

- teidigers, 5. Aufl. Köln 1983, 295.
- (5) Becker-Toussaint, H./de Boor/Goldschmidt/Lüderssen/Muck, 1981.
- (6) Lüderssen in: Becker-Toussaint u.a. a.a.O. (Anm. 5), S. 53
- (7) Lüderssen in: Becker-Toussaint u.a. a.a.O. (Anm. 5), S. 55
- (8) Lüderssen in: Becker-Toussaint u.a. a.a.O. (Anm. 5), S. 64; zustimmend: Tzschaschel, W.: Die Information des Beschuldigten über das psychiatrisch-psychologische Gutachten, NJW 1990, 749.
- (9) Pfäfflin, F.: Soll der Angeklagte das Gutachten nicht hören? R&P, Bd. 1, 1983, 18, 19.
- (10) Mauz: "Manchmal geht es extrem aus." Zum Tod von Jürgen Bartsch im Landeskrankenhaus Eickelborn, in: Der Spiegel 1976.
- (11) Mayr in: Karlsruher Kommentar a.a.O. (Anm. 1) Rz. 12.
- (12) Mayr in: Karlsruher Kommentar a.a.O. (Anm. 1) Rz. 13.
- (13) Gollwitzer in: Löwe-Rosenberg a.a.O. (Anm. 1) Rz. 29.
- (14) BGH St 1, 346, 350; Mayr in: Karlsruher Kommentar a.a.O. (Anm. 1) Rz. 14.
- (15) Gollwitzer in: Löwe-Rosenberg a.a.O. (Anm. 1) Rz. 39; Kleinknecht, T./Meyer, K. Strafprozeßordnung, 39. Aufl. München 1989, § 247, Rz. 16.
- (16) Kleinknecht, T./Meyer, K. a.a.O. (Anm. 15).
- (17) JZ 1953, 440; ähnlich Paulus, R. in: KMR, Kommentar zur Strafprozeßordnung, 7. Aufl. Darmstadt 1980, § 247, Rz. 24.
- (18) Gollwitzer in: Löwe-Rosenberg a.a.O. (Anm. 1) Rz. 46.
- (19) Schorsch, E.: Psychotherapeutische Aspekte bei der forensischen Begutachtung, in: Psychiatrische Praxis 10 (1983), 143, 146.
- (20) vgl. Roxin, C.: Strafverfahrensrecht, 21. Aufl. München 1989, 317.
- (21) vgl. OLG Celle Nds. Rpfl. 1990, 252.
- (22) vgl. etwa Mayr in: Karlsruher Kommentar a.a.O. (Anm. 1) § 267, Rz. 16; Gollwitzer in: Löwe-Rosenberg a.a.O. (Anm. 1) § 261, Rz. 99, § 267, Rz. 46; Paulus in: KMR a.a.O. (Anm. 17) Vorb. § 72, Rz. 19; Hürxthal in: Karlsruher Kommentar a.a.O. (Anm. 1) § 261, Rz. 32.
- (23) Mayr in: Karlsruher Kommentar a.a.O. (Anm. 1) § 261, Rz. 32.
- (24) Lüderssen a.a.O. (Anm. 6) S. 81.
- (25) BGH St 29, 99, 102 f.; Dahs a.a.O. (Anm. 4) S. 151; Roxin a.a.O. (Anm. 20) S. 117.
- (26) Beulke, W. in: Die Strafbarkeit des Verteidigers, Heidelberg 1989, S. 42.
- (27) a.a.O. (Anm. 6) S. 77 f.
- (28) a.a.O. (Anm. 8) S. 750.
- (29) a.a.O. (Anm. 9) S. 19.
- (30) Schorsch a.a.O. (Anm. 19) S. 145; Beck-Mannagetta, H./Böhle, A.: Die Beziehung zwischen Sachverständigem und Begutachtetem als Kriterium für die Gültigkeit psychiatrischer Erkenntnis, in: Beck-Mannagetta/Reinhardt (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung im Strafverfahren unter besonderer Berücksichtigung der Psychodynamik, Neuwied u.a. 1989, 248, 262.
- (31) Beck-Mannagetta/Böhle a.a.O. (Anm. 30) S. 259.
- (32) vgl. Ostendorf, H., Kommentar zum Jugendgerichtsgesetz, Neuwied u.a. 1987, § 51, Rz. 6; Schorsch a.a.O. (Anm. 19) S. 146.
- (33) Venzlaff, U. in: Methodische und praktische Probleme der forensisch-psychiatrischen Begutachtung, in: Venzlaff (Hrsg.): Psychiatrische Begutachtung, Stuttgart u.a. 1986, 93 f.; vgl. etwa OLG Celle R&P Bd. 6 Psychiatrie 1988, 41 ff.
- (34) Schorsch a.a.O. (Anm. 19) S. 146.
- (35) Schorsch a.a.O.
- (36) Ostendorf a.a.O. (Anm. 32); vgl. auch Cabanis: Anforderungen an ein psychiatrisch-psychologisches Gutachten, in: Beck-Mannagetta/Reinhardt a.a.O. (Anm. 30) S. 209, 217.
- (37) so schon Dallinger JZ 1953, 440.
- (38) Ostendorf a.a.O. (Anm. 32); Pfäfflin a.a.O. (Anm. 9) S. 19.
- (39) Schorsch a.a.O. (Anm. 19) S. 146.
- (40) Moser, T.: Repressive Kriminalpsychiatrie - Vom Elend einer Wissenschaft, 1971, 222.
- (41) vgl. dazu Pfäfflin a.a.O. (Anm. 9) S. 19 f: "Das Gutachten wird erst dann erstattet, wenn der Sachverständige seine bei der Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse so formuliert und mit dem Probanden besprochen hat, daß dieser die Konsequenz des Gutachtens annehmen kann, ohne 'bloßgestellt' zu werden, ohne psychotisch zu werden oder sich suizidieren zu müssen."
- (42) RGSt 49, 43.

Anschrift des Verfassers:

Osterdeich 30
2800 Bremen 1

Das neue österreichische Unterbringungsrecht

Christian Kopetzki

Am 1. Januar 1991 traten in Österreich neue und umfassende gesetzliche Bestimmungen auf dem Gebiet der (nicht-strafrechtlichen) Unterbringung psychisch Kranker in psychiatrischen Anstalten in Kraft. Sie ersetzen das bisherige „Anhalte-recht“ und enthalten erstmals nähere Regelungen über den Vollzug der Unterbringung. Das Unterbringungsgesetz beseitigt die Konkurrenz zwischen zivilrechtlicher und öffentlichrechtlicher Unterbringung und beschreitet mit der Einrichtung der „Patientenanwaltschaft“ neue Wege. Der folgende Artikel bietet einen ersten Überblick über die künftige Rechtslage.

Schlüsselwörter:

Unterbringungsrecht (Österreich), Zwangsbehandlung, Patientenanwaltschaft, Sachwalterrecht

Einleitung

Mit dem Inkrafttreten des Bundesgesetzes über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz – UbG) (1) am 1. Jänner 1991 wurde – nach jahrzehntelangen Vorbereitungen und zahlreichen Entwürfen (2) – die zweite Etappe der österreichischen „Psychiatrierechtsreform“ abgeschlossen (3). Das UbG

tritt an die Stelle des bisherigen „Anhaltungsrechts“, dessen zersplitterte Rechtsgrundlagen teilweise noch auf die Zeit der Monarchie zurückgingen (4) und das, nicht zuletzt wegen seiner eher nachlässigen Vollzugspraxis, vielfältiger Kritik ausgesetzt war (5).

Begleitende Bestimmungen zum UbG sind in zwei Nebengesetzen enthalten, und zwar im Bundesgesetz über Vereine zur Namhaftmachung von Sachwaltern und Patienten-anwälten (Vereinssachwalter- und Patientenanwaltschaftsgesetz

– VSPAG) (6) sowie im Bundesgesetz, mit dem das Krankenanstaltengesetz dem Unterbringungsgesetz angepaßt wird (7).

