

tionsrechtliche Ausgestaltung dem Landesgesetzgeber vorbehalten bleibt.

80 § 2 wr LGBl 1992/19; § 1 stm LGBl 1993/13.

81 § 1 ktn LGBl 1990/53.

82 § 7b Abs 1 oö KAG idF LGBl 1990/37; § 2 wr LGBl 1992/19; § 92 Abs 1 nö KAG.

83 § 2 wr LGBl 1992/19; § 92 Abs 2 nö KAG.

84 § 1 stm LGBl 1993/12.

85 § 3 ktn LGBl 1991/140.

86 § 92 Abs 3 nö KAG.

87 OGH 31. 1. 1995, 5 Ob 503/95.

88 So schon bisher OGH SZ 61/8; SZ 61/156; 7. 10. 1992, 1 Ob 46/91, KrSig 771; 17. 11. 1993, 1 Ob 24/93; 22. 6. 1994, 1 Ob 4/94. Zur Unterbringung iSd UbG nun wieder OLG Linz 10. 1. 1995, 12 R 68/94. Bei rechtswidrigem Freiheitsentzug steht auch der Ersatz immateriellen Schadens zu (zuletzt OGH JBl 1992, 49). Der Bund haf-

tet auch für das hoheitliche Handeln von bundesgesetzlich beliehenen Anstalten ausgegliederter Rechtsträger.

89 OGH 7. 10. 1992, 1 Ob 46/91, KrSig 771; 17. 11. 1993, 1 Ob 24/93. Das ist idR das Land.

90 Dazu gehört die (hoheitliche) Vollziehung des UbG auch dann, wenn sie durch andere (auch private) Anstaltsträger erfolgt.

91 ZB Genehmigung einer besonderen Heilbehandlung.

92 Privatanklagedelikt gem § 110 Abs 3 StGB.

93 464 BlgNR 17. GP 25.

Anschrift des Verfassers

Institut für Staats- und Verwaltungsrecht

Universität Wien – Juridikum

Schottenbastei 10-16

A-1010 Wien

Die Patientenanwaltschaft in Österreichs psychiatrischen Krankenhäusern

Rahmenbedingungen und praktische Erfahrungen

Rita M. Gänsbacher, Martina Wagner

Mit 1. 1. 1991 ist in Österreich das Unterbringungsgesetz in Kraft getreten. Teil des Gesetzes ist die Einrichtung der Patientenanwaltschaft. Sowohl das Gesetz an sich als auch die Funktion der Patientenanwaltschaft bergen von Beginn an ein hohes Konfliktpotential. Der folgende Artikel stellt den Aufgabenbereich der Patientenanwälte dar.

Schlüsselwörter: Unterbringungsrecht in Österreich, Patientenanwaltschaft, Persönlichkeitsrechte in der Psychiatrie, Zwangsbehandlung

Patient representation in Austria's psychiatric hospitals – Framework conditions and practical experience

On 1.1.1991 the Commitment Act came into force in Austria. Part of the law is to establish patient representation. Both the law in itself and the function of patient representation harbour a great potential for conflict from the very outset. The following article describes the area of responsibility of the patient representatives.

Key words: Psychiatric commitment law in Austria, patient representation, personal rights in psychiatry, compulsory treatment

Einleitung

Die Einrichtung der Patientenanwaltschaft bildet das Kernstück des Österreichischen Unterbringungsgesetzes (UbG) und bedeutet eine wesentliche Neuerung im Vergleich zum früheren Anhalterrecht¹. Sie soll sicherstellen, daß dem Untergebrachten ab seiner Unterbringung kraft Gesetz – ohne daß es eines individuellen Bestellungsaktes bedarf – ein qualifizierter Rechtsbeistand zur Seite steht. Damit wurde eine Rechtsschutzeinrichtung geschaffen, die von der Initiative des Patienten unabhängig ist.

Die Bestimmungen des Unterbringungsgesetzes gelten für psychiatrische Krankenanstalten und Abteilungen, in denen Personen in einem geschlossenen Bereich angehalten oder sonst in ihrer Bewegungsfreiheit beschränkt werden (§ 2 UbG). Eine Unterbringung bedeutet für den Patienten eine Beschränkung seiner Bewegungsfreiheit zumindest auf bestimmte räumliche Bereiche. Falls es aber zur Abwehr einer Gefährdung unbedingt erforderlich sein sollte, kann die Bewegungsfreiheit auch in Form von weiteren Beschränkungen, etwa Fixierungen, eingeengt werden.

Die dadurch entstehenden Eingriffe in verfassungsrechtlich garantierte Persönlichkeitsrechte führten durch das Anhalterrecht² zu Verletzungen der Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK)³. Infolge kam es ab Mitte der 50er Jahre zu Reformbestrebungen, die sich – mit ihrem Höhepunkt Ende der 70er Jahre – über 3 Jahrzehnte ziehen sollten⁴. 1984 löste vorerst das Sachwalterrecht⁵ Teile der alten Entmündigungsordnung ab. Gleichzeitig erfolgte durch zwei verschiedene Gesetze die Trennung der traditionell eng miteinander verbundenen Rechtsbegriffe Entmündigung und Anhaltung, so die veralteten Bezeichnungen von Sachwalterschaft und Unterbringung.

Erst 1991 wurde das Anhalterrecht durch das UbG ersetzt. Das neue Gesetz stand unter besonderen verfassungsrechtlichen Anforderungen, mit dem Ziel eines verstärkten, mit rechtsstaatlichen Grundsätzen im Einklang stehenden Schutzes der Persönlichkeitsrechte⁶ psychisch Kranker. Im Ergebnis wurde die von vielen – vor allem von Psychiatern – kritisierte rechtliche Sonderstellung untergebrachter Patienten verstärkt. Grund dafür ist, daß in der Psychiatrie den Ärzten

staatliche Zwangsbefugnisse übertragen sind, deren Ausübung in einem Rechtsstaat nur unter erhöhten verfassungsrechtlichen Garantien zulässig ist. Daher benötigen gerade psychiatrische Patienten Unterstützung in der Wahrnehmung ihrer Rechte der Krankenanstalt gegenüber. Aus diesem Gedanken heraus entwickelte sich die Einrichtung der Patienten-anwaltschaft.

