

ÖSTERREICHISCHE
ÄRZTEKAMMERKörperschaft öffentlichen
Rechts – Mitglied der
World Medical Association

An das
Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
BMVIT – IV/ST2 (Rechtsbereich Straßenverkehr)
Radetzkystraße 2
1030 Wien

Ergeht per E-Mail an: st2@bmvit.gv.at;
begutachtungsverfahren@parlinkom.gv.at

Ihr Zeichen
BMVIT-161.007/0001-IV/ST2/2019

Ihre Nachricht vom
30.04.2019

Unser Zeichen
Dr.JA

Datum
24.05.2019

Betrifft: ÖÄK- Stellungnahme zum Entwurf „32. Novelle der Straßenverkehrsordnung“

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Österreichische Ärztekammer dankt für die Einladung zur Begutachtung des Entwurfs der 32. Novelle der Straßenverkehrsordnung und übermittelt ihre diesbezügliche Stellungnahme.

Die in § 5 Abs. 1 des Entwurfs geplante Aufnahme von durch *Suchtmittel* beeinträchtigten Lenkerinnen und Lenkern erscheint in Anbetracht der in der Problemanalyse des Entwurfs angeführten überwiegenden Anzahl von Drogenlenkern – im Vergleich zu von Alkohol beeinträchtigten Lenkern – als nachvollziehbar.

Gleichermaßen ist auch die in der Novelle vorgesehene Erweiterung des Begriffs *Suchtgift* auf *Suchtmittel* auf den ersten Blick konsequent, zumal psychotrope Substanzen ebenso eine Veränderung der Psyche und des Bewusstseins bewirken können, die geeignet sind, die Fahrtauglichkeit zu beeinträchtigen. Sie bringt allerdings auch entscheidende Schwierigkeiten bei der Umsetzung und Überprüfung mit sich. So darf nicht außer Acht gelassen werden, dass mit diesem Rechtsbegriff etliche Substanzen mitumfasst werden, die als zugelassene Arzneimittel über eine ärztliche Verordnung in Apotheken erlangt bzw. eingenommen werden können, ohne notwendigerweise die Fahrtüchtigkeit zu beeinflussen. Daher erachten wir die in den Erläuterungen angeführte „unwiderlegliche Rechtsvermutung“ als ungeeignet. Es ist zu befürchten, dass Lenkerinnen und Lenker bzw. Patientinnen und Patienten hier z.B. im Rahmen eines Planquadrats ungerechtfertigt kriminalisiert und unter Generalverdacht gestellt werden. Das in den Erläuterungen vorgesehene Mitführen von ärztlichen Verordnungen oder sonstigen ärztlichen Bestätigungen wird nicht als geeignet angesehen, um diese Situation zu entschärfen. Dies aber auch unter dem Aspekt des höchstpersönlichen Lebensbereichs des Menschen, der

im Verfahren zwangsläufig zur Offenlegung etwaiger psychiatrischer, onkologischer oder sonstiger chronischer Schmerzerkrankungen verpflichtet wird.

Die in § 5 Abs. 1 letzter Satz vorgesehene Regelung erachten wir als zu unpräzise und wir schlagen die Festlegung und Verankerung von sogenannten „Cut off-Werten“ vor. Der in den Erläuterungen des Entwurfs vorgenommene Versuch einer Klarstellung wäre jedenfalls auch im Gesetzestext entsprechend abzubilden.

Kritisch sieht die Österreichische Ärztekammer weiters das hinter der Verschärfung stehende Prozedere. Wir erachten es als unvertretbar, dass die bestehende Versorgungsproblematik im Bereich der Amtsärztinnen und Amtsärzte, insbesondere im ländlichen Raum, durch Überantwortung von Zuständigkeiten auf Nicht-Ärztinnen und Nicht-Ärzte begegnet werden soll. Diese Kompetenzverschiebung der Feststellung der Beeinträchtigung der Lenkerin/des Lenkers auf die – wenn auch besonders gut geschulten und ermächtigten – Organe der Exekutive wird aus fachlichen Gründen in Frage gestellt. Ungeachtet der besonderen Erfahrung, wie in den Erläuterungen dargelegt, stellt die Beurteilung der Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit eine gutachtende, ärztliche Tätigkeit dar, die entsprechende Ausbildung, Erfahrung verlangt und ebenso eine ärztliche Vorbehaltstätigkeit ist. Unseres Erachtens kann sich die Kompetenz der geschulten Organe der Exekutive lediglich auf die Feststellung der gesetzlichen Voraussetzungen einer notwendigen weiteren medizinischen Abklärung beschränken und es sollte auch weiterhin die Vorführung zum Arzt vorgesehen werden.

