen Beobachtungszeitraum erneut deutlich über den im langjährigen Mittel errechneten Bereich von rund 1,8 Promille BAK liegt. Als zukünftige Konsumempfehlung wurde von den PRO·NON-Therapeuten in 66% der Fälle eine Alkoholabstinenz nahegelegt. Bei den restlichen 34% konnte kontrolliertes Trinken empfohlen werden. Das Durchschnittsalter derjenigen, die wegen einer Alkoholauffälligkeit zu uns kamen, betrug 41,9 Jahre.

Hauptdroge



Deutlich jünger waren die Drogentäter mit einem Durchschnittsalter von 33 Jahren. Der Großteil dieser Gruppe (74,6%) ist aufgrund von Haschischkonsum in Zusammenhang mit dem Straßenverkehr auffällig geworden; die am zweithäufigsten konsumierten illegalen Drogen waren Amphetamine und deren Abkömmlinge (19,4%). Medikamente und Opiate spielen mit jeweils 3% eine eher untergeordnete Rolle.

Dass die Zahl unserer Klienten, die im Straßenverkehr mit Drogen aufgefallen sind, in den letzten Jahren so stark angestiegen ist, hat wahrscheinlich mehrere Ursachen. Zum einen sind Polizeibeamte zunehmend besser geschult, um Kraftfahrer, die unter Drogeneinfluss stehen, zu erkennen und entsprechende Vergehen zu ahnden. Auch der Konsumnachweis gelingt durch verbesserte Analysemethoden immer leichter. Zum anderen berichten insbesondere unsere jüngeren Klienten davon, dass in manchen Kreisen Cannabis eine weitaus größere Rolle spiele als Alkohol. Dazu kommt bei Vielen die Unkenntnis darüber, dass mit dem Abklingen des Cannabisrausches keineswegs auch die Nachweisbarkeit des Drogenkonsums beendet ist.

4. Deliktvorgeschichte

Rund 72% unserer Klienten haben in 2015/16 vor einer ersten Medizinisch-Psychologischen Begutachtung Kontakt zu PRO·NON aufgenommen. Diese Zahl stellt eine erhebliche Steigerung der Quote im Vergleich zu den Vorjahren dar (2014: 68%, 2013: 63%, 2012: 54%) und setzt diesen Trend fort. Ein Erklärungsansatz dafür könnte sein, dass Führerscheinebehörden und Rechtsanwälte im Vorfeld explizit auf die Möglichkeit der Unterstützung durch einen Diplom-Psychologen (Fachpsychologen für Verkehrspsychologie) bei der Vorbereitung hinweisen und mit PRO·NON bereits in der Vergangenheit gute Erfahrungen gemacht haben. Da mittlerweile ein Großteil unserer Klienten über das Internet auf uns aufmerksam wird (siehe Punkt 6.), könnte es aber auch daran liegen, dass viele Menschen gezielt im Internet nach Informationen suchen und nicht mehr blauäugig und unvorbereitet zur MPU gehen, wie dies vielleicht in früheren Jahren der Fall war.

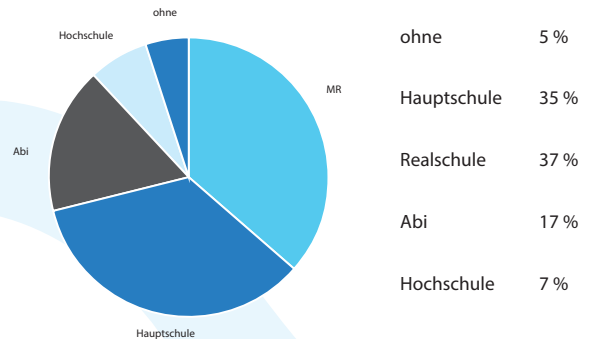
5. Weitere soziodemographische und Therapievariablen

Auch in den vergangenen beiden Jahren kam die PRO·NON-Klientel aus allen Teilen der Bevölkerung. Unsere Zahlen zu Schulabschluss und Berufstätigkeit zeigen keine relevanten Abweichungen zu den Vorjahren oder zur Allgemeinbevölkerung.

a) Schulabschluss

Die Mehrheit der Klienten verfügt über einen Schulabschluss der Mittleren Reife (37%), gefolgt vom Hauptschulabschluss (35%). Etwa 17% haben die Hochschulreife erworben und 7% ein Studium absolviert. Lediglich 5% haben keinen Schulabschluss.

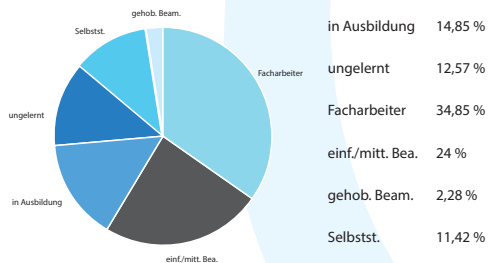
Schulabschluss



b) Berufstätigkeit

Seit vielen Jahren liegt der Anteil derer, die voll berufstätig sind, in der Größenordnung von rund 80%; auch in diesem Beobachtungszeitraum sind es 80,6%, weitere 8,6% sind in Teilzeit tätig. Der Anteil der Klienten ohne Arbeit liegt bei 6,7% und 4% sind Rentner. Hausfrauen/männer gab es in den vergangenen zwei Jahren bei uns keine.

Beruf



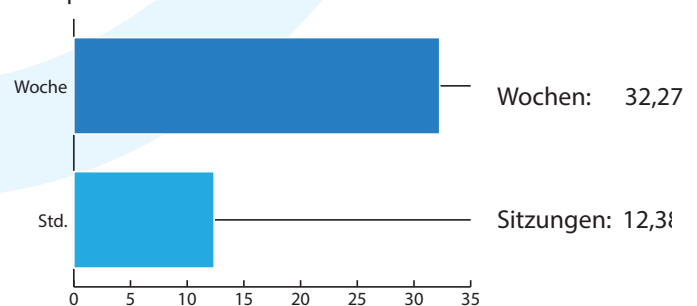
Bei den Berufsgruppen dominiert seit vielen Jahren der Facharbeiter, auch im Zeitraum 2015/16 mit einem Anteil von 34,9%. Es folgen Beamte/Angestellte des einfachen und mittleren Dienstes mit 24%. In einer Berufsausbildung befanden sich 14,9% unserer Klienten. Zwei ähnlich starke Gruppen bilden die ungelernter Arbeiter/Angestellten mit 12,6% sowie die Selbstständigen mit 11,4%. Lediglich 2,3% unserer Klienten waren Beamten/Angestellten des gehobenen Dienstes.

c) Therapiedauer

Im Durchschnitt absolvierten die PRO·NON-Klienten 13 Sitzungen innerhalb von 28 Wochen. Die Bandbreite bewegt sich zwischen 2 und 27 Stunden und ist damit sehr groß. Dies zeigt sehr deutlich die hohe individuelle und klientenbezogene Arbeit der PRO·NON-Therapeuten.

Die Dauer der Behandlung rangiert zwischen 1 und 197 Wochen. Dabei ist zu beachten, dass mehrere Faktoren Einfluss auf die Therapiedauer haben. Neben der selbstkritischen Auseinan-

Therapiedauer



dersetzung mit dem vergangenen Konsumverhalten in den wöchentlich stattfindenden Sitzungen, müssen viele Klienten eine Abstinenz zwischen 6 bis 12 Monaten nachweisen. In solchen Fällen wird der Abstand der Therapiesitzungen im Verlauf der Maßnahme größer (2 - 4 Wochen), da die PRO-NON-Therapeuten ihre Klienten meist kontinuierlich bis zur MPU begleiten, ohne die Sitzungsanzahl dabei zu erhöhen.

