



REPUBLIK ÖSTERREICH  
DER BUNDESMINISTER FÜR  
ÖFFENTLICHE WIRTSCHAFT UND VERKEHR  
MAG. VIKTOR KLIMA

A-1030 Wien, Radetzkystraße 2  
Tel. (0222) 711 62-9100  
Teletex (232) 3221155  
Telex 61 3221155  
Telefax (0222) 713 78 76  
DVR: 009 02 04

Pr.Zl. 17070/4-4/1995

ANFRAGEBEANTWORTUNG  
betreffend die schriftliche Anfrage der Abg.  
Haller und Kollegen vom 17.3.1995, Zl. 772/J-NR/1995,  
Anteil der Drogen- bzw. Medikamentenkonsumen ten an  
den Verursachern von Verkehrsunfällen"

XIX. GP.-NR

786/AB

1995-05-17

zu

772/J

Ihre Fragen darf ich wie folgt beantworten:

Zu den Fragen 1 bis 3:

"Gibt es im Bundesministerium für öffentliche Wirtschaft und Verkehr Zahlenmaterial darüber, wie hoch der Prozentsatz der Drogen- oder Medikamentenkonsumen ten unter auffällig gewordenen oder an Unfällen beteiligten Lenkern in Österreich ist?

Wenn nein, werden Sie eine Erhebung in dieser Richtung einleiten, um angesichts der erschreckenden Zahlen aus den Nachbarländern Vergleichswerte für Österreich zur Verfügung zu stellen?

Wenn nein, wie hoch schätzen Sie den Anteil in Österreich ein und womit begründen Sie Ihre Schätzung?"

Derzeit liegen keine konkreten Zahlen für Österreich vor; mangels einschlägiger Statistiken ist auch eine Schätzung nicht möglich. Der bei meinem Ressort eingerichtete "Österreichische Verkehrssicherheitsfonds" wird jedoch eine Studie in Auftrag geben, die die Auswirkungen von Drogen- und Medikamentenmißbrauch auf die Verkehrssicherheit feststellen soll. Weiters sollen im Rahmen dieser Studie auch Untersuchungen über diejenigen Drogen und Medikamente, welche sich nachteilig auf die Fahrtüchtigkeit auswirken, durchgeführt werden. Als Ergebnis dieser Untersuchungen werden Rückschlüsse auf das Konsumverhalten der Verkehrsteilnehmer im Hinblick auf diese Drogen und Medikamente möglich sein. In der Folge werden auch Leitlinien für die Exekutive betreffend die Erkennbarkeit unter Drogen-einfluß stehender Verkehrsteilnehmer sowie Testreihen für die Feststellung der Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit erarbeitet werden.

**Zu Frage 4:**

"Welche Ergebnisse hatte bisher die mit der 19. StVO-Novelle (§5(9)) angekündigte vermehrte Überprüfung mittels Harnprobe; in wievielen Fällen wurde bisher von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht?"

Das Verbot des Lenkens von Fahrzeugen im Zustand einer Suchtgifteinrächtigung wurde nicht durch die 19. StVO-Novelle geschaffen, sondern war bereits Bestandteil der Rechtsordnung. Die Bestimmung des § 5 Abs. 9 ordnet auch nicht die obligatorische Durchführung von Harnproben an. Da es aufgrund fehlender wissenschaftlicher Grundlagen keine den Bestimmungen über Alkoholbeeinrächtigung vergleichbaren Grenzwerte für eine Suchtgifteinrächtigung gibt und daher auch in jedem Einzelfall von einem Arzt beurteilt werden muß, ob sich eine Person in einem durch Suchtgift beeinrächtigten Zustand befindet - wozu Harnuntersuchungen herangezogen werden können, aber nicht müssen - gibt es keine Aufzeichnungen darüber, in wie vielen Fällen eine Person zur Abgabe einer Harnprobe aufgefordert wurde.

**Zu den Fragen 5 und 6:**

"Werden Sie eine Planquadrataktion durchführen lassen, um zumindest grundlegendes Zahlenmaterial für eine allfällige Änderung der geltenden Regelungen zu erarbeiten?"

Werden Sie generell ähnlich wie bei Alkomat-Überprüfungen auch entsprechende Kontrollen auf Drogen- und Medikamentenmißbrauch durchführen lassen?"

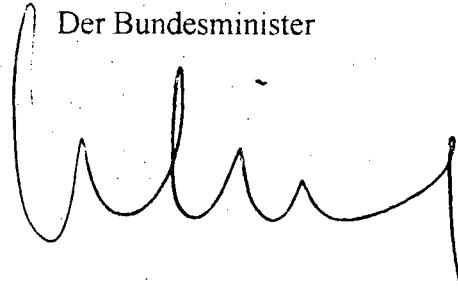
Da die Vollziehung der Straßenverkehrsordnung Landessache ist, kommt mir kein Weisungsrecht gegenüber den Ländern zu. Daher ist es mir auch nicht möglich, Planquadrate oder sonstige Kontrollaktionen anzuordnen. Die geltenden Regelungen sind jedoch sehr weit gefaßt und verbieten jedwedes Lenken eines Fahrzeugs im Zustand einer Suchtgifteinrächtigung oder in einem sonstigen Zustand, der die sichere Beherrschung des Fahrzeugs oder die Beachtung der Verkehrsregeln nicht ermöglicht. Da somit bereits aufgrund der geltenden Rechtslage praktisch jedes Lenken eines Fahrzeugs unter Drogen- oder Medikamen-

- 3 -

teneinfluß geahndet werden kann, erscheint eine Änderung der geltenden Rechtslage in dieser Hinsicht derzeit nicht notwendig. Aus demselben Grund sind auch statistische Erhebungen über die Zahl der unter Drogeneinfluß stehenden Verkehrsteilnehmer bzw. Unfallbeteiligten keine Voraussetzung für allfällige Änderungen.

Wien, am 16. Mai 1995

Der Bundesminister

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Wolfgang Schüssel', is written over the typed title 'Der Bundesminister'.

NATIONALRATSKANZLEI

Wien, 1995 05 16

M I T T E I L U N G

In der Anlage wird eine Beilage zur Anfragebeantwortung **786/AB** übermittelt.

Es wird ersucht, diese der Anfragebeantwortung anzuschließen.

Beilage

## BEILAGE

# DIE FAHRERLAUBNIS UND BEKANNTHEIT VON LEGALEM UND ILLEGALEM DROGENGEBRAUCH



Institute for Human Psychopharmacology

Instituut voor Humane Psychofarmacologie

**DIE FAHRERLAUBNIS  
UND  
BEKANNTHEIT VON LEGALEM  
UND ILLEGALEM DROGENGEBRAUCH**

**Studie durchgeführt mit Unterstützung  
des Generaldirektorats für Verkehr  
der Europäischen Kommission**

**von**

**Herrn Dr. Johan J. de Gier  
Institut für Humanpsychopharmakologie  
Universität Limburg  
Abtstraat 2a  
6211 LS Maastricht  
Niederlande**

**November 1993**

## DANKBEZEUGUNGEN

---

Der Autor möchte den folgenden Fahrerlaubnisbehörden und Experten aus verschiedenen EG Mitgliedstaaten für gute Zusammenarbeit und Unterstützung danken: Ms Maria Stevens (A.R.C.I.-D2, Belgien), Dr J.C. Viseur (Gesundheitsministerium, Belgien), Ms Gunna Hofdahl (Ministerium für Transport und Verkehr, Abteilung Verkehrssicherheit, Dänemark), Dr Dorrit Müller (Nationaler Gesundheitsrat Dänemark), Dr Pierre Mouterde and Mr Joël Valmain (MELTM/DSCR s/Direktion FC, Frankreich), Prof Georges Lagier (Abteilung für klinische Pharmakologie, Fernand-Widal Krankenhaus Paris, Frankreich), Ms E Reif (Bundesverkehrsministerium, Deutschland), Prof B Friedel (Bundesanstalt für Straßenwesen, Germany), Prof G Berghaus (Institut für Rechtsmedizin Köln, Deutschland), Dr Claudio Schinaia (Ministerium für Transport, Centro Superiore Richerche e Prove Autoveicoli e Dispositivi Rom, Italien), Dr Giuseppe Chiota (Direttore della Divisione 46, Conducenti della Direzione Generale della Motorizzazione Civile Rom, Italien), Dr Med Gennaro Palma (Sevizio Sanitario della FS Rom, Italien), Ms Estrella Rivera Menor, Dr Juan Carlos Gonzalez Lague, Mr Jose Antonio Penas Alejo (Direccion General de Trafico, Min del Interior, Spanien), Ms Eulalia Belendez (Gesundheitsministerium, Spanien), Prof Javier Alvarez (Forschungsgruppe für Drogen and Alkohol, Universität von Valladolid, Spanien), Dr Jose Maria Perez y Perez, Dr Roberto Duran Romero (Centro Medico y Psicotecnico Madrid, Spanien), Dr Manuel Hernandez Estupian (Asociacion Espanola de Centros Medico-Psicotecnicos, Spanien), Mr J.L.H. Schaap (Ministerium für Verkehr und staatliche Bauvorhaben, Abteilung Verkehrssicherheit, Niederlande), Dr H.H. Warmink (Zentralbüro für Fahrtauglichkeitszeugnisse, Fahrprüfungsdienst, Niederlande), Dr G. ten Velden (Gesundheitsrat der Niederlande), Dr J.F. O'Hanlon (Institut for Humanpsychopharmakologie, Universität Limburg, Niederlande), Ms Kathy Fisher, Dr John Irvine (Abteilung für Transport, DVLA Swansea, Vereinigtes Königreich), Dr Rob Tunbridge, Dr John F. Taylor (Abteilung für Transport London, Vereinigtes Königreich), Mr Alex Irving (Transportuntersuchungslaboratorium Crowthorne, Vereinigtes Königreich).

Diese Studie wurde vom Generaldirektorat für Transport der Europäischen Kommission subventioniert.

## ZUSAMMENFASSUNG

Dieser Bericht stellt fest, ob und wie Instanzen, die in acht EG Mitgliedstaaten (Belgien, Dänemark, Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich) für die Ausstellung und Erneuerung von Fahrerlaubnissen verantwortlich sind, ihrer gegenwärtigen Verpflichtung nachkommen, sich zu vergewissern, ob der Bewerber nicht durch den Gebrauch von verbotenen oder zu legitimen medizinischen Zwecken gebrauchten Drogen beeinträchtigt ist; und ob diese Instanzen beabsichtigen, ihre Überprüfungsverfahren der neuen Richtlinie 91/439/EWG des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 29. Juli 1991 anzupassen.

Die Einleitung betont, daß Verkehrssicherheit und Volksgesundheit eng miteinander verbunden sind und geht davon aus, daß Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit durch Drogen bei mindestens 10% der Verkehrstoten oder -verletzten, bei denen der Gebrauch von psychotropen Stoffen irgendeiner Art festgestellt worden ist, als beitragender Faktor betrachtet werden könnte. Für die Europäische Gemeinschaft bedeutet dies jährliche direkte Kosten in Höhe von mindestens 7 Milliarden ECU. Die Einleitung vergleicht auch die relevanten Artikel im Anhang III der Ersten (80/1263/EWG, Art. 23,24 und 24.1) und der Zweiten Richtlinie des Rates der Europäischen Gemeinschaften (91/439/EWG, Art. 15, 15.1 und 15.2). Es ist deutlich, daß die beiden Artikel sich darin voneinander unterscheiden, daß sie eine größere Zahl von Bewerbern oder Fahrern umfassen (regelmäßige, nicht abhängige Drogengebraucher), und daß eine befugte ärztliche Meinung zur Unterstützung des regelmäßigen Gebrauchs psychotroper Arzneimittel fehlt. Die Fahrerlaubnisbehörden sollten über den aktuellen Drogengebrauch von Bewerbern oder Fahrern informiert werden, bevor sie eine Fahrerlaubnis ausstellen oder erneuern. Es gibt keine Artikel über Einschränkungen des Rechtes, ein Kraftfahrzeug zu führen, wenn man sich während der aktiven Fahrperiode, die der Erteilung der Fahrerlaubnis folgt, einer Drogenbehandlung unterziehen muß. Der Bericht behandelt mehrere Aspekte bezüglich der heutigen Situation in acht EG Mitgliedstaaten in verschiedenen Abschnitten.

- *Politische Aspekte:* insbesondere wie die derzeitige Zielsetzung, das Fahren von Drogengebrauchern zu identifizieren und zu überwachen im Augenblick in den verschiedenen Mitgliedstaaten verwirklicht wird.

Die Schlußfolgerung ist, daß die Durchführung von Art. 15 (Anhang III) als Methode zur Identifizierung

von derzeitigen Konsumenten von beeinträchtigenden Stoffen schlecht ist, und daß Verfahren und Verbindungslien zu praktischen Ärzten unzureichend sind, wenn es um die Erteilung von Information geht, die den Fahrerlaubnisbehörden eine Entscheidung über die Erteilung oder Erneuerung der Fahrerlaubnis ermöglichen soll. Außerdem weist dieser Abschnitt auf das Fehlen eines europäischen Datenerfassungssystems in bezug auf durch Drogen verursachte Unfälle hin, sowie auf das Fehlen von Daten zu Überführungen wegen Fahrens unter Einfluß von psychotropen Stoffen;

- *Normen für Fahrtüchtigkeit:* insbesondere wie die heutigen Richtlinien über Drogengebrauch und Fahrtüchtigkeit zustande kommen und formalisiert werden. Die Schlußfolgerung ist, daß die Richtlinien nicht spezifisch genug sind in bezug auf Beschränkungen, die Führerscheininhabern aufgelegt werden sollen, wenn es um Patienten geht die regelmäßig hohe therapeutische Dosierungen von Arzneimitteln einnehmen müssen. Die ärztliche Praxis spielt in einigen EG Mitgliedstaaten keine bedeutende Rolle bei der Identifizierung derzeitiger Benutzer von Drogen in Mengen, die potentiell gefährlich sein können für sicheres Fahren.

- *Ärztliche Praxis:* insbesondere wie die Identifikation von Kraftfahrern, die durch psychotrope Stoffe beeinträchtigt werden, den Fahrerlaubnisbehörden weitervermittelt wird. In einem der Mitgliedstaaten, nämlich dem Vereinigten Königreich, trifft das Straßenverkehrsgesetz genügend Voraussetzungen, die den Prozeß des Informierens der Fahrerlaubnisbehörden unterstützen. Es hat sich als effektiv erwiesen Bewerber für die Fahrerlaubnis und Führerscheinhaber zu informieren und zu ermutigen, selbst die Verantwortung zu akzeptieren, die entsprechende Instanz von gesundheitlichen Umständen in Kenntnis zu setzen, die die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen könnten. Obwohl die Erfahrung mit Drogenproblemen spärlich zu sein scheint, könnten die Erfahrungen für Fahrerlaubnisbehörden in anderen EG Mitgliedstaaten von Interesse sein;

- *Öffentliche Kommunikation:* wie die Fahrerlaubnisbehörden den Kraftfahrern die Notwendigkeit bestimmte psychotrope Stoffe zu vermeiden übermitteln. Die Fahrerlaubnisbehörden in den meisten EG-Mitgliedstaaten haben keine effektive Öffentlichkeitskampagne organisiert, um die Bürger anzuzeigen, das Fahren unter Einfluß von Drogen zu meiden. Das Fehlen von effektiven Warnsystemen auf Etiketten von Drogenpackungen wird beim Thema Drogen und Fahren von Kraftfahrzeugen als besonders großes Problem erfahren. Besonders wo die

Fahrerlaubnisbehörden beim Thema Warnung der Patienten auf die Verantwortung von verordnenden Ärzten und Apothekern hinweisen;

*Erwartete Veränderungen:* insbesondere um neue Bestimmungen und Verfahren zu definieren, mit denen die gewünschte Kontrolle von Drogenbenutzern durch Erteilung der Fahrerlaubnis erreicht werden soll. Nur kleinere Veränderungen konnten in einigen EG Mitgliedstaaten wahrgenommen werden. Fahrerlaubnisbehörden erwarteten nicht, daß die Veränderungen irgendeine Wirkung auf verbesserte Verfahren für die Anwendung von Minimumnormen für geistige und Körperliche Fahrtüchtigkeit haben würden, sowie diese in Art. 15 des Anhang III umschrieben sind.

Schließlich bietet der Bericht einige Empfehlungen zur Verbesserung und Harmonisierung der Anwendung des Art. 15 (Anhang III) und für zukünftige Aktivitäten, die das Problembewußtsein der Kraftfahrer und der Ärzte für die Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit durch Drogen vergrößern sollen. Der Bericht ruft deutlich auf zu konzentrierten Aktionsprogrammen mit Einbeziehung der verantwortlichen Instanzen für Volksgesundheit und der Organisationen für Europäische Verkehrssicherheit, wobei auf Verkehrssicherheitsprobleme aufgrund von Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit aufmerksam gemacht wird. Die Konsequenzen, die sich ergeben, wenn nicht gehandelt wird, werden als eine Angelegenheit allgemeiner Sorge innerhalb der Europäischen Gemeinschaft dargestellt.

## INHALTSANGABE

<b>Dankbezeugungen</b>	3
<b>Zusammenfassung</b>	5
1. <b>Ziel</b>	9
2. <b>Einleitung</b>	11
2.1    Verkehrssicherheit und Volksgesundheit	11
2.2    Prävention von drogenbeeinträchtigtem Fahren	12
2.3    Die Erste und die Zweite Richtlinie des Rates	12
2.4    Problemdefinition	13
3. <b>Einteilung des Berichtes</b>	15
4. <b>Die heutige Situation in             acht EG Mitgliedstaaten</b>	17
4.1    Politische Aspekte	17
4.2    Normen für die Fahrtüchtigkeit	25
4.3    Ärztliche Praxis	26
4.4    Öffentliche Kommunikation	28
4.5    Erwartete Veränderungen in den Bestimmungen	33
5. <b>Empfehlungen</b>	37
6. <b>Referenzen</b>	41
7. <b>Appendix:</b> - Current Situation in Different EC Member States	43
Belgium	44
Denmark	45
France	47
Germany	48
Italy	50
Spain	52
The Netherlands	54
United Kingdom	56

## 1 ZIEL

---

Aufgrund der Richtlinie 91/439/EWG des Rates der Europäischen Gemeinschaften vom 29. Juli 1991 müssen Behörden, die für die Erteilung und Erneuerung der Fahrerlaubnis verantwortlich sind, feststellen, daß Bewerber nicht durch Gebrauch illegaler oder auch legitimer, zu medizinischen Zwecken benutzter Drogen beeinträchtigt werden. Vermutlich erfüllen viele Fahrerlaubnisbehörden diese Forderung bereits, weil sie ihnen in dieser Sache von nationaler Gesetzgebung vorgeschrieben ist. Der Zweck dieser Studie ist es, festzustellen, ob und wie die Behörden in acht EG Mitgliedstaaten (Belgien, Dänemark, Frankreich, Deutschland, Italien, Spanien, den Niederlanden und dem Vereinigten Königreich) ihrer derzeitigen Verpflichtung, die Fahrtüchtigkeit der Bewerber zu versichern, tatsächlich nachkommen, und ob diese Behörden beabsichtigen, ihre Überprüfungsverfahren der neuen Richtlinie des Rates anzupassen.

## 2 EINLEITUNG

Es gibt eine Grundsatzerkklärung in der Einheitlichen Europäischen Akte, die besagt, daß die Europäische Gemeinschaft gegründet ist auf dem freien Transport von Gütern, Menschen, Dienstleistungen und Geld zwischen den einzelnen Mitgliedstaaten. Das Ziel, den Transport zwischen den Mitgliedstaaten zu erleichtern, liegt der Europäischen Gemeinschaft besonders am Herzen. Alle politischen Einflüsse in Transportfragen berühren den freien Transport von Gütern und Menschen in der Europäischen Gemeinschaft. Die wirtschaftlichen Konsequenzen dieser Effekte sind darum eine Sache öffentlichen Interesses.

Straßenverkehr ist im Augenblick eine Wachstumsindustrie. In den nächsten zehn Jahren sind in einigen Mittelmeerländern, wie Spanien, Griechenland und Italien relativ hohe Wachstumsraten im Kraftfahrzeugbesitz zu erwarten. Auf politischem Niveau wächst die Erkenntnis, daß Mobilität, Umwelt und Sicherheit in Beziehung zueinander stehen. Fehlende Kenntnis über Identifizierung und Förderung von Prioritäten jedoch erschwert die Verkehrsunfallforschung.

Im April 1993 wurde ein neues unabhängiges Gremium zusammengestellt, bestehend aus Verkehrssicherheitsbehörden, Berufsexperten und Parlamentariern aller Parteien, um ein erweitertes Bewußtsein in bezug auf Ursachen, Folgen und Lösungen in Verkehrsunfällen zu fördern; es ist der Europäische Verkehrssicherheitsrat (engl. ETSC). Ziel dieses Rates ist es, auf Lösungen auf der Grundlage von Untersuchungen zur Förderung der Verkehrssicherheit hinzuweisen. Gleichzeitig entstand ein anderes Organ, ein Verband von sieben internationalen Organisationen, die Verkehrsteilnehmer, Autohersteller, Straßenbauer und Transportunternehmer repräsentieren; es geht um den Verband Europäischer Verkehrssicherheit (engl. ERSF). Ziel dieses Verbandes ist die Entwicklung eines besser strukturierten Verfahrens zur Untersuchung der verschiedenen Aspekte sicherer Verkehrsteilnahme, inklusive der Probleme, die sich durch die Beeinträchtigung geistiger und körperlicher Fahrtüchtigkeit ergeben. Ein kürzlich herausgegebenes Kommuniqué der Kommission der Europäischen Gemeinschaften an den Rat der Europäischen Gemeinschaften, das ein Aktionsprogramm zur Verkehrssicherheit beinhaltet (COM 93/246), betonte den Einfluß von Alkohol, Drogen und Ermüdung auf die Fahrsicherheit. Die Schlußfolgerung über Drogen oder Arzneimittel, die die geistige und körperliche Fahrtüchtigkeit des Fahrers beeinflussen können, macht sehr deutlich, daß die Kommission verpflichtet

ist, die Folgen des Drogengebrauchs auf die Verkehrssicherheit zu untersuchen und eine ausführliche Information der Gebraucher zu fördern. Teil dieses Aktionsprogrammes ist die Konzentration auf die Aktivitäten der Fahrerlaubnisbehörden im Hinblick auf Überprüfungsverfahren für die Erteilung und Erneuerung einer Fahrerlaubnis für Fahrer, von denen bekannt ist, daß sie Drogen gebrauchen. Allgemein gesprochen ist das Dokument der Kommission eine stillschweigende Anerkennung des Zusammenhangs von Verkehrssicherheit und Volksgesundheit

### 2.1 Verkehrssicherheit und Volksgesundheit

Verkehrsunfälle, die zum Tode oder zu Verletzungen führen, haben in solchem Maße zugenommen, daß die Europäische Gemeinschaft dies nicht länger akzeptieren kann. Die Verkehrssicherheit ist zu einem wichtigen öffentlichen Gesundheitsproblem geworden. Die gesellschaftlichen Kosten von Verkehrsunfällen, die jährlich 50.000 Tote und 1,5 Millionen Verletzte zur Folge haben, betragen mehr als 70 Milliarden ECU (Quelle: Weißbuch über Verkehrspolitik, COM 92/494, Europäische Kommission). Es wird weitgehend anerkannt, daß Alkoholkonsum ein ursächlicher Faktor in 30 bis 50% der Verkehrsunfälle mit tödlichem Ablauf ist.