Allgemeine Zielsetzung des UbG ist ein verstärkter, mit rechtsstaatlichen Grundsätzen in Einklang stehender Schutz der Persönlichkeitsrechte jener psychisch kranken Patienten, die im Rahmen stationärer psychiatrischer Einrichtungen Beschränkungen ihrer Rechte unterworfen werden (8). Das UbG befaßt sich ausschließlich mit den Modalitäten des hoheitlichen Freiheitsentzuges, nicht jedoch mit anderen psychiatrischen Versorgungsformen. Es handelt sich nicht um ein „Psychiatricgesetz“, in dem die Tätigkeit der Psychiatrie umfassend geregelt wird, sondern um eine rechtliche Ausgestaltung und Kontrolle des staatlichen Zwanges in der Anstaltspsychiatrie (9).

Anwendungsbereich

a) Das UbG und die darin vorgesehenen Rechtsschutzeinrichtungen gelten nicht für jeden stationären Aufenthalt in psychiatrischen Anstalten bzw. Abteilungen, sondern ausschließlich für „Unterbringungen“. Der Legaldefinition der „Unterbringung“ in § 2 UbG kommt daher zentrale Bedeutung für den Anwendungsbereich des Unterbringungsrechts zu.

Gem. § 2 UbG liegt eine Unterbringung iSd UbG immer dann vor, wenn „Personen in einem *geschlossenen Bereich* angehalten“ oder „*sonst* Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden“. Die Anhaltung in einem „geschlossenen Bereich“ – verstanden als ständig verschlossene räumliche Einheit (10) – stellt daher nur mehr eine mögliche Form der Unterbringung dar (11); gleichzuhalten ist jede „*sonstige*“ Beschränkung der Bewegungsfreiheit. Für den Anwendungsbereich des UbG kommt es also künftig in keiner Weise darauf an, ob sich die Beschränkung der Bewegungsfreiheit in bestimmten räumlich-organisatorischen Strukturen (oder gar Bezeichnungen) manifestiert; maßgeblich ist allein, ob der Patient irgendwelchen Bewegungsbeschränkungen unterworfen wird, mögen diese zB durch zeitlich begrenzte Ausgangsbeschränkungen, durch besondere Überwachungsmaßnahmen oder durch anderweitige Mittel realisiert werden.

Für den Begriff der Unterbringung nicht entscheidend ist der räumliche Umfang der Bewegungsbeschränkung: Die Beschränkung auf ein gesamtes (größeres) Anstaltsareal ist ebenso eine „Unterbringung“ wie die Anwendung mechanischer Beschränkungen innerhalb eines Raumes (z.B. Netzbett, Schutzjacke, Angurten) (12). Für eine Unterscheidung zwischen „Unterbringungen“ und „unterbringungsähnlichen Maßnahmen“ ist folglich im UbG kein Platz.

Da die Verhängung der Unterbringung an keine äußere Form gebunden ist und die Anwendbarkeit des UbG vom tatsächlichen Vorliegen von „Beschränkungen der Bewe-

gungsfreiheit“ abhängt, kommt es in der Praxis wiederholt zu Unklarheiten bei der Beurteilung, ob ein bestimmter Patient im Sinne des Gesetzes „untergebracht“ ist oder nicht. Manche psychiatrische Anstalten neigen zu einem restriktiven Verständnis des Unterbringungsbegriffs (z.B. im Sinne des „geschlossenen Bereichs“), der im Gesetz keine Deckung findet.

b) Das UbG ist nur auf die Unterbringung in Anstalten und Abteilungen für *Psychiatrie* anwendbar (§ 2). Nicht erfaßt sind daher Unterbringungen psychisch Kranker in anderen Einrichtungen innerhalb und außerhalb von Krankenanstalten (zB auf geriatrischen Stationen, in Pflegeheimen, etc), obwohl die damit verbundenen Freiheitsbeschränkungen und Rechtsschutzdefizite durchaus vergleichbare Dimensionen aufweisen können (13). Diesbezüglich wurde auf künftige legislative Vorhaben verwiesen.

c) Für nicht voll geschäftsfähige Personen, denen ein Sachwalter bestellt ist, war bisher neben der öffentlichrechtlichen „Anhaltung“ auch eine zwangsweise Unterbringung nach *Zivilrecht* anerkannt, sei es durch unmittelbare Anordnung des PflEGsgerichts oder im Wege der Aufenthaltsbestimmung durch den Sachwalter mit Genehmigung des PflEGsgerichts (14). Diese „zivilrechtliche“ Unterbringung galt als Element der vom Sachwalter bzw. vom PflEGsgericht wahrzunehmenden „Personensorge“ und war – nicht zuletzt wegen des Fehlens einer inhaltlich bestimmten Ermächtigung im ABGB und den damit verbundenen Unklarheiten über die materiellen und formellen Voraussetzungen – seit jeher umstritten (15). Eine der wichtigsten Neuerungen des UbG besteht – jedenfalls im Hinblick auf psychiatrische Anstalten – in der gänzlichen *Beseitigung* dieser Konkurrenz zwischen öffentlichrechtlicher und zivilrechtlicher Unterbringung: Nach § 12 UbG gilt das UbG in vollem Umfang auch für Kranke, hinsichtlich derer ein PflEGsverfahren bei einem anderen Gericht anhängig ist; für Personen unter Sachwaltertschaft besteht daher künftig neben der Unterbringung nach UbG keine zivilrechtliche Alternative für zwangsweise Anhaltungen in psychiatrischen Anstalten bzw. Abteilungen (16).

Vom UbG unberührt bleibt hingegen die *strafrechtliche* Unterbringung geisteskranker Rechtsbrecher (Maßnahmenrecht), und zwar auch dann, wenn sie ausnahmsweise nicht in speziellen Justizanstalten, sondern in öffentlichen Krankenanstalten für Psychiatrie erfolgt (17).

Die materiellen Voraussetzungen der Unterbringung

Gem. § 3 UbG darf nur untergebracht werden, wer an einer *psychischen Krankheit* leidet und im Zusammenhang damit sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich *gefährdet* und *nicht in anderer Weise*, insbesondere außerhalb einer Anstalt, ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden kann.

Diese Formulierung der Unterbringungs Voraussetzungen orientiert sich im wesentlichen an der bisherigen Rechtslage, enthält aber einige wichtige Klarstellungen:

a) Die Unterbringung *geistig Behinderter* in psychiatrischen Anstalten ist nach dem UbG grundsätzlich nicht mehr zulässig. Im Gegensatz zum Sachwalterrecht (§ 273 ABGB), wo die „geistige Behinderung“ neben der „psychischen Krankheit“ noch ausdrücklich erwähnt ist, wurden die Unterbringungs Voraussetzungen des UbG bewußt enger formuliert; eine Unterbringung geistig Behinderter in psychiatrischen Anstalten soll nur mehr dann stattfinden können, „wenn neben der geistigen Behinderung auch Symptome einer psychischen Erkrankung auftreten“ (18).

b) Beibehalten wurde die für das österreichische Anhaltungsrecht seit jeher typische Bindung an die Voraussetzung der *Gefahrenabwehr*. Im Vergleich zur „Sicherheitsgefährdung“ des bisherigen § 49 KAG enthält das UbG nun weitere Präzisierungen: Die Unterbringung setzt voraus, daß der Betroffene das (eigene oder fremde) *Leben* oder die *Gesundheit* gefährdet; eine Gefährdung von Sachwerten reicht nicht aus. Überdies muß die Gefährdung „*ernstlich und erheblich*“ sein, womit sowohl eine besondere Schwere der drohenden Schädigung („erheblich“) als auch ein hohes Maß an Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts („ernstlich“) gemeint ist. Eine Unterbringung wegen bloßer „Behandlungsbedürftigkeit“ oder Verwahrlosungsgefahr wurde im Zuge der parlamentarischen Beratungen ebenso verworfen wie eine Unterbringung als „Maßnahme der Fürsorge“ (19). Die Notwendigkeit ärztlicher Behandlung kann eine Unterbringung erst dann rechtfertigen, wenn sie zu einer „besonders schwerwiegenden und ernstlichen Gefährdung der Gesundheit führt“(20).