6. Rekrutierung der Klienten

Zum Abschluss der Ergebniszusammenfassung für diesen Berichtszeitraum ein kurzes Schlaglicht auf die Frage, woher PRO-NON seine Klienten rekrutiert:

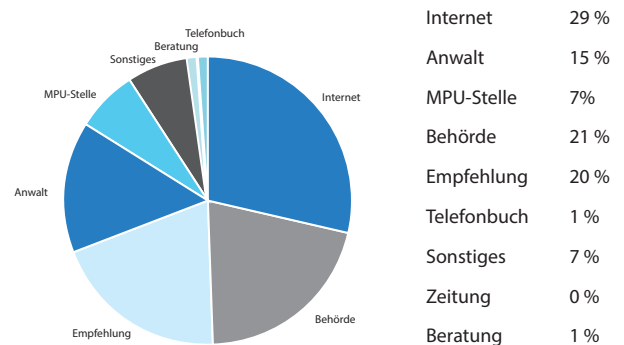
Der Kontakt zu PRO-NON kam in den letzten beiden Jahren hauptsächlich über das Internet zustande. Fast ein Drittel unserer Klienten (29 %) kommt mittlerweile nach dem Besuch unserer Homepage oder anderer Internetseiten zu uns. Hieran sieht man, dass das Internet wie auch in anderen Lebensbereichen eine immer wichtiger werdende Informationsquelle unserer Klienten darstellt.

Jeweils etwa ein Fünftel unserer Klienten kommt auf Anraten der Straßenverkehrsbehörden bzw. Führerscheinstellen (21%) sowie auf persönliche Empfehlung. Der sehr hohe Umfang, in dem unsere Klienten über ihre Freunde/Bekannte (20%) zu uns kamen, spricht dafür, dass die PRO-NON-Klienten mit unserer Arbeit zufrieden waren und uns deshalb gerne weiterempfohlen haben. Weitere 15% unserer Klienten wurden von ihrem Anwalt an uns vermittelt. Dieser Anteil ist seit einigen Jahren stark rückläufig, entgegengesetzt zu den steigenden Zahlen derjenigen, die durch das Internet kommen. Möglicherweise begeben sich die Klienten zunehmend selbst auf Informationssuche darüber, was man im Falle eines Führerscheinverlusts am besten zu tun hat.

Nur etwa 7% kommen auf dem Weg über eine Begutachtungsstelle zu uns, was einen leichten Rückgang im Vergleich zur letzten Auswertung darstellt. Inzwischen empfehlen zwar einige Gutachter wieder eine Aufarbeitung bei einem Verkehrspsychologen bzw. Diplom-Psychologen, der Rückgang lässt sich jedoch dadurch erklären, dass mittlerweile ein Großteil unserer Klienten frühzeitig und ohne vorheriges negatives Gutachten zu uns kommt.

Wir werden auch in Zukunft weiter darauf hinarbeiten, unsere Klienten in die Lage zu versetzen, nicht nur den Führerschein wieder zu erlangen, sondern ihn auch zu behalten. Im besten Fall helfen dabei auch Veränderungen der gesamten Lebensführung, die neben der verkehrspsychologischen Therapie besprochen, aufgearbeitet und eingeleitet wurden und zu einem besseren Lebensgefühl mit der wieder gewonnenen Mobilität führen.

Kontakt



Bericht vom PRO-GRESS XVII „Kann denn Kiffen Sünde sein? – Einfluss einer Cannabis-Legalisierung auf die Verkehrssicherheit“

Den 17. PRO-GRESS in der Geschichte von PRO-NON eröffnete der Gastgeber Jens Abraham im gut gefüllten Tagungsraum in der Wiesbadener Innenstadt. Es wurden die Referenten und die ca. 45 Teilnehmer begrüßt, welche nach der Tagung noch am Abendprogramm mit einer historischen Stadtführung und Besuch des Spielcasinos im Wiesbadener Kurhaus teilnehmen konnten. Vor dem Beginn des ersten Vortrags wurden die Teilnehmer darüber informiert, dass der letzte PRO-GRESS bereits fünf Jahre zurückliegt, nicht zuletzt deshalb, weil es vor zwei Jahren zu einem Umbruch im Verein kam, der mit einigen Turbulenzen und Veränderungen einhergegangen war. Quasi pünktlich zum 20jährigen Bestehen von PRO-NON musste sich die Gruppe neu ordnen, was auch schnell gelungen war, so dass die gewohnte qualitätsbasierte Arbeit fortgesetzt wurde und eben auch so eine Veranstaltung, wie der PRO-GRESS XVII, präsentiert werden kann.

Herr Abraham leitete schließlich das Thema ein, indem er erläuterte, wie die Mitglieder auf die Fragestellung der Tagung gekommen waren. Neben einer steigenden Anzahl von Kraftfahrern in unseren Praxen, die mit THC auffielen, zunehmenden Berichten über Staaten weltweit, die sich zu einer Legalisierung von Cannabis entschlossen und einer immer wieder aufkeimenden Diskussion darüber hierzulande, gab es zudem die Beobachtung, dass das Thema in der Mitte der Gesellschaft angekommen ist, was man daran erkennen kann, dass es in der Lindenstraße aufgegriffen wird. Hans Beimer, eine der Hauptfiguren, erkrankt an Parkinson; er stellt fest, dass ihm Cannabis-Joints helfen, hat dann jedoch Schwierigkeiten, die Droge zu bekommen. Das war für PRO-NON Grund genug, sich die Frage zu stellen, was passieren würde, wenn das THC tatsächlich legalisiert werden würde. Welchen Einfluss hätte dieser Schritt auf die Verkehrssicherheit in Deutschland?

I. Der erste Referent war Professor Stöver mit dem Thema: „Was spricht für eine Legalisierung von Cannabis?“, der dem Publikum verdeutlichte, welche Argumente für eine Legalisierung sprechen und weshalb es aus seiner Sicht nur noch eine Frage der Zeit ist, wann es dazu kommen wird.

Herr Stöver ist Professor an der Frankfurt University of Applied Sciences, dort der geschäftsführende Direktor des Instituts für Suchtforschung, ist Mitglied im Wissenschaftlichen Kuratorium der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen und war, bzw. ist Berater international tätiger Institutionen, wie der WHO, der Europäischen Kommission oder der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit.



Landauf landab wird über alternative Kontrollpolitiken in Bezug auf die illegalen Drogen, insbesondere Cannabis diskutiert: die Entwicklungen der Legalisierung von Cannabis in einigen US-amerikanischen Staaten (Washington, Colorado, Alaska, Oregon), Beschlüsse von Kommunalparlamenten (Frankfurt, Köln, Hamburg etc.), Koalitionsvereinbarungen (in Bremen und Hamburg), der Vorschlag eines Cannabiskontrollgesetzes der Grünen/Bündnis90, der Druck der Opposition (Cannabislegalisierung ist Beschlusslage: Die LINKE, Die Grünen/Bündnis 90, Piraten, FDP) und schließlich die große Präsenz des Themas in den Medien hat zu einem erheblichen Druck auf die Politik geführt.

Die Entwicklung einen legalen Zugang zu Cannabis hat eine Wucht angenommen, die weit über die Diskussionen um Cannabisfreigabe in den 90er Jahren hinausgeht: Fachleute seien sich heute einig, dass diese Entwicklung nicht mehr zurückzudrängen ist.

Was insbesondere die Situation von der der vergangenen Jahrzehnte unterscheidet, sind vier parallel verlaufende Prozesse:

1. Neben einer erstarkten Hanfgemeinde fordern seit einigen Jahren auch Fachverbände und Experten eine Überprüfung des Betäubungsmittelgesetzes. Keine Abschaffung à la „Weg mit dem BtMG“ wird gefordert, sondern schlicht nur eine Überprüfung der Angemessenheit und ob dieses Gesetz noch zeitgemäß ist, bzw. überhaupt sein Ziel erreicht/erreichen kann. Die Forderung der Mehrzahl deutscher Strafrechtsprofessoren, aber auch Verbände wie der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen geht dahin, dass in der Legislaturperiode 2013-2017 eine von der Bundesregierung eingesetzte Enquete-Kommission die derzeit geltenden Bestimmungen der Cannabispolitik auf ihre erwünschten und unerwünschten Folgen einer umfänglichen Überprüfung unterzieht.
2. Ein zweiter Prozess vollzieht sich über „Cannabis als Medizin“: Deutlich wird, dass die jahrzehntelange Verteufelung der Substanz Cannabis die therapeutischen Potentiale der Pflanze hat völlig vergessen lassen: Cannabis kann jedoch bei vielen Indikationsbereichen wirksam eingesetzt werden: bei Schmerzen, Appetitlosigkeit und Abmagerung, Glaukom, Spastik, Epilepsie, Asthma, Bewegungsstörungen etc. Leider profitiert hiervon nur eine kleine Minderheit von Patienten, weil die politische Weichenstellung (noch) nicht vorgenommen wurde.
3. Außerdem geht es um Fragen der Menschenrechte, den Schutz der Privatsphäre („Welche Drogenpräferenz ich habe, ist meine Sache“) und rechtlich-politisch gesehen um „opferlose Delikte“.
4. Schließlich erfolgt eine „Abstimmung mit den Tüten“ – z. B. über das Internet und herkömmliche persönliche Wege. Die Strafandrohung wirkt nicht und die massenhafte Übertretung einer rechtlichen Norm macht die Norm unglaubwürdig, eine vermeintliche Generalprävention hält kaum jemanden davon ab, Drogen auf dem Schwarzmarkt (auf der Straße oder im Internet) zu kaufen.