Von vielen Drogen (rezeptpflichtig, rezeptfrei oder illegal) ist auch bekannt, daß sie die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen. Die zur Verfügung stehenden Fakten erlauben die Folgerung, daß Gebraucher von viel vorgeschriebenen Schlafmitteln und leichten Beruhigungsmitteln mit 2 bis 5 mal so hoher Wahrscheinlichkeit in Verkehrsunfälle verwickelt werden als Nicht-Gebraucher. Es ist eine Tatsache, daß in einigen EG Ländern (z.B. Frankreich, Belgien und Spanien; Balter, et al. 1983) 20 bis 25% der erwachsenen Bevölkerung regelmäßig solche schädlichen Arzneimittel nimmt. Einige Experten glauben, daß 30 bis 50% dieser Patienten ihre Medikamente auf chronischer Basis einnehmen, ohne echte Indikation und oft in größeren Mengen als therapeutisch vorgeschrieben ist. Mit anderen Worten, es geht hier um falschen Gebrauch oder Mißbrauch dieser Arzneimittel.

Eine besondere Sorge ergibt sich im Hinblick auf ältere Fahrer (> 65 Jahre), die eine immer größer werdende Gruppe von Kraftfahrern darstellen und deren Teilnahme an Kraftfahrzeugunfällen pro Kilometer mit dem Alter exponentiell zunimmt. Eine rezente amerikanische Untersuchung zeigte, daß das

Risiko auf schlimme Kraftfahrzeugunfälle für ältere Gebraucher von psychoaktiven Drogen 1,5 mal so groß ist als das von Nicht-Gebrauchern. Dieses Risiko nahm substantiell zu für Gebraucher von hohen Dosierungen von Hypnotika, Angst unterdrückenden Mitteln (2.4 x) und zyklischen Antidepressiva (5.5 x) (Ray, et al. 1992).

Das Endergebnis der obigen Beschreibung der Verkehrssicherheit als einem Problem für die Volksgesundheit ist die Einschätzung, daß mindestens 10% aller Menschen, die in Verkehrsunfällen getötet oder verletzt wurden, psychotrope Medikamente irgendeiner Art gebrauchten, die als beitragender Faktor betrachtet werden könnten. Für die Europäische Gemeinschaft bedeutet dies jährlich einen direkten Kostenbetrag von mindestens sieben Milliarden ECU.

## 2.2 Prävention von drogenbeeinträchtigtem Fahren

Es ist evident, daß die Behörden, die für die Erteilung von Fahrerlaubnissen verantwortlich sind, feststellen müssen, daß die Bewerber nicht durch den Gebrauch illegaler Drogen oder Arzneimitteln beeinträchtigt werden. Diese Verantwortlichkeit bezieht sich jedoch nur auf den Moment, in dem sich diese Person für einen Führerschein bewirbt. Sie erstreckt sich nicht über die Periode zwischen der Ausstellung der Fahrerlaubnis und dem Zeitpunkt der Erneuerung. Gerade in dieser Periode haben die meisten Fahrer die Gelegenheit, solche Drogen zu benutzen. Andere, wie zum Beispiel Ärzte, sollten sich von ihrer dauernden Verantwortung bewußt sein, eine eventuelle gefährliche Reaktion eines Patienten voraussagen, der erwartungsgemäß ein Kraftfahrzeug fahren könnte. Der Arzt hat die Gelegenheit die akute Reaktion eines Patienten auf ein Medikament zu beobachten und das Auftreten von Reaktionen, die in einem späteren Stadium der Drogentherapie entstehen könnten, zu überwachen. Der Arzt sollte den Patienten warnen, immer wenn ungünstige Reaktionen auf eine entschiedene Sicherheitsgefahr beim Fahren hindeuten. Doch ist es unklar wie Ärzte in den verschiedenen EG Ländern normalerweise mit ihren Patienten kommunizieren, wenn es um potentiell gefährliche Reaktionen geht, oder ob Ärzte jemals Behörden, die für Verkehrssicherheit zuständig sind, über die Unfähigkeit ihrer Patienten, Kraftfahrzeuge auf akzeptable Art und Weise zu führen informieren.

Da medizinischer Drogengebrauch ambulanter Patienten zum normalen täglichen Leben gehört, sollte die Einstellung der verordnenden Ärzte und die der fahrende Patienten in einem sozialen und kulturellen

Kontext betrachtet werden. Wenn man diese Einstellungen kennt, wird es leichter sein, die heutige Situation bezüglich der Prävention drogenbeeinträchtigten Fahrens in den verschiedenen EG Mitgliedstaaten zu verstehen.

Drogen regulierende Behörden in den EG Ländern haben die Verantwortung, ein effektives Warnsystem einzuführen, um die Wachsamkeit der Ärzte und Patienten in bezug auf die potentielle Gefahr, die Drogen für die Verkehrssicherheit darstellen, zu erhöhen. Bestehende Warnsysteme haben sich als nicht effektiv erwiesen, weil sie keine spezifische Information über unterschiedliche Effekte von Drogen und Dosierungen verschaffen. Sie geben nur sehr allgemeine Erklärungen zur Beeinträchtigung der Fähigkeiten, die für den Drogengebraucher kaum informativ sind. Solche Warnungen werden von den verordnenden Ärzten derzeit mit Skepsis empfangen. Ihr Verhalten beim Schreiben von Rezepten hat sich durch die allgemeinen Warnungen, die alle Drogen spezifischer chemischer oder therapeutischer Klassen gemeinsam haben, nicht verändert. Spezifische Warnungen scheinen notwendig zu sein, um Ärzte zu ermutigen Patienten, zu deren Aktivitäten auch das Autofahren gehört, die am wenigsten beeinträchtigende therapeutische Alternative zu verordnen (Wolschrijn, et al., 1991). Sicherheitsprobleme die bei Kraftfahrern auftreten, die legitimerweise beeinträchtigende Medikamente gebrauchen, würden substantiell reduziert werden, wenn das unterschiedliche Potential von Beeinträchtigung der verschiedenen Drogen allgemein bekannt wäre. Ein Kategorisierungssystem auf der Grundlage von drogen- und dosisspezifischer Kenntnis würde Ärzte, Patienten und Fahrerlaubnisbehörden darüber informieren, ob der Drogengebraucher als ein öffentliches Sicherheitsrisiko betrachtet werden könnte. Der Ausschuß für Arzneispezialitäten (engl. CPMP; DG III/C3) der Europäischen Gemeinschaft hat jedoch bereits eine verfeinerte Version der Drogenkategorisierung im Hinblick auf Verhaltensbeeinträchtigung als Teil der Basisforderung für Drogenregistrierung akzeptiert (Zusammenfassung der Produkteigenschaften; Artikel 4a der Richtlinie 65/65/EWG). Es ist von Interesse zu wissen, in welchem Bezug das neue Kategorisierungssystem zu der Erteilung und Erneuerung der Fahrerlaubnis steht.

## 2.3 Die Erste und Zweite Richtlinie des Rates

In Anbetracht der heutigen und zukünftigen Politik zur Sicherstellung der Fahrtüchtigkeit von Führerscheinbewerbern sollte man relevante Unterschiede zwischen der Ersten Richtlinie des Rates 80/1263/EWG (Anhang III, Art 23, 24 und 24.1) und der Zweiten

91/439/EWG (Anhang III, Art 15, 15.1 und 15.2) besonders berücksichtigen. Minimumnormen für körperliche und geistige Fahrtüchtigkeit werden im Anhang III erwähnt. Die heutige oder Erste Richtlinie des Rates erklärt folgendes:

*Drogen und Arzneimittel*

23. *Drogenmißbrauch: Bewerbern oder Fahrzeugführern, die von psychoaktiven Drogen abhängig sind, darf die Fahrerlaubnis weder erteilt noch erneuert werden.*
- 24 *Regelmäßige Drogen- oder Arzneimittelleinnahme: Bewerbern oder Fahrzeugführern, die regelmäßig Drogen oder Arzneimittel einnehmen, die die Fahrtüchtigkeit nachteilig beeinflussen können, darf die Fahrerlaubnis weder erteilt noch erneuert werden, außer wenn die Bewerbung durch ein befugtes ärztliches Gutachten unterstützt wird.*
- 24.1 *Was Bewerber oder Fahrzeugführer der Gruppe 2 betrifft, muß die zuständige ärztliche Stelle die zusätzlichen Risiken und Gefahren gebührend berücksichtigen, die mit dem Führen von Fahrzeugen dieser Gruppe verbunden sind.*

Vergleicht man diese Artikel mit den entsprechenden in der neuen Richtlinie des Rates, dann lauten diese folgendermaßen:

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 erneuert werden.*
- 15.1 *Regelmäßige Einnahme:*  
*Gruppe 1: Bewerbern 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 erneuert werden. Dies gilt auch für alle anderen Arzneimittel oder Kombinationen von Arzneimitteln, die die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen.*

**15.2 Regelmäßige Einnahme:**

*Gruppe 2: Die zuständige ärztliche Stelle muß die zusätzlichen Risiken und Gefahren gebührend berücksichtigen, die mit dem Führen von Fahrzeugen dieser Gruppe verbunden sind.*

Es ist klar daß die neuen Artikel sich darin unterscheiden, daß sie sich auf eine größere Zahl von Bewerbern und Fahrzeugführern beziehen (regelmäßiger übermäßiger Gebrauch ohne abhängig zu sein) und daß ein Gutachten der zuständigen ärztlichen Stelle zur Unterstützung des regelmäßigen Gebrauchs psychotroper Stoffe (in Mengen die die Fahrtüchtigkeit nachteilig beeinflussen) nicht mehr erwähnt wird. Mit anderen Worten, die Fahrerlaubnisbehörden sollten den derzeitigen Drogengebrauch des Bewerbers kennen, bevor sie eine Fahrerlaubnis erteilen oder erneuern und auf der Grundlage der vom Bewerber eingenommenen Drogenmenge eine Entscheidung über mögliche nachteilige Effekte auf das Fahrverhalten treffen. Wie aber erfahren die Fahrerlaubnisbehörden, wann Bewerber Drogen oder Arzneimittel einnehmen, die die Fahrtüchtigkeit nachteilig beeinflussen? Die Richtlinien erfordern ein Wissen, das die Fahrerlaubnisbehörden im heutigen System wahrscheinlich nicht haben (Diskrepanz).

Weiterhin gibt es keine Artikel über Einschränkungen des Fahrrechts bei einer Drogenbehandlung während der aktiven Fahrperiode nach der Erteilung der Fahrerlaubnis.

Schließlich sollte es deutlich sein, welche Terminologie relevant erachtet wird, da man davon ausgehen kann, daß mindestens 5% der erwachsenen Bevölkerung in den meisten EG Mitgliedstaaten regelmäßig psychotrope Stoffe in irgendeiner Form gebraucht. Im Falle von medizinischem Drogengebrauch wird manchmal mehr eingenommen als vorgeschrieben (Mißbrauch) oder therapeutisch erforderlich (falscher Gebrauch) ist.

**2.4 Problemdefinition**

Im Rahmen der EG Richtlinien über die Fahrerlaubnis ist keine Information vorhanden, die die derzeitige nationale Politik und die allgemeinen Anforderungen beschreibt, die von den meisten, wenn nicht allen EG Mitgliedstaaten notwendig gefunden werden in bezug auf eine Einschränkung der Fahrerlaubnis und/oder ein Fahrverbot für Gebraucher von Drogen und Arzneimitteln (Anhang III 23,24, 24.1 der Richtlinie 80/1263/EWG). Während der Einführung der neuen Richtlinie des Rates 91/439/EWG können

Veränderungen in der Politik und Anforderungen im Licht neuer Erkenntnisse diskutiert werden. Es sollte deutlich sein, daß es das Ziel dieser Studie ist, zu beschreiben, wie Fahrerlaubnisbehörden ihrer Verpflichtung, die Fahrtüchtigkeit der Bewerber zu versichern, nachkommen können. Wenn sie nicht in der Lage sind, sich an die Richtlinien zu halten, dann sollte deutlich sein, warum sie es nicht können und welche weitere Information notwendig ist, um es wohl zu können.

### 3 EINTEILUNG DES BERICHTES

Dieser Bericht soll keinen allesumfassenden Überblick des derzeitigen Wissens über den Beitrag der durch Drogen- und Arzneimittelgebrauch hervorgerufenen Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit zu der allgemeinen medizinischen Fahrurfähigkeit darstellen, wenn man Anhang III als Minimumsnorm für körperliche und geistige Fahrtüchtigkeit hantiert. Vielmehr wird versucht, einen Überblick über die heutige Situation in acht EG Mitgliedstaaten zu verschaffen in bezug auf die folgenden Aspekte:

- *Politische Aspekte:* insbesondere wie die derzeitige Zielsetzung, das Fahrverhalten von Drogengebrauchern zu identifizieren und zu überwachen im Augenblick in den verschiedenen EG Ländern verwirklicht wird. Diese Aspekte werden im Abschnitt 4.1 diskutiert;
- *Normen für Fahrtüchtigkeit:* insbesondere wie die heutigen Richtlinien über Drogengebrauch und Fahrtüchtigkeit zustande kommen und formalisiert werden. Dieses Thema wird im Abschnitt 4.2 diskutiert;
- *Ärztliche Praxis:* insbesondere darüber, wie die Identifikation von Kraftfahrern, die durch psychotrope Stoffe beeinträchtigt werden, den Fahrerlaubnisbehörden übermittelt wird. Dieses Thema wird im Abschnitt 4.3 diskutiert;
- *Öffentliche Kommunikation:* wie die Fahrerlaubnisbehörden den Kraftfahrern die Forderung, bestimmte psychotrope Stoffe (inklusive Medikamente) zu vermeiden, übermitteln. Diese Aspekte werden im Abschnitt 4.4 diskutiert.
- *Erwartete Veränderungen* in nationalen Bestimmungen und Verfahren, die im Augenblick in den verschiedenen EG Mitgliedstaaten eingeführt werden, um die gewünschte Kontrolle über Drogengebraucher mittels der Erteilung der Fahrerlaubnis zu erreichen, als Reaktion auf die Richtlinie 91/439/EWG (Anhang III, Art. 15), werden miteinander verglichen und im Abschnitt 4.5 diskutiert.

Der Bericht bietet schließlich eine Menge Empfehlungen zur Verbesserung und Harmonisierung der Anwendung des Art. 15 (Anhang III) und für zukünftige Aktivitäten, die das Problembewußtsein der Kraftfahrer und der Ärzte für die Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit durch Drogen vergrößern sollen. Die Empfehlungen die sich aus den Überlegungen in Kapitel 4 ergeben, werden in Kapitel 5 präsentiert.



## 4 DIE HEUTIGE SITUATION IN ACHT EG MITGLIEDSTAATEN

### 4.1 Politische Aspekte

Dieses Kapitel beschreibt, wie die derzeitige Zielsetzung der Identifikation und Kontrolle des Fahrverhaltens von Drogengebrauchern im Augenblick in den verschiedenen EG-Ländern in die Tat umgesetzt wird (Tabelle 1; eine Beschreibung der heutigen Situation in allen in diesem Bericht behandelten EG Mitgliedstaaten befindet sich im Anhang). Besonders die Methoden der Identifizierung derzeitiger Gebraucher von beeinträchtigenden psychotropen Stoffen unter den Kraftfahrern, als auch die Methoden, die bei der Erteilung und Erneuerung der Fahrerlaubnis angewandt werden, werden besprochen. Die größte Gruppe der Fahrer, auf die sich die Methodendiskussion der Identifizierung derzeitiger Gebraucher beeinträchtigender psychotroper Stoffe richtet, sind Kraftfahrer der Gruppe 1 (Führer von Fahrzeugen der Klassen A, B und B+E und der Unterklassen A1 und B1). Die Wirkung der verschiedenen Methoden, die für diese Gruppe der Kraftfahrer angewandt werden, ist bedeutend. Verfahren für Fahrer in den anderen Klassen sind im allgemeinen weitreichender in der Kontrolle medizinischer Fahrtüchtigkeit. Aus diesem Grund richtet sich die Beschreibung der politischen Aspekte bei der Erteilung und Erneuerung der Fahrerlaubnis hauptsächlich auf Kraftfahrer der Gruppe 1.

#### Straßenverkehrsordnungen

Alle acht EG Mitgliedstaaten haben gesetzliche Bestimmungen, die das Fahren unter Einfluß von psychotropen Stoffen nebst Alkohol in ihren jeweiligen Verkehrsordnungen verbieten (siehe auch Anhang). Es gibt jedoch keine spezifischen Kriterien in bezug auf die verschiedenen Drogenarten (legal oder illegal), das Ausmaß des Drogengebrauchs oder eine Definition von Einfluß. Die Gerichte entscheiden über die Fahruntüchtigkeit des Fahrers im Falle eines Verstoßes nach dem Gebrauch legaler oder illegaler Drogen aufgrund von Expertenurteilen und der Untersuchung von Körperflüssigkeiten. Schließlich entscheiden die Gerichte, ob eine Person den Führerschein behalten kann und, je nach Härte des Falles, ob der Führerschein ausgesetzt oder mit einem Strafvermerk versehen wird.

#### Polizeiliche Ausführungskompetenz

In den meisten EG Ländern, die Objekt dieser Untersuchung sind, können beeinträchtigtes Fahrverhalten und/oder die Verursachung eines durch

die Polizei festgestellten Verkehrsunfalls gerechtfertigte Gründe sein, um eine Person festzunehmen, um Proben von Körperflüssigkeiten zu nehmen. Die Ausführungskompetenz der Polizei in diesem Punkt ist bestimmt für die Effektivität der Identifizierung des Fahrens unter Drogeneinfluß. Fahrerlaubnisbehörden waren im allgemeinen nicht in der Lage, Information über positive Resultate der Körperflüssigkeitsproben bei Fällen von Fahren unter Drogeneinfluß zu geben.

In *Belgien*, dem *Vereinigten Königreich*, *Deutschland* und *Spanien* sind Blutprobenanalysen ausschlaggebend in der Entscheidung des Gerichts über Fahren unter Einfluß, wobei man sich in den meisten Fällen von Expertenurteilen leiten läßt. Im *Vereinigten Königreich* gebraucht man zur Untersuchung von Drogenmißbrauch oder Abhängigkeit Urinproben zu Kontrollzwecken, um Unterschiede in der Dauer der Aussetzung von Führerscheinen anzubringen.

In *Dänemark*, den *Niederlanden*, *Deutschland* und *Italien* können Urinproben genommen werden, wenn man Blutproben aus medizinischen Gründen ungeeignet findet. In *Italien* müssen Urinproben in Anwesenheit eines Arztes genommen werden.

In *Frankreich* darf die Polizei die betreffende Person zu ärztlichen Untersuchungszwecken in einem Krankenhaus mit einer psychiatrischen Abteilung festhalten. In der Praxis ist es oft undeutlich, unter welchen Umständen die Polizei entscheidet, ob eine Person ärztlich untersucht werden soll. Der zuständige Arzt entscheidet aufgrund von medizinischen Argumenten, ob es notwendig ist, Blutproben oder Urinproben zu nehmen.

In den *Niederlanden* darf die Polizei eine Person festnehmen, um eine spezielle ärztliche Untersuchung zu fordern und/oder eine Fahrprüfung, wenn es einen Grund gibt, anzunehmen, daß 'medizinische Probleme' die Fahrtüchtigkeit einer Person beeinträchtigen. Der Gebrauch von legalen oder illegalen Drogen wird jedoch selten als Grund angegeben, um diese Gesetzgebung anzuwenden.

#### Speziell gefordertes Handeln in Fällen von Fahren unter Einfluß von medizinischen Drogen

In *Dänemark* erfordern positive Ergebnisse hinsichtlich des Gebrauchs von medizinischen Drogen in Fällen von Fahren unter Einfluß immer eine ärztliche Untersuchung des Fahrers und ein Gutachten des nationalen Gesundheitsrats an das Ministerium für Verkehr. Die Entscheidung des Ministeriums aufgrund dieses Gutachtens wird dem Verdächtigen und der

**TABELLE 1 SYNPSE DER POLITISCHEN ASPEKTE ZUR HEUTIGEN SITUATION VON BEKANNTEM DROGENGEBRAUCH BEI DER TEILUNG VON FAHRERLAUBNISSEN**

**Erteilung der Fahrerlaubnisse (Fahrer der Gruppe 1)\***

Erklärungen zur Fahrtüchtigkeit verlangt von						
	Eingeschränkt durch Gesetzgebung	Erklärung des Bewerbers erforderlich	Hausarzt	Anderer Arzt	Psychologe	Wiederholung der Prüfung erforderlich
Belgien	-	+	-	-	-	- (unbeschränkte Gültigkeit)*
Dänemark	+	+	+	+ (wenn vermutete Beeinträchtigung)	-	bei Erneuerung: Alter 70 Jr
Frankreich	+	+	-	+	-	- (unbeschränkte Gültigkeit)*
Deutschland	-	-	-	nur bei Sehvermögen	-	- (unbeschränkte Gültigkeit)*
Italien	+	-	+	+	nur, wenn vom Arzt gefordert	bei Erneuerung: < 50 Jr : alle 10 Jr 50-70 Jr : alle 5 Jr > 70 Jr : alle 3 Jr
Spanien	+	+	-	+	+	bei Erneuerung: < 45 Jr : alle 10 Jr 45-70 Jr : alle 4 Jr > 70 Jr : jedes Jahr
Niederlande	-	+	-	-	-	- (unbeschränkte Gültigkeit)**
Vereinigtes Königreich	+	+	+	-	-	bei Erneuerung: alter 70 Jr (alle 1-3 Jahre)***

\* Fahrer von Fahrzeugen der Klassen A, B und B+E und der Unterklassen A1 und B1

\*\* Ausser wenn der Gesundheitszustand eine Untersuchung erfordert wie in der Erklärung des Bewerbers angegeben

\*\*\* Je nach dem Gesundheitszustand

Polizei mitgeteilt. Nach einer Periode von Aussetzung der Fahrerlaubnis muß der Fahrer eine Eignungsprüfung ablegen, bevor er seinen Führerschein zurückerhält.