Die strikte Ablehnung einer rein „fürsorgerischen“ Unterbringung und die neuerliche – und verschärfte – Bekräftigung des Elements der Gefahrenabwehr erfolgte nicht zuletzt als Reaktion auf die bisherige Praxis der Anstalten und Gerichte, die hinsichtlich der Voraussetzung der Gefahrenabwehr keine strengen Maßstäbe anlegten (21). Mögliche Konflikte zwischen der Behandlungsbedürftigkeit psychisch Kranker und der auf die Gefahrenabwehr eingeschränkten Zwangsermächtigung hat der Gesetzgeber dabei in Kauf genommen: Man sei sich, so der Ausschußbericht wörtlich, „dessen bewußt, daß viele Kranke, die weder sich noch andere gefährden, dringend eine angemessene Behandlung und Betreuung benötigen“; diesen Bedürfnissen sei aber ohne Eingriffe in Persönlichkeitsrechte Rechnung zu tragen (22). Bemerkenswert ist, daß auch das zugleich mit dem UbG in Kraft getretene Bundesverfassungsgesetz zum Schutz der persönlichen Freiheit (BGBl 1988/684) einen Freiheitsentzug wegen psychischer Krankheit nur dann zuläßt, wenn Grund zur Annahme besteht, daß der Betroffene „sich oder andere gefährde“ (Art. 2 Abs.1 Z 5 PersFrG 1988).

c) Die ausdrückliche Normierung eines „*Subsidiaritäts-*

grundsatzes“ (23) macht deutlich, daß die Unterbringung nur als „letztes Mittel“ in Frage kommen darf, also nur dann, „wenn dem Kranken nicht auf andere Weise geholfen werden, somit der mit seinem Leiden verbundenen Gefahr nicht auf andere Weise“ als durch die Unterbringung entgegengewirkt werden kann (24). Damit wird die Zulässigkeit der Unterbringung freilich von der faktischen Verfügbarkeit ausreichender Versorgungseinrichtungen (wie z. B. ambulanter psychosozialer Einrichtungen, Übergangs- und Pflegeheime, familiäre Hilfe) und deren Bereitschaft, den Kranken zu betreuen, abhängig(25).

Zuständigkeiten und Verfahren bei der (zwangsweisen) Unterbringung

Das UbG hält im großen und ganzen an der traditionellen Konzeption des Anhalterechts fest: Die Entscheidung über die Unterbringung liegt zunächst bei Verwaltungsorganen, die ohne förmliches Verwaltungsverfahren tätig werden (Einlieferung durch Sicherheitsorgane unter Beiziehung eines Polizeiarztes bzw. Arztes des öffentlichen Sanitätsdienstes; selbständige Unterbringungsentscheidung durch die Anstalt) und wird erst im nachhinein im Zuge eines gerichtlichen Verfahrens überprüft:

a) Eine Person darf gegen oder ohne ihren Willen nur dann in eine psychiatrische Anstalt (Abteilung) gebracht werden, wenn ein im öffentlichen Sanitätsdienst stehender Arzt (Sprengelarzt, Gemeindefarzt, Amtsarzt etc.) oder ein Polizeiarzt sie untersucht und bescheinigt, daß die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen (§ 8). Diese „*Bescheinigung*“ entspricht dem schon bekannten amtsärztlichen „*Parere*“, mit dem Unterschied, daß der Kreis der in Betracht kommenden Ärzte erweitert wurde; eine fachärztliche Qualifikation dieser Ärzte ist nach wie vor nicht gefordert. Der bisher mitunter eher oberflächlichen amtsärztlichen Begutachtungspraxis (26) versucht das UbG dadurch vorzubeugen, daß in der Bescheinigung künftig „im einzelnen die Gründe anzuführen [sind], aus denen der Arzt die Voraussetzungen der Unterbringung für gegeben erachtet“.

Derzeit nicht absehbar ist, ob die zur Kontrolle der Zwangseinlieferung seit 1.1.1991 zuständigen „Unabhängigen Verwaltungssenaten“ (27) an der früheren rechtsschutzfeindlichen Judikatur des Verfassungsgerichtshofes festhalten werden, der sich zur Überprüfung des Pareres nicht für zuständig erachtete (28). Das UbG bringt in diesem Punkt jedenfalls kaum eine Verbesserung.

Eine ausdrückliche Ermächtigung zur zwangsweisen Vorführung vor den Amtsarzt (Arzt des öffentlichen Sanitätsdienstes) bzw. zur nachfolgenden Einlieferung in die Anstalt besteht gem § 9 UbG nur für die Organe des öffentlichen *Sicherheitsdienstes*. Bei Gefahr im Verzug können die Sicherheitsorgane die betroffene Person auch ohne „*Bescheinigung*“ direkt in die Anstalt bringen (§ 9 Abs. 3). Die nach altem Recht vorgesehene (zwangsweise) Überstel-

lung aus öffentlichen Krankenanstalten (unter Umgehung des Amtsarztes; sog. „Spitalsparere“) besteht nicht mehr. Auch sonstige Personen (z. B. Angehörige) erhalten durch das UbG keine Ermächtigung zur Zwangsausübung.

b) Die Entscheidung, ob der Betroffene nach seiner Einlieferung auch tatsächlich *untergebracht* wird, liegt zunächst immer bei der *Anstalt* (Abteilungsleiter) (29). Das versteht sich in jenen Fällen von selbst, in welchen der Betroffene ohne Polizeieinsatz in die Anstalt gelangt (30), gilt aber auch bei Einlieferungen durch die Sicherheitsorgane. Im eigentlichen Sinn gibt es daher keine polizeiliche „Einweisung“, weil es ausschließlich an der Anstalt liegt, ob sie den Betroffenen unterbringt oder nicht. Die Zwangsbefugnisse der Sicherheitsbehörden enden vor den Toren der Anstalt.

Eine Unterbringung ist nur zulässig, wenn der Abteilungsleiter und ein weiterer Facharzt in übereinstimmenden, unabhängig voneinander erstellten ärztlichen Zeugnissen zum Ergebnis kommen, daß die Voraussetzungen der Unterbringung vorliegen (§ 10). Diese sog. „*Aufnahmeuntersuchung*“ ist unverzüglich nach der Einlieferung durchzuführen (31) und stellt die erste fachärztliche Beurteilung der Unterbringungsvoraussetzungen dar.

c) Erst *nach* der erfolgten zwangsweisen Unterbringung kommt es zur Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens (vgl unten).

Patientenanwaltschaft

Die Einrichtung der Patientenanwaltschaft als Rechtsschutzeinrichtung für zwangsangehaltene Patienten bildet ein Kernstück des Unterbringungsrechts (32). Bereits ab der Unterbringung steht dem Patienten, ohne daß es noch eines individuellen Bestellsaktes bedürfte, ein in der Anstalt tätiger (33), von dieser aber organisatorisch völlig unabhängiger Patientenanwalt als qualifizierter Vertreter zur Verfügung (§§ 13 ff.). Der Patientenanwalt ist einerseits *Vertreter im gerichtlichen Unterbringungsverfahren*, hat aber darüber hinaus ganz allgemein die *Rechte des Kranken* (insbes. gegenüber der Anstalt) wahrzunehmen. In dieser Betonung der Rechtsschutzfunktion unterscheidet sich der Patientenanwalt vom Sachwalter nach Zivilrecht (wenngleich der Patientenanwalt nicht notwendigerweise Jurist sein muß). Die dem Patientenanwalt zur Wahrnehmung seiner Aufgaben eingeräumten rechtlichen Möglichkeiten sind allerdings begrenzt (Parteistellung im Unterbringungsverfahren, Rechtsmittelrechte, Antragsrechte auf gerichtliche Zulässigkeitskontrolle von Beschränkungen und Behandlungen etc); weite Bereiche seiner Tätigkeit spielen sich auf einer informellen Ebene ab.

