



Bundesministerium für Justiz

Organisationseinheit: BMG - II/A/2 (Allgemeine Gesundheitsrechtsangelegenheiten und Gesundheitsberufe)
Sachbearbeiter/in: Mag. Irene Hager-Ruhs
E-Mail: irene.hager-ruhs@bmg.gv.at
Telefon: +43 (1) 71100-4219
Fax: +43 (1) 71344041475
Geschäftszahl: BMG-91870/0016-II/A/2/2010
Datum: 12.11.2010
Ihr Zeichen:

begutachtung@bmi.gv.at

Budgetbegleitgesetz-Justiz, Begutachtung

Sehr geehrte Damen und Herren!

Das Bundesministerium für Gesundheit erlaubt sich zum Beitrag des Bundesministeriums für Justiz zum Budgetbegleitgesetz 2011 bis 2014 nachfolgende Stellungnahme abzugeben:

Zu Artikel 25 (Strafgesetzbuch):

Zu § 88 StGB (Fahrlässige Körperverletzung):

Die grundsätzliche und auch generelle Anhebung der Strafflosigkeitsgrenze von drei auf vierzehn Tagen für alle Betroffenen wird als rechtspolitisch nicht vertretbar angesehen.

Auch im Bereich der Fahrlässigkeitsdelikte übt das Strafrecht eine wesentliche präventive Funktion dahin aus, durch die Androhung strafgerichtlicher Folgen Handlungen zu unterlassen, durch die der Anspruch des einzelnen auf Wahrung seiner Integrität, insbesondere seiner körperlichen Unversehrtheit, gefährdet wird. Die vorgeschlagene Änderung wäre ein wesentlicher Beitrag, sich im Rahmen des Strafrechts dieser präventiven Funktion zu begeben und Handlungen eine Sozialadäquanz beizumessen, von denen eine massive Gefährdung der Integrität und der körperlichen Unversehrtheit des einzelnen ausgeht (etwa durch Missachtung wesentlicher Regelungen auf dem Gebiet des Straßenverkehrs). Dies muss auch aus gesellschaftspolitischer Sicht abgelehnt werden.

Es darf auch auf die Gefahr hingewiesen werden, dass auf Grund der Änderung im § 88 StGB allenfalls Patienten eine längere Dauer einer krankheitswertigen Störung anzustreben versuchen, dies individuell auch so empfinden mögen, um jedenfalls die

Radetzkystraße 2, 1031 Wien | <http://www.bmg.gv.at> | post@bmg.gv.at | DVR: 2109254 | UID: ATU57161788

14 Tage zu überwinden, daher für den Krankenversicherungsträger höhere Kosten als erforderlich entstehen könnten und andererseits diese Personen auch länger dem Arbeitsplatz fernbleiben.

Mit dieser gleichgehaltenen Anhebung entfällt auch die notwendige und gerade zuletzt im Jahr 2009 nochmals bekräftigte ausdrückliche Privilegierung der besonders gefahrgeneigten Berufe, der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe, für deren Berufsausübung es wohl einer strafrechtlich anders zu betrachtenden Regelung bedarf, denn für sonstige durch sorgfaltswidriges Verhalten herbeigeführte Körperverletzungen.

Auch geben die Erläuterungen keine Hinweise darauf, dass zu dieser Regelung mit den betroffenen Gesundheitsberufen diskutiert oder sie in irgendeiner Weise befasst worden wären. Es ist daher anzunehmen, dass keine fachliche Auseinandersetzung dazu stattgefunden hat, welche diese immanente Notwendigkeit für die Ausübung dieser Berufe, die auf Grund ihrer besonderen Exponiertheit dieser Privilegierung bedürfen, wohl deutlich nachvollziehbar dargelegt hätte.

Sofern daher die grundsätzlich abzulehnende Erhöhung von drei auf 14 Tage aber jedenfalls als unabdingbar angesehen wird, wird jedenfalls eine Privilegierung der gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe in vergleichbarer Art wie bisher, zumindest aber eine Erhöhung auf wenigstens vier Wochen gefordert, um der Gefahrgeneigntheit dieser Berufsausübung entsprechend Rechnung zu tragen, ansonsten auch die Gefahr im Raum stehen könnte, dass in bestimmten Bereichen von sinnvollen Behandlungsmaßnahmen aus Sorge vor möglichen strafrechtlichen Folgen allenfalls Abstand genommen wird, somit auch durch Vermeidung adäquater invasiver Eingriffe langfristige konservative Behandlungen sich kostenintensiv zu Buche schlagen.

