

Neuentwicklungen in den Beurteilungskriterien (4. Auflage)

Jürgen Brenner-Hartmann

**21. Oberbayerische Tagung
Alkohol und Drogen im Straßenverkehr
13.10.2021**



Die Ständige Arbeitsgruppe Beurteilungskriterien – StAB - wer steckt dahinter?

(in der Reihenfolge ihres Auftretens)

Jürgen Brenner-Hartmann [1]

Sabine Löhr-Schwaab [1]

Hannelore Hoffmann-Born [1]

Frank Mußhoff [2]

Thomas Wagner [3]

Rüdiger Born [4]

Carmen Linge-Grimm [4]



Was wird sich ändern?

1. **Die Bk erhalten eine neue Struktur.**
(Gliederung in drei Teile A, B und C)
2. **Eine Abstimmung mit Entwicklungen in anderen Leitlinien und der höchstrichterlichen Rechtsprechung wird vorgenommen**
(DSM 5[®], S3-Leitlinien (Alkoholstörungen, Substitution), BVerwG)
3. **Die A-Kriterien (Alkohol) wurden umfassend überarbeitet.**
(DSM 5[®], Konzept des KT, Trennschärfe A1, A2, A3)
4. **Die V-Kriterien (Verkehrsauffälligkeit und Straftaten) wurden überarbeitet.**
(Konzept der Impulskontrolle und Aggressivität)
5. **Die D-Kriterien (Drogen) wurden aktualisiert und angepasst.**
(DSM 5[®], Substitutionskriterium, Trennverhalten)

Was wird sich ändern?

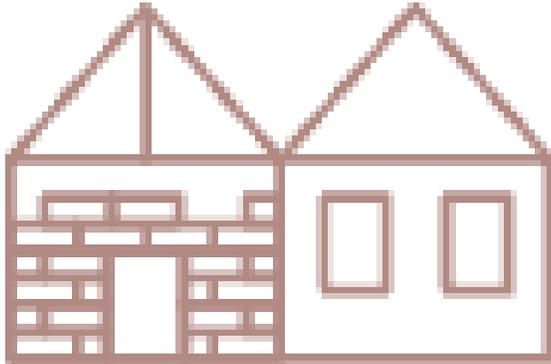
7. **Die M-Kriterien werden neu aufgenommen.**
(Dauermedikation, Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit)
8. **Die CTU-Kriterien wurden in Abstimmung mit der GTFCh überarbeitet**
(Phosphatidyletanol (Peth) als neuer Alkoholkonsummarker, Cut-Offs, Entnahmestellen)
9. **Die Methodenkapitel werden aktualisiert und angepasst**
10. **Eine Hypothese FFI (Fahreignungsfördernde Intervention) wird neu erarbeitet.**
(Anforderungen und Merkmale einer professionellen Maßnahme zur Förderung der Fahreignung)

Der neue Aufbau



A. Allgemeiner Teil	
B. Spezieller Teil	
C. Methodenteil	
Glossar	
Stichwortverzeichnis	
Autoren und Mitwirkende	

Der neue Aufbau



A. Allgemeiner Teil	
A 1	Rahmenbedingungen
A 2	Theoretische Grundlagen
A 3	Diagnose und Gutachtenerstellung
	A.3.1 Der diagnostische Prozess
	A.3.2 Die Erstellung des Gutachtens
A 4	Die Struktur der Beurteilungskriterien
B. Spezieller Teil	
B.1	H 0 – Verwertbarkeit der Befunde
B.2	Kriterien und Indikatoren zu den A-Hypothesen (Alkohol)
B.3	Kriterien und Indikatoren zu den D-Hypothesen (Drogen)
B.4	Kriterien und Indikatoren zu den V-Hypothesen (Verkehrsauffälligkeit)
B.5	Kriterien und Indikatoren zur M-Hypothese (Dauermedikation und Medikamentenmissbrauch)
B.6	Weitere Anlassgruppen und zu klärende Hypothesen
C. Methodenteil	
C.1	Das psychologische Untersuchungsgespräch - PUG-Kriterien
C.2	Die medizinische Fahreignungsuntersuchung - MFU-Kriterien
C.3	Chemisch-toxikologische Untersuchungen - CTU-Kriterien
C.4	Die psychologische Testverfahren – PTV-Kriterien
C.5	Fahreignungsfördernde Intervention (Einstellungen und Verhalten) – FFI-Kriterien

B 2 - Alkohol

Überblick über
Änderung in den Alkoholhypothesen



Nur einige der Herausforderungen

- DSM IV wurde durch DSM 5[®] ersetzt. Das DSM 5[®] kennt die Diagnose „Abhängigkeit“ nicht mehr, sondern geht von einer graduellen Ausprägung von Substanzgebrauchsstörungen aus.
- Damit ist auch die Diagnose „Alkoholmissbrauch“ des DSM-IV in A 2.2 N weggefallen. Die diagnostischen Merkmale der A 2 mussten daher neu beschrieben, die Merkmale für Abhängigkeit des DSM 5[®] in A 1 integriert werden.
- Der Änderungsprozess („Erprobung und Festigung“) und die Rolle des Rückfalls darin sollten besser beschrieben werden.
- Die diagnostische Einordnung in A 2 musste klarer beschrieben werden um eine Abgrenzung zu A 1 und A 3 besser und einheitlicher vornehmen zu können. Der „schädliche Gebrauch“ (ICD F 10.1) wurde in die diagnostischen Merkmale von A 2 mit aufgenommen und verkehrsbezogen gewichtet.