Fahrerlaubnisbehörden in allen EG Ländern fordern, daß Experten vor Gericht Erklärungen zu einem Verstoß ablegen können, der infolge einer gewissen medizinischen Drogeneinwirkung im Blut begangen wurde, aber dies wird als Seltenheitsfall betrachtet. Statistiken zu diesen Fällen waren nicht vorhanden.

#### *Erteilung der Fahrerlaubnis*

Gemäß der Gesetzgebung in fünf EG Mitgliedstaaten, kann die Erteilung einer Fahrerlaubnis einer Person die von Anregungsmitteln oder anderen Drogen abhängig ist, verweigert werden. In den *Niederlanden*, *Belgien* und *Deutschland* besteht eine solche Gesetzgebung nicht.

In allen Ländern außer Deutschland und Italien füllen Bewerber oder Fahrer normalerweise eine gewisse Erklärung aus, in der sie regelmäßigen Drogengebrauch oder Drogenmißbrauch (heute oder früher) angeben. In *Italien* müssen Erklärungen zur geistigen und körperlichen Fahrtüchtigkeit vom Arzt abgegeben werden. In allen Ländern außer *Spanien*, den *Niederlanden*, *Frankreich* und *Belgien* ist es so, daß, wenn Erklärungen von Bewerbern erforderlich sind, auch die zuständige Fahrerlaubnisbehörde eine vom Hausarzt ausgefüllte Erklärung erhalten muß. Falsche Angaben von Seiten des Bewerbers können in den verschiedenen EG Ländern zu strafrechtlicher Verfolgung führen.

In *Dänemark* kann die Polizei eine Person als geeignet oder ungeeignet für den Führerscheinbesitz erklären. Der Bewerber und sein Hausarzt müssen beide ein Formular ausfüllen, in dem sie die körperliche und geistige Fahrtüchtigkeit erklären. Wenn der Hausarzt vermutet, daß die Verfassung des Bewerbers das Fahrverhalten beeinträchtigen könnte, so muß er dies dem zuständigen Gemeindearzt mitteilen, der als lokale Autorität fungiert (für Kraftfahrer der Gruppe 1) oder aber dem Nationalen Gesundheitsrat (für Kraftfahrer der Gruppe 2). Der zuständige Gemeindearzt kann die Polizei ersuchen, über die Eignung des Bewerbers zu entscheiden durch Prüfung seines Fahrvermögens. Die Polizei entscheidet letztendlich über die Voraussetzungen, unter denen eine Person ihren Führerschein behalten darf. Der Nationale Gesundheitsrat rät zu speziellen ärztlichen Untersuchungen für Kraftfahrer der Gruppe 2.

In *Spanien* qualifizieren oder disqualifizieren die provinziellen Fahrerlaubnisbehörden für den Führerscheinbesitz. Wenn eine Fahrerlaubnis erteilt

oder erneuert wird, ist eine ärztliche und psychologische Untersuchung des Bewerbers oder Fahrers erforderlich in spezialisierten medizinischen Verkehrszentren (Centros Médico y Psicotécnico). In diesen Zentren unterziehen sich Bewerber und Kraftfahrer einer Reihe von Tests von einem Augenspezialisten, einem praktischen Arzt und einem Psychologen.

In *Italien* muß der Hausarzt, immer wenn eine Fahrerlaubnis erteilt oder erneuert wird, ein Formular ausfüllen, das Erklärungen über die Gesundheitszustände eines Bewerbers oder Fahrers in der Vergangenheit enthält. Ein zweiter Arzt stellt den derzeitigen Gesundheitszustand gemäß den Normen für Fahrtüchtigkeit fest. Die Gesetzgebung schreibt vor, daß eine psychologische Untersuchung erforderlich ist, wenn der zweite Arzt diese gerechtfertigt findet.

#### *Bedingungen für die Erneuerung der Fahrerlaubnis*

Eine begrenzte Gültigkeit der ausgestellten Führerscheine kann zu einer frequenteren Identifizierung von derzeitigen Gebrauchern von beeinträchtigenden psychotropen Stoffen beitragen. Die Gültigkeit der einmal erteilten Fahrerlaubnis für Kraftfahrer der Gruppe 1 ist in *Belgien* und *Frankreich* unbegrenzt, es sei denn die geistige oder körperliche Verfassung des Bewerbers erfordert ärztliche Untersuchungen, sowie in der Erklärung des Bewerbers angegeben. Unter diesen Umständen entscheidet der Arzt über die Gültigkeit der Führerscheine.

In *Dänemark*, den *Niederlanden* und dem *Vereinigten Königreich* ist für Kraftfahrer der Gruppe 1, die das Alter von siebzig Jahren erreicht haben, eine ärztliche Untersuchung erforderlich. In *Deutschland* ist die Gültigkeit eines einmal ausgestellten Führerscheins unbegrenzt, und während dieser Periode ist keine ärztliche Untersuchung erforderlich.

In *Spanien* und *Italien* werden Kraftfahrer der Gruppe 1 bis zum Alter von siebzig Jahren öfter untersucht. In *Spanien* sind bis zum Alter von 45 Jahren ärztliche und psychologische Untersuchungen normalerweise alle zehn Jahre erforderlich, im Alter von 45 bis 70 Jahren alle 5 Jahre und nach dem siebzigsten Lebensjahr jedes Jahr. In *Italien* sind bis zum Alter von 50 Jahren ärztliche und psychologische Untersuchungen alle 10 Jahre erforderlich, im Alter von 50 bis 70 Jahren sind diese Untersuchungen alle 5 Jahre erforderlich, im Alter von über 70 Jahren alle 3 Jahre, es können aber frequenteren Untersuchungen vorgeschrieben werden je nach der individuellen gesundheitlichen Verfassung.

### *Strafvermerk und Aussetzung der Fahrerlaubnis*

Über Aussetzung oder Strafvermerke auf Führerscheinen entscheidet in *Belgien*, *Dänemark*, *Deutschland*, *Spanien*, *Frankreich* und *Italien* das Gericht, wenn ein Blut- oder Urintest nach illegalen Drogen positiv ausfällt, je nach der Härte der nachgewiesenen Verkehrsdelikte wegen Fahren unter Einfluß (Tabelle 2). Härte und Dauer im Fall von illegalem Drogengebrauch oder Drogenmißbrauch sind abhängig von Expertenurteilen und einem Nachweis der Nüchternheit. Es ist nicht deutlich, in welchen Testserien ein Straffälliger beweisen muß, daß bei ihm kein Drogenmißbrauch mehr vorliegt, und dies wird vom ärztlichen Gutachter beurteilt. Der Rückerstattungsprozeß wird in *Belgien*, *Deutschland*, *Spanien*, *Frankreich* und *Italien* vom Gericht durchgeführt; in *Dänemark* muß ein von Aussetzung betroffener Kraftfahrer sich einem von der Polizei durchgeführten Eignungstest unterziehen. In *Deutschland* kann Führerscheinentzug einem Gerichtsurteil folgen, das besagt, daß die betreffende Person 'fahrunfähig' war (z.B. 6 Monate bis 5 Jahre Entzug für einen ersten Verstoß). Wenn die Behörden Grund haben, an den Fähigkeiten einer Person ein Kraftfahrzeug sicher zu führen zu zweifeln, dann muß gemäß der deutschen Straßenverkehrsordnung die Fahrerlaubnisbehörde die Fahrtüchtigkeit untersuchen. In *Spanien* darf ein Führerschein entzogen werden, nachdem ein Gericht festgestellt hat, daß die betreffende Person fahrunfähig war. Wenn der ärztliche Gutachter erklärt, daß der Fahrer nicht von psychotropen Stoffen abhängig ist, dann kann zeitweiliger Entzug erfolgen, variierend zwischen 3 Monaten und 5 Jahren, je nach Härte des Unfalls, den der Fahrens unter Einfluß überführte Fahrer verursacht hat. Wenn jedoch Drogenabhängigkeit festgestellt wurde, wird der Führerschein entzogen. Die Gerichte fordern, daß ein Straffälliger, dessen Führerschein wegen Fahrens unter Einfluß ungültig erklärt worden ist, sich einer Reihe von speziellen ärztlichen und psychologischen Tests unterzieht, um den Nachweis zu liefern, daß bei ihm kein Drogenmißbrauch mehr vorliegt.

In *Frankreich* kann der 'Prefet' eine Untersuchung eines des Fahrens unter Einfluß verdächtigten Fahrers, der einen ernsthaften Verkehrsunfall verursacht oder einen Gesetzesverstoß begangen hat, von einer sogenannten 'ärztlichen Kommission' anordnen (jedes der 90 'Départements' in Frankreich hat drei solcher ärztlicher Kommissionen, die jeweils aus zwei Ärzten bestehen). Die ärztliche Kommission darf um den Rat von Experten bitten, bevor sie der 'Préfecture' ein Gutachten über einen Strafvermerk oder zeitweiligen Entzug des Führerscheins einer Person und die

Bedingungen für dessen Rückerstattung ausstellt (z.B. Beweismaterial für eine erfolgreiche Behandlung im Falle von Drogenabhängigkeit).

Wenn die Fahrerlaubnisbehörde im *Vereinigten Königreich* über Drogenmißbrauch oder Drogenabhängigkeit einer Person informiert wird, wird diese Person von einem Arzt befragt und wird der Urin auf Drogen untersucht. Bei einem negativen Ergebnis kann die Person einen Führerschein erhalten, der für ein Jahr gültig ist und muß sich anschließend alle fünf Jahre Kontrollen unterziehen. Wenn der Urintest ein positives Ergebnis aufweist, wird der Führerschein für ein Jahr entzogen (für Cannabis: sechs Monate). Diese Verfahren wurden 1991 in Erwartung der zweiten Richtlinie des Rates eingeführt. Wenn die Fahrerlaubnisbehörden in den *Niederlanden* über die Drogenabhängigkeit eines Kraftfahrers informiert werden, selbst wenn kein Fahrdelikt stattgefunden hat, dann muß die Entscheidung über die Fahrtüchtigkeit einer Person vom ärztlichen Gutachter der Fahrerlaubnisbehörde getroffen werden, manchmal nach einer ärztlichen Untersuchung.

In *Italien* muß die Polizei einen klaren Verdacht auf falschen Gebrauch oder Mißbrauch von Drogen haben, um Urinproben zu nehmen. Wenn die Urinkontrolle auf illegale Drogen negativ ausfällt, wird ein Führerschein ausgestellt, der für ein Jahr gültig ist. Nach dieser Periode muß eine zweite Untersuchung erfolgen und der Führerschein wird für drei Jahre gültig, vorausgesetzt daß ein Urintest auf Drogen sich als negativ erweist. Eine dritte Untersuchung nach drei Jahren erlaubt einer Person den Führerschein für fünf Jahre zu behalten, wenn kein Beweis von illegalem Drogengebrauch geliefert werden kann. Diese Untersuchungen sind alle fünf Jahre erforderlich.

Fahrerlaubnisbehörden in allen EG Mitgliedstaaten sagen, daß Fälle von Aussetzung aufgrund von positiven Ergebnissen in bezug auf Mißbrauch von medizinischen Drogen selten sind. Die Fahrerlaubnisbehörden konnten keine Statistiken über den zeitweiligen Entzug von Führerscheinen in Fällen von Fahrern, die sich des Fahrens unter Einfluß von illegalen Drogen schuldig gemacht haben, aufweisen.

### *Meldung durch den Kraftfahrer*

Eine der Methoden um derzeitige Gebraucher von beeinträchtigenden psychotropen Stoffen zu identifizieren ist die Benachrichtigung der Fahrerlaubnisbehörde.

Im Vereinigten Königreich sagt Paragraph 94(4) der Straßenverkehrsordnung, daß wann auch immer während der Periode, für die der Führerschein gültig ist, der Führerscheinhaber merkt, daß er an einer

TABELLE 2 AUSSETZUNG UND RÜCKGABE DER FAHRERLAUBNIS

	Aussetzung nach Fahren unter Einfluss (FUE-)Delikten entschieden von		Rückgabe der Fahrerlaubnis durchgeführt von			
	Gericht	Periode	Gericht	Polizei	FEB <sup>**</sup>	Inhalt der Testverfahren
Belgien	+	variabel*	+			entschieden durch ärztliches Gutachten
Dänemark	+	variabel*		+		Empfehlung des nationalen Gesundheitsrates
Frankreich	+	variabel*	+			Empfehlung des ärztlichen Kommission
Deutschland	+	6 Monate-5 Jahre*			+	entschieden von zuständiger Fahrerlaubnisbehörde
Italien	+	variabel*	+			ärztliche Untersuchung und Urinprobe auf Drogen: wenn negativ: 1 Jr Führerschein wenn negativ: nach 1 Jr: 3 Jr Führerschein wenn negativ: nach 3 Jr: 5 Jr Führerschein Wiederholung Kontrolle alle 5 Jr
Spanien	+	3 Monate-5 Jahre*	+			entschieden vom Gericht
Niederlande	+	variabel*			+	entschieden von zuständiger Fahrerlaubnisbehörde
Vereinigtes Königreich	+	variabel*			+	Urinkontrolle alle 5 Jr wenn positiv: 1 Jr Aussetzung (ausser für Cannabis: 6 Monate)

\* Je nach Härte des FUE-Deliktes und der Drogenabhängigkeit

\*\* FEB = Fahrerlaubnisbehörde

relevanten Behinderung leidet oder voraussichtlich leiden wird, die eine Gefahrenquelle darstellen könnte (dies würde auch Drogenmißbrauch oder beeinträchtigende Medikamente umfassen), und die der Fahrerlaubnisbehörde nicht eher eröffnet worden ist, oder die seit der Ausstellung des Führerscheins akuter geworden ist, dann muß er die Fahrerlaubnisbehörde schriftlich über Art und Ausmaß seiner Fahrfähigkeit informieren. Paragraph 94(3) sagt, daß eine Person, die ohne angemessenen Grund die Fahrerlaubnisbehörde nicht informiert, sich einer Straftat schuldig macht.

Die Fahrerlaubnisbehörde sagt, daß sie jährlich etwa 120.000 Meldungen erhält. Wenn sie genügend Grund haben zu glauben, daß eine Person (ein Führerscheinbewerber oder Führerscheinhaber) an einer relevanten Behinderung leidet oder voraussichtlich leiden wird, dann kann sie fordern, daß er sich einer ärztlichen Untersuchung unterzieht bei einem von der Fahrerlaubnisbehörde ernannten Arzt. Jedes Jahr werden etwa 18.000 Führerscheine aufgrund solcher Meldungen entzogen. In etwa einem Drittel dieser Fälle lieferte der Hausarzt der betreffenden Person die Information, die ihn dazu bewegte, die Fahrerlaubnisbehörden zu benachrichtigen, in einem weiteren Drittel der Fälle war es die Versicherungsgesellschaft. Die Zahl der Fälle, in denen die regelmäßige Einnahme oder der Mißbrauch von Drogen (legal oder illegal) eine Meldung zur Folge hatte, ist unbekannt, aber die Fahrerlaubnisbehörde schätzt diese Fälle als selten ein.

In Gesprächen mit den Fahrerlaubnisbehörden in anderen EG Mitgliedstaaten konnten keine Meldungsprozesse in großem Rahmen entdeckt werden. Es ist von besonderem Interesse für andere EG Fahrerlaubnisbehörden, weil sich die Verschaffung von Information an Führerscheinbewerber und Führerscheinhaber als effektiv erwiesen hat und bewirkt, daß eine Person die Verantwortung für die Benachrichtigung der Fahrerlaubnisbehörden über seinen die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigenden Gesundheitszustand akzeptiert. In dieser Untersuchung sind nur in der Straßenverkehrsordnung des *Vereinigten Königreiches* genügend Vorsorgsmaßnahmen getroffen, die diesen Meldungsprozeß unterstützen. Es ist ganz im Sinne der neuen Richtlinie des Rates und eine weitere Untersuchung würde sich lohnen, obwohl Erfahrung mit drogenbezogenen Problemen nur spärlich vorhanden ist.

#### Epidemiologische Beschreibungen

Epidemiologische Beschreibungen der Verbreitung von Drogengebrauch und dem Unfallrisiko kombiniert

mit Drogengebrauch von Kraftfahrern werden als eine der wichtigsten Informationsquellen betrachtet, richtungsweisend für Politiker, wenn sie die Verkehrssicherheitsaspekte des Drogengebrauchs überprüfen. Spezifische Information über Risiko-einschätzungen konnte jedoch nicht erworben werden bei der Diskussion mit den Fahrerlaubnisbehörden über die Wirkung des Drogengebrauchs auf die Verkehrssicherheit. Information über die Häufigkeit von Drogen bei tödlichen Verkehrsunfällen oder bei der totalen Zahl der Kraftfahrer fehlte vollkommen in *Belgien*, *Dänemark* und den *Niederlanden* (Tabelle 3).

In *Deutschland* weisen rezente Veröffentlichungen eine zunehmende Tendenz zu drogenpositiven Stichproben auf (sowohl legal als auch illegal) in willkürlich genommenen Blutproben zur Feststellung des Blutalkoholgehaltes: 8-13% dieser Proben zeigten positive Ergebnisse der Drogenanalyse (Möller, 1993). In den meisten Fällen konnten Marihuana und Benzodiazepine entdeckt werden (Rittner und Becker, 1991). Veröffentlichungen von deutschen Instituten für Rechtsmedizin lassen darauf schließen, daß 25% aller vermuteten Fahrer unter Einfluß medizinische Drogen gebrauchen (Geywitz et al., 1991). Schätzungen von deutschen Verkehrssicherheitsbehörden geben an, daß in 20 bis 25% der Unfälle, in denen BAC Werte der beteiligten Fahrer unter 0,08-% waren, die Ursache des Unfalls mit Drogengebrauch in Beziehung gebracht werden konnte (Deutscher Verkehrssicherheitsrat, 1992).

In *Spanien* illustriert eine Untersuchung mittels Fragebogen unter Kraftfahrern, die drei medizinische Verkehrszentren besuchten, Muster des medizinischen Drogenkonsums bei spanischen Fahrern. Ergebnisse zeigen einen allgemeinen Drogengebrauch von Fahrern an (28,9%), der potentiell die Fahrtüchtigkeit beeinflussen könnte (Alvarez et al., 1992).

In *Frankreich* hat eine rezente epidemiologische Studie enthüllt, daß Benzodiazepine (Hypnotika und Angst unterdrückende Mittel) bei 8% der Fahrer entdeckt werden konnte, die bei Verkehrsunfällen verletzt wurden. Experten nehmen an, daß medizinischer Drogengebrauch als beitragender Faktor bei der Verursachung von 15 bis 20% aller Verkehrsunfälle in Frankreich betrachtet werden kann. Fragebogenstudien unter Patientengruppen zeigen, daß 25 bis 33% der Patienten im Jahr vor der Untersuchung ein Benzodiazepin gebrauchten, während ein Drittel von ihnen diese Drogen chronisch benutzten (Balter et al., 1983).

Im *Vereinigten Königreich* liefert der neueste landesweite Forschungsbericht Fakten über Drogenvorkommen bei tödlichen Verkehrsunfällen (Everest et al., 1989). Die Ergebnisse zeigen, daß

**TABELLE 3 EPIDEMIOLOGISCHE BESCHREIBUNG DES VORHERRSCHENDEN DROGENGEBRAUCHS (NUR DROGEN ODER MIT ALKOHOL) UNTER KRAFTFAHREN**

	Kraftfahrer	FUE*verdächtige Fahrer	(tödlich) verletzte Fahrer
Belgien	-	-	-
Dänemark	-	-	-
Frankreich	-	-	8% (Benzodiazepine)
Deutschland	-	25% (medizinische Drogen)	-
Italien	-	-	28.6% (psychotrope Stoffe; in einer Gegend: Veneto)
Spanien	28.9% (psychotrope Stoffe)	-	-
Niederlande	-	-	-
Vereinigtes Königreich	-	-	7.4% (psychotrope Stoffe)

\* FUE = Fahren unter Einfluss

unter allen Straßenbenutzern das allgemeine Vorkommen von Drogen, die wahrscheinlich die psychomotorische Leistung beeinflussen können, 7,4% war. Obwohl Cannabis in etwa einem Drittel aller Fälle anwesend war, wurde keine einzige Droge, mit Ausnahme von Diazepam (1,4-%) in größeren Mengen als 0,5% registriert.

Eine Untersuchung von kleinerem Umfang in *Italien* auf der Grundlage von jährlichen Untersuchungen in der Veneto Gegend seit 1978 liefert Fakten über das Vorkommen von Drogen bei tödlichen Verkehrsunfällen in dieser Gegend (Ferrara et al., 1990). Das totale Vorkommen von legalen und illegalen Drogen, die nach einer Blutplasmaanalyse gefunden wurden, war 28,6% (15% nur Drogen und 13,6% Alkohol und Drogen), wobei Benzodiazepine die am häufigsten festgestellten psychotropen Drogen waren (8,5%). Es wird erwartet, daß nach 1994 unter der neuen Gesetzgebung (Art. 186 und 187 der Straßenverkehrsordnung) landesweite Statistiken über die Häufigkeit von Drogengebrauch bei allen Verkehrsunfällen zur Verfügung stehen werden.