Anlässlich der gegenständlichen Novelle des Strafgesetzbuches erlaubt sich das Bundesministerium für Gesundheit neuerlich auf die bereits mehrmals – zuletzt in den ho. Stellungnahmen vom 6. November 2009, BMG-91870/0023-I/B/6/2009, vom 8. Jänner 2010, BMG-91870/0025-I/B/6/2009, sowie vom 22. April 2010, BMG-91870/0008-I/B/6/2010 – eingebrachten und bis dato nicht umgesetzten Änderungsvorschläge des Strafgesetzbuches betreffend § 121 (Verletzung von Berufsgeheimnissen), § 184 (Kurfuscherei) sowie die Schaffung eines Straftatbestands Organhandel mit der Bitte um ehestmögliche Umsetzung in Erinnerung zu rufen.

Zu Artikel 26 (Suchtmittelgesetz):

Zunächst wäre zu hinterfragen, weshalb der gegenständliche Entwurf nicht im Vorfeld im Rahmen des vom Ministerrat im Jahr 1997 in Drogenangelegenheiten verabschiedeten Koordinationsmechanismus akkordiert wurde. Drogenangelegenheiten sind eine Querschnittmaterie, die verschiedene Zentralstellen und im Hinblick auf die föderalistische Struktur auch die Bundesländer berühren. Dem damit einher gehenden innerstaatlichen Koordinationsbedarf wurde auf politischer Ebene mit der Etablierung des Mechanismus der Bundesdrogenkoordination Rechnung getragen. Dass Maßnahmen wie die beabsichtigten Änderungen des Suchtmittelgesetzes die Wir-

kungsbereiche des Bundesministeriums für Gesundheit und der Bundesländer berühren, kann nicht übersehen worden sein. Es besteht aus Sicht des Bundesministeriums für Gesundheit Klärungsbedarf, in wie weit das Bundesministerium für Justiz sich dem mit dem Instrument der Bundesdrogenkoordination verfolgten Ziel einer ausgewogenen, zwischen den verschiedenen relevanten Materien gut akkordierten Drogenpolitik noch verpflichtet fühlt. Bislang hat das Bundesministerium für Justiz den engen Kontext zwischen Suchterkrankung und Delinquenz und dem sich daraus ergebenden engen Abstimmungsbedarf Beachtung geschenkt. Es ist zu fordern, dass das Bundesministerium für Justiz diese Strategie nicht verlässt und künftig den dafür notwendigen Abstimmungsprozessen weiterhin Rechnung trägt.

Inhaltlich gibt der Entwurf Anlass zu folgenden Einwänden:

Zu Art. 26 Z 2 und 4 des Entwurfs (§§ 35 Abs. 3 Z 2, Abs. 5 SMG)

Zwar begegnet die vorgesehene Schaffung einer Alternative (zu den bisher damit betrauten Gesundheitsbehörden) für die Begutachtung im Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch und gebotene gesundheitsbezogene Maßnahmen bei suchtmittelstrafrechtlich auffällig gewordenen Personen **unter der Voraussetzung** keinem grundsätzlichen Einwand, **dass die vorgesehene Einrichtung eines justizärztlichen Dienstes nicht zu Doppelgleisigkeiten in der Vollziehung führt**. Werden nämlich Doppelgleisigkeiten zwischen Justiz und Gesundheitsbehörden nicht von vorne herein wirksam ausgeschlossen, würde die Schaffung eines weiteren, für ein- und dieselbe Aufgabe alternativ zu den Gesundheitsbehörden zur Verfügung stehenden ärztlichen Dienstes im Bereich der Justiz auf beiden Seiten, jedenfalls aber bei den Gesundheitsbehörden unvermeidlich zu Unklarheiten, Doppelgleisigkeiten und Koordinationsaufwand führen, und daher den Aufwand der öffentlichen Hand im Bereich der gesundheitsbezogenen Begutachtungen insgesamt erhöhen.

Es wird daher gefordert, dass das Bundesministerium für Justiz zeitgerecht vor in Betriebnahme der justizärztlichen Begutachtungsalternative im Zusammenwirken mit dem Bundesministerium für Gesundheit und den Ländern die Abgrenzungskriterien definiert, wobei auch entsprechende wechselseitige Informations- bzw. Auskunftspflichten der justiz- bzw. gesundheitsbehördlichen Dienste festzulegen sind.

In fachlicher Hinsicht müssen für einen im Bereich der Justiz befassten Gutachter dieselben Voraussetzungen gelten wie für die mit denselben Aufgaben betrauten Gesundheitsbehörden. Es muss sich um einen entsprechend qualifizierten und hinsichtlich Suchtdiagnostik und -behandlung erfahrenen Arzt handeln (mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertrauter Arzt), was durch den Gesetzestext sichergestellt scheint (Arg. § 35 Abs. 5 SMG).

Zu Art. 26 Z 3 des Entwurfs (§ 35 Abs. 4 SMG):

Es handelt sich um die konsequente Weiterentwicklung des bereits im SMG 1997 eingeschlagenen Weges, in jenen Fällen von einem behördlichen ärztlichen Begutach-

tungsverfahren abzusehen, in denen erfahrungsgemäß nicht von einem Erfordernis gesundheitsbezogener Maßnahmen ausgegangen werden muss. Gegen die vorgesehene Änderung besteht kein Einwand.