Nachdem der Vortrag einen aktuellen Überblick über die aktuelle Diskussion gab, antwortete Prof. Stöver u. a. auf die Frage aus dem Publikum, welchen Einfluss er denn auf die Verkehrssicherheit vermuten würde, wenn es zu einer, wie er es sich vorstellen könnte, Regulierung des Umgangs mit Cannabis käme. Er würde mit einiger Wahrscheinlichkeit durchaus einen Anstieg der Auffälligkeiten unter Cannabiseinfluss prognostizieren. Entsprechend wichtig wäre er auch für eine verstärkte Aufklärung im Umgang mit der Droge, worauf er in der Abschlussdiskussion noch einmal zurückkommen würde.

II. Im Anschluss an den gehörten engagierten Vortrag beleuchtete Prof. Dr. Daldrup von der Universität Düsseldorf die Fragestellung von einer ganz anderen Richtung.

Professor Daldrup war viele Jahre Leiter der Forensischen Toxikologie und der Blutalkohol-Untersuchungsstelle am Institut für Rechtsmedizin Düsseldorf; lange Zeit war er Vorsitzender der Grenzwertkommission, deren Mitglied er bis heute ist, sowie Namensgeber der Skala zur Beurteilung eines THC-Konsums anhand des gemessenen Kohlendioxidwertes.

Unter der Überschrift des Veranstaltungsthemas „Einfluss von Cannabiskonsum auf die Fahrtüchtigkeit“ klärte er das Publikum über Folgendes auf:



Spätestens seit den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts wird versucht, den Einfluss eines Cannabiskonsums auf die Fahrtüchtigkeit zu objektivieren (Daldrup 1996). Bei der Untersuchung von 1882 tödlichen Verkehrsunfällen in den USA (Terhune 1992) wurde festgestellt, dass nur in 1,3 % der Fälle alleiniger Cannabiskonsum vorlag. In der 2 Jahre später veröffentlichten Studie aus Australien nach Auswertung von 1045 tödlichen Verkehrsunfällen konnte immerhin bei 4 % als einziges konsumiertes berauschendes Mittel Cannabis nachgewiesen werden (Drummer 1994). Die Auswertung der Polizeiakten ergab in beiden Studien, dass Personen, die ausschließlich Cannabis konsumiert hatten, genauso selten einen Unfall durch schuldhaftes Verhalten herbeigeführt haben, wie Fahrer, die überhaupt keine berauschenden Mittel eingenommen hatten.

Gut 20 Jahre ist es her, dass diese aufgeführten ersten Studien zum Thema Cannabis und Straßenverkehr durchgeführt wurden. Nunmehr liegt eine neue umfassende Studie zu diesem Thema vor. Es handelt sich um die bekannte EU-weit durchgeführte DRUID-Studie aus dem Jahr 2013. Diese Studie belegt, dass nach wie vor der Konsum von Cannabis sehr weit verbreitet ist. Es handelt sich auch im Straßenverkehr nach dem Alkohol um das am häufigsten bei Fahrzeugführern festgestellte Rauschmittel. Statistisch ließ sich jedoch nicht belegen, dass eine Beeinflussung durch Cannabis zu einer erheblichen Steigerung der Wahrscheinlichkeit führt, durch einen Verkehrsunfall schwer verletzt oder gar getötet zu werden. Das relative Risiko liegt im Mittel mit 1,38 bzw. 1,33 nur unwesentlich und in jedem Fall nicht signifikant über dem allgemeinen Risiko, einen mit Körperschäden verbundenen Unfall zu erleiden. Auch haben es die Daten nicht erlaubt zu belegen, dass es bei gleichzeitiger Aufnahme von Alkohol und Cannabis zu einer signifikanten Interaktion zwischen beiden Rauschmitteln kommt.

Zu den aufwändigsten, je durchgeführten Studien zum Thema Rauschmittelgenuss und Fahrsicherheit zählen die zwischen 2001 und 2003 vorgenommenen Untersuchungen in Frankreich zur Frage der Prävalenz von Rauschmitteln bei tödlich verunglückten Fahrzeugführern sowie insbesondere zu der Frage des Zusammenhanges zwischen Rauschmittelkonsum, Blutbefunden und Verursachung des Unfalls. Zur Prävalenz konnte gezeigt werden, dass bei 25,9 % von in die Studie einbezogenen 10.519 Fahrern, die

in einen tödlichen Verkehrsunfall verwickelt waren, Alkohol vor Antritt der Fahrt getrunken wurde und zum Zeitpunkt der Blutentnahme eine Blutalkoholkonzentration von 0,1 Gramm pro Liter oder mehr vorhanden war. Beachtenswert ist, dass 6,9 % aller Fahrer eine THC-Konzentration im Blut von mindestens 1 ng/mL aufwiesen. Verteilt auf einzelne THC-Klassen ergibt sich, dass 3 % aller Fahrer eine THC-Konzentration zwischen 1 und 3 ng/mL, 1,4 % zwischen 3 und 5 ng/mL und 2,5 % mehr als 5 ng/mL THC im Blut hatten.

Von hoher Relevanz ist das Ergebnis der Verursacher-Studie. Es zeigte sich eine Zunahme der Odds-Ratio (OR = eine statistische Maßzahl, die etwas über die Stärke eines Zusammenhangs von zwei Merkmalen aussagt) in den THC-positiven Populationen, ohne jedoch einen unmittelbaren Zusammenhang mit der THC-Konzentration zu belegen. So lag das OR in der Gruppe mit Konzentrationen für das THC zwischen 3 und 5 ng/mL am höchsten.

Wie gering im Mittel der Zusammenhang zwischen THC-Konsum, THC-Konzentration im Serum und feststellbaren Ausfallerscheinungen ist, konnte auch bei einem durchgeführten Experiment zur Prüfung der Fahrsicherheit nach erheblichem Cannabiskonsum festgestellt werden (Hartung et al. 2016). Die im Blut vorhandenen Konzentrationen lagen in vielen Fällen im Bereich weit über 30 ng/mL. Die Probanden mussten die Versuchsreihen vor dem Rauchen der Joints, nach jedem einzelnen Joint, sowie 2 Stunden nach dem letzten Konsum durchführen. Bei den Fahrauffälligkeiten zeigte sich zwar im Mittel kein Zusammenhang zwischen der jeweiligen THC-Konzentration und den gezeigten Ausfallerscheinungen. Die Fahrleistung blieb im Schnitt bei der vor dem Rauchen der Joints gezeigten Leistung. Es gab jedoch erhebliche individuelle Unterschiede, insbesondere deutliche Verschlechterungen, jedoch auch Leistungsverbesserungen.

Ein anderer Ansatz zur Prüfung der Fahrsicherheit nach Cannabiskonsum besteht darin, die zur Verfügung stehenden Daten zu Fahrzeugführern, die von der Polizei kontrolliert wurden, auszuwerten (Blutalkohol 45, 2008, Sup. 2-10). Hierzu wurden als Kontrollgruppe diejenigen Fälle ausgewählt, die trotz Cannabiskonsum nach Aktenlage völlig unauffällig waren. Als Fallgruppe wurden diejenigen gewählt, die entweder in Schlangenlinien gefahren sind, einen Unfall verursacht hatten oder eine Geschwindigkeitsübertretung begangen hatten. Bei den Fahrzeugführern, die ihr Fahrzeug nach Aktenlage in Schlangenlinien geführt hatten, konn-



te mit zunehmender THC-Konzentration ein deutlicher Anstieg der OR (also des Zusammenhangs zwischen Cannabiskonsum und Fahrauffälligkeiten) festgestellt werden; die OR erreichten einen Wert von über 4 bei Fahrzeugführern mit einer THC-Konzentration von mindestens 10 ng/mL. Bei den Unfällen konnte hingegen keine Zunahme, in der Tendenz wurde sogar eher eine Abnahme gesehen. Interessant ist letztlich auch der Prüfpunkt „Geschwindigkeitsüberschreitung“. Auch diese Fahrauffälligkeit wird ganz überwiegend bei den Konsumenten beobachtet, die sich in der subakuten Wirkphase (die Zeit nach der akuten Phase, mit abklingender Wirkung) befinden. Offensichtlich fährt der Cannabis-Konsument im akuten Rausch eher defensiv. Hierdurch ließe sich auch die geringere Zahl an Unfällen in der akuten Wirkphase erklären.