#### *Diskussion und Schlußfolgerungen*

Angesichts der heutigen Situation hinsichtlich der Identifizierung und Kontrolle von Fahren unter dem Einfluß von illegalen oder medizinischen Drogen gibt es wenig polizeiliche Zwangsmaßnahmen im Vergleich zu Alkohol bezogenen Verkehrssicherheitsprobleme. Die meisten für eine Fahrerlaubnis zuständigen Behörden konnten weder Fakten liefern, um die Effektivität polizeilicher Zwangsmaßnahmen zu illustrieren, noch konnten sie Statistiken über die Ergebnisse von Analysen der Körperflüssigkeiten vorzeigen, die zur Verurteilung wegen Fahrens unter Einfluß führten, einschließlich des Strafvermerks und der Aussetzung. Alle schätzten diese Fälle als sehr selten ein, wenn es um medizinischen Drogengebrauch ging. Demzufolge kann man leicht erwarten, daß die Entwicklung von neuen Methoden zur Identifizierung von Fahrern, die beeinträchtigende psychotrope Stoffe gebrauchen eine geringe Priorität erhalten wird.

Ein Vergleich zwischen den acht EG Mitgliedstaaten zeigt einige Unterschiede in der Anwendung von Analysen der Körperflüssigkeiten zur weiteren Feststellung von Drogenmißbrauch oder regelmäßiger Drogeneinnahme. In *Frankreich* ist dies total abhängig von der Meinung des Arztes, ob Blut- oder Urinproben nötig sind, um den körperlichen oder geistigen Zustand einer Person festzustellen. In *Dänemark* führen positive Ergebnisse in bezug auf medizinischen Drogengebrauch in Fällen von Fahren unter Einfluß immer zu einer ärztlichen Untersuchung des Fahrers und wird die Polizei über die Ergebnisse

unterrichtet. Da in Dänemark die Polizei eine Person für geeignet oder ungeeignet zum Führerscheinbesitz erklären kann, kann man erwarten, daß die Beteiligung der Polizeiverwaltung an diesen Verfahren zur Untersuchung der medizinischen Fahrtüchtigkeit das Interesse der Polizei für die Beziehung zwischen Drogengebrauch und Fahrproblemen erhöhen wird. Der Effekt des dänischen Verfahrens zur Entdeckung drogenbeeinträchtigter Fahrer sollte mit den in anderen EG Mitgliedstaaten gebräuchlichen Situationen kontrastiert werden, wo die Polizei nicht beteiligt ist. Obwohl es keine Fakten gibt, die diese Auffassung unterstützen, würde es sich lohnen, den Vorschlag, die Beteiligung der Polizei in der Beurteilung drogenbeeinflußten Fahrens zu vergrößern, zu untersuchen.

Bei der Ausstellung von Führerscheinen bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den EG Mitgliedstaaten im Hinblick auf die Erklärung körperlicher und geistiger Fahrtüchtigkeit durch den Bewerber oder Fahrer und/oder den Arzt. Die Situation in den *Niederlanden*, *Deutschland* und *Belgien* ist in bezug auf diese Erklärungen nicht befriedigend und sogar tadelnswert (man beachte: für Kraftfahrer der Gruppe 1 sind in *Deutschland* keine Erklärungen erforderlich). Falsche Erklärungen der Bewerber können nicht identifiziert werden mangels widersprüchlicher Information von ihren Ärzten. Eine erste ärztliche Untersuchung ist im Alter von 70 Jahren erforderlich. Am anderen Ende des Kontinuums, in *Spanien* und *Italien*, bestehen komplexere Systeme, wo frequente ärztliche und sogar psychologische Untersuchungen erforderlich sind. Leider konnten in keinem der Länder Statistiken geliefert werden über die Zahl der Fahrer, die untersucht und 'ungeeignet' erklärt wurden wegen Drogenmißbrauch oder regelmäßiger Einnahme von beeinträchtigenden psychotropen Stoffen. Einschätzungen des spanischen Verbands medizinischer Verkehrszentren zufolge wurden etwa 10% der 'ungeeigneten' Fahrer alkohol- oder drogenabhängig (meist illegal) gefunden. Obwohl Fahrerlaubnisbehörden in den meisten EG Mitgliedstaaten vom Arzt unterzeichnete Erklärungen über die medizinische Fahrtüchtigkeit einer Person erhalten, konnten keine Fakten geliefert werden, die eine effektive Identifikation der derzeitigen Gebraucher von beeinträchtigenden psychotropen Stoffen zum Zeitpunkt der Ausstellung der Führerscheine zeigen konnten. Den Fahrerlaubnisbehörden zufolge ist es schwierig, eine Veränderung der heutigen Situation zu erwarten, es sei denn die Ärzte zeigen mehr Interesse, und allgemeine Informationskampagnen ändern die Einstellung der Öffentlichkeit zu drogenbezogenen Verkehrssicherheitsproblemen. Im Hinblick auf

Strafvermerke und Aussetzung, insbesondere die Unterscheidungen zwischen Gebrauchern von legalen und illegalen Drogen, und im Hinblick auf die Härte und Dauer der Gegenmaßnahmen (einschließlich des Führerschein-rückerstattungsprozesses) bestehen erhebliche Unterschiede zwischen den EG Mitgliedstaaten. Der Rückerstattungsprozeß wird im *Vereinigten Königreich* und in den *Niederlanden* von den Fahrerlaubnisbehörden durchgeführt, in den übrigen Ländern jedoch sind die Gerichte beteiligt. Schlußfolgernd gibt es unter der gegenwärtigen Gesetzgebung jedes der EG Mitgliedstaaten keine Information zur Unterstützung von Aussagen über die effektive Identifikation derzeitiger Gebraucher von beeinträchtigenden psychotropen Stoffen bei Kraftfahrern durch polizeiliche Zwangsmaßnahmen. Dasselbe gilt für die Erteilung oder Erneuerung von Führerscheinen. Obwohl einige vielversprechende Entwicklungen gezeigt werden im Hinblick auf die spezifische Beteiligung der Polizei bei der Feststellung der Eignung einer Person für den Besitz des Führerscheins in *Dänemark* und im Hinblick auf die Benachrichtigung der Fahrerlaubnisbehörden im *Vereinigten Königreich*, sollte man den Situationen einige Aufmerksamkeit widmen, in denen kaum ärztliche Untersuchungen durchgeführt werden, wie es in den *Niederlanden* der Fall ist, und auch den frequenten ärztlichen und psychologischen Untersuchungen ohne ausreichende Auswertung von deren Effektivität, so wie in *Spanien*. Es würde sich lohnen, diese Entwicklungen weiter zu untersuchen und die heutigen Verfahren in diesen Ländern auszuwerten.

Es könnte ein Aufruf erfolgen zur Entwicklung von Europäischen Richtlinien zur Durchführung von Tests für die Führerscheinrückerstattung im Falle von Delikten durch Fahren unter Einfluß, angesichts der verschiedenen Verfahren die in den einzelnen Ländern angewandt werden. Diese Richtlinien könnten zur Harmonisierung der Führerscheinrückerstattungsverfahren in der Europäischen Gemeinschaft benutzt werden.

Ein allgemeines Bedürfnis nach einer systematischen Untersuchung des häufigen Vorkommens von Drogengebrauch bei Verkehrsunfällen und des Unfallrisikos, das mit dem Gebrauch von psychotropen Stoffen verbunden ist, offenbart sich durch das Fehlen solcher Fakten in allen EG Mitgliedstaaten. Fahrerlaubnisbehörden sagen, daß es ohne ausschlaggebendere Fakten über ein zunehmendes Unfallrisiko weniger politischen Willen geben wird, die heutige Gesetzgebung über effektivere Methoden zur Identifizierung von beeinträchtigtem Fahren zu ändern.

## 4.2 Normen für die Fahrtüchtigkeit

### *Die heutige Situation*

Die heutigen Richtlinien über Drogengebrauch und Fahrtüchtigkeit sind ein Teil der Minimumsnormen für körperliche und geistige Tauglichkeit, ein Kraftfahrzeug zu führen, wie sie im Anhang III der ersten Richtlinie des Rates beschrieben stehen. In zwei EG Mitgliedstaaten, *Belgien* und *Frankreich* werden diese Richtlinien vom Verkehrsministerium aufgestellt und formalisiert. Außer *Italien*, wo das Gesundheitsministerium für den Entwurf von Minimumsnormen für Fahrtüchtigkeit verantwortlich ist, werden in *Deutschland*, den *Niederlanden*, *Spanien* und dem *Vereinigten Königreich* verschiedene Verfahren angewandt, an denen unabhängige Expertengruppen beteiligt sind. In *Dänemark* ist das Justizministerium für den Entwurf der heutigen Minimumsnormen verantwortlich. Seit Januar 1993 ist dies jedoch die Verantwortlichkeit des Verkehrsministeriums geworden. In *Deutschland* und den *Niederlanden* definiert eine ursprünglich unabhängige Instanz die Minimumsnormen für Fahrtüchtigkeit. Eine Expertengruppe auf hohem Niveau berät das Verkehrsministerium und das Gesundheitsministerium in beiden Ländern, während das Verkehrsministerium die legale Befugnis bereitstellt, diese Normen in der praktischen Medizin zur Ausführung zu bringen. In *Spanien* ist die Instanz ein Teil des Innenministeriums. In diesem Ministerium stellt der Verkehrssicherheitsrat Arbeitsgruppen von Experten zusammen, um die Minimumsnormen für Fahrtüchtigkeit zu definieren. Im *Vereinigten Königreich* ist es eine unabhängige Instanz, aber auch verschiedene andere Instanzen beraten den Minister. Die Veröffentlichung der medizinischen Aspekte der Fahrtüchtigkeit von der ärztlichen Kommission zur Unfallverhütung enthält die bekanntesten Richtlinien, die auch von den Ärzten akzeptiert werden. In den meisten EG Mitgliedstaaten außer den *Niederlanden*, *Deutschland* und dem *Vereinigten Königreich* ist keine praktische Veröffentlichung über Minimumsnormen und spezifische Hintergrundinformation vorhanden, die von Ärzten gebraucht werden kann.

### *Erwartete Veränderungen als Reaktion auf die Zweite Richtlinie*

Fahrerlaubnisbehörden in den meisten EG Mitgliedstaaten sagen, daß die existierenden Fahrtüchtigkeitsnormen mit der Struktur des neuen Anhangs III der Zweiten Richtlinie in Einklang gebracht werden müssen, daß sie jedoch keine

Veränderungen in bezug auf die drogenbezogenen Aspekte der Fahrtüchtigkeit aufweisen. Der Hauptgrund für diese Beobachtung, wie sie von den meisten Fahrerlaubnisbehörden vorgestellt wird, ist das Fehlen von mehr Information über die verschiedenen Aspekte von Drogen und Fahren, wie sie experimentelle und epidemiologische Untersuchungen liefern.

In *Spanien* sind Aktivitäten zur Überprüfung und Aktualisierung der Erteilung und Erneuerung der Fahrerlaubnis ungeachtet der Zweiten Richtlinie gestartet worden. Die allgemeine Sorge der spanischen Fahrerlaubnisbehörden ist die regelmäßige Einnahme von Medikamenten, die das Fahrverhalten beeinträchtigen, von einer großen Gruppe der Kraftfahrer (siehe auch Abschnitt 4.1). Es gibt ein dringendes Bedürfnis nach speziellen Kriterien, einen rationaleren Gebrauch dieser Drogen beim Verschreiben und Distribuieren zu fördern. In den *Niederlanden* wird es bald eine Neuausgabe der Minimumnormen geben. Die Richtlinien geben im Hinblick auf medizinische Drogen genauer an, wann eine Person aufgrund der gebrauchten Dosierung eines Medikamentes fahruntauglich ist. Die Richtlinien für psychotrope Medikamente geben zum Beispiel an, daß eine Person fahrunfähig ist, wenn 'hohe therapeutische Dosierungen' dieser Droge gebraucht werden. Dies ist eine ziemlich große Verbesserung der allgemeineren Aussagen, die normalerweise in den Richtlinien der zuständigen Behörden gemacht werden.

Im *Vereinigten Königreich* wird die Terminologie über Drogen und Alkohol im Paragraphen 15 des Anhangs III der neuen Richtlinie des Rates in die revidierten Vorschläge des 'Royal College of Psychiatrists' über die Minimumnormen für geistige Fahrtüchtigkeit aufgenommen werden.

#### *Diskussion und Schlußfolgerungen*

Die Minimumnormen für körperliche und geistige Fahrtüchtigkeit werden in den meisten EG Mitgliedstaaten mit Beteiligung von Gruppen und Experten auf hoher Ebene entworfen. Richtlinien im Hinblick auf den Gebrauch von beeinträchtigender psychotroper Drogen sind noch immer sehr allgemein und nicht spezifiziert nach Dauer und/oder Dosierung der gebrauchten Stoffe. Die Wirkung von Expertenmeinungen ist erheblich, und deshalb ist eine Verbesserung in der Informationsweitergabe an die Instanzen, die die Normen formulieren, erforderlich, und zwar Information über den neuesten Wissensstand über die beeinträchtigenden Effekte der verschiedenen Drogen, Drogendosierungen und letztere in bezug auf die Dauer der Drogenverabreichung. Dies ist besonders wichtig, weil die meisten Fahrerlaubnisbehörden angaben, daß sie nicht über neue

Entwicklungen informiert waren, wie zum Beispiel das europäische Kategorisierungssystem für Drogen mit Eigenschaften, die das Fahrverhalten beeinträchtigen.

In *Spanien*, den *Niederlanden* und dem *Vereinigten Königreich* zeigt man zumindest etwas Interesse für die Verbesserung der Anordnungsgewohnheiten. Die meisten Fahrerlaubnisbehörden erwarten jedoch keine Veränderung im Entwurf der Richtlinien bezüglich des Gebrauchs von psychotropen Stoffen als Reaktion auf die Zweite Richtlinie des Rates.

#### **4.3 Ärztliche Praxis**

##### *Kommunikation mit Fahrerlaubnisbehörden*

In den meisten EG Mitgliedstaaten außer *Deutschland*, den *Niederlanden* und *Belgien* muß ein Arzt jederzeit, wenn der Bewerber ihn darum bittet ein Formular über den Gesundheitszustand des Bewerbers ausfüllen, wenn ein Führerschein erteilt oder erneuert werden soll (Tabelle 4). In einigen EG Mitgliedstaaten, wie *Dänemark*, dem *Vereinigten Königreich* und *Italien* handelt es sich hierbei um den Hausarzt. In *Frankreich* und *Spanien* ist eine spezielle ärztliche Untersuchung erforderlich, während in *Italien* ein zweiter Arzt die aktuelle ärztliche Fahrtüchtigkeit feststellt zusätzlich zu einer Erklärung des Hausarztes dieser Person über seine medizinische Vergangenheit.

In *Dänemark* untersucht ein zweiter Arzt, der 'Gemeindearzt' eine Person, wenn der geistige und körperliche Zustand des Bewerbers die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen könnte. Er wird die Fahrerlaubnisbehörden bei ihrer Entscheidung über Einschränkungen der Fahrerlaubnis beraten.

In den *Niederlanden* sind der Fahrerlaubnisbehörde zufolge Ärzte unzureichend am Prozeß der Feststellung der Fahrtüchtigkeit einer Person beteiligt. Es gibt keine Kontrolle des Gesundheitszustandes zum Zeitpunkt der Erteilung einer Fahrerlaubnis, und es gibt keine speziellen Richtlinien, um die Fahrerlaubnisbehörden über jeden relevanten Gesundheitszustand, der die Fahrfähigkeit eines Patienten beeinträchtigen könnte, zu benachrichtigen. Fahrerlaubnisbehörden würden gerne die Hausärzte einschalten, um ein Formular auszufüllen oder die Erklärung eines Bewerbers zu unterschreiben, wenn auch immer eine Fahrerlaubnis erteilt oder erneuert wird. Die ärztliche Praxis jedoch unterstützt diese Arbeitsweise überhaupt nicht. Die Ärzteverbände sind für eine strikte Trennung zwischen Patientensorge und Benachrichtigung der Fahrerlaubnisbehörden. Fahrerlaubnisbehörden sagen jedoch, daß ein positiver Ansatz wie die Überprüfung

TABELLE 4 ÄRZTLICHE PRAXIS UND KOMMUNIKATION ÜBER MEDIZINISCHE FAHRTÜCHTIGKEIT MIT DEN FÜHRERSCHEIN

Erklärung zur Fahrtüchtigkeit der Bewerber  
nach Erteilung der Fahrerlaubnis

## Benachrichtigung des Fahrerlaubnisbehörden

	Hausarzt	Anderer Arzt	Ersuchen an Polizei bei Entscheidung über Fahrfähigkeit	Verlangt	Wird diskutiert	Vom Inhaber und stimuliert vom Arzt
Belgien	-	-	-	-	+	-
Dänemark	+	+ (nur bei Beeinträchtigungsverdacht)	+	-	-	-
Frankreich	-	+ (ärztliche Kommission)	-	-	-	-
Deutschland	-	nur Sehschärfe	-	-	-	-
Italien	+	+	-	-	-	-
Spanien	-	+ (medizinische Verkehrszentren)	-	-	+	-
Niederlande	-	-	-	-	-	-
Vereinigtes Königreich	+	-	-	-	-	+

• Fahrer von Fahrzeugen der Klassen A, B und B+E und Unterklassen A1 und B1

• Meldung durch den Führerscheininhaber ist gesetzlich erforderlich (Strassenverkehrsgesetz, Abschnitt 94(4))

der Möglichkeiten, in Zweifelsfällen mit einem eingeschränkten Führerschein zu fahren, leichter zum Ziel führt, wenn Hausärzte, die die medizinische Vergangenheit der Patienten kennen, eingeschaltet werden. Sie glauben, daß die Situation erheblich verbessert werden kann, wenn Hausärzte den Patienten anraten könnten, um die Meinung der zuständigen Behörden zu fragen, wenn der Gesundheitszustand des Patienten nicht mit dem Fahren zu vereinbaren ist. Hausärzte sollten Fahrerlaubnisbehörden benachrichtigen, wenn der Gesundheitszustand des Patienten einen ernsthaften Unfall verursachen könnte und dies nicht nur dem Patienten, sondern auch vielen anderen Schaden zufügen könnte.

Ähnliche Diskussionen werden aus *Belgien* berichtet, wo Experten in der Gerichtsmedizin die öffentliche Meinung zu beeinflussen begannen mit Aussagen über die Verantwortung der Ärzte für die öffentliche Sicherheit im Falle von gefährlichen Fahrern, die sich weigern, die Fahrerlaubnisbehörden selbst zu benachrichtigen.

Im *Vereinigten Königreich* wird Ärzten empfohlen, in Übereinstimmung mit den 'Berufsnormen und denen der medizinischen Ethik' zu handeln und zu berücksichtigen, daß 'Fälle auftreten können, in denen Bekanntgabe im Interesse der Öffentlichkeit gerechtfertigt sein kann, zum Beispiel eine Situation, in denen die nicht Bekanntmachung der angemessenen Information den Patienten oder sonst jemanden einem Todesrisiko oder ernsthaftem Schaden aussetzt'. Obwohl praktische Ärzte im öffentlichen Interesse von dieser Bekanntmachung Gebrauch machen können, benachrichtigen sie die Fahrerlaubnisbehörden selten direkt über den Gebrauch von beeinträchtigenden Medikamenten oder Drogen (Schätzung: nicht mehr als zehn Fälle jährlich). Die Fahrerlaubnisbehörden behaupten jedoch, daß sie jährlich etwa 40.000 Meldungen erhalten, wobei der praktische Arzt den Patienten über seinen körperlichen und geistigen Zustand informiert hat, was wiederum bewirkte, daß der Patient die Fahrerlaubnisbehörden benachrichtigt hat. In etwa 15% dieser Fälle erfolgte Führerscheinentzug. Im *Vereinigten Königreich* glauben die Fahrerlaubnisbehörden, daß die Ärzte nicht sehr bereitwillig sind, psychotrope Medikamente zu verschreiben. Das 'Royal College of General Practitioners' zeigt Interesse für das Problem der Fahrerlaubnis und des Drogenkonsums, zum Beispiel durch das Aufnehmen solcher Fragen in die Examens in der Arztausbildung.

In *Spanien* zeigen die Fahrerlaubnisbehörden die gleiche Auffassung in bezug auf die Meldung durch den Arzt, wenn durch (medizinische) Drogen beeinträchtigte und dadurch gefährliche Fahrer die

öffentliche Sicherheit gefährden könnten. Das spanische System der ärztlichen Untersuchungen in speziellen medizinischen Verkehrszentren, verschafft eine bestimmte Basis für die Untersuchung der Bewerber und Fahrer, aber solch ein Interesse der Ärzte ist in der primären ärztlichen Betreuung nicht bekannt.

#### *Diskussion und Schlußfolgerungen*

Die zuständigen Behörden für die Erteilung der Fahrerlaubnis sähen in den meisten EG Mitgliedstaaten gern eine größere Beteiligung des Hausarztes als Berater des Patienten in bezug auf das Problem der Fahrerlaubnis und des Drogengebrauchs. In allen EG Mitgliedstaaten brauchen Ärzte die Fahrerlaubnisbehörden nicht zu benachrichtigen folgend auf die Erteilung der Fahrerlaubnis unter dem heutigen Gesetz, außer für Erneuerungsverfahren. Die Kommunikation zwischen Fahrerlaubnisbehörden und Ärzten sollte verbessert werden, um die Information des Patienten zu optimalisieren, besonders in den Ländern, wo der Hausarzt während des Führerscheinverfahrens überhaupt keinen Einfluß auf die Beurteilung des Gesundheitszustands des Bewerbers hat.

Die Benachrichtigung der Fahrerlaubnisbehörden scheint im *Vereinigten Königreich* von Bewerbern und Fahrern akzeptiert zu werden. Hier ist die ärztliche Praxis in der Auslösung dieses Prozesses erfolgreich gewesen. Es wäre interessant, das Phänomen der Interessen der Fahrerlaubnisbehörden in anderen EG Mitgliedstaaten, die eine Veränderung der Kommunikationsstruktur mit den Ärzten anstreben, auszuwerten.