Die Patienten-anwaltschaft, eine institutionalisierte professionelle Patientenvertretung

Die Institution der Patienten-anwaltschaft ist in einem eigenen Gesetz, dem Vereinssachwalter- und Patienten-anwalts-gesetz, BGBl 1990/156 (VSPAG) verankert und in Vereinen, dem Verein für Sachwalterschaft und Patienten-anwaltschaft (VSP) und dem Institut für Soziale Dienste (IFS), auf privatrechtlicher, gemeinnütziger Basis organisiert. Die Aus- und Fortbildung, Anleitung und Überwachung der Patienten-anwälte obliegt diesen Vereinen. Die Finanzierung erfolgt fast ausschließlich durch Subventionen des Bundesministeriums für Justiz.⁷

Der VSP hat die Dienst- und Fachaufsicht über 32 der 35 gesetzlich vorgesehenen Patienten-anwaltsstellen, in dreizehn der vierzehn landesweiten psychiatrischen Krankenhäuser, Abteilungen bzw. Universitätskliniken. Lediglich im Bundesland Vorarlberg ist das IFS mit drei Patienten-anwälten für die dortige Landesnervenklinik zuständig. Die Patienten-anwälte, sowohl die des VSP als auch die des IFS, arbeiten in interdisziplinären Teams. Etwa die Hälfte aller Patienten-anwälte sind Juristen, die andere Hälfte Psychologen, Soziologen und Sozialarbeiter. Mit den unterschiedlichen Ausbildungen kann den hohen, breitgefächerten Anforderungen der patienten-anwaltschaftlichen Tätigkeit Folge geleistet werden. Auch dem Spannungsfeld zwischen philosophischer, ethischer, also metajuristischer, rechtspolitischer und juristisch-dogmatischer Ebene, in der sich die Diskussionen der Patientenrechte⁸ und die praktische Arbeit der Patienten-anwaltschaft bewegen, kann weitgehend Rechnung getragen werden.

Der Patienten-anwalt wird zunächst durch einen autorisierten Verein (VSP oder IFS) beim zuständigen Bezirksgericht namhaft gemacht und vom Gericht für die Kranken eines psychiatrischen Krankenhauses bestellt (§ 13 Abs. 1 UbG). Die Zuordnung des Patienten-anwaltes zu den Patienten erfolgt nach abstrakten Kriterien, sodaß den Betroffenen der für sie zuständige Patienten-anwalt namentlich genannt werden kann.

Aufgabenbereich

Der Patienten-anwalt vertritt den untergebrachten Patienten im gerichtlichen Unterbringungsverfahren und nimmt die Rechte des Kranken insbesondere der Krankenanstalt gegenüber wahr. Die ihm zur Wahrnehmung seiner Aufgaben eingeräumten rechtlichen Möglichkeiten garantieren einen umfangreichen Schutz der Persönlichkeitsrechte psychisch kranker Menschen. So hat der Patienten-anwalt Parteistellung im Unterbringungsverfahren, Rechtsmittelrechte, Antragsrechte auf gerichtliche Zulässigkeitskontrollen von Beschränkungen

und Behandlungen und kann Beschwerden an den unabhängigen Verwaltungssenat⁹, Aufsichtsbeschwerden an die Landesregierung sowie Beschwerden an die Volksanwaltschaft richten¹⁰. Weitere Bereiche patienten-anwaltschaftlicher Tätigkeit erfolgen im Vorfeld des gerichtlichen Überprüfungsverfahrens. Dazu gehören die Unterstützung bei der Einforderung der allgemeinen Patientenrechte¹¹ und der Vertretung der Interessen sowie Anliegen psychisch Kranker in der Öffentlichkeit.

Alternativ zum Patienten-anwalt kann der Kranke einen eigenen Vertreter wählen¹². Die Unterstützung durch den Patienten-anwalt wird ihm in diesen Fällen zusätzlich geboten. Will der Patient auf die zunächst automatisch eintretende Vertretung durch den Patienten-anwalt gänzlich verzichten, muß er einen selbstfinanzierten Notar oder Rechtsanwalt bevollmächtigen (§ 16 UbG). Von dieser Möglichkeit wird in der Praxis kaum Gebrauch gemacht. Die eigenständige Profession des Patienten-anwaltes, einer Berufsgruppe mit einheitlichem Selbstverständnis und dem Ziel der Vereinheitlichung und Kontrolle der Standards von Berufsausbildung und -ausübung scheint sich zu bewähren.¹³ Durch die professionelle, krankenhausunabhängige, juristisch ausgerichtete Patientenvertretung ist es in Österreich gelungen, die international geforderten Standards einer institutionalisierten Patienten-anwaltschaft¹⁴ umzusetzen.

Die österreichische Patienten-anwaltschaft

- erfüllt in erster Linie eine Rechtsschutzfunktion. Ihre Aufgabe ist eine advokatorische;
- orientiert sich an ihrem Klienten, dem untergebrachten oder freiwillig aufgenommenen Patienten. Der betroffene Kranke wird vom Patienten-anwalt auf gesetzlich festgelegter und konsensualer Basis unterstützt;
- ist unabhängig vom jeweiligen Krankenhaus. Dies gewährleistet patientenorientiertes Arbeiten beim Auftreten von tatsächlichen Problemen und Konflikten;
- ist zu den üblichen Bürozeiten (Montag bis Freitag) vom Patienten telefonisch oder direkt in eigenen, leicht zugänglichen Räumlichkeiten des jeweiligen Krankenhauses erreichbar¹⁵;
- hat jederzeit Zutritt zu den Krankenzimmern und -stationen des jeweiligen Krankenhauses und kann jederzeit mit dem Patienten Kontakt aufnehmen (§ 34 Abs. 1 UbG).

Advokatorische Vertretung

Die Notwendigkeit einer rechtlichen, parteilichen Vertretung von Kranken, deren Handlungsfähigkeit bedingt durch ihre psychische Erkrankung eingeschränkt ist, ergibt sich aus dem sensiblen Spannungsfeld zwischen Obsorge und Zwang. Eine patientenbezogene Unterstützung scheint um so wichtiger zu sein, je weniger der Betroffene auf eine Unterstützung durch Verwandte und Freunde zurückgreifen kann, je größer die Isolierung und die Abhängigkeit von der Institution und je schwieriger es für den Patienten ist, elementare Wünsche und Bedürfnisse so zu äußern, daß sie auch gehört werden und ihnen entsprochen wird. „Daß Patienten sich nicht selten in einem Zustand ‚stiller Ohnmacht‘ verlieren, ist außerdem noch darauf zurückzuführen, daß ihnen oftmals ganz und gar

das Bewußtsein fehlt, auch in ihrem Status als abhängiger, hilfsbedürftiger Patient noch über bestimmte Rechte zu verfügen, oder daß sie dieses Wissen zwar haben, auf Grund ihres Zustandes aber nicht fähig sind, ihre Rechte ohne die Hilfe Dritter auszuüben. Sehr oft ist es letzten Endes auch einfach ein gewisses Maß an Angst, bei Beharren auf sein Recht als „lästiger Patient“ Restriktionen unterworfen zu werden.“¹⁶ Der Patientenanzwalt als autorisierte Vertrauensperson und Fürsprecher der Patientenangelegenheiten scheint die Betroffenen zu entlasten.