Prof. Daldrup kam nun zu der Eingangsfrage zurück: „Hat ein Cannabiskonsum Einfluss auf die Fahrtüchtigkeit?“ Die Antwort ist sicherlich ein „Ja“, aber es musste festgestellt werden, wie schwierig es ist, Zusammenhänge zwischen Cannabiskonsum, Ergebnisse einer Blutuntersuchung und Auffälligkeiten im Fahrverhalten statistisch signifikant zu belegen. Die Schwierigkeiten kommen unter anderem daher, dass der Cannabis-Konsument sehr gut in der Lage zu sein scheint, die berauschende Wirkung von THC zu kompensieren, dass erst in der subakuten Wirkphase das verkehrsrelevante Fehlverhalten gehäuft auftritt und sicherlich auch daher, dass die pharmakokinetischen Eigenschaften von THC dazu führen, dass dessen Konzentration im Blutserum nur bedingt geeignet ist, die Wirkung dieser Droge qualitativ und quantitativ zu beschreiben. Die Fahrsicherheit eines Cannabiskonsumenten ist daher individuell zu beurteilen. Mit Mitteln der Wissenschaft scheint es nicht möglich zu sein, einen konkreten Gefahren-Grenzwert für THC zu benennen.

Nach diesen sehr informativen und aufschlussreichen Darlegungen von Professor Daldrup, der die Zuhörer auch ein wenig ratlos zurückließ, da es nun einmal aus der rechtsmedizinischen Sicht wenig Eindeutiges zu geben scheint, wurde in der Tagung zur Mittagspause übergegangen, in der es wenigstens teilweise eindeutig regionale Spezialitäten zu essen gab.

III. In dem anschließenden dritten Vortrag veranschaulichte Dr. Lusthof aus den Niederlanden den dort herrschenden Umgang mit THC unter der Themenstellung: „Erfahrungen eines liberalen Umgangs mit Cannabis auf die Verkehrssicherheit in den Niederlanden“.

Dr. K.J. Lusthof vom Nederlands Forensisch Instituut (NFI) in Den Haag ist Forensiker und Toxikologe; Berater des Justizministeriums in Bezug auf Gesetze, die mit Alkohol und anderen Drogen zu tun haben; er war viele Jahre Mitglied einer Kommission für Alkohol-Atemtester und Vorstandsmitglied der Gesellschaft für Toxikologie und forensische Chemie.

Der Referent stellte die Prinzipien niederländischer Drogenpolitik dar. Es wird ein pragmatischer und realitäts-



bezogener Ansatz verfolgt. Das Vorhandensein von Drogen und des Konsums werden als reale Tatsachen konstatiert. Als Hauptziele gelten der Gesundheitsschutz des Einzelnen und die Vermeidung weiterer sozialer Schäden durch Drogenkonsum. In der Drogenpolitik wird von der Hauptfrage ausgegangen: „Was ist praktisch umsetzbar und effektiv?“ – nicht in allererster Linie von Fragen der Rechtsprinzipien.

In den Niederlanden ist der Besitz von Cannabis ebenfalls juristisch illegal, aber dieser wird nicht verfolgt, wenn es kleine Mengen betrifft. Der Besitz von 5 Gramm Cannabis oder Anbau von bis zu 5 Pflanzen wird nicht juristisch belangt. Bei Besitz von 5 bis 30 Gramm wird ein Bußgeld verhängt; über 30 Gramm ist es eine Straftat mit Haft bzw. höheren Geldstrafen. Es gilt also eine Politik der Duldung bei kleinen Mengen, die allerdings mit Widersprüchen einhergeht:

Die Coffee-Shops dürfen höchstens eine Menge von 500 Gramm vorrätig haben, was unrealistisch erscheint, da die verkaufte Menge pro Tag meist viel höher ist. Im Publikum fragte man sich folgerichtig auch, woher die Shops denn zum einen überhaupt Marihuana und zum andern die benötigten Tagesmengen beziehen. Auf jeden Fall nicht auf legalem Wege, da der Handel ja auch verboten ist (aber nicht strafrechtlich verfolgt wird).

Das Fahren im Straßenverkehr unter Einfluss von psychoaktiven Substanzen (also Drogen und Alkohol) ist in den Niederlanden ebenfalls verboten; rechtlich bedeutsame Grenzwerte gibt es allerdings auch nur bei Alkohol (0,2 ‰ für Fahranfänger; ansonsten ab 0,5 ‰).

In niederländischen Untersuchungen (wie auch in anderen Ländern) wurde festgestellt, dass sich bei Autofahrern die automatisierten Fahrfähigkeiten ab einem THC-Wert von 5 ng/ml Blut verschlechtern. Die kognitive bewusste Kontrolle beim Fahren bleibt aber bis 10 ng/ml Blut stabil. Dies unterstützt Beobachtungen aus Fahrstudien, dass Fahrer bewusst einen Teil der schlechter gewordenen automatisierten Fahrfunktionen kompensieren, indem sie langsamer fahren oder mehr Abstand halten. Allerdings erhöht sich bei unerwarteten Ereignissen, wo „Multitasking“ gefordert wird, unter Cannabis-Einfluss das Risiko, dass Fehler passieren.

In einer anderen Studie wurde herausgefunden, dass Cannabiskonsum den Gehalt von THC anhand der subjektiven Effekte beim Rauchen selbst nicht korrekt abschätzen können.

Auch die Folgen je nach unterschiedlich hoher konsumierter THC-Menge für die Verkehrssicherheit sind individuell sehr verschieden und damit schwer abzuschätzen. In den Niederlanden gibt es dazu auch keine statistische Erfassung der Unfallursachen je nach Cannabiskonsum.

Aus seinem Institut stellte Dr. Lusthof die folgenden Befunde aus den Jahren 2009-2012 vor:

Es wurden Daten erhoben von verdächtigen Autofahrern (auffällige Fahrweise, Polizeikontrollen). Die Quantifizierungsgrenze war 1 ng/ml in Vollblut (= 2 ng/ml in Serum).

Zwischen 2009 bis 2012 wurden vom NFI insgesamt 9047 Blutalkohol-Analysen vorgenommen; in demselben Zeitraum gab es 3038 Analysen auf Drogen; bei 1085 dieser Blutproben wurde THC nachgewiesen. Ergebnis: In 36% der dem NFI vorgelegten Blutproben auf Drogen wurde THC festgestellt.

Allgemeine Zahlen zur Verkehrssicherheit bzw. Unfällen in den Niederlanden in den letzten Jahren (ca.-Angaben):

Verkehrsunfälle (bei 17. Mio. Einwohnern):	500.000 / Jahr
Schwere Verkehrsunfälle:	20.000 / Jahr
Tödliche Verkehrsunfälle:	600 / Jahr
Blutproben-Analysen - Alkohol:	2500 / Jahr
(beim zentralen Institut NFI) - Drogen:	1000 / Jahr.

Interessanterweise erwähnte der Redner, dass es in den Niederlanden auch eine MPU gibt. Sie wird angeordnet, wenn Drogen im Blut festgestellt wurden oder Drogen im Auto waren (sowie ab 1,8‰ Alkohol). Die MPU besteht ähnlich wie in Deutschland aus einer psychologischen Begutachtung, sowie aus einer körperlichen und laborchemischen Untersuchung.

In einer lebhaften Abschlussdiskussion wurden noch einmal verschiedene Aspekte der geballten Informationen herausgegriffen. Professor Daldrup stellte heraus, dass seiner Meinung nach die bestehenden Gesetze für den Verkehrsbereich ausreichen, auch wenn in Deutschland der Umgang mit Cannabis legalisiert oder reguliert werden würde. Und er betont die bereits bestehende Selbstverantwortlichkeit jeden Autofahrers, so dass auch keine umfänglichen Aufklärungsbemühungen unternommen werden müssten. Im Gegensatz dazu denkt Professor Stöver, dass mehr Aufklärung, bspw. seitens der Verkehrswacht sinnvoll wäre.