#### 4.4 Öffentliche Kommunikation

##### *Initiativen zur Vermeidung des Problems der Drogen und des Fahrens*

Die meisten Fahrerlaubnisbehörden akzeptieren die Verantwortung, dem Problem von Drogen und Fahren besondere Aufmerksamkeit zu widmen durch Organisation öffentlicher Informationskampagnen, durch Finanzierung von Untersuchungsvorhaben und durch die Veröffentlichung spezieller Broschüren. Manchmal werden diese Initiativen vom Verkehrsministerium initiiert und durchgeführt, wie zum Beispiel in *Spanien*. In den meisten EG Mitgliedstaaten entwickeln jedoch die Verkehrssicherheitsbehörden spezielle Informationskampagnen, unterstützt vom Verkehrsministerium oder dem Gesundheitsministerium. Da diese Kampagnen sich hauptsächlich auf das Problem Alkohol und Fahren

richten und selten die schädliche Auswirkung von medizinischen und illegalen Drogen auf das Fahren erwähnen, kann man davon ausgehen, daß die Kraftfahrer in bezug auf das Thema Drogen und Fahren nur ein minimales Problembeußtsein haben. Einige Versuche, die öffentliche Kommunikation zu verbessern sind jedoch bekannt und brauchen weitere Aufmerksamkeit (Tabelle 5).

## TABELLE 5 ÖFFENTLICHE KOMMUNIKATION ÜBER DROGENKONSUM UND FAHRBEEINTRÄCHTIGUNG

	Spezielles Warnsystem auf Etikett Verpackung	Spezielle Broschüren	Spezielle Medienkampagnen
Belgien	—	—	—
Dänemark	+ (seit 1983)	+ (von Apothekerverband)	+ (1983)
Frankreich	—	+ (von Apothekerverband)	—
Deutschland	—	+ (von Verkehrssicherheitsbehörde)	—
Italien	—	—	—
Spanien	— (in Vorbereitung)	+ (vom Verkehrsdirektorat; Innenministerium)	+ (1993)
Niederlande	+ (seit 1973)**	+ (von Apothekerverband)	+ (1987)
Vereinigtes Königreich	—	+ (von Fahrerlaubnisbehörde)	—

- Gemäss den EG Richtlinien müssen alle Packungsbeilagen mögliche Effekte auf die Fahrtüchtigkeit und die Benutzung von Maschinen erwähnen

Das Ministerium für Verkehr und staatliche Bauvorhaben unterstützte die Entwicklung eines neuen dreistufigen Kategorierungssystems

In **Spanien** ist das Verkehrsdirektorat im Innenministerium für die Verkehrssicherheitspolitik verantwortlich. Es sind schon verschiedene Aktivitäten zur Förderung der Verkehrsmedizin im allgemeinen und den drogenbezogenen Problemen im besonderen gestartet worden, wie zum Beispiel eine landesweite Untersuchung über Muster von Alkohol- und Drogenkonsum bei spanischen Fahrern; Informationsbroschüren über vorgeschriebene Medikamente und Verkehrssicherheit für Beschäftigte im Gesundheitswesen und Patienten, insbesondere ältere Fahrer; eine Literaturstudie, um Veränderungsvorschläge zu präsentieren für die Drogeninformation der Patienten auf Packungsbeilagen und Etikettwarnsysteme über die das Fahrverhalten beeinträchtigenden Eigenschaften der vorgeschriebenen Medikamente; Unterstützung von Forschungsprogrammen zur Identifikation beeinträchtigter Leistung durch Alkohol- und Drogenkonsum; Verbreitung einer speziellen Verkehrssicherheitszeitschrift unter Kraftfahrern, Fahrschullehrern, Ausbildern, Bürgerverbänden, sowie auch Massenmedienkampagnen über Gesundheit und Verkehrserziehung. Das Endziel dieses Aktionsprogramms des Verkehrsdirektorats ist es, die Einstellung von Ärzten, Apothekern, Patienten und der gesamten Bevölkerung zum Drogenkonsum und den damit verbundenen Verkehrssicherheitsproblemen zu modifizieren. Die Auswertung der Ergebnisse dieses Programmes ist in Vorbereitung.

In **Frankreich** unterstützte das Verkehrsministerium kürzlich (1991) die Veröffentlichung einer Broschüre, die hauptsächlich in der Ausbildung von Kraftfahrern benutzt werden soll, und die die Hauptthemen über Drogenkonsum und das Führen von Kraftfahrzeugen behandelt. Die Effektivität dieser Veröffentlichung ist noch nicht untersucht worden, aber die Fahrerlaubnisbehörden selbst berichten über eine geringe Bewertung bei der Zielgruppe wegen der Quantität und Komplexität der angebotenen Information.

Im **Vereinigten Königreich** unterstützte das Verkehrsministerium Initiativen zur Produktion von Drogeninformationsbroschüren, die für Laien geschrieben waren und als Packungsbeilage für Medikamente dienen sollten. Sie beschreiben Effekte der betreffenden Drogen auf die Fahrfähigkeit und die Bedienung von Maschinen.

In den **Niederlanden** unterstützte das Ministerium für Verkehr und staatliche Bauvorhaben Initiativen zur Schaffung eines Dreistufenmodells für die Kategorisierung vieler verschiedener medizinischer Drogen und der Dosierungen dieser Drogen im Hinblick auf ihre jeweiligen beeinträchtigenden Effekte auf die Fahrleistung. Dieses Kategorisierungssystem ist von den für Drogenregulierung zuständigen EG Behörden übernommen worden als

Teil des sogenannten 'Summary of Product Characteristics' (Zusammenfassung der Produkteigenschaften) (DG III/9163/90-EN), das den übereingekommenen Status des Produktes festlegen wird, sowie dies im Laufe des Überprüfungsprozesses entschieden wurde. Auf der Grundlage dieser Information müssen die Drogenhersteller dem Patienten spezielle Drogeninformation auf den Packungsbeilagen geben für alle neuen nach dem 1. Januar 1992 vorgelegten Mittel.

#### **Packungsbeilagen und Etikettwarnsysteme**

In den meisten EG Mitgliedstaaten besteht die einzige schriftliche Information, die über die das Fahrverhalten beeinträchtigenden Eigenschaften medizinischer Drogen verfügbar ist, aus sehr allgemeinen Warnungen auf Packungsbeilagen gemäß der heutigen EG Richtlinie über Drogeninformation für Patienten. Außer in den **Niederlanden** und **Dänemark** gibt es kein Warnsystem auf Packungsetiketten und auch keine offizielle Liste medizinischer Substanzen, die von den Gesundheitsbehörden instand gehalten wird, was zusätzliche Warnungsaktivitäten für die Patienten von Seiten der Ärzte und Apotheker erforderlich machen könnte.

In den **Niederlanden** wurde 1973 von den niederländischen Berufsverbänden von Ärzten und Apothekern (KNMB und KNMP) ein Etikettwarnsystem auf der Packung eingeführt. Es besteht aus einer Liste von Drogen (Namen von Substanzen), die das Fahren beeinflussen können. Apothekern wird angeraten, einen gelben Aufkleber mit schwarzen Buchstaben an der Packung zu befestigen, der besagt, daß die Drogen 'das Fahrverhalten beeinflussen kann'. Zusätzlich zur Verwendung dieses gelben Aufklebers gibt es noch zwei andere Möglichkeiten; wenn der Arzt nicht will, daß der Patient über die Beeinträchtigung beim Fahren gewarnt wird, kann er dem Apotheker sagen, daß er den gelben Aufkleber nicht benutzen soll. Wenn der Arzt nicht will, daß der Patient überhaupt fährt, kann er den Apotheker bitten, den roten Aufkleber zu benutzen (der besagt, daß Fahren beim Gebrauch dieser Drogen verboten ist). Handelt der Patient anders, dann begeht er eine Gesetzesübertretung. Keine dieser Möglichkeiten kommt in der Alltagspraxis vor, während der gelbe Aufkleber nach der Einführung der Automatisierung im Apothekerswesen verschwunden ist. Heutzutage wird die Information automatisch auf das Etikett gedruckt zusammen mit den Gebrauchsanweisungen für das Arzneimittel. Die Schwäche des derzeitigen Systems ist, daß es die Unterschiede zwischen den verschiedenen Drogen und Dosierungen nicht berücksichtigt. Nach einer allgemeinen Bekanntmachungskampagne über den Einfluß von Drogen auf

das Fahren, offenbarte eine Fragebogenstudie, daß 70% der Patienten, die Drogen mit einem gelben Aufkleber einnahmen, ihr Verhalten in bezug auf das Fahren noch nicht verändert hatten.

Apotheker in den Niederlanden haben seit der Automatisierung vor 15 Jahren eine aktiver Rolle in der Drogeninformation für Patienten bekommen. Einige Apotheker sind in der Lage, Drogeninformationsbroschüren für individuelle Patienten zu drucken, mit spezifischeren Warnungen je nach dem aktuellen Drogengebrauch des Patienten. Der Gebrauch von Symbolen oder Piktogrammen (wie zum Beispiel ein schwarzes Dreieck) unterstützen diese Aktivitäten.

In *Dänemark* wurde 1983 ein Warnsystem auf Packungsetiketten eingeführt. Es wurde von einem Expertenteam entworfen und wird vom nordischen Ausschuß für Medizin für alle nordischen Länder unterhalten. Das rote Warnungsdreieck wird allen Drogen innerhalb einer Kategorie mit dem Titel 'besonders gefährlich' beigefügt. Von Apothekern, die Medikamente, die so gekennzeichnet sind, ausgeben, wurde verlangt, daß sie dem Patienten eine Broschüre mit zusätzlicher Information mitgeben. Diese Information wurde jedoch als überflüssig beurteilt und folglich drei Jahre nach der Einführung wieder abgeschafft. Im Augenblick sind in den Gemeindeapothen in Dänemark noch Broschüren für Patientenberatung erhältlich. Nach der Meinung der Fahrerlaubnisbehörden ist das Warnsystem mit dem roten Dreieck in Dänemark nie ausgewertet worden. Fahrerlaubnisbehörden haben keinen Grund zu glauben, daß das Warnsystem verbessert werden muß. Dies ist besonders deswegen so, weil Gemeindeapotheker um ihren professionellen Rat, ihre Dienste und ihre Beteiligung an Kampagnen über Medikamente allgemein akzeptiert sind.

Fahrerlaubnisbehörden in den übrigen EG Mitgliedstaaten erklärten, daß weder Ärzte noch Gemeindeapotheker in der Patientenberatung über Drogen und Fahren eine bedeutende Rolle spielen. Dies steht im Kontrast zu der Situation in *Dänemark*, *Frankreich* und den *Niederlanden*, wo Berufsverbände für Apotheker spezielle Broschüren zur Information der allgemeinen Öffentlichkeit über die Risiken von Drogen und Fahren entwickelt haben.

#### *Die Rolle von Patienten- und Konsumentenverbänden*

Keine der Fahrerlaubnisbehörden in den EG Mitgliedstaaten konnte Information verschaffen über eine spezielle Rolle, die die Patienten- oder Konsumentenverbände spielen bei der Bekanntmachung des Problems der Drogen und des Fahrens.

Es ist jedoch möglich, daß diese Verbände interessiert sind und auf irgendeine Art daran beteiligt, da sie aber nie direkt gefragt wurden, bleibt dies im Ungewissen.

Im *Vereinigten Königreich* veröffentlichte der Konsumentenverband eine Themennummer des 'Drug and Therapeutics Bulletin' (ein unabhängiges Drogeninformationsbulletin, das alle zwei Wochen für Ärzte und Apotheker erscheint), die speziell dem Problem Drogen und Fahren gewidmet war.

#### *Diskussion und Schlußfolgerungen*

Fahrerlaubnisbehörden spielen in den meisten EG Mitgliedstaaten keine bedeutende Rolle bei der Aufstellung von Kriterien für Kraftfahrzeugführer zur Vermeidung bestimmter psychotroper Stoffe (inklusive Medikamente). Außer in Spanien gibt es keine konsequenten Aktionsprogramme, um das Problembeußtsein bei den Kraftfahrzeugführern, den im Gesundheitswesen Beschäftigten und der Öffentlichkeit in bezug auf drogenspezifische Verkehrssicherheitsprobleme zu vergrößern. Die Vorschläge und die Philosophie des Verkehrsministeriums in *Spanien* erweisen sich als sehr erfolgreich und sind ausgezeichnet, um Gesundheitserziehung mit Verkehrserziehung in Verbindung zu bringen und umgekehrt.

Was die Etikettenwarnsysteme betrifft, so können einige Erfolge aus den *Niederlanden* und *Dänemark* gemeldet werden. Die Einführung eines dreistufigen Warnsystems, das vom EG Ausschuß für Arzneispezialitäten (engl. CPMP) übernommen wurde zur Identifizierung des Verkehrsgefahrenpotentials jeder neuen Drogen wird wahrscheinlich die Reaktion der Fahrerlaubnisbehörden auf die Tatsache, daß bestimmte Führerscheinbewerber oder -inhaber Drogen die als 'potentiell gefährlich' gelten, weiter einnehmen, nicht beeinflussen. Fahrerlaubnisbehörden glauben jedoch, daß man in allen EG Mitgliedstaaten ein einheitliches Drogenwarnsystem braucht, das von dem vorgeschlagenen dreistufigen Warnsystem abgeleitet werden könnte und spezielle Symbole oder Piktogramme benutzt. Dieses System sollte zuallererst die Verordnungsgewohnheiten der Ärzte und die Verteilungsgewohnheiten der Apotheker verbessern. Die Fahrerlaubnisbehörden haben nicht berücksichtigt, daß das dreistufige Warnsystem in das Verfahren der Fahrerlaubniserteilung eingebaut werden sollte, zum Beispiel durch zeitweiligen Führerscheinentzug, wenn Bewerber die Drogen mit dem höchsten Gefahrenpotential einnehmen.

Schließlich spielen Patienten- und/oder Konsumentenverbände den Fahrerlaubnisbehörden zufolge überhaupt keine Rolle bei der Vergrößerung des Problembewußtseins unter Patienten und Konsumenten im Hinblick auf drogenspezifische Gesundheits- und Verkehrssicherheitsprobleme in allen EG Mitgliedstaaten. Die Fahrerlaubnisbehörden glauben, daß diese Rolle verbessert werden sollte, indem man das Problem des Fahrens unter Einfluß als ein öffentliches Gesundheitsproblem darstellt und die Verhinderung drogenbeeinträchtigten Fahrens als eine Art geteilte Verantwortung mit den (medizinischen) Drogengebrauchern.

Zum Schluß können einige Aspekte der öffentlichen Kommunikation als wichtige Elemente für ein zukünftiges Aktionsprogramm in allen EG Mitgliedstaaten identifiziert werden. Erstens die Entwicklung gut durchdachter Informationskampagnen über Gesundheits- und Verkehrssicherheitsfragen bezogen auf Drogen und Fahren, um das Problembewußtsein der Bevölkerung, der im Gesundheitswesen Beschäftigten und der Politiker zu vergrößern. Zweitens, verstärkt auf die Einführung eines einheitlichen Etikettenwarnsystems für Drogen hinzuarbeiten. Dies könnte ein wichtiger Beitrag für die Verkehrssicherheit und die Volksgesundheit sein. Und schließlich sollte das Aktionsprogramm noch eine effektive Arbeitsweise von Seiten der Patienten- und Konsumentenverbände enthalten in ihrem Engagement, drogenbeeinträchtigtes Fahren zu verhindern.

#### 4.5 Erwartete Veränderungen in den Bestimmungen

##### Erwartete Veränderungen

Erwartete Veränderungen in nationalen Bestimmungen und Verfahrensweisen, die derzeit durchgeführt werden, um die gewünschte Kontrolle auf Drogenkonsumenten durch das Führerscheinverfahren zu erreichen als Reaktion auf die zweite Richtlinie des Rates variieren in den verschiedenen EG Mitgliedstaaten.

In *Belgien* wird als Reaktion auf die zweite Richtlinie des Rates die Gesetzgebung nicht verändert werden. Es gibt jedoch eine Debatte über Vorschläge zu speziellen Programmen für Straffällige wegen Fahrens unter Einfluß. Straffällige werden verpflichtet innerhalb einer gewissen Zeitspanne dieses Programm zu folgen je nach Härte der Straftat, um zu verhindern, daß Aussetzung der Fahrerlaubnis erfolgt. Das Belgische Institut für Verkehrssicherheit entwickelt verschiedene Programme für Alkohol, Drogenkonsum, Ermüdung und Stress als Ursachen

für die Fahrbeeinträchtigung und andere relevante Erlasse zur Verbesserung des sicheren Fahrens.

Was die Meldung eines Gesundheitszustandes betrifft, der das Fahren ernsthaft beeinträchtigen könnte, so ist im Augenblick undeutlich, ob eine erhebliche Anzahl der Ärzte für eine Veränderung der Einstellung zum Recht der Geheimhaltung ist. Es schiene gerechtfertigt, die heutige ärztliche Praxis im Licht der Tatsache zu überprüfen, daß die Meldung der Fahruntüchtigkeit einer Person an die zuständige Fahrerlaubnisbehörde Menschenleben retten könnte.

In *Dänemark* hat eine Veränderung in der Verantwortlichkeit für die Veröffentlichung von Minimumnormen für körperliche und geistige Fahrtüchtigkeit stattgefunden. Ab 1. Januar 1993 wurde dies die Verantwortlichkeit des Verkehrsministeriums. In Dänemark wird es keine Veränderung der Straßenverkehrsordnung geben als Reaktion auf die Zweite Richtlinie.

In *Frankreich* wird es keine Veränderung der Straßenverkehrsordnung geben als Reaktion auf die Zweite Richtlinie. Jedoch werden Vorschläge diskutiert, die französische Gesetzgebung so zu verändern, daß Fahren unter Einfluß von Drogen so gestraft werden könnte, als ob die zugelassene Alkoholgrenze überschritten wäre.

In *Deutschland* begann die Diskussion über Drogenabhängigkeit unabhängig von den Bestimmungen der Zweiten Richtlinie des Rates, Anhang III. Das Strafrechtsverfahren hat die Relevanz der Drogenabhängigkeit für die Verkehrssicherheit sehr stark dominiert durch die Konzentration auf die Probleme des illegalen Drogenkonsums. Die Mediziner und die Verhaltensforscher haben verschiedene Meinungen über wichtige Aspekte, wie zum Beispiel die Definition von Abhängigkeit und die Behandlungskonsequenzen, die solch eine Beurteilung mit sich bringt. Im Augenblick ist das deutsche System gut akzeptiert und die Fahrerlaubnisbehörde sagt, daß es keinen dringenden Grund gibt, sie als Reaktion auf die Zweite Richtlinie zu verändern. Es ist jedoch erwähnenswert, daß in Deutschland eine Diskussion begonnen hat über die Notwendigkeit, daß Psychologen sich mehr am Prozeß der Identifizierung und Kontrolle von Drogen und Fahrproblemen beteiligen, zum Beispiel bei der Aufstellung von Kriterien für Führerscheinrückerstattungen nach Einnahme oder Aussetzung im Falle von Fahren unter Einfluß.

In *Spanien* sagt die zuständige Fahrerlaubnisbehörde, daß Spanien den Bewerbern und Fahrern, die regelmäßig psychotrope Stoffe, die die Fähigkeit, sicher zu fahren nachteilig beeinflussen können, besondere Aufmerksamkeit widmen wird. Das vorgeschlagene Aktionsprogramm ist sehr vielversprechend.

Im *Vereinigten Königreich* bereitet die Fahrerlaubnisbehörde Vorschläge vor, die die Ausführung der Zweiten Richtlinie des Rates verbessern könnte, indem sie die Verfahren für die Ärzte vereinfacht, wie zum Beispiel administrative Empfehlungen einschließlich einer Auswahl von zehn wichtigen Behinderungen, die Menschen vom Besitz eines Führerscheins abhalten können, inklusive Drogen-mißbrauch oder Drogenabhängigkeit. Es gibt weitere Vorschläge zu einer besseren Förderung der Erklärung des Strafvermerksystems ('Endorsement Offence Codes and Points'), das sich auf einem Führerschein befinden kann. Statt das Straßenverkehrsgesetz zu ändern, werden Maßnahmen getroffen, um eine bessere Anwendung der heutigen Gesetzgebung zu erreichen.

In den *Niederlanden* würde die Fahrerlaubnisbehörde gerne Hausärzte mit einbeziehen beim Ausfüllen von Formularen oder um Erklärungen von Bewerbern zu unterzeichnen als Bestätigung, immer wenn ein Führerschein ausgestellt oder erneuert wird. Obwohl dieser Vorschlag von einer bedeutenden Zahl von Ärzten unterstützt wird, scheint der politische Wille zur Veränderung nicht in Kürze zu erwarten. Weiterhin will die Fahrerlaubnisbehörde die Einführung eines instruktiveren und informativeren Formulars fördern, das für Erklärungen von Bewerbern über ihren eigenen Gesundheitszustand und Drogengebrauch benutzt werden soll.

In *Italien* trat 1993 ein neues Gesetz in Kraft, das das italienische Straßenverkehrsgesetz im Sinne der Zweiten Richtlinie des Rates abänderte. Unter der neuen Gesetzgebung kann dem Bewerber ein Führerschein enthalten werden, wenn er keine Erklärung zu seiner Fahrtüchtigkeit abgibt, die von einem Psychologen festgestellt wurde, wobei die letztgenannte Untersuchung gerechtfertigt wurde von einem für die Beurteilung der Fahrtüchtigkeit zuständigen Arzt.

Eine weitere Veränderung als Reaktion auf die Zweite Richtlinie des Rates ist eine Abänderung des Straßenverkehrsgesetzes (Art. 186 und 187) im Juli 1994, die bedingt, daß die körperliche und geistige Eignung von Fahrern, die in Verkehrsunfälle verwickelt waren (einschließlich eines Übermaßes an Alkohol und Drogenkonsum), untersucht werden müssen als Standardverfahren in allen Verkehrsunfällen wo die Anwesenheit der Polizei erforderlich ist.