Nur einige der Herausforderungen

- Symptomen, wie Toleranzbildung oder riskantes Verhalten unter Alkoholeinfluss, die einerseits ein Merkmal für Abhängigkeit sind, andererseits bei dem hochselektiven Klientel in der Fahreignungsbegutachtung keine Trennschärfe aufweisen, waren zu gewichten
- Wann kann bei Einordnung in A 2 kontrolliertes Trinken (KT) therapeutisch vermittelt werden? Wie erkennen / vermeiden wir Sekundärmotivationen hierfür, wie etwa Zeitgewinn oder Vermeiden von Abstinenzbelegen?
- Welche Rolle kann Phosphatidylethanol 16:0/18:1 als Abstinenzbeleg oder zum Beleg von KT spielen?
- Das „Trennverhalten“ als ein Produkt aus Trennvermögen und Trennbereitschaft musste in A4 klarer beschrieben werden. Es musste klargestellt werden, dass eine Einordnung in A3 immer die Bearbeitung der A 4 nach sich zieht.

Alkoholabhängigkeit in ICD-10 aber nicht mehr DSM-5

- Das DSM-5[®] spricht nur noch von Substanzgebrauchsstörung bzw. einer **Alkoholkonsumstörung**. Diese wird als eine Störung mit verschiedenen Ausprägungsgraden beschrieben:
F10.10 Leicht (2-3 Symptomkriterien sind erfüllt)
F10.20 Mittel (4-5 Symptomkriterien sind erfüllt)
F10.20 Schwer (6 oder mehr Symptomkriterien sind erfüllt)*
- Die Diagnose einer **Alkoholabhängigkeit** nach ICD-10 (F10.2) spielt jedoch im Verkehrsrecht (§ 13 FeV, Anlage 4 FeV) sowie im Gesundheitssystem eine zentrale Rolle. Neben der Abhängigkeit kennt das ICD-10 noch den **schädlichen Gebrauch** (F10.1)
- ICD-10 und DSM-5[®] unterschieden sich auch in der Anzahl der zur Auswahl stehenden Symptomkriterien. Den 6 Kriterien des ICD-10 stehen 11 Kriterien des DSM-5[®] gegenüber. Das DSM-5[®] begegnet seit seiner Einführung dem Vorwurf der „Überdiagnose“. Während beim **ICD-10 „3 aus 6“** erfüllt sein müssen, genügen beim **DSM-5[®] „4 aus 11“**, was zu einer höheren Trefferwahrscheinlichkeit führt.

* In der Literatur wird mitunter nur zwischen einem milden / moderaten (2-3 Symptome) und einem schweren Ausprägungsgrad unterschieden

Überholt uns vielleicht doch noch das ICD-11?

- Das ICD-11 ist seit 2007 in Arbeit, wurde für 2015 erwartet, soll nun zum 1. Januar 2022 in Kraft treten, wobei eine 5-jährige Übergangszeit für die Codierung von Todesursachen vorgesehen ist.
- Wird es wieder die Diagnose der Alkoholabhängigkeit geben?

https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release (Zugriff 21.09.2021)

- Disorders due to substance use or addictive behaviours
 - Disorders due to substance use
 - 6C40 Disorders due to use of alcohol
 - 6C40.0 Episode of harmful use of alcohol
 - 6C40.1 Harmful pattern of use of alcohol
 - 6C40.2 Alcohol dependence
 - 6C40.20 Alcohol dependence, current use, continuous
 - 6C40.21 Alcohol dependence, current use, episodic
 - 6C40.22 Alcohol dependence, early full remission
 - 6C40.23 Alcohol dependence, sustained partial remission
 - 6C40.24 Alcohol dependence, sustained full remission
 - 6C40.2Z Alcohol dependence, unspecified
 - 6C40.3 Alcohol intoxication
 - 6C40.4 Alcohol withdrawal
 - 6C40.5 Alcohol-induced delirium
 - 6C40.6 Alcohol-induced psychotic disorder
 - 6C40.7 Certain specified alcohol-induced mental or behavioural disorders
 - 6C40.Y Other specified disorders due to use of alcohol
 - 6C40.Z Disorders due to use of alcohol, unspecified
 - 6C41 Disorders due to use of cannabis
 - 6C42 Disorders due to use of synthetic cannabinoids
 - 6C43 Disorders due to use of opioids
 - 6C44 Disorders due to use of sedatives, hypnotics or anxiolytics
 - 6C45 Disorders due to use of cocaine
 - 6C46 Disorders due to use of stimulants including amphetamines, methamphetamine or methcathinone
 - 6C47 Disorders due to use of synthetic cathinones
 - 6C48 Disorders due to use of caffeine
 - 6C49 Disorders due to use of hallucinogens
 - 6C4A Disorders due to use of nicotine
 - 6C4B Disorders due to use of volatile inhalants