Im vorliegenden Entwurf wird zur Schulung der Organe der Exekutive auf eine noch zu erlassende Verordnung (vgl. dazu § 5a des Entwurfs) verwiesen. Eine inhaltliche Stellungnahme zur avisierten Ausbildung kann daher nicht vorgenommen werden.

An dieser Stelle sei auch die Rolle der Spitalsärztinnen und Spitalsärzte (vgl. dazu § 5 Abs 4b des Entwurfs) angesprochen: Es wird davon ausgegangen, dass die geplante Änderung besondere Aufmerksamkeit und Sensibilisierung in der medialen Öffentlichkeit erhalten wird und im Bereich der Überprüfungen ein neuer Sorgfaltsmaßstab erreicht wird. Daher wird ein beträchtlicher Mehraufwand in der Häufigkeit der Untersuchungen erwartet, den die im Entwurf vorgesehenen Institutionen, wie insbesondere die diensthabenden Spitalsärztinnen und Spitalsärzte, zu bewältigen haben werden müssen. An dieser Stelle sei auf die massiven Probleme im Bereich der distrikts-, gemeinde-, kreis- und sprengelärztlichen-Versorgung hingewiesen, welche die in Rede stehenden Tätigkeiten übernehmen könnten, aber immer mehr aus der Versorgungslandschaft zurückgedrängt bzw. abgeschafft werden. Wir erachten es als sehr problematisch, die Ambulanzen, insbesondere im Notfallbereich, in dem gleichzeitig auch eine Akutversorgung von Patientinnen und Patienten durchgeführt werden muss, mit zusätzlichen Aufgaben zu belasten und damit den intramuralen Versorgungsbereich weiter an seine Versorgungsgrenzen zu bringen. Die enorme Arbeitsverdichtung in den Krankenhäusern in den letzten Jahren, insbesondere bei Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdiensten erfordert es, dass sich gegen eine Übernahme zusätzlicher Tätigkeiten auszusprechen ist.

Ein weiterer Einwand zur Verpflichtung der Spitalsärztinnen und Spitalsärzte an der Mitwirkung betrifft die Sonderfachbeschränkung: In § 5 Abs. 9 des Entwurfs wird vorgesehen, dass Ärztinnen und Ärzte gemäß Abs. 5 verpflichtet sind, die Untersuchung durchzuführen. Nicht nur, dass die genauen Inhalte der Untersuchung nicht hinreichend erläutert werden, dürfen wir auch darauf hinweisen, dass diese Bestimmung und Verpflichtung in einem Konflikt zu der in § 31 ÄrzteG 1998 normierten Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit auf das jeweilige Sonderfach steht. Dies bedeutet, dass die Ärztin/der Arzt eine entsprechende ärztliche Tätigkeit nur übernehmen darf, wenn sie/er über die einschlägigen Fähigkeiten und Kenntnisse, d.h. die notwendige Qualifikation zur Durchführung dieser Untersuchungen verfügt. Auch in Ermangelung entsprechender Details zur Untersuchung kann nicht automatisch von einer fachlichen Qualifikation und entsprechenden Erfahrung zur Untersuchung durch die genannten Ärztinnen und Ärzte ausgegangen werden. In diesem Punkt wäre – so man die Verpflichtung der Spitalsärztinnen und Spitalsärzte weiterhin beabsichtigt – eine genaue Beschreibung der notwendigen Untersuchung und eine Klarstellung hinsichtlich der fachlichen und ärztlichen Kompetenz vorzunehmen.

Zur Frage der Honorierung dieser Leistungen darf darauf hingewiesen werden, dass eine Umfrage bei den Landesärztekammern ein sehr uneinheitliches Bild der Honorierung der bisherigen Leistungen der Spitalsärztinnen und Spitalsärzte im Bereich der Maßnahmen nach StVO ergeben hat und auch im vorliegenden Entwurf bzw. den Materialien nicht auf die Honorierung eingegangen wird. Die Österreichische Ärztekammer spricht sich dafür aus, dass die Honorierung dieser Leistungen österreichweit einheitlich geregelt und eine jährliche Valorisierung des Tarifs vorgesehen werden sollte.