Insgesamt bleibt es schwierig, die Folgen einer wie auch immer gearteten Regulierung des Konsums von Cannabis außerhalb und innerhalb des Verkehrsbereichs abzuschätzen. Weitere Entwicklungen und entsprechende Diskussionen sind mit Spannung abzuwarten.

Als Ergänzung zum obigen Tagungsbericht sollen in diesem Zusammenhang Ergebnisse aus Studien, die sich mit Erfahrungen nach der Legalisierung von Cannabis in verschiedenen Staaten der USA befassen, vorgestellt werden.

Eine Untersuchung vom September 2016¹ berichtet über Auswirkungen im Bundesstaat Colorado. Hier wurde im Jahr 2009 medizinisches Marihuana kommerzialisiert und 2013 auch für den Freizeitgebrauch zugelassen. Während im Jahre 2009 etwa 10 % aller Verkehrstoten von Fahrern, die positiv auf Marihuana getestet wurden, zurückzuführen seien, seien es 2015 sogar 21% gewesen. In dem 3-Jahres-Zeitraum von 2013 bis 2015 habe es dabei 48% mehr marihuanabezogene Verkehrstote gegeben, im Vergleich zu dem 3-Jahreszeitraum zuvor. Zudem konsumieren seit der Legalisierung sowohl Jugendliche (+20%) als auch junge Erwachsene (+17%) häufiger THC als zuvor.

Andere Ergebnisse werden in einer Veröffentlichung der Drug Policy Alliance² im Oktober 2016 berichtet. In deren Report wird eine Studie des Cato-Instituts zitiert, wonach es keine eindeutigen Anstiege von Verkehrstoten nach der Legalisierung von Marihuana in Colorado und Washington gebe. Die bisher geringen Daten aus Oregon und Alaska wiesen auf stabile Unfallraten mit Verkehrstoten hin. Die Legalisierung führe also nicht zu einer gefährlicheren Verkehrssituation. Es scheint also noch schwierig zu sein, zweifelsfreie Belege zu bekommen.

Quellen:

1. Rocky Mountain High Intensity Trafficking Area: „The Legalization of Marijuana in Colorado. The Impact.“ Volume 4, September 2016. www.rmhidta.org.
2. Drug Policy Alliance: „So Far, So Good. What We Know About Marijuana Legalization in Colorado, Washington, Alaska, Oregon and Washington, D.C.“, 13.Oktober 2016. www.drugpolicy.org.

Hinrich Albers und Jens Abraham im Mai 2017



Falldarstellung aus einer PRO-NON-Praxis

Diplom-Psychologin Sabine Konirsch



Dipl.-Psych. Sabine Konirsch
Tätig in den PRO-NON-Praxen
Wiesbaden und Bingen

PRO-NON-Praxis Wiesbaden

Hr. B. ist 30 Jahre alt, als er vor 13 Monaten ein Erstgespräch in der verkehrspsychologischen Praxis in Bingen wahrnimmt. Er teilt mit, dass er in 2011 zweimal mit Amphetaminen im Straßenverkehr und in 2010 mit einer Geschwindigkeitsüberschreitung von +37 km/h im Baustellenbereich auffällig geworden sei. Weiterhin sei er in 2014 wegen vorsätzlichen Fahrens ohne Fahrerlaubnis aufgefallen.

Zu seiner Person macht er folgende Angaben: Ledig, keine Kinder, mit seiner Freundin in einer gemeinsamen Wohnung zusammenlebend, Ausbildung zum Kfz-Mechaniker. In diesem Beruf sei er wieder seit sieben Jahren tätig; seit zwei Jahren in leitender Funktion.

Bei der Erhebung der biographischen Anamnese wurde geschaut, welche Faktoren der Lerngeschichte eine Rolle bei der Entwicklung des Drogenkonsums gespielt haben könnten. Er gab an, in gutbürgerlichen, aber problematischen Verhältnissen in Ostdeutschland aufgewachsen zu sein. Die Eltern seien bei seiner Geburt noch sehr jung gewesen und haben kaum Zeit für ihn gehabt. Zudem haben diese oft gestritten, vor allem wenn der Vater alkoholisiert gewesen sei. Einzig seine Großmutter, in deren Haus sie alle zusammen lebten, sei eine verlässliche Bezugsperson in der Kindheit gewesen. Er habe einen acht Jahre jüngeren Bruder, zu dem heute ein gutes Verhältnis bestehe. Sowohl der Vater als auch der Großvater väterlicherseits seien alkoholabhängig. Sein Vater sei werktags auf Montage gewesen. An den Wochenenden habe dieser seine Ruhe haben wollen, kaum angesprochen werden dürfen und sei ohnehin meist in die Kneipe gegangen. Dieses ablehnende Verhalten des Vaters sowie die häufige durch Streit belastete Atmosphäre in der Familie, trug vermutlich dazu bei, dass Hr. B. lernte, seine Bedürfnisse und Wünsche zurückzunehmen, um niemanden zu stören oder zu belasten. Die nach dem Realschulabschluss (9. Klasse wiederholt) absolvierte überbetriebliche Ausbildung zum Kfz-Mechaniker habe ihm viel Spaß gemacht. In dieser Zeit haben sich die Eltern getrennt. Sein Bruder lebe seitdem bei dem inzwischen „trockenen“ Vater. Im Anschluss an seine Ausbildung habe er mit 21 Jahren seinen Zivildienst abgeleistet und sei danach zwischen verschiedenen Aushilfsjobs über einem Zeitraum von sechs Jahren immer wieder arbeitslos gewesen. In diesem Zeitraum habe er seine Freizeit viel in Clubs in der Techno-Szene verbracht und auch selbst Partys auf verlassenem Fabrikgeländen organisiert. Er habe in einer ganz eigenen Community im Untergrund gelebt und stets versucht den Drogenkonsum vor seinen Eltern zu verheimlichen, da er ihnen keine weiteren unnötigen Sorgen bereiten wollen. Auch den Verlust der Fahrerlaubnis habe er jahrelang verschwiegen. Erst sein Umzug in das Rhein-Main-Gebiet im Jahr 2011 ermöglichte es ihm auf Distanz zu

diesem (Nacht)-Leben zu gehen und beruflich wieder in seinem erlernten Beruf Fuß zu fassen. Hier habe er vor drei Jahren auch seine jetzige Lebensgefährtin kennengelernt, mit der er eine gemeinsame Zukunft plane.

Zum Umgang mit Drogen war Folgendes festzustellen: Der Konsum von illegalen Drogen gehörte ab dem Alter von etwa 17 Jahren zu seinem Leben. Anfangs kiffte er nur in Gesellschaft etwa alle 1-2 Wochen gelegentlich am Wochenende. Der THC-Konsum steigerte sich bis zum 19. Lebensjahr auf jedes Wochenende und manchmal werktags, wenn er Stress in der Ausbildung oder zu Haus hatte. Ab dem 20. Lebensjahr spielte THC dann keine große Rolle mehr. Nun nahm er vermehrt Amphetamine, Ecstasy und Crystal Meth zu sich. Herr B. erkannte während der Maßnahme, dass er mittels des Konsums von illegalen Drogen vor allem versuchte unangenehme Gefühlszustände wie Frust im Job und im Privatleben oder auch eine wiederkehrende Perspektivlosigkeit zu betäuben. In der Techno-Szene tauchte er dann mittels der Drogen in eine andere Welt ab, lebte zeitweise nur in den Tag bzw. in die Nacht hinein und vernachlässigte dabei den Alltag. Der Konsum von Crystal Meth steigerte sich im Lauf der Zeit und führte dabei zu einem nicht immer funktionierenden Privat- und Berufsleben. Sein „Leben am Limit“ machte sich auch im Straßenverkehr bemerkbar. So war er bei seinen Verkehrsauffälligkeiten der Meinung, alles im Griff zu haben und sich nicht an die Regeln (Geschwindigkeit und Fahren ohne Fahrerlaubnis) halten zu müssen - „Mir passiert schon nix, ist doch immer alles gut gegangen“. Wichtiger waren immer mehr die Partys und Aktivitäten in den Clubs.