Die Bestellung des Patientenanwalts erfolgt durch den Vorsteher des zuständigen Bezirksgerichts im vorhinein für die (untergebrachten) Kranken einer Anstalt; erforderlichenfalls werden (bei größeren Anstalten) mehrere Patientenanwälte bestellt und deren Zuordnung zu den Patienten

nach abstrakten Kriterien (z. B. alphabetisch) näher spezifiziert (§ 13 Abs. 1). Für die Institution der Patientenanwaltschaft wurde eine Konstruktion auf *Vereinsbasis* gewählt (vgl das VSPAG). Die Ausbildung, Fortbildung, Anleitung und Überwachung der Patientenanwälte sowie deren personelle *Namhaftmachung* gegenüber dem Gericht obliegt geeigneten Vereinen (34), die behördlich anerkannt und staatlich gefördert werden (35). Diesbezüglich knüpfte der Gesetzgeber an der seit 1983 bestehenden Einrichtung der Vereinsachwalterschaft an.

Der Patient (auf dessen Verlangen auch die Angehörigen) ist seitens der Anstalt darüber zu informieren, wer sein Patientenanwalt ist (§ 14 Abs. 2); der Kontakt zwischen Patient und Patientenanwalt darf nicht behindert werden (§ 34 Abs. 1). Durch die Vertretungsmacht des Patientenanwalts wird der Patient in seiner *Geschäftsfähigkeit nicht beschränkt* (§ 14 Abs. 1).

Da der Patientenanwalt nicht die Funktion eines „aufgezwungenen“ Vertreters haben soll, ist vorgesehen, daß sich der Patient der zunächst automatisch eintretenden Vertretung *entledigen* kann, indem er einen Rechtsanwalt oder einen Notar mit seiner Vertretung betraut (36). Die Bevollmächtigung anderer Personen beeinträchtigt die Vertretungsbefugnis des Patientenanwalts hingegen nicht. Die Selbstbestimmung des Patienten bezieht sich also nur auf die Möglichkeit, den Patientenanwalt durch einen anderen (qualifizierten) Vertreter zu ersetzen (37).

Gerichtliches Verfahren

Wird eine Person zwangsweise („ohne Verlangen“) in eine Anstalt aufgenommen oder wird ein ursprünglich freiwilliger Aufenthalt zwangsweise fortgesetzt, so hat der Abteilungsleiter hiervon unverzüglich das Bezirksgericht (38) zu *verständigen* (§ 17). Das Gericht hat daraufhin von Amts wegen ein (außerstreitiges (39)) Verfahren einzuleiten, in welchem über die *Zulässigkeit der Unterbringung* (Krankheit/Gefährdung/mangelnde Alternativen) entschieden wird. Die Neugestaltung des Unterbringungsverfahrens diene nicht zuletzt der Gewährleistung des in Art 5 Abs 4 EMRK und Art 6 des Bundesverfassungsgesetzes zum Schutz der persönlichen Freiheit verfassungsrechtlich verankerten Anspruches auf gerichtliche Überprüfung des Freiheitsentzuges (40).

Dem Spannungsverhältnis zwischen den Zielen der Gründlichkeit und der Raschheit des Verfahrens versucht das UbG durch eine *Zweiteilung* des Verfahrens Rechnung zu tragen:

a) Binnen *vier Tagen* ab Einlangen der Verständigung hat sich das Gericht unter Beiziehung des Patientenanwalts und des Abteilungsleiters einen persönlichen Eindruck vom Patienten in der Anstalt zu verschaffen und diesen anzuhören (§ 19); dabei hat der Abteilungsleiter dafür zu sorgen, daß der Kranke nicht unter einer die Anhörung beein-

trächtigenden ärztlichen Behandlung steht (freilich nur „sofern dies im Rahmen der Behandlung vertretbar ist“). Die Beiziehung eines (anstaltsexternen) psychiatrischen Sachverständigen ist möglich, aber in diesem Verfahrensstadium nicht obligat. Im Zuge dieser sog. „Erstanhörung“ ist eine sofortige vorläufige (mündliche) Entscheidung über die Zulässigkeit der Unterbringung zu treffen.

Verneint das Gericht das Vorliegen der Unterbringungs-voraussetzungen, dann hat es die Unterbringung für unzulässig zu erklären (41). Die Unterbringung ist daraufhin unverzüglich aufzuheben (42), es sei denn, der Abteilungsleiter meldet dagegen einen Rekurs an und das Gericht erkennt diesem Rekurs aufschiebende Wirkung zu (§ 20 Abs 2). Bejaht das Gericht hingegen das Vorliegen der Unterbringungs-voraussetzungen, dann hat es die Unterbringung vorläufig für zulässig zu erklären und zugleich eine mündliche Verhandlung anzuberaumen, die spätestens zwei Wochen nach der Erstanhörung stattzufinden hat (§ 20 Abs 1).

b) Wird das Verfahren nach der Erstanhörung fortgesetzt, so kommt es zu einem eingehenden Ermittlungsverfahren, in dem das Gericht die entscheidungserheblichen Tatsachen festzustellen hat.

Wichtigstes Beweismittel ist ein schriftliches psychiatrisches *Sachverständigen-gutachten*, das aufgrund persönlicher Untersuchung von einem nicht der Anstalt angehörenden Facharzt zu erstellen ist; auf Verlangen des Kranken oder seines Vertreters hat das Gericht einen zweiten (ebenfalls anstaltsexternen) Sachverständigen zu bestellen. Das Gutachten muß allen Beteiligten (dem Kranken nur, wenn es seinem Wohl „nicht abträglich“ ist) rechtzeitig vor der Verhandlung übermittelt werden (§ 22).

Neben dem psychiatrischen Gutachten kann das Gericht noch *weitere Ermittlungen* über das Vorliegen der Unterbringungs-voraussetzungen durchführen bzw. durchführen lassen (z. B. Zeugeneinvernahmen zur Abklärung angeblicher Aggressionsakte etc.); vor allem die erforderliche Prüfung von Betreuungsalternativen führt zu einem stärkeren Gewicht derartiger „nichtmedizinischer“ Beweismittel (z. B. Verfügbarkeit von Heimplätzen etc) (§ 23).

Im Mittelpunkt des Verfahrens steht die *mündliche Verhandlung* (43) in der Anstalt, die der Erörterung der Ermittlungsergebnisse und der Wahrung des rechtlichen Gehörs dient. Die Teilnahme des Patienten kann nicht ausgeschlossen werden. Dem Kranken, seinem Vertreter (insbes. Patientenanwalt) und dem Abteilungsleiter ist Gelegenheit zu geben, zu den für die Entscheidung wesentlichen Umständen Stellung zu nehmen und Fragen an die Auskunftspersonen und an den Sachverständigen zu stellen (§ 25). Am Schluß der mündlichen Verhandlung hat das Gericht über die Zulässigkeit der Unterbringung zu entscheiden. Der Beschluß ist in Gegenwart des Kranken mündlich zu verkünden und wird sofort wirksam (§ 26

Abs 1); er ist innerhalb von acht Tagen schriftlich auszufertigen und (auch dem Kranken) zuzustellen (§ 27).

c) Erklärt das Gericht die Unterbringung für *zulässig*, dann ist hierfür zugleich eine *Frist* festzusetzen, die *drei Monate* ab Beginn der Unterbringung nicht übersteigen darf (§ 26 Abs 2). Für eine Verlängerung sind gestaffelte Fristen vorgesehen: Ist eine über die erste Unterbringungsfrist hinausgehende Unterbringung erforderlich, so kann das Gericht in einem neuerlichen Verfahren die Unterbringung für die Dauer von *jeweils höchstens sechs Monaten* verlängern, wenn die gesetzlichen Voraussetzungen immer noch vorliegen. Eine Verlängerung über 15 Monate hinaus ist nur „aus besonderen medizinischen Gründen“ und aufgrund übereinstimmender Gutachten zweier („tunlichst“ noch nicht beigezogener) Sachverständiger möglich; in diesem Fall darf die Unterbringung für jeweils längstens *ein Jahr* für zulässig erklärt werden (§ 30). Eine absolute zeitliche Obergrenze der Zwangsunterbringung besteht aber nicht.

d) Erklärt das Gericht die Unterbringung für *unzulässig*, so ist diese sogleich *aufzuheben*; einem noch in der mündlichen Verhandlung angemeldeten Rekurs des Abteilungsleiters kann das Gericht aber aufschiebende Wirkung zuerkennen (§ 26 Abs 3), was in der Praxis regelmäßig der Fall ist.

e) Gegen die Zulässigkeitsentscheidung können der Kranke, sein Vertreter sowie bestimmte Angehörige, gegen die Unzulässigerklärung kann der Abteilungsleiter Rekurs erheben (§ 28). Das Gericht zweiter Instanz hat innerhalb von vierzehn Tagen selbst in der Sache zu entscheiden (§ 29). Ein Revisionsrekurs an den Obersten Gerichtshof ist unter eingeschränkten Bedingungen möglich (§§ 13ff. AußStrG).

f) Vor Ablauf der festgesetzten Unterbringungsfrist ist ein neuerliches Verfahren von Amts wegen (bei begründeten Bedenken gegen das weitere Vorliegen der Unterbringungs-voraussetzungen) oder auf Antrag (des Kranken, seines Vertreters oder der Angehörigen) durchzuführen (§ 31 Abs 1).