#### *Diskussion und Schlußfolgerung*

Rückblickend auf die verschiedenen erwarteten Veränderungen als Reaktion auf die Zweite Richtlinie des Rates können mehrere Arten von Kräften für

Veränderung beobachtet werden. Erstens, die Beteiligung der Ärzte beim Benachrichtigen der Fahrerlaubnisbehörden, wenn der Verzicht auf den Führerschein Menschenleben retten könnte. Fahrerlaubnisbehörden behaupten, daß vereinfachte Verfahren notwendig sind, um die Ärzte zu leiten. Die Arbeitsweise der Fahrerlaubnisbehörde im *Vereinigten Königreich* ist führend in diesem Punkt. Die Fahrerlaubnisbehörden in *Belgien* und den *Niederlanden* sind sich von der Notwendigkeit bewußt, die Ärzte mehr in den Prozeß der Führerscheinerteilung einzubeziehen, ihnen fehlt jedoch die politische Unterstützung, die heutige Situation zu verändern. Andererseits sind die Behörden in *Dänemark*, *Spanien* und *Italien* mit der heutigen Rolle der Ärzte im Prozeß der Ausstellung des Führerscheins zufrieden, die sich vor allem konzentriert auf die Verfahren der Erteilung und Erneuerung der Fahrerlaubnis und nicht so sehr auf die Benachrichtigung der Fahrerlaubnisbehörden, nachdem die Fahrer ihre Führerscheine erhalten. Allgemeine Aufmerksamkeit sollte den Verordnungsgewohnheiten von Drogen gewidmet werden, in denen die chronische oder regelmäßige Einnahme psychotroper Medikamente den Arzt zwingen könnte zu entscheiden, ob ein Führerschein ausgestellt oder erneuert werden sollte. In den Mitgliedstaaten wo ausschließlich Bewerber Aussagen über ihre körperliche und geistige Fahrtüchtigkeit machen ist die Einbeziehung des Hausarztes für die Beratung der Führerscheinbewerber oder -inhaber sehr zu empfehlen. Der Hausarzt kann ihnen Information über ihren körperlichen und geistigen Zustand verschaffen, die sie vielleicht dazu bewegt, die Fahrerlaubnisbehörde zu informieren.

Zweitens, das Problembewußtsein von Drogen und Fahren unter den zuständigen Behörden hängt ab von Kenntnis über Drogengebrauch bei Kraftfahrern allgemein und bei Fahrern, die in Unfälle verwickelt waren. Bis jetzt hat nur ein EG Mitgliedstaat, *Italien*, Maßnahmen getroffen für ein systematisches Verfahren zur ärztlichen Feststellung der Fahrtüchtigkeit von allen Fahrern, die in Unfälle verwickelt waren, mittels einer dementsprechenden Abänderung des Straßenverkehrsgesetzes.

Drittens, eine weitere Entwicklung liegt in der Einbeziehung der Sozial- und Verhaltenswissenschaft bei der Identifizierung und Überwachung des Fahrverhaltens der Drogengebraucher. In einigen EG Mitgliedstaaten sind Psychologen beteiligt unter der nationalen Gesetzgebung. Eine rezente Abänderung des Straßenverkehrsgesetzes in *Italien* beschränkte die Notwendigkeit einer psychologischen Untersuchung

auf die Umstände, in denen der Arzt dachte, daß solch eine Untersuchung nötig sei.

In *Spanien* werden seit über zehn Jahren während des Prozesses der Erteilung und Erneuerung der Führerscheine psychologische Tests durchgeführt. Leider wurde dieses Verfahren nie auf irgendeine Weise evaluiert, um seinen Wert zu beweisen. In *Deutschland* begannen kürzlich Diskussionen über die Beteiligung von Verhaltensexpertern bei der Festlegung der Kriterien für die Beurteilung der Fahrtüchtigkeit von Bewerbern, besonders für Rückerstattungsverfahren nach Aufhebung oder Aussetzung der Fahrerlaubnis von Fahrern unter Einfluß.

Zusammenfassend kann man sagen, daß die EG Mitgliedstaaten nicht auf der gleichen Ebene mit der Harmonisierung der Gesetzgebung als Reaktion auf die Zweite Richtlinie beschäftigt sind. In der Realität wird sich den Fahrerlaubnisbehörden zufolge sehr wenig ändern. Gleichzeitig erregt in verschiedenen EG Mitgliedstaaten die Einbeziehung von Ärzten und Psychologen in die Verfahren der Fahrerlaubniserteilung Aufmerksamkeit, besonders in den Mitgliedstaaten, wo es keine ärztliche Beteiligung gibt. Die Tendenz nach mehr Beteiligung von Ärzten ist deutlich und wird in Zukunft zu einer größeren Harmonisierung beitragen. Psychologen sind in einer anderen Position, was weitere Auswertung erfordert.

## 5 EMPFEHLUNGEN

Die folgenden Empfehlungen sind an Fahrerlaubnisbehörden in allen EG Mitgliedstaaten und an Politiker gerichtet, die in der Europäischen Gemeinschaft für Verkehr und Volksgesundheit zuständig sind. Die Empfehlungen ergeben sich aus den Überlegungen in Kapitel 4 und werden zusammen mit Themen präsentiert, deren Aufnahme in die zukünftigen konzentrierten Aktionsprogramme in der Europäischen Gemeinschaft man in Erwägung ziehen könnte.

**5.1** Die Europäische Kommission sollte die schlechte Ausführbarkeit von Artikel 15 Anhang III als eine Methode zur Identifizierung derzeitiger Gebraucher von beeinträchtigenden Mitteln anerkennen und eine Studie in Auftrag geben, um die Ziele des Artikels 15 zu überarbeiten. Wenn das geschehen ist, sollten die Fahrerlaubnisbehörden neue Verfahren zur Informationsverschaffung entwickeln, so daß sie in der Lage wären, eine Entscheidung über die Erteilung oder Erneuerung der Fahrerlaubnisse zu treffen; und sie sollten mit Ärzten und Psychologen effektive Kommunikationswege entwickeln, um Information über die Fahrtüchtigkeit von Bewerbern und derzeitigen Führerscheininhabern zu erwerben.

*Themen für zukünftige Aktionsprogramme:*

- \* Verbesserung des öffentlichen Problembewußtseins in bezug auf das Verhältnis zwischen Verkehrssicherheit und Volksgesundheit.
- \* Auswertung der Wirkung der Beteiligung von Psychologen an der Identifizierung und Überwachung derzeitiger Gebraucher von beeinträchtigenden psychotropen Stoffen.
- \* Auswertung der heutigen Verfahren zur Benachrichtigung der zuständigen Fahrerlaubnisbehörden über den geistigen und körperlichen Zustand von Patienten, der die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen könnte (z.B. das Modell des Vereinigten Königreichs).

\* Schaffung neuer Wege, um der Öffentlichkeit und den Ärzten die Problematik von Drogen und Fahren zu übermitteln. Insbesondere die Entwicklung praktischer Richtlinien für das Verordnen von Medikamenten und praktischer Richtlinien zur Instruktion von Patienten über den Zeitpunkt, zu dem die Patienten die zuständigen Fahrerlaubnisbehörden benachrichtigen sollten; und instruktivere und informativere Formulare zur Erklärung der Fahrtüchtigkeit, die den derzeitigen Drogengebrauch im Hinblick auf Dosierung und Dauer erläutern, und die vom Hausarzt unterzeichnet werden.

\* Identifizierung verschiedener Arten die Minimumnormen für geistige und körperliche Fahrtüchtigkeit zu verbessern im Hinblick auf regelmäßige Einnahme psychotroper Stoffe durch Führerscheinbewerber und Führerscheininhaber. Besonders Ärzte brauchen Begleitung bei der Reduzierung von falschem Gebrauch oder Mißbrauch bei Patienten, und sie müssen deutlich sein über die angewandten Einschränkungen bei regelmäßiger Einnahme von hohen therapeutischen Dosierungen, die verordnet werden, wenn ein Patient im Besitz eines Führerscheins ist.

**5.2** Fahrerlaubnisbehörden sollten die Notwendigkeit für ein europäisches System der Datenerfassung über drogenverursachte Verwicklungen in Unfälle einsehen und sich zum Ziel setzen, die relevanten Verkehrssicherheitsstatistiken in den verschiedenen Mitgliedstaaten miteinander zu vergleichen. Um das Ausmaß des Drogen- und Fahrproblems beschreiben zu können, sollten die für Verkehrssicherheit und Volksgesundheit zuständigen Behörden nach einer pan-europäischen epidemiologischen Untersuchung streben, um das Potential von Unfallrisiken aufzudecken,

das sich aus dem Gebrauch von psychotropen Stoffen ergibt.

*Themen für zukünftige Aktionsprogramme:*

- \* Datenversammlung über den Gebrauch psychotroper Stoffe unter den Kraftfahrern und eine systematische Datenversammlung über den Gebrauch von psychotropen Stoffen unter allen Fahrern, die in Unfälle verwickelt waren.
- \* Epidemiologische Beurteilung des erhöhten Unfallrisikos kombiniert mit dem Gebrauch verschiedener psychotroper Medikamente, wobei die Stichprobe ausreichend sein sollte, um die Effekte spezifischer Drogenklassen zu untersuchen.
- \* Beschreibung des vorherrschenden Gebrauchs psychotroper Medikamente, wenn Führerscheine ausgestellt oder erneuert werden auf der Basis von Fakten, die von Führerscheinbewerbern oder Führerscheinhabern und ihren Hausärzten vorgelegt werden.
- \* systematische Datenversammlung über Verurteilungen wegen 'Fahrens unter Einfluß', bei denen der Gebrauch von psychotropen Stoffen nachgewiesen werden konnte.

**5.3 Fahrerlaubnisbehörden** sollten die Notwendigkeit der Harmonisierung der Verfahren für die Führerscheinrückgabe erkennen in Fällen von Aufhebung, Aussetzung, Entzug, oder anderen Strafvermerken wegen Fahrens mit Beeinträchtigung durch psychotrope Stoffe.

*Themen für zukünftige Aktionsprogramme:*

- \* Einstellung einer Arbeitsgruppe, die Daten versammelt über: das Strafgesetzbuch und/oder administrative Verfahren für die Rückgabe von Führerscheinen, Beschreibung der verschiedenen Systeme und aktueller Erfahrungen, Auswertung der Effektivitäts-

studien über Führerscheinrückgabe und Programme zur Reduzierung von Rückfälligkeit, wie sie in den verschiedenen EG Mitgliedstaaten bekannt sind.

\* Entwicklung eines pan-europäischen Verfahrens zur Aussetzung der Fahrerlaubnis bei Entdeckung von drogenbeeinträchtigtem Fahren und die Rückgabe, nachdem die Beeinträchtigung definitiv als beendet betrachtet werden kann (z.B. wenn ein Patient mit dem Gebrauch einer 'gefährlichen' Droge aufhört oder ein Mißbraucher sich einer dokumentierten Entziehungskur unterzogen hat).

**5.4 Fahrerlaubnisbehörden** sollten die Implikationen des dreistufigen Warnsystems anerkennen, sowie es vom dem DG III Ausschuß für Arzneispezialitäten akzeptiert wurde und sich die Einführung eines einheitlichen europäischen Etikettenwarnsystems für Drogen zum Ziel setzen, das deren potentielle Gefahr für das Fahren wiedergibt.

*Themen für zukünftige Aktionsprogramme:*

- \* Errichtung einer EG Agentur, die koordinierte Bemühungen anstrebt, Drogen auf ihr Potential an Toxizität zu kategorisieren, womit sie das Fahrverhalten der Patienten und die Verkehrssicherheit beeinflussen.
- \* Vorschlag für ein einheitliches europäisches Etikettenwarnsystem (z.B. das rote Dreieck mit Bekanntgabe der Drogenkategorie), das allen Drogen beigefügt werden soll, die gemäß dem dreistufigen Warnsystem etikettiert sind.
- \* Entwicklung eines europäischen Systems zur Aussetzung der Fahrerlaubnis von Patienten, die 'gefährliche' Drogen oder Dosierungen gebrauchen, für die Periode des Gebrauchs und Einschränkung der Fahrerlaubnis von Fahrern, die weniger gefährliche Drogen

gebrauchen (z.B. nur fahren mit BAC = 0,0).

5.5 Fahrerlaubnisbehörden sollten die zuständigen Behörden für Volksgesundheit auf den Entwurf eines europäischen Programmes ansprechen, das der Entwicklung und Durchführung einer internationalen Informationskampagne für Drogengebraucher gewidmet ist.

*Themen für zukünftige Aktionsprogramme:*

- \* Engagement von nationalen und internationalen Patienten/Verbraucherverbänden, um Ziele und Methoden für die Informationskampagnen zu definieren.
- \* Verbreitung von Information über neue Verfahren zur Erteilung, Erneuerung und Rückerstattung der Fahrerlaubnis (die sich aus diesen Empfehlungen ergeben), die sich auf die Beziehung zwischen Verkehrssicherheit und Volksgesundheit richten.

## 6 REFERENZEN

Alvarez FJ, Prada R, DelRio MC. Patterns of drug consumption among Spanish drivers. Therapie 1992;47:63-6.

Balter M, Manheimer DI, Mellinger G. Cross-sectional comparisons of anti-anxiety/sedative drug use. Current Med Res Opin 1983;8(Suppl.4):5-20.

Deutscher Verkehrssicherheitsrat e.V. Fakten-sammlung Alkohol im Strassenverkehr. Bonn, 1992: 3.3.1

Everest JT, Tunbridge RJ, Widdop B. The incidence of drugs in road accident fatalities. TRRL Crowthorne, Research Report 202, 1989.

Ferrara SD, Zancaner S, Snenghi R, Berto F. Psychoactive drugs involvement in traffic accidents in Italy. In: Perrine MW (Ed) Alcohol, Drugs and Traffic Safety. National Safety Council, Chicago, 1990:260-64.

Geywitz Ch, Graw M, Mallach HJ. Epidemiologische Untersuchungen über den Einfluss von Alkohol und Arzneimitteln auf die psychophysische Leistungsfähigkeit. Blutalkohol 1991;28:193-202.

Möller MR. Drogenkonsum und Drogennachweis bei Verkehrsteilnehmern. Deutsches Autorecht Jan 1993.

Ray WA, Fought RL, Decker MD. Psychoactive drugs and the risk of injurious motor vehicle crashes in elderly drivers. Am J Epidemiol 1992;136:873-83.

Rittner Ch, Becker J. Untersuchungen zum Benzodiazepingebräuch auffälliger Verkehrs-teilnehmer in Rheinland-Pfalz. Universität Mainz, 1991.

Wolschrijn H, Gier JJ de, Smet PAGM de. Drugs and driving: a new categorization system for drugs affecting psychomotor performance. Institute for Drugs, Safety and Behavior, University of Limburg, Maastricht, The Netherlands. IGVG 91-24, 1991.

**APPENDIX: Current Situation in Different EC Member States**

<i>EC Member State</i>	<i>page</i>
Belgium	44
Denmark	45
France	47
Germany	48
Italy	50
Spain	52
The Netherlands	54
United Kingdom	56

## BELGIUM

### *Driving under the influence (DUI):*

In Belgium there are no specific criteria relating to different drugs (prescription, over-the-counter or illicit) or the extent of use. The description of 'driving under the influence of drugs (licit or illicit)' is comparable to the description of driving under the influence of alcohol with 0.8 g/l blood alcohol concentration (Wet betreffende de politie over het wegverkeer; Chapter V, Art. 35). Belgian legislation is very straightforward in this respect, penalizing driving under the influence of drugs as if alcohol had been used above the legal limit. No indication is given of how to define the influence of drugs.

### *Methods of identifying current users of impairing psychotropic agents:*

The police may hold a person to have laboratory specimens of his blood (no urine) taken if there is cause to suspect that he has committed an offence under Chapter V (Art. 35) of the Belgian Road Traffic Act. In court the decision to convict a person of driving under the influence will not be guided by reports provided by the police but will fully depend upon the findings of blood samples analyses, the latter being guided by expert opinions. Suspension or endorsement of driving licences is decided by the court (Procureur des Konings) and depends upon severity of the case. Regrants of licences depends on proof of sobriety. It is not clear by what series of tests an offender is required to prove that he is no longer abusing drugs; this fully depends on the decision of the medical adviser. The regranting process is carried out by the court.

### *Anticipated changes in response to the Second EC Directive:*

Politically speaking there will be no change in Belgian legislation. However, there is some debate on proposals pertaining to special programmes for DUI offenders. Depending on the severity of the DUI offence, offenders are required to complete the programme within a given period of time to prevent the driving licence being suspended. The Belgian Institute for Traffic Safety is developing different programmes covering alcohol, drug use, fatigue and stress as causes of impaired driving, and other relevant issues for promoting safe driving.

### *Issuing driving licences:*

To obtain a driving licence, applicants for a first driving licence or wishing to renew a driving licence have to fill out a form and declare that they do not regularly use any medicinal drugs, like hypnotics or tranquilizers or any other psychotropic substances and that they have not been treated in the last five years for abuse of alcohol, medicinal or illicit drugs. The same declaration also pertains to other mental or physical conditions that could impair driving capability. The form warns that untruthful statements will be penalized.

Driving licences are valid indefinitely, unless the applicant's mental or physical condition require medical examinations as indicated by the applicant's declaration. In these circumstances the physician decides on the validity of driving licences.

### *Concerning medical practice:*

The applicant's family doctor is not required to fill out any form nor notify the licensing authorities about any medical condition of his patient which might impair driving. However, experts in medical law doubt whether this right to secrecy would still be valid in circumstances where a person could cause a serious accident due to his medical conditions, thus doing harm not only to himself but also to many others. Experts feel a strong tendency to a type of physician who wants to be responsible for public safety in cases where the patient might be a dangerous driver but who does not want to notify the licensing authorities himself.

### *Political intention to comply with or deviate from the provisions of Annex III (Art. 15):*

It is presently unclear whether a substantial proportion of the medical profession is in favour of changing the attitude towards the right to secrecy in circumstances when notifying a person's lack of fitness to drive to the licensing authorities could save people's lives.

### *Epidemiological descriptions:*

Unknown. Research is starting because some experts estimate the involvement of hypnotic and anxiolytic drug use among Belgian road users to be on the average 25%.

### *Standards of driving fitness:*

The body formulating the minimum standards of physical and mental fitness is part of the Ministry of

Transport. The present text (Addendum 6 of 'Koninklijk besluit betreffende het rijbewijs', January 1992) is based on Annex III of the First EC Directive and will not show any changes pertaining to drugs and driving in response to the Second EC Directive.

*Concerning public communication:*

The Belgian Institute for Traffic Safety organizes campaigns that focus mainly on alcohol and sometimes mention the detrimental effects of medicinal and illicit drugs upon driving. Under the EC Directives package inserts produced by pharmaceutical manufacturers must contain specific warnings pertaining to the effects on driving or operating machinery. There is no information which reveals specific patient counselling on the issue of drugs and driving by general practitioners and community pharmacists. Nor is there any specific warning label system based on a list of drugs known to impair driving performance.

*Role of patient/consumer organizations:*

There is no information on a specific role of patient/consumer organizations in drawing attention to drugs and driving problems.

*Changes in drug information:*

The implementation of a 3-tier warning system as accepted by the EC's Committee for Proprietary and Medicinal Products (CPMP) for identifying the driving hazard potential of every new drug, will probably not affect the response of licensing authorities to the knowledge that certain drivers will be using drugs labeled 'potentially dangerous'. Licensing authorities do believe that the proposed warning system should in the first place improve prescribing practice of physicians. Further, physicians involved in the medical examination of Group 1 (\*) applicants could benefit from the knowledge of drug categorization. This, however, is only possible if the applicant himself declares that his medical fitness needs to be examined by a physician, which is hardly the case in normal practice.

(\*) Group 1: drivers of vehicles in categories A, B and B+E and subcategory A1 and B1

**DENMARK**

*Driving under influence (DUI):*

The Danish Road Traffic Act does not allow a power-driven vehicle to be driven by any person who is incapable of driving such a vehicle properly, because he is under the influence of drugs or whatever (Part 10, Art. 54). No indication is given of how to define an influence of drugs is not indicated.

*Methods of identifying current users of impairing psychotropic agents:*

The police may hold a person to have laboratory specimens of his blood and urine taken if there is cause to suspect that he has committed an offence under Art. 54 of the Danish Road Traffic Act. In practice it is not clear under what circumstances the police will decide to have blood or urine samples taken. The authorities said that a clear suspicion was required. Impaired driving behaviour and/or the causing of an accident detected by the police were valid reasons for holding a person in order to have body fluid samples taken. In the event of a positive finding of illicit drug use, the courts of law will require experts' opinions and decide on suspension. Positive findings of medicinal drug use always required medical examination and the National Board of Health's advice to the Ministry of Transport. The Ministry's decision on the basis of this advice is notified to the suspect and the police. After a period of suspension from holding a driving licence a driver has to submit to a qualifying test before his licence is regranted.

*Anticipated changes in response to the Second Directive:*

There will be no change in the Danish Road Traffic Act. However there will be a change in the publication of standards of driving fitness. Up to January 1993 these standards were published under the auspices of the Ministry of Justice and since that date they have become the responsibility of the Ministry of Transport.

*Issuing driving licences:*

Under Art. 56 subsection 3 of the Danish Road Traffic Act a driving licence may be refused to any person who is addicted to euphorants or other drugs, or who is not temperate in the use of alcohol. Appeals may be brought in before the courts of law as provided in subsection 3 of section 78 of the Danish Criminal Code. The provision may also be invoked in the case of disqualification from holding

a driving licence and the regranting of such licence, as stipulated in Art. 60 of the Road Traffic Act.

In Denmark the police can qualify a person to hold a licence or disqualify a person. An applicant for a first driving licence or for the renewal of a driving licence, aged over 70 years, has to fill out a form as does his family doctor. If the latter suspects a condition that could impair driving, he has to notify the consulting community physician (in case of Group 1 (\*) drivers) or the National Board of Health (in case of Group 2 (\*) drivers). The consulting community physician can request the police to decide on the applicant's qualifications by testing his driving capabilities. The police will finally decide on the conditions under which a person can hold a driving licence. The National Board of Health will advise that a special medical examination be carried out when Group 2 drivers are involved and when the Minister of Transport receives a complaint about a decision from a consulting community physician.