Innerhalb der verkehrspsychologischen Therapie lag der Fokus auf der selbstkritischen Auseinandersetzung mit seiner Drogenkarriere und vor allem auf den Konsummotiven. Hier wurde Herrn B. deutlich, dass der Konsum von THC dazu diente, in der Peergruppe dazuzugehören und dabei auch mal von Problemen mit den Eltern zu Haus abschalten zu können. Da er immer als „Vermittler“ in jungen Jahren zwischen den Eltern versuchte, Streit zu schlichten und mit niemanden über seine Probleme und seine Gefühle sprechen konnte, diente der Joint dazu, von seinem negativen Gedankenkarussell absteigen zu können und einfach nur Spaß in Gesellschaft zu haben. Zu dieser Zeit veränderte sich auch sein Freundeskreis. Er verbrachte fast die ganze Freizeit nur noch mit Kumpels aus der Techno-Szene, die viel älter als er waren und über viele Kontakte zu der harten Drogenszene verfügten. Es kam zu einer Drogenverlagerung. Zu seinem Leben gehörte nun der Konsum von Ecstasy und Amphetaminen, später auch von Crystal Meth. Unter diesen euphorisierenden Drogen fühlte er sich aktiver, selbstbewusster und frei von Problemen. Er lebte sein Leben ohne Rücksicht auf andere, machte sein Ding und wollte vor allem nur eines haben: Spaß. Dies gelang ihm damals vermeintlich auch, wenn er 48 Stunden wach war, eine Line nach der anderen zog und von einer Party zur nächsten fuhr. Er war damals der Meinung, sein Leben im Griff zu haben. Doch nach und nach bemerkte er, dass seine Leistungsfähigkeit abnahm, er oft nicht wie vereinbart am Arbeitsplatz erschien und somit Schwierigkeiten hatte Jobs zu behalten. Zudem kümmerte er sich nicht mehr um seine Finanzen, hatte Schulden angehäuft und wohnte immer wieder woanders; immer dort, wo Platz auf dem Sofa für ihn war. Die Drogen halfen ihm damals also die Realität besser ausblenden zu können und sich nicht mit sich selbst und seinem Verhalten auseinandersetzen zu müssen.



In Diskussionen über seine Haltung gegenüber Drogen zeigte sich, dass Herr B. in seinem Leben nur selten und wenig Alkohol konsumierte und dies auf die Erlebnisse mit seinem alkoholkranken Vater und Opa in der Kindheit zurückführt. Er wusste was die legale Droge Alkohol anrichten konnte, vermied deshalb einen regelmäßigen Alkoholkonsum und hatte das Gefühl, den Umgang mit den illegalen Drogen im Griff zu haben, weil er ja nie täglich konsumierte und es ohne Hilfe schaffte den Konsum einzustellen.

Im Laufe der Therapie wurde ihm bewusst, dass er sich etwas vorgemacht hatte, er ein ebensolches massives Drogenproblem, wie sein Vater mit Alkohol, entwickelt hat. Auch wenn er zu Therapiebeginn bereits drei Jahre clean war, sei ihm dieser Sachverhalt erst jetzt klar geworden. Die Erfahrungen in seiner Ursprungsfamilie, dass keine Zeit da war, um über Schwierigkeiten zu reden, er sich von seinem Vater nicht angenommen fühlte und immer das Gefühl hatte, er dürfe andere nicht mit seinen Problemen belasten, führten seiner Meinung nach zu der Flucht in die Drogen. Hier war alles leicht und einfach, hier fühlte er sich anerkannt und es gab keine Probleme. Aufgrund dieser neuen Erkenntnisse und von Vorschlägen der Therapeutin hat er noch während der verkehrspsychologischen Therapie Veränderungen in seinem Leben herbeigeführt. Es gelingt ihm nun immer besser, sich gegenüber vertrauten Menschen zu öffnen und über sich und seine Gefühle zu sprechen. Dies führte auch zu einem verbesserten Verhältnis

zu seinem Vater, mit dem er sich endlich ausgesprochen hat. Auf der Basis dieser positiven Erfahrung, dass reden besser ist als zu schweigen und Probleme zu schlucken, hat er auch im beruflichen Bereich und in seiner Beziehung Gespräche gesucht. Dabei hat er Veränderungen einleiten können, die ihn zufriedener als jemals zuvor gemacht haben.

Die Hauptfunktion der illegalen Drogen kann er schließlich darin zusammenfassen, dass er mit dessen Hilfe vermieden hat sich mit belastenden Themen auseinanderzusetzen. Das, was er früher nie für möglich hielt, nämlich ein solides - fast „spießiges“ - und dabei zufriedenes Leben zu führen, lebt er aktuell in seinem Beruf in einer Leitungsfunktion und mit seiner jetzigen Lebensgefährtin. Für die Zukunft plant er weiterhin bewusst mit Alkohol umzugehen und auf illegale Drogen zu verzichten.

Die Schilderungen seiner gewonnenen Erkenntnisse und eingeleiteten Veränderungen haben bei einer MPU auch den Gutachter überzeugt.



Alkohol-Interlocks (Wegfahrsperrn)



Atemalkohol-gesteuerte Wegfahrsperrn haben sich im weltweiten Einsatz bereits seit über 30 Jahren bewährt. Offiziell spricht man von Alkohol-Interlocks, die fest in ein Fahrzeug verbaut werden. Sie bestehen aus einem Atemalkohol-Messgerät und einer Steuereinheit. Das Messgerät fordert den Fahrer vor dem Motorstart zu einer Atemprobe auf. Das Messergebnis entscheidet darüber, ob der Motor gestartet werden kann, oder nicht. Die Steuereinheit gibt den Anlasser des Fahrzeugs frei und speichert alle relevanten Ereignisse. Alkohol-Interlocks hindern somit alkoholierte Fahrer daran, selbst ein Fahrzeug zu starten.

Bettina Velten
Product Management Interlock der Draeger Safety AG & Co.KGaa

Einsatz von Alkohol-Interlocks

1. Allgemein-präventiver Einsatz in Fahrzeugflotten:

Die Geräte können in jedes Fahrzeug verbaut werden. In präventiven Anwendungen sind sie seit vielen Jahren in PKW, Bussen, LKW, Hafenkranen, Gabelstaplern oder Lokomotiven verbaut. Ihr vorrangiges Ziel ist es, eine Fahrt unter Alkoholeinfluss zu vermeiden. Die aufgezeichneten Daten spielen eine sehr untergeordnete Rolle und werden meist nur dann zu Rate gezogen, wenn es zu Auffälligkeiten gekommen ist. In Deutschland haben sich bereits vor vielen Jahren Speditionen oder Busunternehmen für ein Einbau von Alkohol-Interlocks entschieden. Einige von ihnen gehen ganz offensiv damit um und bekennen sich öffentlich zu ihrem Engagement für die Straßenverkehrssicherheit.

FUNKTIONSWEISE DRÄGER INTERLOCK® 7000



D-85303-2013

1. Zündung einschalten



D-85302-2013

2. Aufforderung zur Abgabe der Atemprobe



D-85301-2013

3. Messung der Atemalkoholkonzentration



D-85303-2013

4. Akzeptierte Atemprobe: Freigabe des Anlassers



D-85308-2013

5. Motor starten

Abbildung 1: Funktionsweise des Dräger Interlock 7000; Quelle: Dräger, Lübeck

2. Sekundär-präventiver Einsatz in der verkehrspsychologischen Rehabilitation:

Es gibt Fälle in Deutschland, bei denen Fahrerlaubnisinhaber mit einer erneuten Alkoholfahrt im Ordnungswidrigkeitenbereich auffällig werden und zur Wiederherstellung der Fahreignung freiwillig ein Alkohol-Interlock einbauen lassen. Da die Fahrerlaubnisbehörde nach einer wiederholten Alkoholfahrt Eignungszweifel erhebt, unterziehen sich viele Personen der Verkehrstherapie und einer Vorbereitung auf die bevorstehende MPU. Zusätzlich rüsten einige Fahrer ihr Fahrzeug freiwillig mit der Alkoholfahrsperrung aus. Der Betroffene nimmt in diesen Fällen Kontakt zu seiner zuständigen Fahrerlaubnisbehörde auf, um die Frist zur Vorlage des Gutachtens verlängern zu können, bis er die Rehabilitationsmaßnahme abgeschlossen hat. Das Alkohol-Interlock gibt dem Fahrer nicht nur direktes Feedback, ob er starten kann oder nicht, es sorgt auch dafür, dass er sehr schnell lernt, trinken und fahren voneinander zu trennen. Die verkehrspsychologische Rehabilitationsmaßnahme wird durch die Alkoholfahrsperrung direkt unterstützt.