6C40.2 Alcohol dependence

Foundation URI: <http://id.who.int/icd/entity/1580466198>

Code: 6C40.2

✓ Select

Description

Alcohol dependence is a disorder of regulation of alcohol use arising from repeated or continuous use of alcohol. The characteristic feature is a strong internal drive to use alcohol, which is manifested by impaired ability to control use, increasing priority given to use over other activities and persistence of use despite harm or negative consequences. These experiences are often accompanied by a subjective sensation of urge or craving to use alcohol. Physiological features of dependence may also be present, including tolerance to the effects of alcohol, withdrawal symptoms following cessation or reduction in use of alcohol, or repeated use of alcohol or pharmacologically similar substances to prevent or alleviate withdrawal symptoms. The features of dependence are usually evident over a period of at least 12 months but the diagnosis may be made if alcohol use is continuous (daily or almost daily) for at least 3 months.

Inclusions

Chronic alcoholism
Dipsomania

Exclusions

Episode of harmful use of alcohol (6C40.0)
Harmful pattern of use of alcohol (6C40.1)

Exclusions from above levels [Show all \[3\]](#)

Postcoordination

Has manifestation (use additional code, if desired .)

search in axis: Has manifestation

- 6C40.5 Alcohol-induced delirium
- 6C40.6 Alcohol-induced psychotic disorder
- 6C40.7 Certain specified alcohol-induced mental or behavioural disorders
- 6D72.10 Amnesic disorder due to use of alcohol
- 6D84.0 Dementia due to use of alcohol

Associated with (use additional code, if desired .)

search in axis: Associated with

- 6C40.3 Alcohol intoxication
- 6C40.4 Alcohol withdrawal

ICD 10 und DSM 5 [®]

6 Bereiche in den BK
jetzt in der Reihenfolge
der ICD-Kriterien
Zuordnung der DSM-
Merkmale zu den ICD-
Kriterien

ICD-10	DSM-5 [®]
<i>1. Bereich: Trinkzwang und fehlgeschlagene Kontrollversuche</i>	
Starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren	Starkes Verlangen oder den Drang, Alkohol zu konsumieren (Craving)
	Anhaltender Wunsch, den Alkoholkonsum zu verringern oder zu kontrollieren und /oder erfolglose Versuche der Kontrolle oder des Verzichts auf Alkoholkonsum
<i>2. Bereich: Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Alkoholkonsums</i>	
Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des konsumierten Alkohols	Alkohol wird häufig in größeren Mengen und länger als beabsichtigt konsumiert
	Wiederholt Alkoholkonsum in Situationen, in denen der Konsum zu einer körperlichen Gefährdung geführt hat ¹
<i>3. Bereich: Körperliche Entzugssymptome</i>	
Körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch alkoholspezifische Entzugssymptome oder durch Aufnahme von Alkohol oder einer ähnlichen Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.	Entzugssymptome, die sich in einem charakteristischen Entzugssyndrom in Bezug auf Alkohol oder durch Konsum von Alkohol (oder einer sehr ähnlichen Substanz, wie Benzodiazepine) um Entzugssymptome zu lindern oder zu vermeiden, äußert.

¹ gemeint sind damit nur Situationen, die eine konkrete körperliche Gefährdung darstellten, wie z.B. Arbeit an gefährlichen Maschinen, Gefahr von Sturz und Verletzung, Einlassen auf körperliche Auseinandersetzungen. Die alkoholisierte Verkehrsteilnahme ist in der Regel kein diskriminierendes Merkmal, da sie ein Vorauswahlkriterium für die Begutachtung darstellt, kann jedoch berücksichtigt werden, wenn ein Unfallrisiko bewusst in Kauf genommen wurde.

ICD 10 und DSM 5 [®]

(6 Bereiche in den BK jetzt in der Reihenfolge der ICD-Kriterien)

² Da es sich bei dem Klientel, welches sich einer Fahreignungsbegutachtung unterzieht, um eine vorselektierte Gruppe handelt, bei der eine gegenüber der Durchschnittsbevölkerung höhere Alkoholtoleranz häufig ein Zuweisungskriterium darstellt, ist der Merkmalsbereich der Toleranzentwicklung vor diesem Hintergrund differenziert zu betrachten, so dass es nur zur Diagnose herangezogen werden sollten, wenn auffällige Ausprägungsgrade der Toleranzentwicklung zu beobachten sind.