Die Vermutung, daß die ethische Verpflichtung der Heil- und Pflegeberufe dem Patienten und dem eigenen Berufsstand gegenüber zur Sicherung der Patienten- und Persönlichkeitsrechte nicht immer in Einklang gebracht werden kann, liegt nahe¹⁷. Ein Konflikt zwischen Medizinern und Pflegepersonen auf der einen Seite und Juristen auf der anderen Seite scheint unausweichlich zu sein, wenn auch die jeweiligen Berufsgruppen, einen nahezu identischen Anspruch erheben, die Interessen der Patienten wohlwollend wahrzunehmen. Ihre Zugänge zum Patienten weichen jedoch voneinander ab. Die Juristen berufen sich in Anlehnung an die objektivierten Menschenrechte und subjektivierten Bedürfnisse der Patienten und der fokussierten Aufmerksamkeit auf das Selbstbestimmungsrecht – insbesondere Autonomie und Freiheit – auf das Mandat einer Patientenanzwaltschaft und auf die staatliche Rechtsordnung. Die Mediziner und das Pflegepersonal sehen das Wohl des Patienten entsprechend ihres gesellschaftlichen Auftrages in Abwägung zwischen den neuen medizinischen wissenschaftlichen Errungenschaften und den Erfahrungen objektivierbarer Gesundheitsbedürfnisse.

Die unterschiedlichen Ansatzpunkte gilt es in der täglichen Arbeit der Patientenanzwäle insbesondere durch die Einbeziehung der Betroffenen zu überbrücken. Die Abhängigkeit von Institutionen, an die sich Kranke in ihrer speziellen Bedürftigkeit mit ihren spezifischen Bedürfnissen wenden oder vielfach wenden müssen, erzeugt eine eigene Form der Verletzlichkeit. „Weiters hat sich der Patient in jeder Gesundheitsfürsorgeinstitution statuierten Regeln, die unter organisatorischem Prätext Beschränkungen der Freiheit des Patienten mit sich bringen, etwa Besuchsregelungslegitimierungen, zu unterwerfen. Er verliert dadurch zusätzliche Macht, über sein Leben zu bestimmen und versinkt bisweilen in Isolation, Frustration, Depression und Minderwertigkeit. Mitunter führt dies zu Aggressionsäußerungen, die bei mangelnder Einsicht in die Belastbarkeitsbedingungen als Querulanz ausgelegt werden.“¹⁸ Das Abhängigkeitsverhältnis des Patienten von in Gesundheitsinstitutionen arbeitenden Menschen ist auf das notwendigste Mindestmaß zu reduzieren.¹⁹

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gilt es zu stärken. Dazu bedurfte es des Ausbaues der Rechtsfürsorge für psychisch Kranke. Wesentlich dabei ist, daß dem Patienten ein Rechtsbeistand zur Seite gestellt wird, dessen Rechte und Pflichten gesetzlich geregelt sind. Der Patientenanzwalt ist über Zwangsmaßnahmen unverzüglich zu informieren, hat das Recht auf Kontaktaufnahme mit dem untergebrachten Patienten, das Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte und das Recht auf Aufklärung in Behandlungsfragen. Da-

durch soll eine rechtsschutz- und patientenfreundliche Vertretung gewährleistet werden.

Der Patientenanzwalt vertritt in erster Linie den Kranken im von der Anstalt eingeleiteten Unterbringungsverfahren. Neben diesem Auftrag kommen ihm Antragsrechte auf seine Initiative bzw. der des Patienten zu.

Vertretung im Unterbringungsverfahren

Wird eine Person zwangsweise in einem psychiatrischen Krankenhaus aufgenommen oder ein ursprünglich freiwilliger Aufenthalt zwangsweise fortgesetzt (= Unterbringung ohne Verlangen), hat der Abteilungsleiter unverzüglich das zuständige Bezirksgericht (§ 17 UbG) und die Patientenanzwaltschaft (§ 10 UbG) zu verständigen. Dadurch hat der Patientenanzwalt die Möglichkeit, mit dem Betroffenen ehest Kontakt aufzunehmen. Schon im Vorfeld können so Anliegen und Beschwerden außergerichtlich – etwa durch ein Gespräch mit dem zuständigen Arzt – abgeklärt werden²⁰.

Die Möglichkeit einer raschen Unterstützung durch den von der Anstalt unabhängigen Patientenanzwalt bietet dem Patienten einen im Vergleich zum früheren Recht verstärkten Rechtsschutz. Diesem wird auch durch die gesetzliche Fristsetzung und der damit verbundenen Handlungspflicht des Gerichtes Rechnung getragen.

Binnen 4 Tagen ab Kenntnis einer Unterbringung hat sich das Gericht vom Kranken einen persönlichen Eindruck zu verschaffen (§§ 19 ff UbG). Spricht das Gericht die Zulässigkeit einer Unterbringung aus, ist spätestens 14 Tage nach der Anhörung eine Verhandlung anzuberaumen. Dieses zweigeteilte gerichtliche Verfahren dient der Überprüfung der Unterbringungs Voraussetzungen. Der Patientenanzwalt vertritt den Patienten hierbei (§ 14 Abs. 1 UbG) parteilich.

Eine Unterbringung setzt voraus, daß der Betroffene aufgrund seiner psychischen Krankheit das (eigene oder fremde) Leben oder die Gesundheit gefährdet und nicht in anderer Weise, insbesondere außerhalb eines Krankenhauses²¹, ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden kann (§ 3 UbG).

Die Gefährdung muß „ernstlich und erheblich“ sein, womit sowohl eine besondere Schwere der drohenden Schädigung als auch ein hohes Maß an Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts gemeint ist. Es reicht nicht aus, daß eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann. Der Schadenseintritt muß aufgrund objektiver und konkreter Anhaltspunkte wahrscheinlich sein²².

Auch eine Unterbringung wegen bloßer Behandlungsbedürftigkeit oder Verwahrlosungsgefahr ist nach dem Unterbringungsgesetz nicht möglich. Erst wenn die Behandlungsbedürftigkeit zu einer besonders schweren und ernstlichen Gefährdung der Gesundheit führt, kann diese eine Unterbringung rechtfertigen²³.

Dies bedeutet eine Veränderung zum Anhalterecht. Die Ablehnung einer rein „fürsorgerischen“ Unterbringung erfolgte als Reaktion auf die Praxis der Anstalten und Gerichte, die hinsichtlich der Voraussetzung der Gefahrenabwehr keine strengen Maßstäbe anlegten²⁴. Die Auswirkungen der Bekräftigung des Elements der Gefahrenabwehr gestalten sich in der Praxis je nach Anstalt sehr unterschiedlich. Die Spann-

weite reicht von Berufung auf das Unterbringungsgesetz bei Behandlungsverweigerungen bis zu einer sehr weiten Interpretation des Gefährdungsbegriffes, sodaß praktisch zur früheren Rechtslage kein bedeutsamer Unterschied besteht.