3. Sekundär-präventiver Einsatz im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie:

Wie eingangs erwähnt, speichern Alkohol-Interlocks Daten. In einer begleitenden Intervention oder einer ambulanten Psychotherapie sind diese Daten für den Klienten und den psychologischen Psychotherapeuten von großem Nutzen. Konkretes Ziel- oder Fehlverhalten des Klienten kann erkannt und an zugrunde liegenden Fehleinstellungen und schädigenden Gewohnheiten im Alkoholkonsum mit psychologischen Methoden gearbeitet werden. Auch im Rahmen einer Therapie kommen Alkohol-Interlocks freiwillig zum Einsatz. Die Motivation vieler Klienten ist das Behalten der Fahrerlaubnis nach positiver MPU. Es ist ein überzeugendes Argument, die beabsichtigten 0,0 ‰ im Straßenverkehr durch eine entsprechende Kontrolle nachweisen zu können. Andere Klienten kommen mit einer starken Motivation zur Stabilisierung der alkoholfreien Lebensführung zur Psychotherapie.

Die Vorteile des Interlock-Einsatzes für die Therapie sind vor dem Hintergrund suchttherapeutischer Erfahrungen zu sehen. Für die Bewältigung normabweichenden Trinkens und insbesondere für das Rückfallmanagement ist die Offenheit gegenüber Bezugspersonen (Therapeuten), von erheblichem Vorteil. Lösungsorientierte Gespräche zu den aufgezeichneten Daten fußen auf dem Einverständnis, die Daten zu offenbaren und unterstützen den offeneren Umgang mit dem Alkoholproblem und dessen Lösung im Alltag.

4. Gesetzlich verordneter, sekundär-präventiver Einsatz:

Die Geräte kommen aber auch dann zum Einsatz, wenn in einem Land ein Interlock-Programm gesetzlich verankert ist. Hier haben Personen, die bereits einmalig oder sogar mehrmalig mit Alkohol am Steuer auffällig geworden sind, die Möglichkeit, sich nach oder anstelle des Entzugs der Fahrerlaubnis ein Alkohol-Interlock in ihr Fahrzeug einbauen zu lassen. In solchen Interlock-Programmen werden die Daten in regelmäßigen Abständen ausgelesen und den zuständigen Stellen (z.B. Behörden) zur Verfügung gestellt. Die Daten geben Auskunft darüber, ob sich der Programmteilnehmer an die Regeln des Programms hält oder gegen diese verstößt – was für ihn evtl. negative Konsequenzen zur Folge haben kann. Solche Gesetze existieren bisher in Schweden, Finnland, Belgien, Dänemark, Frankreich, USA, Kanada und Australien.

Österreich startet mit 5-jähriger Erprobungsphase:

In Österreich soll ab dem 1.9.2017 eine 5-jährige Erprobung eines Interlock-Programms starten. Das sog. ABS, Alternatives BewährungsSystem, kombiniert den Einsatz von Alkohol-Interlocks mit regelmäßigen Mentoringgesprächen. Zu den Terminen mit dem Mentor werden die ausgelesenen Daten besprochen und dienen als Bewertungsgrundlage des Teilnehmers am Interlock-Programm.

In der Zeit, in der ein Alkohol-Interlock im PKW des Programmteilnehmers installiert ist, kann das Auto nur noch nach einer gültigen Atemprobe gestartet werden. Gültig ist die Atemprobe dann, wenn der Atemtest unter dem eingestellten Grenzwert liegt. Dieser wird in der jeweiligen Verordnung des Landes festgelegt. In Österreich soll er bei 0,05 mg/L liegen. Das Messergebnis wird dem Fahrer nicht auf dem Display der Wegfahrsperre angezeigt. Es soll vermieden werden, dass sich ein Fahrer noch etwas Alkoholisches genehmigt, wenn er die Grenze noch nicht erreicht hat. Die Botschaft ist damit klar: kein Alkohol im Straßenverkehr.

Die Teilnehmer am ABS lassen sich das Alkohol-Interlock in einer Fachwerkstatt einbauen. Nach dem Einbau und der Aktivierung des Geräts durch den Mentor erhält der Fahrer einen eingeschränkten Führerschein, in dem der Code 69 eingetragen ist. Dieser Code berechtigt ihn zum Führen eines Fahrzeugs mit eingebautem, aktiviertem Alkohol-Interlock.

Im Datenspeicher der Wegfahrsperre werden alle relevanten Ereignisse wie Abgabe oder Verweigerung einer Atemprobe, die gemessene Alkoholkonzentration, Motorstarts- und -stopps sowie eventuelle Manipulationsversuche mit Datum und Uhrzeit abgelegt. Dabei ist der Datenschutz durch spezielle Verschlüsselungsverfahren gewährleistet. Die Daten werden in regelmäßigen Abständen vom Mentor ausgelesen. Nach erfolgreicher Beendigung des Interlock-Programms kann das Interlock in einer Fachwerkstatt ausgebaut werden und der Fahrer erhält wieder seinen uneingeschränkten Führerschein ohne den Code 69. Auch in Deutschland wurde in die Anlage 9 der FeV die Schlüsselzahl 69 „Alkohol-Interlocks“ aufgenommen. Ein gesetzlich verankertes Interlock-Programm ist zum jetzigen Zeitpunkt allerdings nicht in Sicht.

Neue technische Möglichkeiten

In den letzten fünf Jahren ist die Nachfrage nach Zusatzgeräten wie Kamera oder Modulen zur mobilen Datenübertragung vor allem in den USA und in Australien gestiegen. Kameras können Fotos zu Dokumentationszwecken aufnehmen und sogar dafür sorgen, dass der Atemtest nur noch vom Fahrersitz aus abgegeben werden darf. Sie erkennen auch, wenn Fahrer A den Atemtest abgegeben und bestanden hat und später Fahrer B das Fahrzeug fährt. In gesetzlichen Interlock-Programmen ist es auch von großem Vorteil, wenn das

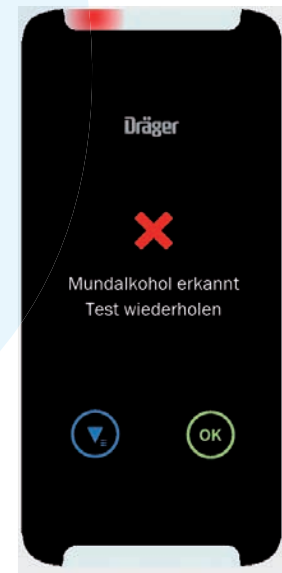


Abbildung 2: Darstellung im Display des Dräger Interlock 7000, das Mundalkohol erkannt hat; Quelle: Dräger, Lübeck

Alkohol-Interlock in der Lage ist, Mundalkohol zu erkennen. Bei Mundalkohol handelt es lediglich um Alkohol in der Mundhöhle, der von der Benutzung alkoholhaltiger Atemsprays oder Medikamenten oder dem Konsum von alkoholhaltigen Lebensmitteln in kleiner Menge herrühren kann. Mundalkohol beeinflusst das Verhalten des Fahrers nicht und ist bereits nach 5 - 10 Minuten nicht mehr nachweisbar. Für den Teilnehmer bedeutet die Mundalkoholerkennung, dass er keine negativen Konsequenzen zu befürchten hat, da die zuständige Stelle (z.B. Führerscheinbehörde, Mentor oder der Bewährungshelfer in den USA) anhand der gespeicherten Daten sofort erkennen kann, dass es sich nur um Mundalkohol handelte und kein Verstoß gegen die Programmauflagen vorlag. Für die zuständige Stelle wird die Arbeit durch die Mundalkoholerkennung extrem erleichtert, da sie weniger Zeit für die

Das Schema ist in Bild 1 dargestellt. Es zeigt auch, welche Teile innerhalb des Anwendungsbereiches dieser Europäischen Norm und welche außerhalb des Anwendungsbereiches liegen.