ICD-10	DSM-5 [®]
<i>4. Bereich: Toleranzentwicklung²</i>	
Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichte Wirkung hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich	Toleranzentwicklung vor, definiert durch a) Verlangen nach ausgeprägter Dosissteigerung, um einen Intoxikationszustand oder einen gewünschten Effekt herbeizuführen. b) Deutlich verminderte Wirkung bei fortgesetztem Konsum derselben Menge an Alkohol.
<i>5. Bereich: Vernachlässigung von oder Versagen bei anderen Interessen und Verpflichtungen</i>	
Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Konsums und erhöhter Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren und sich von den Folgen zu erholen	Aufgabe oder Einschränkung wichtiger sozialer, beruflicher oder Freizeitaktivitäten zugunsten des Alkoholkonsums
	Hoher Zeitaufwand, um Alkohol zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von seiner Wirkung zu erholen
	Alkoholkonsum führte wiederholt zum Versagen bei der Erfüllung wichtiger Verpflichtungen bei der Arbeit, in der Schule oder zu Hause
<i>6. Bereich: Fortsetzung des Konsums trotz eindeutiger und überdauernder schädlicher Folgen</i>	
Anhaltender Alkoholkonsum trotz des Nachweises eindeutig schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschädigung durch exzessives Trinken oder depressiver Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums, hielt der Alkoholkonsum an. Es ist festzustellen bzw. es kann zumindest davon ausgegangen werden, dass sich der Klient tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war	Fortsetzung des Alkoholkonsums trotz Kenntnis eines anhaltenden oder wiederkehrenden, konsumbedingten körperlichen oder psychischen Problems, das wahrscheinlich durch Alkohol verursacht wurde oder verstärkt wird
	Fortsetzung des Alkoholkonsums trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme, die durch die Auswirkungen des Alkoholkonsums verursacht

Wann sollten die Gutachter hellhörig werden? Der AUDIT-Fragebogen.

Die S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ sieht den orientierenden Einsatz von Screening-Instrumenten vor, um Hinweise auf eine mögliche Alkoholkonsumstörung zu bekommen. Werden mehrere der folgenden Fragen aus dem AUDIT¹ positiv beantwortet, sollte A 1.2 N genauer überprüft werden:

- Wurde häufiger mehr getrunken, als beabsichtigt?
- Wurden häufiger Aufgaben nicht erledigt, die von einem erwartet wurden?
- Wurde morgens bereits Alkohol getrunken, „um in Schwung zu kommen“?
- Wurden Ereignisse der letzten Nacht wiederholt wegen Alkoholkonsum nicht mehr erinnert?
- Kam es infolge Alkoholkonsums schon mal zu Verletzungen von anderen oder sich selbst?
- Hat sich ein Verwandter, Freund oder Arzt schon mal Sorgen wegen des Alkoholkonsums gemacht und vorgeschlagen, weniger zu trinken?

¹ AUDIT - Alcohol Use Disorders Identification Test (WHO)

Was ist denn „nennenswert länger als ein Jahr“?

(A 1.2 N – Indikatoren 13, 14, 16)

12. Lag vor einer suchtttherapeutischen Maßnahme (vgl. auch Kriterium A 1.4 N) bereits ein längerer Zeitraum mit einer nachvollziehbaren Abstinenz, so beträgt die alkoholabstinente Zeit nach Abschluss der therapeutischen Maßnahme mindestens noch 6 Monate. Der gesamte Zeitraum des Alkoholverzichts (incl. Therapiephase) **ist in der Regel nennenswert länger als ein Jahr und beträgt mindestens 15 Monate.**
13. Hat der Klient eine ambulante Langzeitmaßnahme durchgeführt, die i. d. R. neben dem Ziel der Entwöhnung auch die Unterstützung der Reintegration und der Stabilisierung neuer Verhaltensgewohnheiten verfolgt (Nachsorgecharakter), so ist der Zeitraum der Abstinenz insgesamt (incl. des Zeitraums der ambulanten Therapie) **nennenswert länger als ein Jahr und beträgt mindestens 15 Monate** und sind vor der Begutachtung nachvollziehbar belegt.
- ...
15. Hält der Klient Alkoholabstinenz ohne vorherige Entwöhnungsbehandlung (vgl. Kriterium 1.4 N) ein („Selbsteiler“ oder andere Form der Aufarbeitung) liegt ein dem Problem angemessener – in der Regel **nennenswert länger als ein Jahr** währender – nachvollziehbar dokumentierter Stabilisierungszeitraum vor. Vor dem Zeitpunkt der Untersuchung sind **mind. 15 Monate Abstinenz belegt.**

Die Bedeutung des Änderungsprozesses wird gestärkt

Beispiel der „lapses“

Wann ist es Scheitern, wann ein Zeichen für Instabilität?

Wie wird ein Rückfall aufgearbeitet um daraus zu lernen?

Wie werden weitere Rückfälle vermieden?

Therapeutisch erscheint **die subjektive Verarbeitung des Rückfalls entscheidend**. Von zentraler Bedeutung ist die Einschätzung der eigenen Kontrollfähigkeit für weitere Trinksituationen (Selbstwirksamkeit ...).

Auch Vorstellungen, wie ein Rückfall geschieht,

durch situative Auslöser,

durch einen automatisch ablaufenden biologisch determinierten Prozess im ZNS, der subjektiv als unwiderstehliches

Suchtverlangen erlebt wird,

durch affektive und kognitive Überbelastung oder

durch die subjektive Bewertung von ... Bewältigungsstrategien in Stresssituationen und deren Folgen

bestimmen die Verarbeitung eines Rückfalls.

Aus den Studien über Rückfälle und deren Prävention können einige Folgerungen abgeleitet werden:

1. Der Umgang mit Rückfällen ist notwendiger Bestandteil jedes spezifischen Therapiekonzepts
2. Die Verhütung von Rückfällen sollte ein Schwerpunkt der Behandlung sein
3. Bewältigungsstrategien sollten in Beziehung zur Lebenssituation des Betroffenen erarbeitet und eingeübt werden, so dass der Patient auf Rückfälle gefasst ist und diese Strategien „zur Hand“ hat.