Angemerkt wird, dass nicht klar ist, welche Ärzte unter den Begriff „im öffentlichen Sanitätsdienst stehende Ärzte“ zu subsumieren sind. Dieser Begriff ist - wie in der einschlägigen Literatur beschrieben - ein rechtshistorischer, der zur Durchführung hoheitlicher Aufgaben für die Gesundheitsbehörde berechtigte. Hier muss eine entsprechende Klarstellung erfolgen.

Zu § 99 (1b) des Entwurfs darf aber festgehalten werden, dass die generelle Gleichsetzung einer Beeinträchtigung durch Alkoholisierungsgrad von mehr als 1,6 Promille mit illegalem Suchtmittelkonsum fachlich nicht begründbar ist und als nicht verhältnismäßig abgelehnt wird.

Die Österreichische Ärztekammer kann das Anliegen des Bundesministeriums im Bereich der Sicherungsmaßnahmen nachvollziehen, die geplante Umsetzung wird allerdings für unklar und unvollständig erachtet. Die Aufnahme des Suchtmittel-Begriffs ist, bei einer ersten Detailbetrachtung, nur schwer in Einklang mit den bisherigen Regelungen der StVO zu bringen. Durch die Novellierung gelangen zahlreiche Patientinnen und Patienten, die mit Drogen im herkömmlichen Sinne gar nichts zu tun haben oder durch deren Einnahme gar nicht beeinträchtigt sind, in Gefahr, mit strengsten Sanktionen bedacht zu werden. Die Festlegung und Verankerung von Wirkstoff-Untergrenzen wäre jedenfalls vorzusehen. Weiters ist die Feststellung der Fahruntüchtigkeit – so wie bisher – durch Ärztinnen und Ärzte schon vor einer etwaigen Blutabnahme vorzunehmen. Wir erachten es als notwendig, ärztliche Expertise in den

Prozess der Neuregelung einfließen zu lassen und stellen uns hier auch gerne als Gesprächspartner zur Verfügung.

Im Übrigen dürfen wir auf die medizinische Stellungnahme der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit verweisen, die wir als Anlage übermitteln.

Die Österreichische Ärztekammer ersucht um Berücksichtigung ihrer Bedenken.

Mit freundlichen Grüßen



a. d. Univ.-Prof. Dr. Thomas Szekeres
Präsident

Anhang



Wien, am 15.Mai 2019

Betreff: Entwurf einer 32. StVO-Novelle; Begutachtung; Stellungnahme

Stellungnahme von Dr. Johann Haltmayer, 1. Vorsitzender der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS).

Zu § 5 Abs 1 StVO samt Überschrift und § 5b Abs 1 und 2 StVO (Art 1 Z 1, 2 und 11 des Entwurfs):

Ausweitung von Suchtgift auf Suchtmittel

Die Ausweitung von Suchtgift auf Suchtmittel bedeutet, dass künftig ein großer Bereich von psychotrop wirksamen und therapeutisch breit eingesetzten Arzneimitteln umfasst wäre (darunter auch Beruhigungs- und Schlafmittel), deren Gebrauch nicht zwangsläufig zu einer Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit führt.

Es fehlen Wirkstoff-Untergrenzen (Cut off-Werte)

Es erfolgt einerseits eine Ausweitung auf Suchtmittel und damit die Einbeziehung einer Vielzahl von therapeutisch eingesetzten und gut wirksamen Arzneimittel, ohne, dass dafür Untergrenzen für eine Wirkstoffkonzentration im Blut angegeben werden. Das hat zur Folge, dass jede messbare geringste Menge eines Suchtmittels im Blut aufgrund der gesetzlichen Vermutung das Vorliegen einer Beeinträchtigung bedeuten würde, außer es handelt sich um einen sog. „legalen“ Suchtmittelgebrauch.

Es ist evident, dass nicht jede (gerade noch) messbare Menge an Suchtmitteln auch zu einer Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit führt bzw. mit einer solchen gleichzusetzen ist. Geringe bzw. minimale Suchtmittelkonzentrationen im Blut haben ebenso wenig automatisch eine Beeinträchtigung zur Folge wie der Genuss von Alkohol in geringen Mengen bzw. Restblutgehalte unterhalb der gesetzlich festgelegten Cut off-Werte.

Die willkürliche Einteilung in „legalen“ und „illegalen“ Suchtmittelkonsum steht also in keinerlei Zusammenhang mit einer Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit und demzufolge kann auch kein Zusammenhang mit Überlegungen zur Erhöhung der Verkehrssicherheit im Straßenverkehr hergestellt werden.