Aufgrund dieser sensiblen Abgrenzungsproblematik kommt den Vorerhebungen zu den Fragen der Unterbringungsvoraussetzungen ein besonderer Stellenwert zu. Zur Klärung sucht der Patientenanzwalt das Gespräch mit dem Patienten, spricht mit den behandelnden Ärzten, den Pflegepersonen, und mit Zustimmung des Patienten mit den Angehörigen.

Eine weitere wichtige Grundlage bietet die Krankengeschichte. Das Recht auf Einsichtnahme darf dem Patientenanzwalt nicht verwehrt werden (§ 39 UbG).

Das Vorliegen der Unterbringungsvoraussetzungen wird vorerst in der Anhörung durch Hören des Patienten, seines Vertreters und des Abteilungsleiters ermittelt (§§ 19 ff UbG). Wird das Verfahren fortgesetzt, hat das Gericht zur schriftlichen Gutachtenserstellung einen Sachverständigen zu bestellen. In der mündlichen Verhandlung ist dem Kranken, seinem Vertreter und dem Abteilungsleiter Gelegenheit zu geben, dem Sachverständigen Fragen zu stellen sowie zu den für die Entscheidung wesentlichen Umständen Stellung zu nehmen. Am Ende der Verhandlung entscheidet das Gericht über die Zulässigkeit der Unterbringung. Wird die Unterbringung für unzulässig²⁵ erklärt, so ist diese sogleich aufzuheben, es sei denn, der Abteilungsleiter erhebt Rekurs und das Gericht erkennt diesem aufschiebende Wirkung zu.

Wird die Unterbringung für zulässig erklärt, können Patient, Patientenanzwalt oder Angehörige dagegen Rekurs einlegen (§ 28 UbG).

Innenverhältnis Patientenanzwalt – Patient

Wie der Patientenanzwalt den Patienten zu vertreten hat, ist im Unterbringungsgesetz festgelegt. Ausschlaggebend für die Vertretungshandlungen ist das Verhältnis Patientenanzwalt – Patient und der dadurch erreichbare gemeinsame Handlungsspielraum.

Das Innenverhältnis ist durch die Sondersituation untergebrachter Patienten äußerst sensibel. Der unfreiwillige Aufenthalt einhergehend mit der zwingenden Abhängigkeit von einer Institution, erhöht die Verletzlichkeit des Betroffenen. Während üblicherweise davon ausgegangen wird, daß Menschen ihren freien Willen selbst bestimmen können und dieser Äußerung Erheblichkeit zukommt gilt diese Annahme bei psychiatrischen Patienten nicht als selbstverständlich. Der psychiatrische Patient muß oft in aussichtsloser Argumentations- und Beweissituation seine Kompetenz und Mündigkeit beweisen. Gerade wenn ein psychiatrischer Patient die Behandlung verweigert, wird diese „Beweisumkehr“ unübersehbar. Bei Patienten der Psychiatrie werden an die Willensbildung meist höhere Anforderungen gestellt als bei somatischen Patienten. Dieser Tatsache soll das spezielle Innenverhältnis Patientenanzwalt – Patient kompensatorisch entgegenwirken. Die gesetzliche Grundlage hierfür findet sich im § 15 Abs. 1 UbG. Demnach ist der Patientenanzwalt verpflichtet

- den Patienten über die beabsichtigten Vertretungshand-

lungen etwa bei Ergreifung eines Rechtsmittels zu informieren;

- den Patienten über Maßnahmen und beabsichtigte Schritte zum Schutz der Persönlichkeitsrechte u.a. Interventionen bei den verantwortlichen Ärzten, Beschwerden an den Abteilungsleiter, Anträge ans Gericht betreffend weiterer Einschränkungen der Persönlichkeitsrechte gem. §§ 33 ff UbG zu informieren;
- auf die Wünsche des Patienten einzugehen. Hierbei gilt jedoch der Vorbehalt, daß dadurch weder das Wohl des Kranken gefährdet noch der Patientenanzwalt in unzumutbarer Weise belastet werden darf.

Die parteiliche Vertretung orientiert sich an den geäußerten Anliegen, Bedürfnissen und Beschwerden des Patienten. Die Rechtsbegriffe „Geschäftsfähigkeit“ und „Einsichts- und Urteilsfähigkeit“ sind für die Vertretung zunächst unerheblich. Im Zweifel geht der Wunsch des Patienten vor. Nur dann, wenn das Wohl des Patienten offenbar gefährdet ist, hat die Beurteilung des Patientenanzwaltes Vorrang.

Diese gesetzliche Ausstattung des Innenverhältnisses zeigt deutlich die Akzentuierung eines weitgehenden Selbstbestimmungsrechtes des Patienten durch den Gesetzgeber. Die Geschäftsfähigkeit des Patienten wird durch die Vertretung des Patientenanzwaltes nicht eingeschränkt. Der Patient hat somit im Verfahren eine eigene Parteistellung und kann alle Vertretungshandlungen unabhängig vom Patientenanzwalt ergreifen.

Damit der Patient auch selbstbestimmt seine Rechte wahrnehmen kann, ist eine umfangreiche Information über die rechtlichen Grundlagen durch den Patientenanzwalt erforderlich.

Demnach ist der Patient zu informieren

- über seinen rechtlichen Status und Möglichkeiten einer Veränderung,
- über Formalitäten und Grenzen des gerichtlichen Überprüfungsverfahrens,
- über Folgen der richterlichen Entscheidung,
- über mögliche legale Einschränkungen der Persönlichkeitsrechte oder Einschränkungen in der Mitsprache der Heilbehandlung und
- über die ihm zustehenden allgemeinen Patientenrechte (gilt auch für nicht untergebrachte Patienten).

Im Kontakt mit dem Betroffenen müssen Art und Umfang der Aufklärung an dessen Aufnahmefähigkeit angepaßt werden, so daß für den Betroffenen eine Entscheidungsfindung möglich ist. Das bedeutet Verständnis für seine Situation aufzubringen und den Verlust seiner Autorität und Energie ernst zu nehmen.

Der Patientenanzwalt unterliegt einer weitgehenden Verschwiegenheitspflicht. So ist er jedermann gegenüber – außer dem Unterbringungsgericht – zur Verschwiegenheit über die in Ausübung seiner Tätigkeit gemachten Wahrnehmungen verpflichtet, soweit die Geheimhaltung im Interesse des Kranken erforderlich ist und nicht diesen selbst eine Auskunftspflicht trifft (§ 15 Abs. 2 UbG). Die Verletzung der Verschwiegenheitspflicht wird strafrechtlich wie eine verbotene Veröffentlichung sanktioniert (§ 301 StGB²⁶).

Zusätzlich unterliegt er, so wie alle anderen in einem Krankenhaus beschäftigten Personen, einer umfassenden Verschwiegenheitspflicht gem. § 9 Abs. 1 KAG²⁷. Für den Fall, daß der Patientenanwalt eine seiner anderen Pflichten verletzt, sieht das Gesetz keine ausdrückliche Sanktionen vor. Pflichtverletzungen können an den Verein, der den Patientenanwalt namhaft gemacht hat (§ 3 Abs. 1 VSPAG), herangezogen werden.