The validity of driving licences is limited after the age of seventy years for Group 1 drivers. Age dependent periods are laid down in legislation and medical examinations are required for the renewal of driving licences. Group 2 drivers require a medical examination every five years to renew their driving licences.

#### *Concerning medical practice:*

In Denmark the family doctor has to fill out a form whenever a driving licence is issued or renewed. The police qualifies a person to hold a driving licence or disqualifies a person on the basis of this medical statement. If the mental or physical condition of the applicant could impair driving performance, the community physician and the National Board of Health take over the medical evaluations and advise the licensing authorities on how to decide on restrictions and suspensions of driving licences. Medical practice has a significant influence on monitoring mental and physical fitness to drive, guided by specific instructions issued by the Ministry of Justice. However, the use of medicinal or illicit drugs as such is not covered by these guidelines. Medicinal drug treatment is mentioned in relation to the treatment of chronic diseases, like diabetes mellitus and epilepsy.

#### *Political intention to comply with or deviate from the provisions of Annex III (Art. 15):*

There will be no change in Danish legislation or procedures for defining minimum standards of physical and mental fitness for driving. The present involvement of the medical profession seems to

guarantee monitoring of driving impairment arising from the use of drugs (licit or illicit).

#### *Epidemiological descriptions:*

Unknown. No specific information could be obtained on epidemiological descriptions of prevalence of use and accident risk associated with the use of various psychotropic medications by driving populations.

#### *Standards of driving fitness:*

The body formulating the minimum standards of physical and mental fitness for driving is part of the Ministry of Transport (as of January 1993). The present definition of the Ministry of Justice ('Justitsministeriets cirkulaere' of 29 September 1967) will be replaced by a new one but will not show any changes pertaining to drugs and driving in response to the Second EC Directive.

#### *Concerning public communication:*

In 1981 a package label warning was introduced in Norway and adopted by Denmark, Finland, Iceland and Sweden in 1983. It was created by an expert committee and is maintained by the Nordic Committee on Medicines. The red triangle warning is affixed to all drugs within a category entitled 'especially hazardous'. Pharmacists dispensing medication labeled in this way were required to provide the patient with a leaflet containing additional information. This information, however, was judged redundant and subsequently eliminated three years after its introduction. At present, community pharmacists in Denmark still have leaflets available for patient counselling.

To the knowledge of the National Board of Health, the red triangle warning system has never been evaluated in Denmark.

The licensing authorities have no reason to believe that the warning system needs any improvement, especially since community pharmacists' professional advice, service and involvement in campaigns about medicines is well-accepted.

#### *Role of patient/consumer organizations:*

No information was available on a specific role of patient/consumer organizations in drawing attention to drug and driving problems.

#### *Changes in drug information:*

The implementation of a 3-tier warning system as accepted by the EC's Committee for Proprietary and

Medicinal Products (CPMP) for identifying the driving hazard potential of every new drug, will probably not affect the response of licensing authorities to the knowledge that certain drivers will be using drugs labeled 'potentially dangerous'. Licensing authorities believe that the proposed warning system will improve prescribing practice of physicians.

- (\*) Group 1: drivers of vehicles in categories A, B and B+E and subcategory A1 and B1;
- Group 2: drivers of vehicles in categories C, C+E, D, D+E and in subcategory C1, C1+E, D1 and D1+E.

## FRANCE

### *Driving under influence (DUI):*

The French Road Traffic Act (Code de la route) does not allow a power-driven vehicle to be driven by any person who is incapable of driving such a vehicle properly, because of the influence of drugs or whatever.

### *Methods of identifying current users of impairing psychotropic agents:*

As of 1960 the police may hold a person to apply breath alcohol analysis if there is reason to suspect him of having committed an offence under the French Road Traffic Act. If other causes besides inebriation are suspected, the police may hold the person in question for a medical examination in a psychiatric hospital. In practice it is not clear under what circumstances the police will decide that a person should be examined medically. The physicians decide on the need to have blood or urine samples taken, based upon medical grounds.

If a driver suspected of being under the influence has caused a serious accident or committed an offence, the 'Prefet' may order an examination by a so-called 'Medical Commission' (Each of the 90 'Departments' in France has three Medical Commissions consisting of two physicians). The Medical Commission may consult experts before advising the 'Prefecture' on endorsement or suspension of a person's driving licence and the conditions for regranting this (e.g. providing evidence of successful treatment in the case of drug dependence).

### *Anticipated changes in response to the Second Directive:*

There will be no change in the French Road Traffic Act in response to the Second Directive. However, proposals are under discussion to change French legislation in a way that driving under the influence of drugs could be penalized as if alcohol had been used above the legal limit.

### *Issuing driving licences:*

Under to Art R. 128 of the French Road Traffic Act a driving licence may be refused to any person who is addicted to euphorants or other drugs, or who is not temperate in the use of alcohol. The Medical Commission examines the applicant only once in the case of Group 1(\*) drivers and Group 2(\*) drivers. The latter also require a medical examination by a physician who is not the family doctor periodically every 5 years up to the age of 60 and every 2 years between 60 and 76 years of age. Thereafter a medical examination is needed annually. The applicant has to fill in a form and sign a statement that he has no history of psychiatric, neurologic or physical incapacity. If mental or physical illness prevents a person from driving a motor vehicle properly, the Medical Commission may decide on restrictions or a limited validity of driving licences. Applicants may appeal against such decisions before a second Medical Commission in the same 'Département' and further before the national Medical Commission to qualify for a driving licence to be issued by the 'Prefecture'. A driving licence issued to a Group 1 driver without any restrictions will be valid indefinitely. Licensing authorities consider this to be a matter of concern in situations where changes in medical condition may cause a deterioration in driving fitness. There is no reason to expect that family doctors will notify licensing authorities about these matters.

### *Concerning medical practice:*

In France the family doctor is not required to fill in any form if a driving licence is issued or renewed nor to notify the licensing authorities about a medical condition of his patient that might impair driving.

### *Political intention to comply with or deviate from the provisions of Annex III (Art. 15):*

Licensing authorities do not foresee any change in policy towards the drugs and driving issues described in Annex III.

*Epidemiological descriptions:*

A recent epidemiologic study revealed that benzodiazepines (hypnotics and anxiolytics) could be detected in 8% of drivers injured in traffic accidents. Comparison of the drivers held responsible for causing the accident and those who were presumed not to be responsible, did not show a difference in the prevalence of positive results for benzodiazepine tests. A major limitation of this study, however, was the use of a qualitative immunoenzymatic method of detection. Consequently, results could not show an increasing risk of causing a crash among drivers with higher doses or plasma levels of benzodiazepines. The results did show, however, that among the drivers hospitalized significantly more of them were benzodiazepine users than non-users; indicating more severe injuries among benzodiazepine users. Experts estimate that medicinal drug use can be considered to be contributing to the cause 15 - 20% of all road accidents in France. Questionnaire studies among patient populations show that 25 - 33% of patients had used a benzodiazepine during the year prior to the survey, one third of them using these drugs on a chronic basis. Some experts consider 50% of chronically- taken benzodiazepines to be actually 'misused' (without real medical indication).

*Standards of driving fitness:*

The body formulating the minimum standards of physical and mental fitness is part of the Ministry of Transport. The present description is based on the first EC Directive and will not show any changes pertaining to drugs and driving in response to the Second Directive.

*Concerning public communication:*

The only written information on driving impairing properties of medicinal drugs is available as very general warnings on package inserts. There is no package label warning system and no official list of drugs maintained by health authorities that could be used to require additional patient warning activities by physicians and pharmacists. However, there is a specific leaflet to inform the general public on the risks of drugs and driving sponsored by the French professional organization of pharmacists and the Safety Department of the 'Sociétés d'Autoroutes'. These leaflets are available in community pharmacies.

Furthermore, the Ministry of Transport supported the publication of a booklet in 1991, primarily to be used in driver education, and containing important drugs and driving issues. The booklet contains a list

of all drugs available on the French market that could impair driving performance. No information is available, however, on the effectiveness of this publication in terms of improved driver education.

*Role of patient/consumer organizations:*

No information is available on a specific role of patient/consumer organizations in drawing attention to drugs and driving problems.

*Changes in drug information:*

The implementation of a 3-tier warning system as accepted by the EC's Committee for Proprietary and Medicinal Products (CPMP) for identifying the potential driving hazard of every new drug will probably not affect the response of licensing authorities to the knowledge that certain drivers will be using drugs labeled 'potentially dangerous'. Licensing authorities and some experts, however, believe that some label warning system for drugs is needed in France and that this could be derived from the proposed 3-tier warning system by using a specific symbol or pictogram. The implementation of a European warning system would be considered an important contribution to traffic safety and public health.

(*)	Group 1:	drivers of vehicles in categories A, B and B+E and subcategory A1 and B1;
	Group 2:	drivers of vehicles in categories C, C+E, D, D+E and in subcategory C1, C1+E, D1 and D1+E.

**GERMANY**

*Driving under influence (DUI):*

Driving under the influence of alcohol and drugs in Germany is covered by two pieces of legislations: the Criminal Code (StGB) and the Road Traffic Act (StVG). The German Criminal Code (StGB) does not allow a power-driven vehicle to be driven by any person who is incapable of driving such a vehicle properly, because he is under the influence of drugs or whatever (Section 315c, 316 StGB). The Courts decide on the condition of 'unfitness to drive' in the case of the use of licit or illicit drugs. The Court finally decides on whether or not a person can hold his driving licence (Section 69 StGB). A driving licence may be suspended following conviction under Sections 315c and 316 for a period of six months to five years.

Under the Road Traffic Act licensing authorities must withdraw a driving licence if it has been determined that the holder is 'unfit to drive'.

*Methods of identifying current users of impairing psychotropic agents:*

The police may hold a person in order to have laboratory specimens of his blood taken if there is cause to suspect him of having committed an offence and he is suspected of driving under the influence of drugs. In Court experts may indicate positive evidence of the presence of given medicinal drugs in the blood to be the cause of the violation, but this is considered to be a rare event in the experience of the German authorities. Driving licences, however, can be suspended following on the Court's decision as to the person's 'unfitness to drive'.

If the authorities have reason to doubt a person's capabilities to operate a vehicle safely, the licensing authority is required to investigate driving fitness in accordance with the German Road Traffic Act (Sections 12 and 15b StVZO).

*Anticipated changes in response to the Second Directive:*

Driving fitness during drug use is not expected to be defined any further in legislation. The Courts can give their own interpretation and use experts' opinions in deciding whether a person is incapable of driving a motor vehicle. The present system is well-accepted and provides no need to change it in response to the Second Directive.

*Issuing driving licences:*

Applicants for a first driving licence for Group 1(\*) drivers need not to fill in any form with respect to their medical condition, nor need they to declare that they do not regularly use any medicinal drugs that might affect driving performance. A medical opinion is not needed at all, except for a test to ensure that they have adequate visual acuity for driving a power-driven vehicle (Section 9a StVZO). Applicants for a driving licence for Group 2(\*) drivers need to submit a signed medical declaration stating their mental and physical fitness to drive (Section 9c StVZO). In the event of doubt further medical examinations are required.

The validity of driving licences is indefinite, except for holders of a driving licence allowing them to transport passengers, in which case a renewal is required every three years and involves a medical examination (Section 15f StVZO).

*Concerning medical practice:*

In Germany doctors are obliged to inform patients about the therapeutic and adverse effects of a prescribed drug, impairment of driving performance and other relevant drug related aspects of treatment. Current standards of medical practice dictate that any examination of a patient should include a determination of driving fitness if the disease or its treatment could have a detrimental effect on the patient's mental or physical condition in relation to traffic safety. However, the family doctor is not obliged to notify the licensing authorities about the medical conditions of his patient which might impair driving. Although physicians can notify the authorities, they tend not to want to disturb the patient-doctor relationship.

*Political intention to comply or deviate from the provisions of Annex III (Art. 15):*

In Germany the discussion on drug dependency started some years ago, independently of the provisions of the Second Directive, Annex III. The criminal justice approach has very much dominated the issue of drug dependency in traffic safety by focusing on the problems of illicit drug use. The medical and human behaviour experts have different opinions on some important aspects, such as how to define dependency and what consequences for treatment this has.

*Epidemiological descriptions:*

Germany has a well-known tradition in Traffic Medicine for the continuous monitoring of alcohol and drug-use trends among road users suspected of driving under influence. However, since German law does not allow researchers to take blood samples from control road users while investigating drivers involved in accidents, no information is available on the relationship between the prevalence of drug use and the risk of accidents.

Most research findings with respect to licit and illicit drug use are derived from analyses of blood alcohol samples taken in the case of suspected alcohol use by drivers. Consequently any conclusion on drug use among road users is only valid for this subpopulation.

Recent publications (in the Bundesrepublik before 1990) indicate an rising trend in positive drug samples (licit as well as illicit) in randomly-taken blood samples submitted for blood-alcohol determinations: 8-13% of the blood samples showed positive drug analysis. Marijuana and benzodiazepines (hypnotics and tranquilizers) could be

detected in the majority of positive drug samples. Extrapolating this result for the whole of the Bundesrepublik revealed a figure of more than 30,000 drug positive drivers held by the police. Other publications by Institutes for Legal Medicine even suggest that 25% of all drivers suspected of driving under the influence use medicinal drugs. Estimates by German Traffic Safety Organizations further indicate that the cause of 25-25% of accidents in which the BAC of the drivers involved was below 0.8 %, could be related to drug use.

*Standards of driving fitness:*

The minimum standards of physical and mental fitness to drive are formulated by an independent body. A high level group of experts gives advice to the Ministry of Transport and the Ministry of Health. The last publication of standards of driving fitness by the Ministry of Transport in response to the First Directive is dated 1992 (Schriftenreihe Heft 71, Krankheit und Kraftverkehr, Bundesministerium für Verkehr). The new edition will be published in 1994 in response to the Second Directive. It is expected that the standards of driving fitness will be more specific than those formulated in Annex III.

*Concerning public communication:*

There is no package label warning system for drugs and driving. The authorities ('Bundesgesundheitsamt') deem the present warnings in drug package inserts to be adequate for patient drug information. The German Traffic Safety Council has leaflets available for mass distribution that focus on alcohol and driving with some reference to the detrimental effects of medicinal drugs.

*Role of patient/consumer organizations:*

No information is available on a specific role of patient/consumer organizations in drawing attention to drugs and driving problems.

*Changes in drug information:*

The implementation of a 3-tier warning system as accepted by the EC's Committee for Proprietary and Medicinal Products (CPMP) for identifying the potential driving hazard of every new drug, does not affect the activities of licensing authorities at the moment. However, the latter believe that the proposed warning system should in the first instance set out to improve prescribing practice of physicians.

- (\*) Group 1: drivers of vehicles in categories A, B and B+E and subcategory A1 and B1
- (\*) Group 2: drivers of vehicles in categories C, C+E, D, D+E and in subcategory C1, C1+E, D1 and D1+E.

ITALY

*Driving under influence (DUI):*

The Italian Road Traffic Act does not allow a power-driven vehicle to be driven by any person who is incapable of driving such a vehicle properly, because he is under the influence of drugs or whatever (Art. 187). No indication is given of how to define the influence of drugs.

*Methods of identifying current users of impairing psychotropic agents:*

The police may hold a person to have laboratory specimens of his blood and urine taken if there is cause to suspect him of having committed an offence under Art. 187 of the Italian Road Traffic Act. In practice it is not clear under what circumstances the police will decide to have blood or urine samples taken. A blood sample can only be taken with the consent of the driver; an urine sample is normally taken in the presence of a medical doctor to avoid any fraudulent practices. Urine samples are screened for the presence of illicit drugs, such as cocaine, opioids and cannabinoids, including some licit drugs as well like benzodiazepines in specific 'Centres Medico'. The authorities said that a clear suspicion of the misuse of medicinal drugs was needed to take a urine sample. Impaired driving behaviour and/or the causing of an accident detected by the police could be given as valid reasons for holding a person in order to have body fluid samples taken. If a screening for illicit drug use proves positive, the courts require an expert opinion and may decide on suspension. After a period of suspension from driving, a driver will be required to submit to a medical examination before his driving licence is regranted. A negative outcome of urine screening for illicit drugs entails that a driving licence may be valid for one year. After that period a second examination is required and a driving licence may be issued which is valid for three years provided the urine screening for drugs is negative. A third examination after three years allows a driving licence to be issued for five years provided no proof of illicit drug use can be found. These examinations are required every five years. Local medical

committees responsible for assessing fitness to drive normally adhere to these criteria after suspension, but they have the authority to change the length of time in between examinations. For Group 2(\*) drivers medical examinations include specific psychometric testing as well. Positive findings of the misuse of medicinal drugs seldom give rise to the medical examinations of Group 1(\*) and Group 2 drivers which apply in the case of illicit drug use as described above.

*Anticipated changes in response to the Second Directive:*

From July 1, 1994 a new law will come into force amending Art. 187 in accordance with the Second Directive. The provision is made in Art. 229 of the Italian Road Traffic Act. Under Art. 119 (sub 9) of the present legislation, a driving licence may be refused if the applicant cannot produce a declaration pertaining to driving fitness assessed by a psychologist, when the physician responsible for assessing medical fitness to drive has recommended a psychologic test.

*Issuing driving licences:*

Under Art. 119 of the Road Traffic Act a driving licence may be refused to any person who is addicted to euphorants or other drugs, or who is not temperate in use of alcohol. The applicant's family doctor has to fill in a form whenever a driving licence is issued or renewed with declarations pertaining to the applicant's mental and physical condition, including the use and abuse of psychotropic substances. As regards driving fitness, a medical examination by a special physician is required in addition to the statements of the family doctor (Art. 199, sub 3). A psychological examination is not required though it may be indicated as being justified by the special physician under Art. 119, sub 9. For Group 1 drivers, driving licences are normally valid for a period of 10 or 5 years depending on age. Up to the age of 50 years, medical and psychological examinations are required every 10 years. Between the age of 50 and 70 years these examinations are required every 5 years; over 70 years every 3 years, but more frequent examinations may be required depending upon the individual medical condition. If the licensing authorities are notified about a person's drug misuse or dependency, driving licence restrictions are determined after medical examinations and urine drug testing (see also 'Methods of identifying...').

*Concerning medical practice:*

In Italy the family doctor has to fill in a form whenever a driving licence is issued or renewed. A second physician determines the actual status of a person's driving fitness. General rules for the medical profession prohibit physicians from notifying the licensing authorities that their patients are unfit to drive other than for the purpose of driving licensing procedures.

Medical practice in Italy seems to be efficacious in screening for the general requirements for driving fitness. However, in doubtful cases the final opinion on mental and physical fitness to drive is given by special Medical Commissions (in number about 100 all over Italy) which notify the licensing authorities and the Ministry of Transport about any lack of fitness to drive. A third level of opinion can be called upon in cases where applicants or drivers claim that the second opinion was unjustified. Commissions act on behalf of the Ministry of Transport.

The licensing authorities have no information on the attitude of the professional medical organizations in making their members aware of the subject of drug prescribing and fitness to drive.

*Political intention to comply with or deviate from the provisions of Annex III (Art. 15):*

The criteria for ensuring adequate visual acuity for driving power-driven vehicles are more strictly defined than in the provisions of Annex III.

*Epidemiological descriptions of prevalence of use and accident risk:*

Nation-wide statistics on the prevalence of drug use are foreseen after 1994 when under Art. 186 and 187 of the new legislation, an assessment of the involvement of alcohol and/or drug use has to be made in all traffic accidents.

A very extensive research effort based on annual surveys in the Veneto Region as of 1978 provides data on the incidence of drugs in road accident fatalities for this region only and cannot be extrapolated to data for Italy as a whole. The total incidence of licit and illicit drugs found after blood plasma analysis was 28.6% (15% drugs alone and 13.6% alcohol and drugs), with benzodiazepines being the most frequently determined psychotropic drug (8.5%). Since the involvement of a non-injured control group is difficult to justify, no risk estimates are known of involvement in traffic accidents as a result of medications which might impair driving.

***Standards of driving fitness:***

The body formulating the minimum standards of physical and mental fitness for driving is part of the Ministry of Health. No specific guide is available for medical practitioners pertaining to these standards which could easily be used in every day practice.

***Concerning public communication:***

The only written information on the driving impairing properties of medicinal drugs takes the form of very general warnings provided by drug manufacturers on package inserts. Since patients find most package inserts hard to understand as a result of the delayed implementation of new EC Directives on drug information, physicians have the task to inform the patient. There are no studies known to the licensing authorities that could describe the present situation in Italy with respect to effective patient counselling by the medical profession.

There is no package label warning system and no official list of drugs maintained by health authorities that could be used to require additional patient warning activities on the part of physicians and pharmacists. There are no specific leaflets providing information to patients on drugs and driving. The role of community pharmacists in providing information on drugs to patients is unclear and not regarded to be of significance in patient counselling.

***Role of patient/consumer organizations:***

No information on significant activities by patient/consumer organizations could be given by the licensing authorities. Patient organizations are much more involved in discussing fundamental health care provisions such as hospital services.

***Changes in drug information:***

The implementation of a 3-tier warning system as accepted by the EC's Committee for Proprietary and Medicinal Products (CPMP) for identifying the potential driving hazard of every new drug, will probably not affect the response of the licensing authorities to the knowledge that certain drivers will be using drugs labeled 'potentially dangerous'. The licensing authorities, however, believe that an improved label warning system for drugs is needed in Italy and could be derived from the proposed 3-tier warning system by using a specific symbol or pictogram. The implementation of a European warning system would be considered an important contribution to traffic safety and public health.

(*)	Group 1:	drivers of vehicles in categories A, B and B+E and subcategories A1 and B1;
	Group 2:	drivers of vehicles in categories C, C+E, D, D+E and in subcategories C1, C1+E, D1 and D1+E.

**SPAIN*****Driving under influence (DUI):***

The Spanish Road Traffic Act (Legislation sobre trafico, circulation y seguridad vial) does not allow a power-driven vehicle to be driven by any person who is incapable of driving such a vehicle properly, because he is under the influence of drugs or whatever (Section 1, Art. 268). Under the Criminal Code the courts decide on 'fitness to drive' in the case of the use of licit or illicit drugs based upon experts' opinions (Section 2, Art. 340 bis a). The Court finally decides on whether or not a person can hold his driving licence.