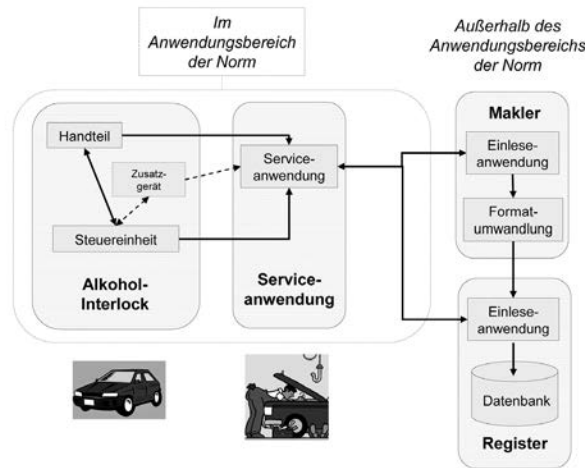


Bild 1 – Alkohol-Interlock, Serviceanwendung, Makler und Register

Abbildung 3: Schema des Anwendungsbereichs der EN 50436-6:2015; Quelle: EN 50436-6:2015, Seite 7

Analyse der Daten aufbringen muss.

Qualitätssicherung und Datensicherheit

Für Alkohol-Interlocks existiert eine Europäische Norm. Die gesetzlich festgelegten Interlock-Programme fallen unter die EN 50436-1:2014. Sie schreibt die wesentlichen Anforderungen an das Betriebsverhalten fest und beschreibt die anwendbaren Prüfverfahren. Um die bestmögliche Qualität der Geräte, die in einem Interlock-Programm zu Einsatz kommen, zu gewährleisten, sollte die jeweils neueste Version der Norm - in diesem Fall aus dem Jahre 2014 - zugrunde gelegt werden. Dies gilt ebenso für die

Datensicherheit. In Teil 6, also der EN 50436-6:2015, werden die Geräteanforderungen und die Prüfverfahren im Hinblick auf die Datensicherheit der Alkohol-Interlocks beschrieben. Dazu zählt das Datenmanagement im Gerät selbst, aber auch die Serviceanwendung, mit der die Daten aus dem Gerät ausgelesen werden oder mit der die Wegfahrsperrung justiert wird. Nirgends sonst werden diese Anforderungen so konkret beschrieben. Geräte, die den Teil 6 der EN 50436 erfüllen, gewähren somit größtmögliche Sicherheit: für den Teilnehmer, die zuständige Stelle und das Interlock-Programm selbst.





ZERTIFIKAT



Hiermit wird bescheinigt, dass



PRO-NON e. V.

Praxis Andreas Lehmann

Provesthöhe 3
45257 Essen
Deutschland

mit den im Anhang gelisteten Standorten

ein **Qualitätsmanagementsystem** eingeführt hat und anwendet.

Geltungsbereich:
Verkehrspsychologische Beratung und Therapie.

Durch ein Audit, dokumentiert in einem Bericht, wurde der Nachweis erbracht,
dass das Managementsystem die Forderungen des folgenden Regelwerks erfüllt:

ISO 9001 : 2015

Zertifikat-Registrier-Nr. 388819 QM15
Zertifikat-ID 170657831
Gültig ab 2017-01-12
Gültig bis 2020-01-11
Frankfurt am Main, den 2017-01-12



DQS Medizinprodukte GmbH

Sigrid Uhlemann
Geschäftsführerin

August-Schanz-Straße 21, 60433 Frankfurt am Main,
Tel. +49 (0) 69 95427-300, medical.devices@dqs-med.de



Zertifizierung nach der DIN ISO 9001:2015

Als 1994 der Verein PRO•NON e.V., Verkehrspsychologische Beratung und Therapie gegründet wurde, war eine der ersten Aktivitäten eine Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001 anzustreben. Dazu wurde die Qualitätsnorm, die in Industrie und Handel unerlässlich ist, für den therapeutischen Bereich handhabbar gemacht. Dafür wurde ein Qualitätssystem erstellt, das hilft Organisation, Struktur und therapeutische Dienstleistung laufend einem Bewertungs- und Optimierungsprozess zu unterziehen. Ziele sind die bestmögliche Lösung für Klienten anzubieten, deren Fahrerlaubnis entzogen ist, den behördlichen Anforderungen Genüge zu leisten und insgesamt damit einen Beitrag zur Erhöhung der Verkehrssicherheit zu leisten.

Diese Zertifizierung bedingt zeitlichen und finanziellen Einsatz, insbesondere durch die jährlichen internen und externen Audits, in denen die Wirksamkeit des Qualitätsmanagementsystems (QMS) überprüft wird. Hinzu kommt eine regelmäßige Anpassung an die Norm, wenn diese modifiziert wird, was alle paar Jahre geschieht. Bislang hat sich unser QMS zuverlässig als wirksam erwiesen. Ein sichtbarer Ausdruck sind die hohen Kundenzufriedenheitswerte und die Erfolgsquote bestandener MPUs, die über die Jahre hinweg bei 96 bis 97 % bestandener Begutachtungen liegt.

Im Rahmen des externen Audits 2016 durch die DQS MED (Frankfurt) haben wir die Umstellung auf die aktuelle Norm DIN EN ISO 9001:2015 vollzogen, die einige Änderungen mit sich brachte, z.B. die Betonung der Prozessorientierung im Sinne einer Verbesserung der Kundenzufriedenheit, die explizite Bewertung der Risiken unserer Dienstleistung und ein höherer Freiheitsgrad in der jeweiligen Dokumentation.

Wir sehen uns damit für die Zukunft gewappnet und werden weiterhin daran arbeiten unsere Vereinsstrukturen, therapeutische Handlungen und Dokumentationen laufend den Erfordernissen anzupassen. Wir möchten unsere Klientinnen und Klienten bestmöglich darin unterstützen, ein positives Ergebnis bei ihrer Begutachtung zu erreichen und beitragen eine wirklich nachhaltige, langfristige persönliche Weiterentwicklung anzustoßen.

DP Andreas Lehmann im Juli 2017

Anschriften aller PRO•NON Praxen

PRO•NON Praxis Alzey

Ernst-Ludwig-Straße 22, 55232 Alzey

Dipl.-Psych. Jens Abraham

Tel. 06731-941347

Dipl.-Psych. Birgit Abraham

e-mail: pronon-abraham@web.de

PRO•NON Praxis Bingen

Veronastr. 10, 55114 Bingen

Dipl.-Psych. Jens Abraham

Tel. 06731-941347

Dipl.-Psych. Sabine Konirsch

e-mail: pronon-abraham@web.de

PRO•NON Praxis Bremen

Herdentorsteinweg 37, 28195 Bremen

Tel. 0171-21912131

Dipl.-Psych. Hinrich Albers

e-mail: pronon-albers@gmx.de

PRO•NON Praxis Dortmund

Märkische Straße 50, 44141 Dortmund

Tel. 0172-2777022

Unna Zentrum (Termine über 0172-2777022)

Dipl.-Psych. Sylvia Pruß

e-mail: pruss@pro-non.info

PRO•NON Praxis Düsseldorf

Weststr. 36, c/o P. Pies, 40597 Düsseldorf

Tel.: 0179-124 33 90

Dipl.-Psych. Andreas Lehmann

e-mail: lehmann@pro-non.de

PRO·NON Praxis Essen

(Geschäftsstelle)

Dipl.-Psych. Andreas Lehmann

Provesthöhe 3, 45257 Essen

Tel. 0201-8486948 u. 0179-124 33 90

e-mail: lehmann@pro-non.de

PRO·NON Praxis Solingen

Dipl.-Psych. Andreas Lehmann

Mankhauserstr. 1, c/o P. Pies, 42699 Solingen

mobil: 0179-1243390

e-mail: lehmann@pro-non.de

PRO·NON Praxis Wiesbaden

Dipl.-Psych. Jens Abraham

Dipl.-Psych. Sabine Konirsch

Adolfsallee 33, 65185 Wiesbaden

Tel. 0611-375470

Tel. 06731-941347

e-mail: pronon-abraham@web.de

PRO·NON Praxis Wuppertal

Dipl.-Psych. Andreas Lehmann

Hofaue 51, 42103 Wuppertal, c/o VTP R. Holz

mobil: 0179-1243390

e-mail: lehmann@pro-non.de

PRO·NON Praxis-Zeven

Dipl.-Psych. Hinrich Albers

Ahof 4, 27404 Zeven (Wiersdorf)

Tel. 04281-6098

e-mail: pronon-albers@gmx.de



VERKEHRSPSYCHOLOGISCHE BERATUNG
UND THERAPIE E.V.

Besuchen Sie uns auch im Internet unter www.pronon.de