Antragsrechte des Patientenanwaltes

Mittels Antrag an das zuständige Gericht können der Patientenanwalt oder der Patient weitere Einschränkungen seiner Persönlichkeitsrechte und nicht deklarierte Restriktionen überprüfen lassen.

Für den Patienten sind dadurch neue Wege offen, sich gegen Zwangsmaßnahmen auszusprechen und deren Legitimität prüfen zu lassen. Allein der unbürokratische, rasche Zugang zu einem gerichtlichen Kontrollverfahren²⁸, die umfassende rechtliche Aufklärung und das Wissen um die Verpflichtung des Arztes, seine von ihm verordneten Restriktionen vor dem Gericht gegebenenfalls begründen zu müssen, bieten dem Patienten einen gewissen Schutz vor übereilt gesetzten Zwangsmaßnahmen.

Anregung eines Unterbringungsverfahrens

Die Entscheidung, ob der Betroffene untergebracht werden muß, liegt zunächst immer bei der Anstalt. Der Abteilungsleiter und ein weiterer Facharzt haben zu überprüfen, ob zur Abwendung einer Gefährdung Beschränkungen im Sinne des Unterbringungsgesetzes erforderlich sind.

Die Unterbringung ist allerdings an keine äußere Form gebunden. Die Anwendbarkeit des UbG hängt vom tatsächlichen Vorliegen von „Beschränkungen der Bewegungsfreiheit“ ab. Aus diesem Grund kommt es in der Praxis wiederholt zu Unklarheiten bei der Beurteilung, ob ein bestimmter Patient im Sinne des Gesetzes „untergebracht“ ist oder nicht. Dies führte gerade in den ersten Jahren zu einer offensichtlichen Diskrepanz zwischen den Ansichten der Patientenanwaltschaft und der behandelnden Ärzte.

So kann der Aufenthalt eines Patienten, dem die polizeiliche Wiedereinbringung droht, falls er die Anstalt verläßt, nicht als freiwillig bezeichnet werden. Auch sind Patienten, die sich auf einer Station befinden, deren Türe nur mittels Drehknopf zu öffnen ist, nur dann nicht in ihrer Bewegungsfreiheit beschränkt, wenn sie imstande sind, diesen Drehknopf auch zu betätigen. Von dieser Situation betroffene (nicht untergebrachte) Patienten sind mit ihrem Aufenthalt in der Psychiatrie vielfach nicht einverstanden, können aber die Anstalt nicht verlassen. Diese „de facto“ Unterbringungen (Beschränkungen ohne Unterbringung) sind aus verfassungsrechtlicher Sicht problematisch.

Im Fall der Verletzung von verfassungsrechtlich garantierten Rechten gewährt Artikel 13 EMRK dem Verletzten das Recht auf Kontrolle durch eine nationale Instanz. Im Rahmen der Psychiatrie wird dieses Recht durch das Unterbringungsverfahren gewährt. Wird ein Patient nicht untergebracht, erfährt er diesen verfassungsrechtlich verankerten Rechtsschutz nicht.

Würde daher die Beurteilung über das Vorliegen einer Bewegungsbeschränkung im Sinne des UbG ausschließlich in der Hand der zuständigen Ärzte liegen, würde dies dem Rechtsschutzgedanken widersprechen.

Es fällt daher auch in den Aufgabenbereich der Patienten-anwaltschaft den – durch nicht offengelegten Zwang – in ihrer Bewegungsfreiheit beschränkten Patienten den gesetzlich garantierten Rechtsschutz zukommen zu lassen.

Die von der Patientenanwaltschaft bei Gericht gestellten Anregungen auf Überprüfung der Zulässigkeit dieser „de facto“ Unterbringungen stieß vor allem bei den behandelnden Ärzten, aber in den Anfängen auch bei den Erstgerichten auf Widerstand. Erst mit der Entscheidung 7 Ob 639/91 vom 16.1.1992 wurde auch durch den Obersten Gerichtshof diese Rechtsfrage geklärt. Sobald das Gericht, von wem auch immer, von der Unterbringung eines Kranken erfährt, muß das Verfahren zur Überprüfung der Unterbringung von Amts wegen eingeleitet werden. Die Einleitung des Verfahrens von Amts wegen entspricht auch dem Rechtsfürsorgecharakter des Verfahrens zur Überprüfung der Zulässigkeit der Unterbringung.

Dadurch steht der Patientenanwaltschaft ein wirksames Instrument zur Verfügung, um der Umgehung des Unterbringungsgesetzes entgegen zu wirken. Außerdem bildet die Klärung dieser grundlegenden Frage die Basis für die weiteren Auseinandersetzungen bezüglich des Begriffes der Unterbringung.

Gem. § 2 UbG liegt eine Unterbringung immer dann vor, wenn „Personen in einem geschlossenen Bereich angehalten“ oder „sonst Beschränkungen ihrer Bewegungsfreiheit unterworfen werden“.

Maßgeblich ist allein, ob der Patient irgendwelchen Bewegungsbeschränkungen unterworfen wird, auch wenn diese nur durch zeitlich begrenzte Ausgangsbeschränkungen, durch besondere Überwachungsmaßnahmen oder durch anderweitige Mittel realisiert werden. Steht es während der Gesamtdauer des Aufenthaltes nicht im freien Willen des Patienten, die Anstalt bedingungslos und endgültig zu verlassen, muß von einer Unterbringung im Sinne des Gesetzes ausgegangen werden.

Ausschlaggebend für die Abgrenzung zwischen Unterbringung und freiwilligem Aufenthalt ist die Abhängigkeit des Patienten von einer anderen Person. Daher ist eine Unterbringung nur dann nicht erforderlich, wenn sich der Patient ohne Hilfe einer anderen Person, aufgrund seiner freien Entscheidung aus der Beschränkung seiner Bewegungsfreiheit lösen kann. Ist dies nicht der Fall, darf die Bewegungsbeschränkung nur im Rahmen einer Unterbringung ausgeübt werden – auch wenn der Patient einverstanden ist. Das Gesetz bietet keine Handhabe für eine freiwillige Betreuung in einem geschlossenen Bereich ohne Unterbringung²⁹. Auch eine besondere „Erheblichkeitsschwelle“ hinsichtlich Dauer und Ausmaß der Beschränkung sieht das Gesetz nicht vor; therapeutische und pflegerische Beweggründe können die Qualifikation einer Unterbringung ebensowenig verhindern wie das Fehlen des für die notwendige Beaufsichtigung erforderlichen Pflegepersonals³⁰. Selbst, wenn der Patient aufgrund der getroffenen Maßnahmen nur den Eindruck gewin-

nen mußte, sich nicht mehr frei bewegen zu können, wird der Tatbestand der Beschränkung erfüllt³¹.