Die gerichtliche Zulässigerklärung der Unterbringung stellt keine autoritative Anordnung der Unterbringung dar und bindet die Anstalt (im Gegensatz zur Unzulässigerklärung) nicht; die Unterbringung ist ungeachtet einer genehmigenden Entscheidung des Gerichts durch den Abteilungsleiter jederzeit aufzuheben, sobald deren Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind (§ 32).

Unterbringung auf Verlangen

Das UbG hält an der nicht unumstrittenen Möglichkeit einer freiwilligen Unterbringung (in der Terminologie des UbG: Unterbringung auf Verlangen gem §§ 4 ff.) fest (44), unterwirft diese aber zusätzlichen Kontrollen und Formvorschriften, die auf eine Sicherstellung der Freiwilligkeit

abzielen und die im Ergebnis auf eine *Zurückdrängung* freiwilliger Unterbringungen hinauslaufen. Die deutliche Präferenz der Anstalten zugunsten der freiwilligen Unterbringung wurde damit vom Gesetzgeber nicht unterstützt (45).

Die „freiwillige“ unterscheidet sich von der „zwangsweisen“ Unterbringung im wesentlichen durch das *Fehlen des gerichtlichen Unterbringungsverfahrens* sowie durch die bloß fakultative Vertretung durch den Patientenanwalt (nur mit Zustimmung des Kranken; § 14 Abs 3). Ansonsten gelten für freiwillig untergebrachte keine abweichenden Regelungen; insbes. können sie den gleichen (zwangsweisen) Beschränkungen unterworfen werden wie jene Patienten, die ohne Verlangen untergebracht sind (einschließlich Zwangsbehandlung (46)). Darin liegt eine Abkehr von der bisherigen Rechtslage, wonach die Verhängung von Beschränkungen ex lege zur Umwandlung des freiwilligen in einen zwangsweisen Aufenthalt (und damit zur Einleitung des Gerichtsverfahrens) geführt hat.

Auch bei einer Unterbringung „auf Verlangen“ müssen zunächst die allgemeinen Unterbringungs Voraussetzungen (psychische Krankheit/Gefährdung/mangelnde Alternativen) erfüllt sein; die Unterbringung auf eigenes Verlangen ist darüber hinaus nur zulässig, wenn die betreffende Person „den Grund und die Bedeutung der Unterbringung einzusehen und ihren Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen vermag“ (§ 4 Abs 1; *Einsichts- und Urteilsfähigkeit*). Auf die Geschäftsfähigkeit kommt es hingegen nicht an. Sowohl die Unterbringungs Voraussetzungen als auch die Einsichtsfähigkeit sind in einer *Aufnahmeuntersuchung* durch den Abteilungsleiter und einen weiteren Facharzt unabhängig voneinander festzustellen (§ 6). Fehlt die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, dann kommt nur eine Unterbringung „ohne Verlangen“ in Betracht.

Für das *Aufnahmeverlangen* bestehen zusätzliche Formvorschriften: Es kann nur *vor* der Aufnahme *eigenhändig schriftlich* und in Gegenwart zweier Fachärzte gestellt werden (§ 4 Abs 2). Die Unterfertigung vorgedruckter „Freiwilligkeitserklärungen“ reicht nicht aus. Die wichtigste Einschränkung liegt darin, daß Patienten, die bereits (zwangsweise) untergebracht sind, ein wirksames Aufnahmeverlangen nicht mehr stellen können (arg: „vor der Aufnahme“). Einflußnahmen seitens der Anstalt auf die Willensbildung im Rahmen des Freiheitsentzuges sollten damit ausgeschaltet werden.

Das Aufnahmeverlangen muß *höchstpersönlich* gestellt und kann grundsätzlich nicht durch einen Vertreter substituiert werden; das gilt auch für Personen unter Sachwalterschaft sowie für mündige Minderjährige. Lediglich bei unmündigen Minderjährigen (unter 14 Jahren) kommt es ausschließlich auf das Verlangen des Erziehungsberechtigten an (47) (§ 5).

Das Aufnahmeverlangen kann jederzeit, auch schlüssig, *widerrufen* werden; darauf ist der Betroffene vor der Aufnah-

me durch den Abteilungsleiter hinzuweisen (§ 4 Abs 3). Der Widerruf führt freilich nicht zwingend zur Aufhebung der Unterbringung, sondern – sofern die Unterbringungs Voraussetzungen noch vorliegen – zur „Umwandlung“ in eine Zwangsunterbringung (§ 11 Z 2). Durch die Widerrufsmöglichkeit kann der Patient folglich die Unterbringung nicht beenden, sondern bloß die Einleitung des gerichtlichen Verfahrens herbeiführen. Die „Freiwilligkeit“ der Unterbringung erschöpft sich daher letztlich in einem Verzicht auf den gerichtlichen Rechtsschutz.

Neu ist die absolute zeitliche *Befristung* der Unterbringung auf Verlangen: Sie darf sechs Wochen, auf erneutes Verlangen insgesamt zehn Wochen nicht überschreiten (§ 7). Eine längerdauernde Unterbringung ist nur als zwangsweise Unterbringung möglich. Dadurch sollte sichergestellt werden, daß ein Patient, der einmal freiwillig eingetreten ist, nicht für unbeschränkte Zeit zurückgehalten wird, obwohl der Aufenthalt vielleicht längst nicht mehr seinem Willen entspricht (48).

Beschränkungen und ärztliche Behandlung

Im Gegensatz zur früheren Rechtslage enthält das UbG nähere Regelungen über die Durchführung der Unterbringung; ebenfalls neu ist die Übertragung gewisser Kontrollaufgaben hinsichtlich der Durchführung der Unterbringung auf das Gericht, das sowohl vom Kranken als auch von seinem Vertreter (insb. dem Patientenanwalt) angerufen werden kann.

a) Beschränkungen der *Bewegungsfreiheit* sind nach Art, Umfang und Dauer nur insoweit zulässig, als sie im Einzelfall zur Abwehr einer ernstlichen und erheblichen Gefahr (für eigenes oder fremdes Leben bzw. Gesundheit) sowie zur ärztlichen Behandlung oder Betreuung unerlässlich sind und zu ihrem Zweck nicht außer Verhältnis stehen (§33 Abs 1).

Bewegungsbeschränkungen auf einen einzelnen Raum oder innerhalb eines Raumes (z. B. Angurten, Zwangsjacke) sind vom behandelnden Arzt jeweils besonders anzuordnen, zu dokumentieren und unverzüglich dem Vertreter (Patientenanwalt) mitzuteilen. Auf Verlangen des Kranken oder seines Vertreters hat das Gericht (im nachhinein) über die Zulässigkeit einer solchen Beschränkung unverzüglich zu entscheiden (§ 33 Abs 3) (49).

Der *Schriftverkehr* des Kranken sowie dessen Verkehr mit seinem Vertreter dürfen nicht eingeschränkt werden (§ 34 Abs 2). Einschränkungen des *Besuchs- und Telefonverkehrs* sind nur zulässig, soweit dies zum „Wohl des Kranken“ unerlässlich ist. Bezüglich der Anordnung, Dokumentation, Verständigung und Gerichtskontrolle gilt dasselbe wie für Bewegungsbeschränkungen.