Aus Soyka M. & Küfner, H. „Alkoholismus“ 6. Auflage 2008), S. 419

Und was wird aus A. 2.1 N – Alkoholmissbrauch nach DSM-IV?

Kriterium A 2.1 N

Beim Klienten ist eine Substanzgebrauchsstörung nach DSM-5 ® oder ein schädlicher Gebrauch nach ICD-10 zu diagnostizieren, ohne dass die Kriterien für das Vorliegen einer Alkoholabhängigkeit erfüllt wären. Er hat trotz der für ihn ersichtlichen negativen Folgen des Alkoholkonsums sein Verhalten nicht angemessen geändert, so dass anzunehmen ist, dass sich eine starke Bindung an Alkoholkonsum entwickelt hat (Kriterium 2.2).

→ Koppelung A 2.1 N an A 2.2 N → Feststellung des „schädlichen Gebrauchs“ reicht nicht

Die Indikatoren des Kriteriums A 2.2 erhalten eine neue Struktur ...

BK 3	BK 4
Psychische Merkmale (P 21 - P 24)	<i>Hinweise auf fehlende Wirkungssensibilität (Toleranzentwicklung, Habituation)</i>
Soziale Merkmale (S 21 – S 24)	<i>Hinweise auf belastende Folgen und Reaktionen im sozialen Umfeld</i>
Delikt-Merkmale, Hinweise aus Vorgeschichte (D 21 – D 25)	<i>Hinweise auf fehlende Lernbereitschaft in der Verkehrsvorgeschichte</i>
Vermeidungsstrategien, Selbstkontroll- und Therapieerfahrungen (V 21 – V 26)	<i>Hinweise auf psycho-physische Folgeschäden des Alkoholkonsums</i>
Bedingungen des Trinkens, Trinkmotive und – umstände (B 21 – B 26)	<i>Hinweise auf unzureichende (Bereitschaft zur) Selbstkontrolle</i>
Quantitative Merkmale, Alkoholtrinkmengen und – häufigkeiten (Q 21 – Q 22)	<i>Hinweise auf problematische Trinkstile, Trinkmotive und Konsumumstände</i>

... und bekommen eine Quantifizierungsregel.

BK 4	
<i>Hinweise auf fehlende Wirkungssensibilität (Toleranzentwicklung, Habituation)</i>	<p><u>A 2.2.N</u></p> <p><u>Vorbemerkung:</u> Das Kriterium ist erfüllt, wenn Indikatoren aus mindestens zwei Hinweisbereichen erfüllt sind oder wenn zusätzlich zu einer diagnostischen Einordnung in A 2.1 N ein Befund aus einem weiteren, ein differierendes Merkmal betreffenden Hinweisbereich vorliegt.</p>
<i>Hinweise auf belastende Folgen und Reaktionen im sozialen Umfeld</i>	
<i>Hinweise auf fehlende Lernbereitschaft in der Verkehrsvorgeschichte</i>	
<i>Hinweise auf psycho-physische Folgeschäden des Alkoholkonsums</i>	
<i>Hinweise auf unzureichende (Bereitschaft zur) Selbstkontrolle</i>	
<i>Hinweise auf problematische Trinkstile, Trinkmotive und Konsumumstände</i>	

Und wie war das mit dem Kontrollierten Trinken?

Prof. Joachim Körkel, 13. Gem. Symposium der DGVP und DGVM in Leipzig 2017:

„Kontrolliertes Trinken, nach evidenzbasierter Behandlungsmethodik (Behavioral Self-Control Training) vermittelt, ist bei Personen der Fallgruppen A1 und A2, die keine Abstinenz anstreben oder damit überfordert sind, eine realistische und nicht weniger Erfolg versprechende Zieloption als die der Abstinenz.“

Kontrolliertes Trinken (KT) – Das Kriterium A 2.7 N

Sofern der Klient im Kontext der Aufarbeitung der Ursachen für die Entstehung des Alkoholmissbrauchs im Rahmen einer Psychotherapie, einer verkehrspsychologischen oder suchttherapeutisch fundierten Maßnahme als Therapieziel kontrolliertes Trinken entwickelt und erlernt hat, ist eine stabile Verhaltensänderung nachvollziehbar.