***Methods of identifying current users of impairing agents:***

The police may hold a person to have laboratory specimens of his blood taken if there is cause to suspect that he has committed an offence under the Spanish Road Traffic Act. In Court experts may indicate that the presence of given medicinal drugs in the blood were the cause of the violation, but this is considered to be a rare event in the experience of the Spanish authorities. A driving licence can, however, be suspended subsequent to the Court's decision on a person's 'fitness to drive'. If the medical adviser says that the driver is not dependent on psychotropics agents, he may be suspended from driving for a period varying between 3 months and 5 years, depending upon severity of the accident caused. However, if drug dependency has been ascertained, the driving licence will be confiscated. The Courts will require that an offender whose licence has been revoked for DUI to undergo a series of medical and psychological tests to provide proof that he is no longer abusing the drug.

***Anticipated changes in response to the Second Directive:***

There will be no change in the Spanish Road Traffic Act. However, the responsible authorities state that they will give special attention to applicants and drivers who regularly use psychotropic substances which may hamper their ability to drive safely.

*Issuing driving licences and medical practice:*

Under Article X R.D. 2272/1985 of the Spanish Road Traffic Act a driving licence may be refused to any person who is addicted to euphoriants or other drugs, or who is not temperate in the use of alcohol. In Spain the Provincial licensing authorities may qualify a person to hold a driving licence or disqualify him. The information needed for this qualification is submitted by the applicant or the driver and the responsible medical adviser. A medical and psychological examination of the applicant or driver is required in specialized medical traffic centres (Centros Médico y Psicotécnico, CMP) for the issue or renewal of a driving licence (about 1,500 CMPs are registered in Spain). In the case of Group 1 (\*) drivers, this examination is normally needed every 10 years up to the age of 45, from 45-70 years of age every 5 years and after 70 years of age every year. Group 2 (\*) drivers will normally be examined every 5 years up to the age of 45, from 45-60 years of age every 3 years and every 2 years from 60 to 70 years of age, while driving licence cannot be renewed for drivers aged over 70.

At the CMPs applicants and drivers undergo a series of tests provided by a ophthalmologist, general physician and a psychologist. Equipment and criteria for testing have been defined by the responsible authorities and are enforced by law. Since all CMPs are private practices of physicians and psychologists, the quality assurance of services provided, in particular by training and post-graduate education in traffic medicine, cannot be sanctioned by the government. However, most CMPs are a member of the largest Spanish Association of CMPs (ASECEMP) though other associations of CMPs exist as well. The ASECEMP is a professional organization and provides a programme of postgraduate educational activities for its members.

If an applicant or driver has been found unqualified to drive a vehicle safely, the CMP notifies the Provincial licensing authorities within 24 hours to prevent the applicant or driver shopping around at different CMPs.

The Spanish CMP-model for testing driving fitness is unique in Europe and can significantly contribute to promoting traffic safety and preventing health care problems.

The applicant's family doctor is not required to fill in any form nor notify the licensing authorities about any medical conditions of his patient that might impair driving. However, responsible licensing authorities doubt whether this right to secrecy is still valid in circumstances when a person due to his medical condition might cause a serious accident

which would not only harm himself but also many others. They feel a strong tendency to a type of physician who wants to be responsible for public safety in cases where the patient might be a dangerous driver but who does not want to notify the licensing authorities himself.

*Political intention to comply with or deviate from the provisions of Annex III (Art. 15):*

There will be no change in Spanish legislation or procedures for defining minimum standards of physical and mental fitness for driving. The present involvement of the medical profession seems to guarantee the checking of driving impairment resulting from the use of drugs (licit or illicit).

*Epidemiological descriptions:*

Spain is one of the EC countries with a high incidence of traffic casualties (8.3 fatalities per hundred million vehicle kilometers as oppose to an average figure of 2.7 million fatalities for the whole of the EC; source: SWOV 1988). No epidemiological studies on the relationship between the prevalence of drug use risk of accident have been carried out. However, a recent questionnaire study among drivers attending three medical traffic centres in Valladolid shows patterns of consumption of medicinal drugs by Spanish drivers. Results indicate a common use of drugs by drivers (28.9%) that could potentially affect driving performance, such as analgesics, antihistamines, tranquilizers, hypnotics, etc. The same study further revealed several important factors that make for great concern about traffic safety, such as physicians' failure to warn their patients of the influence of prescribed drugs on driving performance; the frequent consumption of drugs which are hazardous for driving and which can be obtained over-the-counter for self-medication; and the frequent finding that drivers take drugs and drink alcohol daily.

Nation-wide data on the number of drivers who have been found 'unqualified' to drive by the medical traffic centres are not available. Data provided by one CMP in Madrid show an increasing trend towards 'unqualified' drivers from 0.2% in 1987 to 0.8% in 1992 of the total number of drivers examined (13,000 per year on average). About 10% of 'unqualified' drivers were found to be alcohol or (illicit) drug dependent. There are no cases known to the physicians responsible in which dependency on medicinal drugs alone was a reason for not granting a driving licence.

*Standards of driving fitness:*

The body formulating the minimum standards of physical and mental fitness for driving is part of the Ministry of Interior. Within this Ministry, the Road Safety Council can set up working groups of experts to define the minimum standards of driving fitness. The present definition dates from 1985 and is enforced by law. There will be no change in these standards in response to the Second EC Directive. However, activities for review and updating the criteria for issuing and renewing driving licences have been started irrespective of the new Directive.

*Concerning public communication:*

The Traffic Directorate (within the Ministry of Interior) is responsible for the road traffic safety policy in Spain. Several activities have been initiated to promote traffic medicine, such as:

- a nation-wide survey on Spanish drivers' alcohol and drug consumption patterns;
- information on prescribed medicines and road safety for health care providers and patients, in particular elderly drivers;
- a literature survey to present proposals for modifying patient drug information in package inserts and label warning systems on the properties of prescribed medicines to impair driving;
- support of research programmes for identifying impaired performance resulting from alcohol and drug use;
- Specific publications, information guides, leaflets on alcohol, drugs and traffic safety (with a circulation of between 50,000-350,000 copies distributed free of charge among drivers, driving school instructors, educators, citizen's associations) as well as mass-media campaigns on health and traffic education.

The general concern of the driving licensing authorities in Spain is the chronic use of medications which may impair driving by a large proportion of the driving population. There is an urgent need for specific criteria to promote a more rational use of these drugs in prescribing and dispensing practices. The ultimate goal of educational programmes and campaigns organized by the Traffic Directorate is to modify the attitudes of physicians, pharmacists and patients. The proposals and views expressed are very promising.

*Role of patient/consumer organizations:*

No information was available on a specific role of patient/consumer organizations in drawing attention to drug and driving problems.

*Changes in drug information:*

The implementation of a 3-tier warning system as accepted by the EC's Committee for Proprietary and Medicinal Products (CPMP) for identifying the potential driving hazard of every new drug, will probably not affect the response of the licensing authorities to the knowledge that certain drivers will be using drugs labeled 'potentially dangerous'. Licensing authorities, however, believe that some label warning system for drugs is needed in Spain and could be derived after the proposed 3-tier warning system by using a specific symbol or pictogram. The implementation of a European warning system would be considered an important contribution to traffic safety and public health.

- |     |          |   |
|-----|----------|---|
| (*) | Group 1: | drivers of vehicles in categories A, B and B+E and subcategory A1 and B1;                     |
|     | Group 2: | drivers of vehicles in categories C, C+E and D, D+E and in subcategory C1, C1+E, D1 and D1+E. |

**THE NETHERLANDS***Driving under influence (DUI):*

The Dutch Road Traffic Act does not allow a motor vehicle to be driven by any person who is unfit to drive, because of the influence of drugs or whatever (Art. 26.1).

*Methods of identifying current users of impairing psychotropic agents:*

Under the Road Traffic Act (Art. 17 A) an application for a driving licence must include a declaration by the applicant stating whether or not he is suffering or has at any time suffered any relevant disability or any prospective disability. Disability includes disease and any other reason for reduced ability to drive properly, such as the use of licit and illicit drugs. However, there are no consequences whatsoever for not declaring impairing circumstances and applicants are not required to produce any declaration by the family doctor to confirm the applicant's statements.

Another possibility of identifying current users of drugs which are potentially hazardous for driving is provided by the 'Standards of Professional Conduct in Medical Practice' which stipulates that cases may arise in which disclosure in the public interest may be justified, for example, a situation in which the failure to disclose appropriate information would expose the patient, or someone else, to the risk of death or serious harm. Although General Practitioners can make use of this disclosure in the public interest, they seldomly notify licensing authorities of the use of impairing medications or drugs.

As a last method of identifying current users, the police may hold a person in order to apply an alcohol breath test if there is cause to suspect him of having committed an offence under the Road Traffic Act (Art. 26). If other causes than inebriation are suspected, the police may hold a person in order to have blood or urine samples taken at the Police Station for the purpose of forensic investigation. Licensing authorities have no information on drug and driving statistics based upon police activities of this kind. The Forensic Laboratory, however, receives about 250 requests for blood sample analyses every year (one third for illicit drugs and two thirds for medicinal drugs).

If there is cause to suspect medical problems which might impair fitness to drive, the police may hold a person in order to require a specific medical examination and/or a driving test (Art. 18). The use of licit or illicit drugs will seldomly be identified as a reason for acting under this article.

*Anticipated changes in response to the Second Directive:*

The licensing authorities would like to involve family doctors in filling in a form or endorsing the applicant's statements when a driving licence is issued or renewed. However, medical practice is not in favour of this approach at all. The professional medical organization is promoting a separation of the activities of patient care and the task of notifying the licensing authorities of a patient's medical condition that may impair driving. The licensing authorities, however, state that a positive approach, such as reviewing the possibilities of driving on restricted licences in doubtful cases, could be achieved better by involving the family doctor who knows the patient. Medical advisers responsible for disqualifying people from holding a driving licence on medical grounds believe that the situation would improve substantially if the General Practitioners were to advise their patients to ask the opinion of

authorities responsible in cases where a patient's medical condition would be incompatible with driving.

Furthermore, licensing authorities are promoting a more instructive form for applicants statements on their medical condition and drug use. The points raised in the form should reflect the standards of driving fitness as stipulated by the Ministry of Health. The new form is also intended to include statements explaining what the legal consequences will be if the information fails to reflect the person's actual condition or drug use.

Although these proposals are supported by a significant proportion of the medical profession, it remains to be seen whether there is the political will to change the present situation.

*Issuing driving licences:*

The applicant has to fill in a form containing several statements about his medical condition, including the use of licit and illicit drugs. For Group 1(\*) drivers, licences are normally valid indefinitely. A medical examination is required in the case of a first issue of a driving licence to an applicant age of 70 years or older. If the licensing authorities are notified of a person's drug misuse or dependency, the decision on whether or not a person is fit to drive has to be taken by the medical adviser to the licensing department, sometimes after a medical examination.

*Concerning medical practice:*

According to the licensing authorities medical doctors in The Netherlands are inadequately involved in the process of determining the driving fitness of applicants for and holders of driving licences, who are their patients and who use licit or illicit drugs. Although medical practice has an influence on checking mental and physical fitness to drive, based on specific guidelines issued by the Ministry of Health, most of the responsibility has been placed with the patient.

*Political intention to comply with or deviate from the provisions of Annex III (Art. 15):*

There will be no change in Dutch legislation on monitoring driving under the influence of licit or illicit drugs through the issuing of restricted licences.

*Epidemiological descriptions:*

There are no epidemiological descriptions providing data on the incidence of drugs in road accident fatalities.

*Standards of driving fitness:*

The body formulating the minimum standards of physical and mental fitness for driving is independent by origin. The Ministry of Health is responsible for publishing these standards and for providing these to all medical doctors. A new edition of the minimum standards will be available soon. With respect to medicinal drugs the guidelines indicate the situation in which a person is unfit to drive more specifically in terms of dosage. For example, the guidelines for psychotropic medications state that a person is unfit to drive if the drugs are used in 'high doses'. Unfortunately, there is no reference to dosage levels for different drugs.

*Concerning public communication:*

A package label warning system was introduced in 1973 by the Dutch professional organizations of physicians and pharmacists (KNMG and KNMP respectively). The system consists of a list of drugs (by substance name) that may affect driving. Pharmacists are advised to attach a yellow label with black letters stating that the drug *may* affect driving performance. In addition to this yellow label two other possibilities exist; if the physician does not want his patient to be warned of driving impairment, he may tell the pharmacist not to attach the yellow label. If the physician does not want the patient to drive at all he may ask the pharmacy to attach the red label (stating that driving is prohibited when using this drug). Should the patient nevertheless drive he would be breaking the law. Neither of these options barely ever occur in daily practice; the yellow label disappeared when pharmacy became computerized. At present the information is printed automatically on the label with instructions on how to use the medicine.

Deficiencies in the present system are that it does not take into account the differences between the various drugs and doses. After a general information campaign on the influence of drugs on driving, a questionnaire study revealed that 70 % of patients who were using a drug with yellow label still had not changed their behaviour towards driving.

Pharmacists are becoming more involved in providing patients with information on drugs since computerization started 15 years ago. Some pharmacists are able to print individualized drug information leaflets with more specific warnings depending on the patient's actual drug use. The use of symbols or pictograms (like a black triangle) support these activities.

To overcome the deficiencies of the present warning system a graded level warning system for drugs

which impair driving performance has been proposed by the scientific community. Although the proposal received the support of the Netherlands' Ministries of Health and Welfare and of Transport and Public Works, and was furthermore, accepted by the European Drug Regulatory Authorities, implementation of the new system has not been achieved.

*Role of patient/consumer organizations:*

According to the licensing authorities there are no activities by patient organizations to increase the awareness of driving licence holders or applicants for the need to notify the licensing authorities in the event of a medical condition that could impair driving.

*Changes in drug information:*

The implementation of a 3-tier warning system as accepted by the EC's Committee for Proprietary and Medicinal Products (CPMP) for identifying the potential driving hazard of every new drug, will probably not affect the response of the licensing authorities to the knowledge that certain drivers will be using drugs labeled 'potentially dangerous'. The licensing authorities, however, believe that an improved label warning system for drugs is needed in The Netherlands and could be derived from the proposed 3-tier warning system by using a specific symbol or pictogram. The implementation of a European warning system would be considered an important contribution to traffic safety and public health.

- |              |   |
|--------------|---|
| (*) Group 1: | drivers of vehicles in categories A, B and B+E and subcategories A1 and B1;               |
| Group 2:     | drivers of vehicles in categories C, C+E, D, D+E and subcategories C1, C1+E, D1 and D1+E. |

**UNITED KINGDOM**

*Driving under influence (DUI):*

The Road Traffic Act 1988 Section 4(1) stipulates that a person who, when driving or attempting to drive a motor vehicle on a road or other public place, is unfit through drink or drugs is guilty of an offence.

*Methods of identifying current users of impairing psychotropic agents:*

Under the Road Traffic Act 1988 Section 92 (1) an application for the grant of a licence must include a declaration by the applicant in such a form as the Secretary of State may require stating whether he is suffering or has at any time (or if a period is prescribed for the purpose of this sub-section during that period) suffered from any relevant disability or any prospective disability. Disability includes disease and a relevant disability means any prescribed disability e.g. epilepsy or any other disability likely to cause the driving of a vehicle by him in pursuance of a licence to be a source of danger to the public, e.g. substance misuse.

Prospective disability in relationship to any person means any other disability which by virtue of its intermittent or progressive nature may become a relevant disability in the course of time.

Section 94(2) does not require the licence holder to notify the Secretary of State if he has reasonable grounds for believing that the duration of the disability will not last beyond the period of three months beginning with the date on which he first becomes aware that he suffers from it.

Any relevant disability likely to be a source of danger would include drug abuse or impairing medications extending beyond the period of three months.

Notification of disability, Section 94(4) stipulates that if at any time during the period for which the licence remains in force the licence holder becomes aware that he is suffering from a relevant or prospective disability which was not previously disclosed to the Secretary of State or that a relevant or prospective disability from which he has at any time suffered and which he has previously so disclosed has become more acute since the licence was granted, the licence holder must forthwith notify the Secretary of State in writing of the nature and extent of his disability.

Section 94(3) states that a person who fails without reasonable excuse to notify the Secretary of State as required by Sub-Section 1 above is guilty of an offence.

Finally, physicians are advised to practice according to the General Medical Council's "Professional Conduct and Fitness to Practice", in which it is stated that "rarely cases may arise in which

disclosure in the public interest may be justified, for example a situation in which the failure to disclose appropriate information would expose the patient or someone else to a risk of death or serious harm". Although General Practitioners can make use of this disclosure in the public interest, they seldom notify licensing authorities of the use of impairing medications or drugs (estimate: no more than 10 cases each year).

The licensing authorities say that they receive about 120,000 notifications per year. If they have reasonable grounds for believing that a person (applicant for or holder of a licence) may be suffering from a relevant or prospective disability, they may require him to be medically examined by a physician nominated by the licensing authorities. Each year about 18,000 driving licences are withdrawn as a result of these notifications. In about one third of these cases the General Practitioner, and in another one third of these cases the insurance company, provided the person with information that induced him to notify the licensing authorities.

As a last method of identifying current users of impairing psychotropic agents, the police may hold a person in order to apply an alcohol breath test if there is cause to suspect him of having committed an offence under the Road Traffic Act (Art. 5,6 Part I). If other causes than inebriation are suspected, the police may hold a person in order to have blood samples taken at the Police Station for the purpose of forensic investigation. Licensing authorities have no information on drug and driving statistics based upon police activities of this kind.

*Anticipated changes in response to the Second Directive:*

The licensing authorities are preparing proposals that may improve enforcement of the Second Directive by simplifying procedures for the medical profession, such as administrative recommendations including a short list of 10 relevant disabilities which would prevent their sufferers from holding of a driving licence, including drug abuse or drug dependency. Further proposals are being made for improving the explanation of the 'Endorsement Offence Codes and Points' which may appear on a driving licence. Instead of changing the Road Traffic Act measures are being taken to see that the present law is enforced better.

*Issuing driving licences:*

Under Article 92 of the Road Traffic Act a driving licence may be refused to any person who is addicted to euphorants or other drugs, or who is not

temperate in the use of alcohol. The applicant's family doctor has to fill in a form on request and make a declaration pertaining to a person's medical condition. The applicant himself also has to fill in a form containing statements on his health, including information on alcohol and drug misuse or dependency within the past three years. For Group 1(\*) drivers driving licences are normally valid up to the age of 70, after which renewal is possible upon application at three-yearly intervals if driving fitness remains unimpaired. In the case of certain medical conditions, the period of validity may be from one to three years.

If the licensing authorities are notified of a person's drug misuse or dependency, a driving licence which is valid for one year may be issued after an interview with a physician and provided urine drug screening proves negative. Repeat screening is required every year for five years. If a urine drug test proves positive, the driver is suspended for one year (except for cannabis: six months). These procedures were introduced in 1991 in anticipation of the Second Directive.

*Concerning medical practice:*

According to the licensing authorities medical doctors in England are trained when to inform patients about drugs and driving related issues. The policy in the Royal College of General Practitioners is to make medical doctors aware of the subject of drug prescribing and fitness to drive. Emphasis on counselling instead of prescribing, and on appropriate drug choice when prescribing is actually needed (half of their patients are afterall drivers!) is part of this policy.

*Political intention to comply with or deviate from the provisions of Annex III (Art. 15):*

There is no intention to derogate with respect to drugs providing all EC Member States really agree on the new Directive.

*Epidemiological descriptions:*

The most recent nation-wide research report (dated 1989) provides data on the incidence of drugs in 1273 road accident fatalities. The results indicate that the overall incidence among all road users of drugs likely to affect psychomotor performance was 7.4%. Although cannabis was present in approximately one third of all cases, no single drug, with the exception of diazepam (1.4%), was recorded at a rate greater than 0.5%. Drugs of abuse, primarily cannabis, were mostly found among male drivers (young and middle

aged). In 40% of cannabis positive cases this drug was used in combination with alcohol.

Future research will probably focus on the cost of accident treatment, hospitalization, etc. Licensing authorities show some concern about studies based on drug prescription data and medical data in hospitals and general practitioners' practices. The poor quality of data and lack of information on road accidents are expected to limit the value of prescription-based epidemiological surveys.

On the other hand a repetition of the nation-wide study on fatally-injured drivers or an extension to include non-fatally injured drivers based on body fluid analyses to ascertain medication exposure would be about 10 times more expensive. Extension of such a programme to a non-injured control group is difficult to justify and would be an extremely difficult undertaking, expensive and impractical. No risk estimates of traffic accident involvement caused by medication which might impair driving can be expected to be revealed by this type of epidemiological research in the United Kingdom.

*Standards of driving fitness:*

The body formulating the minimum standards of physical and mental fitness for driving is independent by origin. Separate bodies also advise the Secretary of State, although the guide for medical practitioners entitled 'Medical Aspects of Fitness to Drive' published by the Medical Commission on Accident Prevention is the most accepted one. Licensing authorities expect, however, more strict guidelines for Group 2(\*) drivers with reference to psychiatric disorders and fitness to drive in response to the Second Directive.

*Concerning public communication:*

The only written information on the driving impairing properties of medicinal drugs is available as very general warnings on package inserts. There is no package label warning system and no official list of drugs maintained by health authorities that could be used to require additional patient warning activities by physicians and pharmacists. There are no specific leaflets on drugs and driving for patient information. However, the Ministry of Transport supported initiatives to produce patient drug information leaflets written in lay-language to serve as package inserts, describing the effects of the drug on ability to drive and use machines.

The warning on drug labels affixed by pharmacists are not considered as being very effective, since patients don't see pharmacists as health care providers who can advise them.

*Role of patient/consumer organizations:*

The Consumers' Association once published an issue of the 'Drug and Therapeutics Bulletin' (an independent drug information bulletin published fortnightly for doctors and pharmacists) dedicated to drugs and driving. No information on other significant activities by patient/consumer organizations could be given by the licensing authorities.