Zu Art. 26 Z 5 und 8 des Entwurfs (§§ 35 Abs. 6, 39 Abs. 2 SMG):

Eine willkürliche zeitliche Beschränkung stationärer Therapie bei Patienten mit Suchterkrankung auf sechs Monate entbehrt der wissenschaftlichen Evidenz und ist problematisch. Viele Suchtkranke leiden an ganz unterschiedlichen Grundstörungen bzw. auch Comorbiditäten, auch die Bedingungskonstellationen der Erkrankungen sind von Patient zu Patient unterschiedlich, sodass nach dem heutigen Wissenstand eine Vereinheitlichung von Behandlung bzw. Therapiedauer, auch im stationären Setting, unverantwortlich wäre. Es bedarf individualisierter Behandlungsangebote, sowohl hinsichtlich Form und Inhalt wie auch Zeitdauer. Im Einzelfall kann die indizierte Dauer stationärer Behandlung mehr oder auch weniger als sechs Monate betragen, um eine entsprechende Stabilisierung beim Patienten zu erreichen. **Eine zeitliche Beschränkung auf sechs Monate wäre weder fachlich nachvollziehbar noch Ziel führend und ist daher abzulehnen.**

Kostendämpfende Maßnahmen dürfen nicht zu Lasten von Suchtkranken und der zur Stabilisierung und Besserung ihrer Erkrankung notwendigen Therapie gehen. Defizite bei der Behandlung würden mit dem Risiko von Rückfällen und erneuter Delinquenz mit entsprechenden Folgekosten einher gehen.

Kostendämpfende Effekte im stationären Bereich ließen sich allerdings auch mit Mechanismen erzielen, die nicht von vorne herein ausschließen, dass bei entsprechender Notwendigkeit im Einzelfall eine längere als sechs monatige stationäre Therapie möglich bleibt. Nur für einen Teil der Patienten wird eine länger als sechs Monate dauernde stationäre Therapie notwendig sein, während in einer nicht unerheblichen Zahl von Fällen ein kürzerer stationärer Therapieaufenthalt mit anschließender Überführung in eine ambulante Therapieform durchaus sinnvoll sein kann.

Den Erkenntnissen moderner Suchttherapie entspricht es, den Therapiebedarf im jeweiligen Einzelfall auf Basis **suchtspezifischer Begutachtung** festzulegen. Bereits vor Therapiebeginn wäre im Einzelfall auf Basis qualifizierter Begutachtung das anzustrebende Behandlungsziel innerhalb eines definierten Zeitraumes festzulegen, und nach Zeitablauf unter Berücksichtigung auch der jeweiligen Belastungssituation (Comorbidität, soziale Situation) der aktuelle Status des Patienten mit dem gesteckten Therapieziel abzugleichen. Aufgrund dieser Erfolgsbeurteilung und einer Prognose für den weiteren im stationären oder ambulanten Setting zu erwartenden Behandlungserfolg wäre die Notwendigkeit des Verbleibs im stationären, oder der Wechsel in das ambulante Setting gutachterlich festzustellen.

Allerdings bedarf es einer qualifizierten Diagnostik, um im Einzelfall feststellen zu können, ob eine stationäre oder ambulante (Weiter)Behandlung Ziel führender ist. Die Beurteilung kann daher nur einem **in der Suchtdiagnostik und -therapie erfahre-**

nen und geschulten Arzt, erforderlichenfalls unter Zuziehung der Kompetenz zusätzlicher einschlägiger Fachdisziplinen, überantwortet werden.

Verlagerungen aus dem stationären Therapiebereich werfen allerdings auch die zu klärende Frage nach dem Auslangen der Kapazitäten im ambulanten Bereich auf. Da das Bundesministerium für Justiz bislang kaum Pauschalvereinbarungen über die Kostentragung (§ 41 Abs. 4 SMG) mit ambulanten Einrichtungen abgeschlossen hat ist es notwendig, dass es der Gesundheitsverwaltung Einblick in seine diesbezüglichen Überlegungen für die zukünftige Handhabung gibt. Keinesfalls darf es zu einer Überwälzung der Kosten auf andere Kostenträger kommen.

Zu Art. 26 Z 9 des Entwurfs (§ 41 Abs. 4 SMG):

Diese Maßnahme erscheint schon deshalb nicht Ziel führend, weil der Aufwand mit den zu erlösenden Mitteln kaum in einem angemessenen Verhältnis stehen dürfte. Eine solche Maßnahme darf jedenfalls nicht eine inadäquate Therapie zur Folge haben

Um Berücksichtigung der ho. Stellungnahme wird ersucht.

Eine Ausfertigung dieser Stellungnahme wird an das Präsidium des Nationalrats an begutachtungsverfahren@parlament.gv.at übermittelt.

Mit freundlichen Grüßen

Für den Bundesminister:
Hon.-Prof. Dr. Gerhard Aigner

Elektronisch gefertigt