Kontrolliertes Trinken (KT) – Anforderungen an das Modell

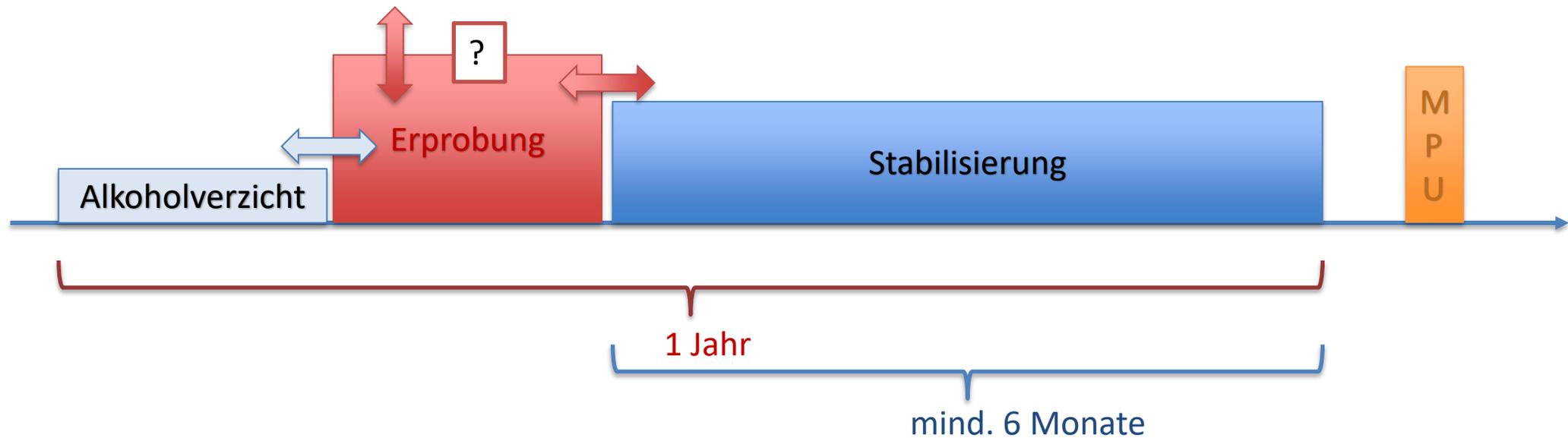
3. Der Gesamtprozess besteht in der Regel aus **drei aufeinander aufbauenden Phasen**. Auf eine
- **Aufarbeitungsphase**, die der Analyse der Deliktursachen bei völligem Alkoholverzicht und der Distanzierung von früheren Automatismen dient (Verzichtsphase) folgt eine
 - **Phase der Erkundung und Erprobung** des geplanten Trinkmusters unter fachlicher Supervision (Implementierungsphase) gefolgt von einer
 - **Stabilisierungsphase** des Kontrollierten Trinkens (KT) mit Abschlussreflexion unter fachlicher Anleitung.

Hierfür ist im Gesamten in der Regel ein Zeitraum von einem Jahr erforderlich.

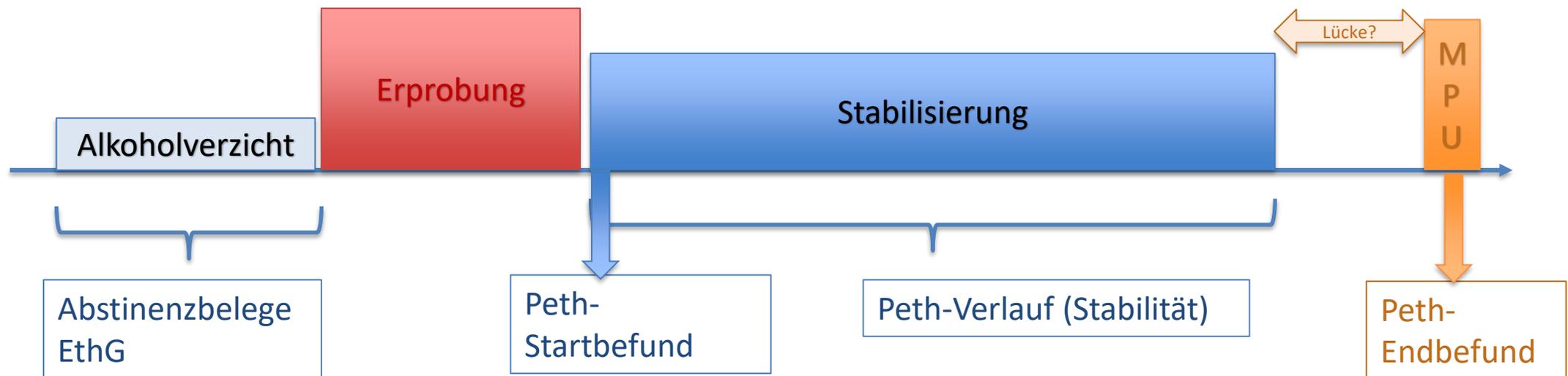
Kontraindikatoren

- (1) Die Vorsatzbildung für eine bestimmte Form des Kontrollierten Trinkens erfolgt vorschnell und ohne erkennbaren Prozess des Abwägens und Erprobens.
- (2) Eine individuelle Aufarbeitung der Deliktursachen (Entwicklung einer Problemsicht) findet nicht statt. Die Behandlung ist ausschließlich auf die Vorsatzbildung für zukünftiges Verhalten gerichtet.