Die Ausübung des *Wahlrechts* kann vom ärztlichen Leiter „aus gewichtigen medizinischen Gründen“ untersagt wer-

den (§ 74 Abs. 4 Nationalratsverordnung) (50).

b) Die von der bisherigen Rechtslage abweichende Neuregelung der Zustimmung zur *medizinischen Behandlung* untergebrachter Patienten gehört zu den umstrittensten Punkten des UbG (§§ 35 ff.) (51). Das Gesetz differenziert einerseits nach dem Vorliegen der „*Einsichts- und Urteilsfähigkeit*“, andererseits nach der *Art der Behandlung* („einfache“ bzw. „besondere“ Heilbehandlung) (52). Durch die Unbestimmtheit dieser Kriterien besteht in der Praxis ein erheblicher Beurteilungsspielraum.

„Kann der Kranke den Grund und die Bedeutung einer Behandlung einsehen und seinen Willen nach dieser Einsicht bestimmen“, so dürfen Behandlungen „nicht gegen seinen Willen“ vorgenommen werden (53); „besondere Heilbehandlungen“ einschließlich operativer Eingriffe bedürfen seiner schriftlichen Zustimmung (§ 36 Abs. 1). Was (abgesehen von den operativen Eingriffen) eine „besondere Heilbehandlung“ ist, wird vom Gesetz nicht näher definiert; den Erläuterungen ist zu entnehmen, daß dabei an Maßnahmen gedacht war, „die die körperliche Integrität des Betroffenen in besonderer Weise beeinträchtigen“ (54).

Fehlt dem Patienten die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, so darf er – wenn er minderjährig ist oder ihm für Behandlungsangelegenheiten ein Sachwalter bestellt ist – nicht gegen den Willen seines gesetzlichen Vertreters (Sachwalters) oder Erziehungsberechtigten behandelt werden; besondere Heilbehandlungen einschließlich operativer Eingriffe dürfen in diesem Fall nur mit schriftlicher Zustimmung des gesetzlichen Vertreters oder Erziehungsberechtigten durchgeführt werden (§ 36 Abs. 2).

Hat der (nicht einsichtsfähige) Betroffene – was auf die überwiegende Zahl der Patienten zutrifft – weder einen gesetzlichen Vertreter noch einen Erziehungsberechtigten, so ist nach § 36 Abs. 2 lediglich eine nachträgliche Anrufung des Unterbringungsgerichts durch den Kranken oder den Patientenanwalt vorgesehen, das über die Zulässigkeit der Behandlung (im nachhinein) unverzüglich zu entscheiden hat. Diese Regelung läuft auf eine Ermächtigung zur Zwangsbehandlung bei unvertretenen und nicht einsichtsfähigen Patienten hinaus, wenngleich das Gesetz diesen Begriff sorgfältig vermeidet (55). Nur besondere Heilbehandlungen (einschließlich operativer Eingriffe) bedürfen diesfalls der (vorhergehenden) Genehmigung des Gerichts.

Nach der Sonderbestimmung des § 37 ist eine Behandlung bei *Gefahr im Verzug* auch ohne (ansonsten erforderliche) Zustimmungen bzw. gerichtliche Genehmigungen zulässig. Eine zwangsweise Behandlung gegen eine bereits wirksam erklärte Behandlungsverweigerung kann darauf aber nicht gestützt werden.

Erstmals ausdrücklich geregelt ist das *Einsichtsrecht* in die

Krankengeschichte (§ 39): Es steht dem Vertreter (Patientenanwalt) uneingeschränkt, dem Kranken selbst jedoch nur insoweit zu, „als die Einsicht seinem Wohl nicht abträglich ist“.

Praktische Erfahrungen

Eine kritische Würdigung des neuen Unterbringungsrechts aus der Sicht der Praxis erscheint zum gegenwärtigen Zeitpunkt verfrüht; bei Anstalten und Gerichten bestehen noch erhebliche Unsicherheiten in der Auslegung und Anwendung, was durch die an zentralen Stellen auftauchenden unbestimmten Formulierungen des Gesetzes („besondere Heilbehandlung“, „Wohl des Kranken“, „tunlichst“) begünstigt wird. Manche Neuerungen des UbG wie etwa die strengere Formulierung der Gefährdungsvoraussetzungen dürften sich (wenn überhaupt) nur zögernd durchsetzen, zumal von psychiatrischer Seite bereits unverhüllt zu „sinnvollen Korrekturen im Rahmen der Administration“ aufgerufen wird (56). Auch hinsichtlich des weitgefaßten Anwendungsbereiches des UbG (jegliche „Bewegungsbeschränkung“ in psychiatrischen Anstalten bzw. Abteilungen stellt eine „Unterbringung“ dar) zeichnen sich Umgebungsstrategien ab wie etwa die Ausgliederung ganzer Patientengruppen auf „internistische“ oder „geriatrische“ Abteilungen (die nicht dem UbG unterliegen) oder die interpretative Herauslösung bestimmter Formen „therapeutischen Zwanges“ aus dem Rechtsbegriff der „Unterbringung“. Das im Anhalterecht seit jeher bestehende und durch das UbG zweifellos noch verstärkte Spannungsverhältnis zwischen den ausschließlich an therapeutischen Gesichtspunkten orientierten behandelnden Institutionen einerseits und den eingeschränkten, in rechtsstaatliche Kontrollmechanismen eingebundenen Zwangsermächtigungen des UbG andererseits wird daher auch in Zukunft erheblichen Konfliktstoff bieten.

Anmerkungen

- (1) BGBl 1990/155. Paragraphenangaben ohne nähere Bezeichnung beziehen sich auf dieses Gesetz. Unter den Materialien zum UbG sind die Regierungsvorlage (464 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates, 17. Gesetzgebungsperiode), der Bericht des Justizausschusses (1202 der Beilagen) sowie die Verhandlungen im Nationalrat (132. Sitzung, Stenographisches Protokoll S. 15589 ff.) hervorzuheben. Eine (unkommentierte) Gesetzesausgabe bietet Feil, Unterbringungsgesetz (1991); für einen ersten Überblick vgl. Hopf, Rechtspfleger 1990, S. 41 ff. Ausführlich Kopetzki, Unterbringungsgesetz (1991).
- (2) Zur historischen Entwicklung vgl. z. B. die Beiträge in Forster und Pelikan (Hrsg.), Recht und Psychiatrie, Kriminalsoziologische Bibliografie 47/48 (1985).
- (3) Im zivilrechtlichen Bereich wurde bereits im Jahre 1983 das auf der Entmündigungsordnung 1916 (EntmO) beruhende Entmündigungsrecht durch das Sachwalterrecht ersetzt (Bundesgesetz über die Sachwalterschaft für behinderte Personen, BGBl 1983/136).
- (4) Das gerichtliche Verfahren zur Kontrolle zwangsweiser Anhaltungen beruhte auf dem III. Abschnitt der EntmO 1916 (der auch nach der Sachwalterrechtsreform 1983 in Geltung blieb); die Verordnung RGBI 1916/269 enthielt ergänzende Regelungen über die Anzeigepflicht. Die materiellen Voraussetzungen der zwangsweisen Aufnahme waren hingegen in den §§ 49 ff. des Krankenanstaltengesetzes (KAG), BGBl 1957/1, geregelt.