Somit konnte der Begriff der Unterbringung durch die mehrmaligen Anrufungen des Obersten Gerichtshofes durch die Patientenadvokatur ausreichend geklärt werden. In Einzelfällen führte dies zu einer Umorganisation des Stationsalltages bzw. zu baulichen Umstrukturierungen, aber auch zu einem Umdenken im Umgang mit den Patienten. Die von der Patientenadvokatur initiierten Gespräche und Überprüfungsanträge führen allmählich beim ärztlichen und pflegerischen Personal zu einer Sensibilisierung bezüglich der Auswirkungen von Zwangsmaßnahmen beim Patienten und in der Folge zu einem bedachteren Umgang mit Freiheitsbeschränkungen.

Überprüfung der weiteren Einschränkungen der Persönlichkeitsrechte

Zielsetzung des Unterbringungsgesetzes ist es, den – zur Abwendung einer Gefährdung notwendigen – Zwang nur im unbedingt erforderlichen Ausmaß zuzulassen sowie hinsichtlich der Voraussetzungen und der Anwendung einer wirksamen Kontrolle zu unterwerfen.

Gem. § 1 Abs. 2 UbG sind Einschränkungen der Persönlichkeitsrechte nur zulässig, soweit sie im Verfassungsrecht, im Unterbringungsgesetz oder in anderen gesetzlichen Vorschriften ausdrücklich vorgesehen sind. Im UbG geregelt sind Einschränkungen der Bewegungsfreiheit auf einen Raum oder innerhalb eines Raumes (Netzbett, Angurten), des Kontaktes mit der Außenwelt (Besuchs- oder Telefonierverbot) und des Rechtes auf Einsicht in die Krankengeschichte (§§ 33 ff UbG). Darüber hinausgehende Einschränkungen, die in verfassungsrechtlich gewährleistete Rechte eingreifen, sind nicht zulässig³².

Die im UbG angeführten weiteren Beschränkungen sind nur unter Einhaltung strenger materieller und formeller Voraussetzungen zulässig. Der untergebrachte Patient kann nicht „automatisch“ zusätzlichen Restriktionen unterworfen werden. Nur wenn die Beschränkung der Bewegungsfreiheit zur Abwendung einer ernstlichen und erheblichen Gefährdung unerlässlich³³ ist und kein gelinderes Mittel³⁴ zur Verfügung steht (§ 33 Abs. 1 UbG), ist diese unter Einhaltung gewisser Formvorschriften zulässig. Nur wenn die Einschränkung des Besuchsrechts (bzw. des Rechts zu telefonieren) zum Wohl des Patienten unerlässlich ist, ist diese zulässig (§ 34 Abs. 2 UbG).

Vor jeder Anordnung einer weiteren Beschränkung im Sinne der §§ 33 ff UbG sind diese inhaltlichen Kriterien zu überprüfen. Weiters sind seitens der Anstalt zusätzliche Formvorschriften zu beachten. So sind die im Gesetz angeführten Beschränkungen vom behandelnden Arzt jeweils besonders anzuordnen und in der Krankengeschichte unter Angabe des Grundes zu beurkunden. Dies soll den Arzt zu einer sorgfältigen Entscheidung im Einzelfall anhalten. Eine immer wieder zu beobachtende Pauschalermächtigung für das Pflegepersonal, bei Bedarf den Patienten zu beschränken, entspricht daher nicht dem Gesetz.

Die ausführlichen Dokumentationspflichten dienen auch der Nachvollziehbarkeit und Kontrolle. Damit im Zusam-

menhang steht die unverzügliche Mitteilungspflicht an die Patientenadvokatur³⁵.

Die Notwendigkeit mancher Restriktionen ist oft nicht nachvollziehbar. Daher ist es bei jeder Meldung einer Beschränkung an die Patientenadvokatur erforderlich, den Patienten ehest aufzusuchen. Durch Interventionen kann der Patientenadvokat für einzelne Patienten eine rasche Erleichterung der Situation bewirken.

Ist ein außergerichtliches Einschreiten nicht möglich, kann der Patient oder der Patientenadvokat eine gerichtliche Überprüfung mittels Antrag herbeiführen. Erklärt das Gericht die Einschränkung für unzulässig, so ist diese sogleich aufzuheben. Nur wenn der Abteilungsleiter in der Tagsatzung erklärt, daß er gegen den Beschluß Rekurs erhebt und diesem aufschiebende Wirkung zuerkannt wird, unterbleibt die Aufhebung.

Das Antragsrecht kann auch noch nach Beendigung der Beschränkungen ausgeübt werden³⁶. Damit kann für den Patienten die gerichtliche Feststellung der Unzulässigkeit der ihm wiederfahrenen Restriktionen erwirkt werden.

Überprüfung der Zulässigkeit der ärztlichen Behandlung

Ein wesentlicher Unterschied zu den allgemeinen Grundsätzen des Straf-, Zivil- und Krankenanstaltenrechts liegt bei der ärztlichen Heilbehandlung vor. Eine Behandlung ist nur dann zulässig, wenn der einsichts- und urteilsfähige Patient einwilligt³⁷.

Ausnahmeregelungen gibt es, wenn der Patient die Einsichts- und Urteilsfähigkeit verliert. Außerhalb des Unterbringungsgesetzes ist in diesen Fällen die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erforderlich – auch wenn dieser erst gerichtlich bestellt werden muß³⁸. Ein Abgehen von den gesetzlich verankerten Zustimmungserfordernissen ist grundsätzlich nur in Ausnahmefällen – bei besonderer Dringlichkeit³⁹ – vorgesehen. Ansonsten müssen entweder der Patient oder sein gesetzlicher Vertreter einwilligen. Nur bei Gefahr in Verzug hat der Arzt alleine über die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Behandlung zu entscheiden.

Durch das Unterbringungsgesetz werden die behandelnden Ärzte darüber hinaus zu einer Behandlung ohne Zustimmung ermächtigt. Dies läuft im Ergebnis auf eine begrenzte Ermächtigung zur zwangsweisen Behandlung hinaus⁴⁰.

Das Unterbringungsgesetz differenziert einerseits nach dem Vorliegen der „Einsichts- und Urteilsfähigkeit“, andererseits nach der Art der Behandlung („einfache“ bzw. „besondere“ Heilbehandlung).