Entscheidungsprozess KT Zeitverlauf



Belegkonzept KT im Zeitverlauf



A 3 und A 4 – vorgesehene Anpassungen

- Verdeutlichung in einer Vorbemerkung erforderlich, dass **ohne Ausschluss von A1 und A2 keine A 3** angenommen werden kann (keine eigenständige Anwendung der diagnostischen Kriterien, sondern stets **hierarchischer Prozess**) sowie,
- dass bei A3, sofern positiv, stets auch A 4 zu beachten und zu bewerten ist.
→ gilt für Gutachter genauso, wie für Berater / Therapeuten
- In A4 wird das Trennverhalten besser beschrieben. Vor allem wird zwischen „Trennvermögen“ und „Trennbereitschaft“ unterschieden (**Trennverhalten = Trennvermögen + Trennbereitschaft**)

B 3 - Drogen

Änderung in den Drogenhypothesen



Es gibt viel Bewegung im Feld ...

- Neue psychoaktive Substanzen (NpS)
- Es verändern sich die Wirkstoff-Konzentrationen
- THC ist als Medikament verschreibbar
- Liberalisierung - THC als „recreational drug“ ist in der politischen Diskussion
- Rechtliche Änderungen führen zu einer Annäherung an Alkoholregelungen (Bundesverwaltungsgericht zu Trennvermögen Cannabis)
- Die Begutachtungsleitlinien bringen voraussichtlich wesentliche Änderungen

... und relativ wenig Änderungen in den BK

- D 1 und D 2 musste entsprechend den Änderungen in A 1 und A 2 angepasst werden
- Änderungen bzw. Präzisierungen im Text
- Abgrenzung D2 zu D3 besser angepasst.
- Trennverhalten in D4 neu beschrieben. Unterscheidung von Trennvermögen und Trennbereitschaft (=Trennverhalten)

Es gibt auch Änderungen in D4

- D4: **Trennvermögen und Trennbereitschaft** werden besser unterschieden
- Neue Situation: durch die behördliche Fragestellung nach dem Trennvermögen wird D4 unmittelbar angesprochen.
- D4 verweist auf die D1 bis D3: „wenn sich das Konsumverhalten nicht in die Hypothesen D 1 bis D 3 einordnen lässt und ausschließlich Cannabis als illegale Droge konsumiert wurde“ → **auch bei Frage nach Trennvermögen ist Ausschluss von D1-D3 nötig**
- D4 beinhaltet als erfolgreiche Problembewältigung auch die Möglichkeit des kompletten Konsumverzichts, der dann aber belegt werden muss.

... und weil so viel in der Luft liegt:

Aktuell also nur aktualisierende Änderungen auf der Basis der aktuellen Rechtslage und gültiger Richtlinien

→ Supplement D-Hypothesen nach Erscheinen BK 4 möglich

B 5 – Dauerbehandlung mit Arzneimitteln

Ein neues Feld in den BK



M1-Hypothese (Dauermedikation)

Der Klient, der dauerhaft Arzneimittel einnimmt, ist nicht verkehrsrelevant beeinträchtigt. Er ist aufgeklärt und nimmt die Arzneimittel entsprechend der ärztlichen Verordnung ein (Compliance). Risikofaktoren, welche zu einer relevanten Verschlechterung der Leistungsfähigkeit führen können, werden angemessen vermieden (Adhärenz). Der Klient ist zudem in der Lage, eventuell auftretende Leistungsdefizite zu erkennen und ist bereit adäquat darauf zu reagieren

Und was dabei schief gehen kann ...

- Leistungsbeeinträchtigungen infolge der Dauermedikation (M1)
- *Unzureichende positive Wirkung auf verkehrsrelevante Symptomatik einer Erkrankung*
 - *Behandlung in den entsprechenden Kapiteln der Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung*
- Entwicklung eines Medikamentenmissbrauchs bei psychoaktiv wirkenden Substanzen (M2)
- Entwicklung einer (iatrogenen) Medikamentenabhängigkeit (M3)

M2-Hypothese (Medikamentenmittelmissbrauch)

Es liegt kein Missbrauch psychoaktiver Arzneimittel (mehr) vor. Der Klient hat die Ursachen seines Missbrauchs erkannt und aufgearbeitet, ist aufgeklärt und nimmt die Arzneimittel entsprechend der ärztlichen Verordnung ein (Compliance). Er ist zudem in der Lage, eventuell auftretende Symptomverschlechterungen und ggf. auftretende Leistungsdefizite zu erkennen und es ist nicht zu erwarten, dass er psychoaktive Arzneimittel außerhalb der medizinisch indizierten Therapie einnimmt.

M3-Hypothese (Arzneimittelabhängigkeit)

Es lag eine Abhängigkeit von psychoaktiven Arzneimittel vor ohne dass nicht verordnete BtM oder NpS eingenommen worden wären (andernfalls sind die D-Kriterien anzuwenden). Der Klient ist angemessen suchttherapeutisch behandelt, nimmt psychoaktiv wirksame Medikamente nicht mehr oder, falls medizinisch dringend indiziert, zuverlässig nur in der verordneten Menge und Frequenz ein.

M oder D? Leider nicht immer die reine Lehre ...