Einteilung in „legalen“ und „illegalen“ Suchtmittelkonsum:

Mit der vorgeschlagenen Novelle geraten alle Menschen, die ein Suchtmittel-haltiges Medikament einnehmen (u.a. Alprazolam, Bromazepam, Lorazepam, Midazolam, Zolpidem, etc.) unter Generalverdacht. Werden auch nur Spuren davon im Blut nachgewiesen, muss vom Betroffenen (!) der Nachweis erbracht werden, dass es sich nicht um einen „illegalen“ Konsum von Suchtmittel gehandelt hat. In der Regel wird es sich bei diesem Nachweis um eine schriftliche Behandlungs-Verschreibungsbestätigung handeln. Alternativ muss präventiv eine Rezeptkopie angefertigt werden, da Rezepte in der Regel aus Verrechnungszwecken in der Apotheke verbleiben. Sollte die

Verschreibung urlaubs- oder berufsbedingt an einem anderen Ort erfolgt sein, kann die Nachweiserbringung mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden sein. Bis zum Zeitpunkt der Nachweiserbringung, dass der Konsum „legal“ erfolgt ist gilt die Annahme eines „illegalen“ Konsum mit allen in der vorliegenden Novelle angeführten Rechtsfolgen, Führerscheinabnahme inklusive!

Am Tag nach einer Colonoskopie, oder nach der Einnahme eines codeinhaltigen Antitussivums, einer schlafanstoßenden Z-Substanz oder eines morphin- oder tramadol- oder THC-haltigen Schmerzmedikamentes - diese Liste kann man nahezu beliebig lange fortsetzen – können solche Substanzen im Blut nachgewiesen werden ohne, dass gleichzeitig eine Beeinträchtigung im Sinne einer Fahruntauglichkeit vorliegt. Dennoch müsste in diesen Fällen im Sinne einer Beweislastumkehr der betroffene Fahrzeuglenker den Nachweis erbringen, dass er diese Substanzen auf „legale“ Weise erhalten und zu sich genommen hat. Andernfalls würde die Annahme eines „illegalen“ Konsums gelten.

Es ist eine unzumutbare und stigmatisierende Forderung, wenn PatientInnen / BürgerInnen gegenüber der Exekutive den Nachweis einer Krankenbehandlung (= „legaler Suchtmittelgebrauch“) erbringen müssen, womit auch die Offenlegung von z.T. höchst sensiblen gesundheitsbezogenen Daten verbunden ist, inklusive daraus abzuleitender Grunderkrankungen und Diagnosen! Und dies ohne den Umstand, dass eine Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit vorliegen muss.

Davon wären hunderttausende Menschen in Österreich betroffen, die nicht das Geringste mit „Drogen“ im herkömmlichen Sinne zu tun haben!

Aufklärung von PatientInnen und Haftungsfragen

ÄrztInnen würden hinkünftig alle PatientInnen VOR der Verschreibung bzw. Verabreichung solcher Substanzen dezidiert darauf hinweisen müssen, dass auch am Tage (bzw. mehrere Tage) nach der Verabreichung/Einnahme Spuren der Substanz im Blut gefunden werden können und dies die gesetzliche Vermutung des Vorliegens einer Beeinträchtigung bedeuten würde, es sei denn, man kann den Nachweis erbringen, dass es sich um einen „legalen“ Suchtmittelgebrauch handelt. Andernfalls könnten die PatientInnen zu Recht den Einwand erheben, dass sie, hätten Sie darüber vorher Bescheid gewusst, dieses Medikament nicht eingenommen hätten. Damit sind auch relevante Fragen der Haftung für die Ärzteschaft verbunden!

Dieser Umstand könnte auch zur Folge haben, dass PatientInnen die Einnahme dringend benötigter Medikamente aus Angst vor den Rechtsfolgen (Führerscheinabnahme, hohe Geldstrafe) verweigern.

Der Umstand, ob ein Suchtmittel „legal“ oder „illegal“ beschafft oder eingenommen wurde, sagt nichts darüber aus, ob dadurch eine verminderte Fahrtauglichkeit und somit eine Gefahr für den Straßenverkehr gegeben ist oder nicht! Damit wird allein auf die „Legalität“ des Konsums abgestellt, ohne zu berücksichtigen, ob der/die LenkerIn sich verantwortungsbewusst verhält. Ein längerer zurückliegender Konsum von Suchtmitteln, bei dem zwar Substanzspuren aber keine für die Fahrtauglichkeit relevante Menge an Wirkstoffen festgestellt wird, hat keinen Einfluss auf die Verkehrssicherheit. Eine Hebung der Verkehrssicherheit wird mit dieser Bestimmung jedoch nicht erreicht.