Kann der Patient Grund und Bedeutung einer Behandlung einsehen, darf er gem. § 36 Abs. 1 UbG nicht gegen seinen Willen behandelt werden, bzw. muß er einer besonderen Heilbehandlung schriftlich zustimmen. Fehlt dem Betroffenen diese Einsichts- und Urteilsfähigkeit, so darf er, wenn er minderjährig ist oder ihm für Behandlungsangelegenheiten ein Sachwalter bestellt ist, nicht ohne Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters oder Erziehungsberechtigten behandelt werden (§ 36 Abs. 2 UbG). Hat der nicht einsichtsfähige Betroffene aber weder einen gesetzlichen Vertreter noch einen Erziehungsberechtigten, was auf die überwiegende Zahl der Patienten zutrifft, ist eine einfache Heilbehandlung⁴¹ – auch

ohne besondere Dringlichkeit und ohne Einhalten besonderer Formalitäten – ohne Rücksicht auf irgendwelche „Willenserklärungen“ des Patienten oder Dritter möglich. § 36 Abs. 2 UbG sieht lediglich eine nachträgliche Anrufung (nach Beginn der Heilbehandlung) des Unterbringungsgerichts durch den Kranken oder den Patientenanwalt vor.

Nur besondere Heilbehandlungen (einschließlich operativer Eingriffe) bedürfen der (vorhergehenden) Genehmigung des Gerichts, wenn dem Patienten die Einsichts- und Urteilsfähigkeit aberkannt wird. Die Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit obliegt zunächst dem behandelnden Arzt.

Was unter einer besonderen Heilbehandlung zu verstehen ist, wird im Gesetz allerdings nicht näher definiert. Durch die Unbestimmtheit besteht in der Praxis ein erheblicher Beurteilungsspielraum.

Den Erläuterungen⁴² ist zu entnehmen, daß dabei an Maßnahmen gedacht war, die die körperliche Integrität des Betroffenen in besonderer Weise beeinträchtigen (z.B. Elektrokrampftherapie). Eine weitere praktisch bedeutsame Konkretisierung des unbestimmten Begriffs der besonderen Heilbehandlung enthält die von der Patientenanzwaltschaft initiierte Entscheidung OGH 4 Ob 549/94 vom 19.9.1994. Mit dieser Entscheidung hat der Oberste Gerichtshof auch die Behandlung mit Depotneuroleptika als besondere Heilbehandlung eingestuft, sofern damit schwerwiegende Beeinträchtigungen der psychischen oder physischen Verfassung des Kranken – in Form von erheblichen Nebenwirkungen – einhergehen. Wann eine Beeinträchtigung schwerwiegend ist, wird allerdings nicht näher definiert. Dies bleibt der abwägenden und auf die Schutzbedürfnisse des Patienten abzustellenden Entscheidung im Einzelfall überlassen.

Der Sinn einer Einstufung als besondere Heilbehandlung liegt in erhöhten Zustimmung- und Genehmigungserfordernissen für persönlichkeitsrechtlich sensible Eingriffe an jenen psychiatrischen Patienten, die sich im Freiheitsentzug befinden⁴³. Dieser Argumentation stehen die Befürchtungen der behandelnden Ärzte gegenüber, das Genehmigungsverfahren könnte zu Behinderungen oder gar zur Vereitelung der Behandlungsmaßnahmen führen. Aus diesem Grund ist es auch in diesem Bereich erforderlich, bei allfälligen Meinungsverschiedenheiten eine gerichtliche Entscheidung herbeizuführen.

Sowohl im Verfahren zur Überprüfung einer einfachen Heilbehandlung als auch im Genehmigungsverfahren, ist als Vorfrage zunächst die Einsichts- und Urteilsfähigkeit zu prüfen. Ausschlaggebend ist das Verständnis für den Grund und die Bedeutung einer Behandlung, nicht aber die Geschäftsfähigkeit. Auch wenn diese durch einen Sachwalter eingeschränkt ist, kann bezüglich der Behandlung Einsichts- und Urteilsfähigkeit gegeben sein.

Vor dem Hintergrund der grundsätzlichen Garantie des Selbstbestimmungsrechts ist die Ausnahmeregelung des § 36 Abs. 2 UbG (Behandlung ohne Zustimmung des Patienten) restriktiv zu interpretieren. Solange nicht das Gegenteil bewiesen ist, muß jede Person als einwilligungsfähig angesehen werden. In der Praxis wird dem Patienten die Einsichts- und Urteilsfähigkeit gerade im Zusammenhang mit Behandlungsfragen sehr oft abgesprochen.

Beim nachträglichen Überprüfungsverfahren der einfachen Heilbehandlung hat das Gericht nach Klärung dieser Frage lediglich das Einhalten des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes und das Vorliegen der Grundsätze und anerkannten Methoden der medizinischen Wissenschaft zu überprüfen (§ 35 Abs. 1 UbG). Im Verfahren zur Genehmigung einer besonderen Heilbehandlung geht bei Fehlen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit die Entscheidung vom Patienten zum Gericht über. Daher müssen im Verfahren alle entscheidungserheblichen Fragen, wie mutmaßlicher Wille des Patienten, Dringlichkeit, Risiken, Nebenwirkungen, Alternativen, Folgen einer Unterlassung der Behandlung erörtert werden. Im günstigsten Fall ergeben die Erörterungen, daß mit der Behandlung bis zur Wiedererlangung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit zugewartet werden kann.

Führt das Ergebnis zu einer Genehmigung der geplanten Behandlung, haben der Patient und der Patientenanwalt die Möglichkeit, Rekurs gegen den Beschluß zu erheben. Das Gericht hat sodann zu entscheiden, ob dem Rekurs die aufschiebende Wirkung aberkannt wird⁴⁴ und die besondere Heilbehandlung trotz der Einwände sofort durchgeführt werden darf.

Will der Patient vorsorgen, daß auch für den Fall des Verlustes der Einsichts- und Urteilsfähigkeit seine Behandlungswünsche in die Entscheidung miteinfließen können, bietet sich die Verfassung und Hinterlegung einer Verfügung an. Auf diese Weise kann das Selbstbestimmungsrecht zu einem der Behandlung vorgelagerten Zeitpunkt ausgeübt werden. Dadurch wird die ansonsten eintretende Fremdbestimmung durch Dritte erschwert.

Mit der Novellierung des Krankenanstaltengesetzes, BGBl 1993/801, wurde durch § 10 Abs. 1 Z. 7 KAG festgelegt, daß Verfügungen des Patienten, durch die dieser für den Fall des Verlustes seiner Handlungsfähigkeit das Unterbleiben bestimmter Behandlungsmethoden wünscht, in der Krankengeschichte zu dokumentieren sind, damit diese bei allfälligen künftigen medizinischen Entscheidungen beachtet werden können.

Dadurch gewinnt die in Deutschland und der USA schon länger sich in Verwendung befindliche Patientenverfügung (psychiatrisches Testament) auch in Österreich an Bedeutung.