- Mischformen von indizierter Pharmakotherapie und illegalem Konsum von BtM (z.B. Ritalin + Cannabis bei ADHS)
- Die Rolle des zusätzlichen Alkoholkonsums ist kritisch und individuell zu werten
- Wenn Saulus zu Paulus wird:
Verschreibung von Amphetaminen, Benzodiazepinen, opioiden Analgetika oder Cannabinoiden nach einer Sucht- oder Missbrauchsvorgeschichte
- Aber auch: (illegaler) Konsum von Cannabis verhindert Pharmakotherapie (z.B. Schmerztherapie)

D + M

M + A

D → M

D statt M

**Sind noch Fragen offen?
Zeit für die Diskussion**

D 1.4 N - Substitution

Änderung in der 4. Auflage



Substitution - das Kriterium D 1.4 N

Der Klient, bei dem eine primäre Opioidabhängigkeit vorlag, nimmt bereits ausreichend lange zuverlässig an einer lege artis durchgeführten Substitutionstherapie teil, ist frei vom Beikonsum anderer, nicht ärztlich verordneter psychoaktiv wirksamer Substanzen Drogen, sozial integriert und weist ein hinreichendes Anpassungs- und Leistungsvermögen auf

Richtlinien der Bundesärztekammer (2017)

Therapieziele:

Opioidabhängigkeit ist eine schwere chronische Krankheit. Sie bedarf in der Regel einer lebenslangen Behandlung, bei der körperliche, psychische und soziale Aspekte gleichermaßen zu berücksichtigen sind. Die substitionsgestützte Behandlung ist eine wissenschaftlich gut evaluierte Therapieform und stellt für die Mehrheit der Patienten die Therapie der Wahl dar. Ziele der substitionsgestützten Behandlung sind:

- Sicherstellung des Überlebens,
- Stabilisierung und Besserung des Gesundheitszustandes,
- Unterstützung der Behandlung somatischer und psychischer Begleiterkrankungen,
- Reduktion riskanter Applikationsformen von Opioiden,
- Reduktion des Konsums unerlaubt erworbener oder erlangter Opioide,
- Reduktion des Gebrauchs weiterer Suchtmittel,
- Reduktion der Straffälligkeit, Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und am Arbeitsleben.
- ...

Therapieziel entspricht nicht Begutachtungsziel

Vorbemerkung zu D 1.4 N

Während die Behandlungsziele nach BUB-Richtlinien auf das Erreichen eines besseren gesundheitlichen Status und der Behandlungsfähigkeit komorbider Störungen abheben, so dass das Überleben des Betroffenen und eine bessere soziale Integration möglich sind, müssen für die **Annahme der Fahreignung** weitergehende Kriterien erfüllt sein.

Dies gilt insbesondere für die **Freiheit von Beigebrauch von Drogen, für die soziale Integration und für ein sozial angepasstes Verhalten**. Das Fahreignungsrecht orientiert sich nicht nur am Eigenschutz des Betroffenen, sondern bezieht den Schutz anderer Verkehrsteilnehmer mit ein. Die für den Einzelfall zutreffenden Indikatoren sind vollständig zu bestätigen, um die Anforderungen des Kriteriums zu erfüllen.

Therapieziel der Abstinenz bei Substitution ist in den Hintergrund getreten

...

3. Das definierte Therapieziel ist i. d. R. **Gesundung, Entkriminalisierung und Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit der Suchterkrankung Suchtmittelfreiheit**. Dies wird auch in dem längerfristigen ~~Dosierungs~~Verlauf sichtbar. Vollständige Abstinenz von Opioiden ist auch eine mögliche Therapieentscheidung, die allerdings wegen der damit verbundenen instabilen Therapieschritte nicht zwingend a priori festgeschrieben wird. ~~Andernfalls ist durch Stellungnahme des substituierenden Arztes nachvollziehbar begründet, warum dieses Ziel derzeit (noch) nicht angestrebt wird.~~

Substitol[®] - retardiertes Morphin

Seit dem Frühjahr 2015 ist Morphinsulfat (Substitol[®]) auch in Deutschland zur Substitutionsbehandlung zugelassen. Die Substanz ist in Kapselform verfügbar.

Vorteile von Morphinsulfat gegenüber Methadon scheinen das günstigere Nebenwirkungsprofil – unter Methadon schwitzen die Patienten oft sehr stark – und das geringere Verlangen nach dem Suchtmittel (Craving) zu sein. Hierzu gibt es Anwendungsbeobachtungen aus Österreich, wo retardiertes Morphin bereits zur Substitutionstherapie etabliert ist.



Aus der Vorbemerkung zu D 1.4 N

Retardiertes Morphin (Morphinsulfat, Substitol ®) kann bei starken Nebenwirkungen von Methadon (starkes Schwitzen, depressive Verstimmung, starke Gewichtszunahme, anhaltendes Craving, sexuelle Funktionsstörung, QT-Zeit-Verlängerung im EKG) indiziert sein und wird ebenfalls als Substitutionsmittel eingesetzt. Es weist eine gegenüber von Diamorphin längere Halbwertszeit von etwa 16 ± 5 Stunden auf. Ein Verordnung von retardiertem Morphin spielt mit 1% der Fälle in Deutschland (Stichtag Juli 2018) derzeit keine wesentliche Rolle und es liegen demgemäß wenig Erfahrungen mit der Langzeitbehandlung vor. Mit 39,4% dominiert Methadon vor Levomethadon (35,2 %) und Buprenorphin (23,1%).

... und jetzt zu den gebräuchlichen Stimulantien