- (5) Vgl. zuletzt mwN Kopetzki, ÖJZ 1988, S. 193 ff.; Forster, ÖJZ 1988, S. 257 ff.
- (6) BGBl 1990/156.
- (7) BGBl 1990/157.
- (8) Im Zuge der Entstehungsgeschichte spielten verfassungsrechtliche Erwägungen (insbes. im Hinblick auf die Straßburger Rechtsprechung zum Recht auf persönliche Freiheit gem. Art. 5 EMRK) eine besondere Rolle.
- (9) Nicht zu übersehen ist freilich, daß die Terminologie des UbG mitunter auf eine sprachliche Verschleierung dieses Zwanges abzielt (vgl. z.B. „Unterbringung ohne Verlangen“). Auch die „Zwangsbehandlung“ kommt, obwohl der Sache nach enthalten, im Gesetz nicht vor.
- (10) ZB Zimmer, Trakt einer Abteilung, gesamte Abteilung oder Anstalt; vgl. Regierungsvorlage S. 20
- (11) Das bisherige Anhaltverfahren nach der EntmO war – zumindest dem Wortlaut nach – ausschließlich für „geschlossene Anstalten“ anwendbar.
- (12) Derartige Beschränkungen „auf einen Raum oder innerhalb eines Raumes“ iSd § 33 UbG unterliegen aber zusätzlichen Voraussetzungen und Kontrollen (vgl. unten).
- (13) Eine Rechtsgrundlage besteht nicht. Gem. § 38 a KAG dürfen geschlossene Bereiche vielmehr ausschließlich in Abteilungen und Krankenanstalten für Psychiatrie geführt werden, die dem UbG unterliegen.
- (14) OGH SZ 60/12; Kremzow, Sachwalterrecht S. 132. §§ 282, 216 Abs. 2 ABGB.
- (15) Vgl. kritisch Kopetzki, ÖJZ 1988, S. 199.
- (16) Dies war vom Gesetzgeber auch ausdrücklich beabsichtigt: Ausschlußbericht S. 6. Außerhalb des (auf psychiatrische Einrichtungen eingeschränkten) Anwendungsbereiches des UbG ändert sich an der Rechtslage freilich nichts.
- (17) Zum Maßnahmerecht z. B. Eder-Rieder, Die freiheitsentziehenden vorbeugenden Maßnahmen (1985).
- (18) Ausschlußbericht zur KAG-Novelle, 1204 BlgNR 17. GP, S. 1.
- (19) Vgl. Regierungsvorlage S. 20; Ausschlußbericht S. 5.
- (20) Regierungsvorlage S. 20.
- (21) Vgl. mwN Kopetzki, ÖJZ 1988, S. 233.
- (22) Vgl. Ausschlußbericht S. 5. Erste Erfahrungen mit dem UbG nähern allerdings schon jetzt den Verdacht, daß das Gefährdungskriterium auch in Zukunft nicht besonders ernst genommen wird.
- (23) § 3 Z 2. Dieser gilt als wesentliche Neuerung des UbG, war aber – als Ausdruck des verfassungsrechtlichen Verhältnismäßigkeitsprinzips – immer schon zu beachten.
- (24) Regierungsvorlage S. 20.
- (25) Vgl. die Entscheidung des Nationalrates, mit welcher die Bundesregierung ersucht wird, „bei den Ländern darauf hinzuwirken, daß durch die Schaffung leistungsfähiger und ausreichend ausgestatteter Dienste und Einrichtungen das ambulante psychiatrische Versorgungsangebot verbessert wird“ (StProtNR 17. GP S. 15632). Eine umfassende bundesgesetzliche Regelung dieses Bereichs scheitert an der verfassungsrechtlichen Kompetenzverteilung.
- (26) Eine typische und mit den gesetzlichen Anforderungen schon früher nicht im Einklang stehende Formulierung im Parere war z. B., daß die Selbst- oder Fremdgefährdung „nicht ausgeschlossen werden kann“. Häufig fehlte überhaupt jeder Hinweis auf die (gesetzlich geforderte) Gefährdung. Näher Forster et al, Analyse von Parerertexten und Einweisungsschreiben (1988).
- (27) Diesen kommt gem. Art. 129 a ff. B-VG die Entscheidung über sämtliche Beschwerden gegen „Akte unmittelbarer behördlicher Befehls- und Zwangsgewalt“ zu (die bisher vom VfGH zu erledigen waren).
- (28) Dazu näher Kopetzki, R&P 1986, S. 88 ff.
- (29) Eine Bindung an die „Bescheinigung“ des Arztes besteht nicht.
- (30) Z. B. indem er freiwillig die Anstalt aufsucht, oder weil er sich bereits als psychiatrischer Patient (ohne Freiheitsentzug!) in der Anstalt befindet.
- (31) Das Erfordernis einer zweifachen und „unverzöglichen“ Begutachtung stößt in der Praxis aus Personalgründen auf Kritik.
- (32) Vgl. z. B. Forster, Rechte setzen sich nicht von selbst durch. Zur Institution des Patienten Sachwalters im reformierten österreichischen Anhaltrecht. In: Eisenbach-Stangl und Stangl (Hrsg), Grenzen der Behandlung (1984) S. 51 ff.; Forster, Patientenanwälte in der Psychiatrie. In: Forster et al (Hrsg), Gesunde Projekte (1989), S. 345 ff.
- (33) Der Anstaltsträger hat dem Patientenanwalt geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung zu stellen.
- (34) Z. B. dem „Verein für Sachwalterschaft und Patientenanwaltschaft“.
- (35) Die Patientenanwälte sind in der Regel Dienstnehmer des Vereins. Die fachliche Aufsicht gegenüber dem Verein liegt beim Bundesminister für Justiz.
- (36) Mit der Verständigung des Gerichts von der Bevollmächtigung erlischt die Vertretungsbefugnis des Patientenanwalts gegenüber dem Gericht; im übrigen bleibt die Vertretungsbefugnis nur dann aufrecht, wenn der Patient nichts anderes bestimmt (§ 16 Abs. 2).
- (37) Nach dem Willen des Gesetzgebers soll der Patient stets einen Rechtsbeistand haben (Regierungsvorlage S. 25).
- (38) Zuständig ist jenes Gericht, in dessen Sprengel die Anstalt liegt (§ 12 Abs. 1).
- (39) § 12 Abs. 2; neben den Sonderregelungen des UbG gelten die allgemeinen Bestimmungen des Außerstreitgesetzes (RGBl 1854/208) und (im Wege der darin enthaltenen Verweisungen) Teile der Zivilprozeßordnung.
- (40) Anders als nach dem deutschen GG ist die Verhängung freiheitsentziehender Maßnahmen nach österreichischem Verfassungsrecht nicht ausschließlich dem Richter vorbehalten; ein gerichtlicher Haftprüfungsanspruch besteht nach den angeführten Rechtsgrundlagen nur a posteriori.
- (41) Eine Unzulässigkeitsentscheidung im Stadium der Erstanthörung ist in der Praxis überaus selten.
- (42) Die „Aufhebung der Unterbringung“ bedeutet den Wegfall der Bewegungsbeschränkungen, nicht unbedingt die Entlassung des Patienten. Dieser kann durchaus weiterhin (freiwillig) in der Anstalt verbleiben.
- (43) Diese ist grundsätzlich öffentlich (§ 25 UbG iVm § 239 AußStrG); die Öffentlichkeit kann aber u. a. im Interesse des Betroffenen ausgeschlossen werden.
- (44) Eine „Unterbringung auf Verlangen“ setzt definitionsgemäß voraus, daß der Patient Beschränkungen der Bewegungsfreiheit unterworfen wird. Ist dies nicht der Fall, dann liegt überhaupt keine „Unterbringung“ iSd UbG vor, sondern es handelt sich um eine „gewöhnliche“ stationäre Aufnahme aufgrund eines zivilrechtlichen Behandlungsvertrages.
- (45) Kritiker sahen darin eine „mißbrauchsanfällige“ Konstruktion und verwiesen auf den fiktiven Charakter der „Freiwilligkeitserklärung“ (vgl. StProtNR S. 15997). Die Beibehaltung der freiwilligen Unterbringung wurde im wesentlichen damit begründet, daß viele Kranke davor zurückscheuen, sich freiwillig in eine stationäre Behandlung zu begeben, deren Notwendigkeit gerichtlich überprüft werden müßte (Ausschlußbericht S. 3).
- (46) Dies freilich nur dann, wenn dem Patienten im Hinblick auf die Behandlung die Einsichts- und Urteilsfähigkeit fehlt – was einer besonderen Begründung bedarf, da die Einsichtsfähigkeit (wenngleich im Bezug auf die Unterbringung als solche) ja bereits bejaht worden sein muß (anderenfalls wäre das Unterbringungsverlangen unwirksam; vgl. unten).
- (47) Zusätzlich zum „Verlangen“ des Betroffenen (bei Unmündigen: des Erziehungsberechtigten) bedarf es in all diesen Fällen allerdings der (eigenhändigen und schriftlichen) Zustimmung des gesetzlichen Vertreters.
- (48) Vgl. Regierungsvorlage S. 22.
- (49) Hierzu ist eine Tagsatzung an Ort und Stelle durchzuführen, bei der sich das Gericht einen Eindruck vom Kranken zu verschaffen hat; der Patientenanwalt sowie der Abteilungsleiter sind zu laden (näher § 38).
- (50) Näher Frank et al, JBl 1985, S. 335.
- (51) Die einleitenden allgemeinen Bestimmungen über die Heilbehandlung schreiben lediglich fest, was bereits durch die bisherige Gesetzeslage und die arztrechtliche Judikatur vorgezeichnet war: Die ärztliche Behandlung darf nur nach den Grundsätzen und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft erfolgen und ist nur insoweit zulässig, als sie zu ihrem Zweck nicht außer Verhältnis steht (§ 35 Abs. 1). Eine Aufklärung über Grund und Bedeutung der Behandlung ist dem Sachwalter (soweit vorhanden und nach seinem Wirkungskreis zuständig), dem Patientenanwalt (auf sein Verlangen) sowie gegebenenfalls dem gesetzlichen Vertreter und Erziehungsberechtigten zu geben; der Kranke selbst ist nur aufzuklären, „soweit dies seinem Wohl nicht abträglich ist“. Damit wurde in der österreichischen Rechtsordnung erst-