Feststellung der Beeinträchtigung nur nach ärztlicher Untersuchung

Ausgangspunkt für das Feststellen einer Beeinträchtigung muss daher in jedem Fall eine ärztliche/amtsärztliche Untersuchung bleiben. Die Feststellung der Fahruntauglichkeit ist in diesen Fällen immer das Ergebnis einer eingehenden klinischen Untersuchung durch ÄrztInnen/AmtsärztInnen UND das Ergebnis der Blutanalyse, das in das amtsärztliche Gutachten einfließt. Dieses System muss jedenfalls beibehalten werden, da die Beeinträchtigung durch Suchtmittel nur aufgrund einer medizinisch qualifizierten und fundierten ärztlichen Begutachtung erfolgen kann.

Aus meiner ärztlich-fachlichen Sicht ist die vorgeschlagene Änderung abzulehnen.

Zu § 5 Abs 4b neu StVO (Art 1 Z 3 des Entwurfs):**Feststellung der Fahruntauglichkeit durch Organe der Bundespolizei statt durch ÄrztInnen/AmtsärztInnen - Wegfall der ärztlichen/amtsärztlichen Untersuchung**

Nach der geltenden Rechtslage bildet die ärztliche (klinische) Untersuchung gemeinsam mit den Ergebnissen der Blutuntersuchung die Grundlage für die Entscheidung der Frage, ob die Fahruntüchtigkeit durch die Einnahme von Suchtgiften (mit)verursacht wurde. Der Amtsarzt erstellt dazu ein zusammenfassendes Abschlussgutachten. Grundlage dafür sind neben den Analyseergebnissen der Blutprobe die vorher erhobenen Befunde.

Der Entwurf sieht nun vor, dass Organe der Bundespolizei (speziell geschulte Beamte) „die Fahruntüchtigkeit feststellen“. Damit werden an die Berufsgruppe der PolizistInnen Aufgaben übertragen, die sonst ein mehrjähriges Studium und eine mehrjährige Ausbildung im Krankenhaus bzw. in der ärztlichen Praxis erfordern.

Das Bestreben, einen Mangel an qualifizierten ÄrztInnen dadurch auszugleichen, dass an Organe der Bundespolizei ärztliche Aufgaben übertragen werden sollen verfehlt nicht nur die Zielsetzung, sondern ist darüber hinaus mit der unausweichlichen Gefahr der fachlich völlig unzureichenden Ausübung der übertragenen „ärztlichen“ Tätigkeiten verknüpft. Es ist unverantwortlich und völlig verfehlt, das unzureichende Vorhandensein ärztlicher Begutachtungskapazitäten durch straßenpolizeiliche Sondervorschriften regeln zu wollen.

Aus ärztlich-fachlicher Sicht ist die vorgeschlagene Änderung abzulehnen.

Zu § 99 Abs 1 lit b und c StVO (Art 1 Z 17 des Entwurfs) sowie der Verfassungsbestimmung in § 99 Abs 1 lit d StVO (Art 1 Z 18 des Entwurfs):

Die generelle Gleichsetzung einer (auch nur vermuteten) Beeinträchtigung durch „illegalen“ Suchtmittelkonsum mit einem Alkoholisierungsgrad von mehr als 1,6 Promille ist fachlich nicht begründbar, nicht verhältnismäßig und aus ärztlich-fachlicher Sicht abzulehnen.

Die daraus folgenden strengsten Sanktionen würden im Falle der Umsetzung dieser Bestimmung auch dann zum Tragen kommen, wenn eine Beeinträchtigung gar nicht vorliegt, sondern aufgrund des bloßen Nachweises eines vergangenen Suchtmittelkonsum ohne aktuelle Auswirkung auf die Fahrtüchtigkeit. Das widerspricht der geltenden Regelung im Bereich der Alkoholisierung, bei der der Gesetzgeber fachlich fundiert und auf Basis vorgegebener Messwerte ein abgestuftes Sanktionssystem eingeführt hat, das sich am Grad der Alkoholisierung orientiert.

Aus ärztlich-fachlicher Sicht ist die vorgeschlagene Änderung abzulehnen.