- mals ein „therapeutisches Privileg“ ausdrücklich verankert.
- (52) Das UbG unterscheidet nicht zwischen psychiatrischen und anderen Behandlungen. Die Sonderbestimmungen des UbG gelten aber nur für „Heilbehandlungen“ (im therapeutischen Interesse des Kranken). Für Sterilisationen enthält das UbG keine ausdrücklichen Regelungen. Klinische Arzneimittelprüfungen dürfen gem. § 45 AMG an wegen einer Krankheit angehaltenen Personen nur durchgeführt werden, wenn das zu prüfende Arzneimittel zur Anwendung bei dieser Krankheit vorgesehen ist; die Zustimmung des (einsichtsfähigen) Kranken und des gesetzlichen Vertreters ist erforderlich.
- (53) Ob damit das Erfordernis der Zustimmung zur Heilbehandlung durch ein bloßes „Widerspruchsrecht“ ersetzt werden sollte, ist unklar, aus Gründen des Gleichheitssatzes aber wohl zu verneinen.
- (54) Ausschlußbericht S. 11 f. Als Beispiel werden Elektroschocks angeführt. Umstritten ist etwa die Beurteilung von Depotinjektionen.
- (55) Nach bisherigem Recht wäre bei dieser Konstellation zunächst ein Sachwalter nach ABGB für den Bereich der Behandlung zu bestellen gewesen; eine vorherige Behandlung (ohne Zustimmung wessen immer) hätte nur bei Gefahr im Verzug stattfinden dürfen.
- (56) Vgl. zur ausgebrochenen Polemik gegen das „übertriebene Gesetz“ und seine „patientenquälende Aufblähung von Kontrollmaßnahme“ jüngst Danzinger, Schützt die armen Irren vor den bösen Psychiatern?, Salzburger Nachrichten vom 20. April 1991, S. 8.

Literatur

- Eder-Rieder, M.: Die freiheitsentziehenden vorbeugenden Maßnahmen. Wien 1985
- Feil, E.: Unterbringungsgesetz (UbG) (samt einschlägigen Rechtsvorschriften). Eisenstadt 1991
- Forster, R. u. a.: Analyse von Parerertexten und Einweisungsschreiben. In: Sozialwissenschaftliche Begleitforschung zur Reform von Entmündigung und anhaltung, Jahresbericht 1987. Wien 1988, Teil IV

- Forster, R. und Pelikan, J. (Hrsg): Recht und Psychiatrie. Neuere Tendenzen des Persönlichkeitsschutzes und der Rechtsfürsorge – das österreichische Modell. Kriminalsoziologische Bibliografie Heft 47/48, Wien 1985
- Forster, R.: Die Praxis des Anhalteverfahrens: ÖJZ 1988, S. 257-268
- Forster, R.: Patientenanwälte in der Psychiatrie. Die Institution und das Modellprojekt Patientensachwalterschaft. In: Forster u. a. (Hrsg): Gesunde Projekte. Wien 1989, S. 345-366
- Forster, R.: Rechte setzen sich nicht von selbst durch. Zur Institution des Patientensachwalters im reformierten österreichischen Anhalterrecht. In: I. Eisenbach-Stangl und W. Stangl (Hrsg): Grenzen der Behandlung. Opladen 1984, S. 51-71
- Frank, Ch. u. a.: Das Wahlrecht psychisch Kranker im Spannungsfeld zwischen Rechtsfragen und psychiatrischen Problemen. JBl 1985, S. 335-348
- Hopf, G.: Das neue Unterbringungsrecht. Der Österreichische Rechtspfleger 1990/1, S. 41-49
- Kopetzki, Ch.: Die zwangsweise Anhaltung in Österreich aus verfassungsrechtlicher Sicht. R&P 1986, S. 88-95
- Kopetzki, Ch.: Rechtsfragen des Anhalteverfahrens. ÖJZ 1988, S. 193-200 und S. 232-242
- Kopetzki, Ch.: Unterbringungsgesetz. Eine systematische Darstellung des Bundesgesetzes über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten. In: Verein für Sachwalterschaft (Hrsg): Nachrichten aus dem Rechtsreferat (Sonderband). Wien 1991 (im Druck)
- Kremzow, Fr. W.: Österreichisches Sachwalterrecht. Wien 1984

Anschrift des Verfassers:
Institut für Staats- und Verwaltungsrecht
Universität Wien – Juridicum
Schottenbastei 10-16
A-1010 Wien

Zum Recht auf Suizid - eine Kasuistik

Bernhard Küchenhoff

Anhand einer Kasuistik wird zu dem Problembereich des "Rechts auf Suizid" Stellung genommen. Die Kasuistik belegt, daß Arzt bzw. Therapeut nicht aus ihrer Pflicht zu sorgfältiger diagnostischer Abklärung und therapeutischer Hilfestellung entlassen werden können.

Schlüsselwörter:

Suizid, Recht auf Suizid, Depression

In der langen Geschichte zum Thema Suizid und Beihilfe zum Suizid gibt es vielfältige und unterschiedliche Stellungen aus den verschiedenen wissenschaftlichen Disziplinen. Neben die ethischen und moralischen Klärungsversuche tritt die uneinheitliche Rechtsprechung. Zugespitzt geht es um die Punkte Bilanzsuizid und freie Selbstbestimmung bei unbeeinträchtigter Urteils- und Willensbildung. An dieser Stelle soll nicht eine allgemeine Erörterung dieser Probleme stattfinden, sondern ein konkretes Beispiel in den Zusammenhang katamnestischer Studien gestellt werden.

Jeder Arzt und Therapeut wird sich, wie jeder andere Mensch auch, diesem Thema stellen und sich sein eigenes Urteil bilden. In seiner Begegnung mit dem anderen muß

er sich um ein Verstehen des anderen bemühen. Dies setzt allerdings voraus, daß er sich auch mit seinen eigenen Vorurteilen auseinandersetzt.

Jeder Mensch hat, pointiert gesprochen, die Freiheit und meist auch die Möglichkeit, sich das Leben zu nehmen. Dafür bedarf es keiner ausführlichen juristischen oder medizinischen Diskussion. Sobald ein Patient aber den Arzt aufsucht oder freiwillig oder unfreiwillig in eine Klinik gebracht wird, ist der Arzt zu einer diagnostischen Abklärung und therapeutischen Hilfestellung verpflichtet. Er sollte dabei auch die einschlägigen empirischen Untersuchungsergebnisse kennen. Ernst (1985, 1988) weist darauf hin, daß nicht weniger als 61 katamnestische Studien ergaben, daß sich nur 0 bis 10 % der nach einem Suizidversuch unter-