Gem. § 36 Abs. 1 UbG darf der einsichts- und urteilsfähige Patient nicht gegen seinen Willen behandelt werden. Bei Vorliegen einer Verfügung ist für die Beurteilung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit nicht auf den Behandlungszeitpunkt, sondern auf den Erklärungszeitpunkt bezug zu nehmen. Tritt daher eine in der Verfügung hinreichend konkretisierte Situation tatsächlich ein, muß angenommen werden, daß die Behandlungsablehnung eines einsichts- und urteilsfähigen Patienten auch dann verbindlich ist, wenn er zu einem späteren Behandlungszeitpunkt diese Entscheidungsfähigkeit krankheitsbedingt verloren hat⁴⁵. Obwohl in Österreich, anders als in Deutschland, im Großen und Ganzen Übereinstimmung darüber vorliegt, daß diesen Willenserklärungen eine grundsätzliche Verbindlichkeit zukommt, besteht im praktischen Umgang mit Verfügungen vor allem bei Ärzten, aber auch bei Patienten noch eine große Unsicherheit.

Die Verbindlichkeit solcher Verfügungen ist gesetzlich nicht ausdrücklich festgelegt, gerichtliche Entscheidungen zu diesem Thema sind noch ausständig. Die Patientenanzwaltschaft bietet daher den Patienten Beratungen über die geeignete Verfassung und Hinterlegung einer Verfügung an.

Wichtig ist eine schlüssige, nachvollziehbare, möglichst begründete Ausführung über die Ablehnung bestimmter Behandlungsformen. Daten zur Person, Schriftlichkeit und Eigenhändigkeit, Bestätigung der Einsichts- und Urteilsfähigkeit und der Authentizität durch Zeugen, Angaben zum Widerruf und Vermerke bezüglich Aktualität sind weitere Empfehlungen, die von der Patientenanzwaltschaft gegeben werden.

Wurde die Verfügung nicht beachtet, gibt es die Möglichkeit, die Heilbehandlung gerichtlich überprüfen zu lassen. Auch diesbezüglich kann der Patient den Patientenanzwalt zur Unterstützung in Anspruch nehmen.

Außergerichtlicher Aufgabenbereich zusätzlich zur Vertretungsbefugnis

Neben seiner gesetzlich festgelegten Vertretungstätigkeit obliegen dem Patientenanzwalt weitere Aufgaben, deren Grundlagen sich zum Teil aus dem UbG ableiten lassen zum anderen sich aus der Einbindung der Patientenanzwaltschaft in die Vereinssachwalterschaft ergeben. Information, Beratung und Vermittlung bei Interessenskonflikten sind Faktoren, die die advokatorische Funktion des Patientenanzwaltes durch eine psychosoziale Komponente erweitern. Seine Rollen als Einrichtung der „Kommunikationsförderung“ und eines „Ombudsmannes“ finden wiederholt Niederschlag in den Stenographischen Protokollen⁴⁶.

Beratung

Die Patientenanzwaltschaft steht grundsätzlich allen Patienten, die sich in einem psychiatrischen Krankenhaus befinden oder befunden haben beratend zur Verfügung⁴⁷.

- Fühlt sich ein Patient durch seinen Krankenhausaufenthalt in seinen Rechten beschwert, kann er sich an die Patientenanzwaltschaft um Unterstützung wenden. Die am häufigsten herangetragenen Beratungsinhalte und Interventionswünsche betreffen die Einsicht in die Krankengeschichte, die ärztliche Aufklärung, die Zustimmung zur Heilbehandlung und die Ausgänge. Meistens reicht die Aufklärung über die rechtliche Lage und die Information über geeignete Ansprechpartner aus. Können die Patienten ihre Rechte nicht autonom einfordern, greift die Unterstützung durch die Patientenanzwaltschaft. Konfliktlösungsvarianten sind etwa eine Gesprächsvermittlung mit dem behandelnden Arzt oder eine Besprechung mit Patient und Arzt. Liegt das Problem bei Einschränkungen im Sinne des Unterbringungsgesetzes, kann auch bei nicht untergebrachten Patienten eine gerichtliche Überprüfung durch das Unterbringungsgericht herbeigeführt werden.
- Außerhalb der Patientenrechte kann der Patientenanzwalt in allen rechtlichen und zum Teil auch sozialen Fragen, die mit der psychischen Erkrankung oder mit dem stationären

Aufenthalt im Zusammenhang stehen, beratend unterstützen. Sachwalterschaft, Führerscheinentzug, strafrechtliche Verfahren, Kündigung der Wohnung sind Anliegen, die davon betroffen sind. Die Unterstützung, die der Betroffene in jedem Fall erhält, ist die Vermittlung an die zuständige Stelle. Für alle diesbezüglichen Fragen steht die Patientenanzwaltschaft auch Angehörigen zu Verfügung.

Während untergebrachte Patienten vom Patientenanzwalt aufgesucht werden, können sich nicht untergebrachte Patienten im Rahmen einer Beratung an die Patientenanzwaltschaft wenden. Durch Informationen des ärztlichen und pflegerischen Personals und durch Anhänge, kann der Patient von der Einrichtung der Patientenanzwaltschaft Kenntnis erlangen⁴⁸. Damit möglichst viele Betroffene von der Möglichkeit einer Unterstützung erfahren, ist eine umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit erforderlich.

Öffentlichkeitsarbeit

Ziel der Öffentlichkeitsarbeit ist aber auch, zu einer verbesserten Akzeptanz psychisch Kranker und ihrer Integration in die Gesellschaft beizutragen. Damit verbunden ist die politische Forderung nach einem an den Wünschen und Bedürfnissen der Betroffenen orientierten Ausbau an extramuralen Einrichtungen im psychosozialen Bereich. Durch Darstellung dieser Anliegen in der fachspezifischen und allgemeinen Öffentlichkeit und durch Zusammenarbeit mit anderen psychosozialen Einrichtungen, sollen die Forderungen der Patientenanzwaltschaft verwirklicht werden.

Auswirkungen und Reaktionen auf das Unterbringungsgesetz und die Patientenanzwaltschaft

1991 mit Inkrafttreten des Unterbringungsgesetzes erreichten die bis dahin ständig sinkenden Aufnahmen gegen oder ohne den Willen des Patienten – 1985 wurden 12.155 Anhaltungen⁴⁹ gemeldet, 1990 waren es nur mehr 7.533 – mit 7.252 Unterbringungen⁵⁰ einen Tiefpunkt, zugleich erfolgte eine Trendumkehr. In den folgenden Jahren stiegen die Unterbringungszahlen wieder sukzessiv, 1995 waren die Unterbringungsmeldungen wieder auf 11.064⁵¹ angestiegen⁵².

Der mit dem UbG einsetzende Anstieg der zwangsweisen Aufnahmen läßt nicht darauf schließen, daß es mit der Gesetzesänderung in psychiatrischen Krankenhäusern vermehrt zu freiheitsbeschränkenden Maßnahmen gekommen ist, vielmehr ist anzunehmen, daß bei den Psychiatrietätigen eine Änderung in der Bewertung von Behandlungs- und Betreuungsschritten, die in die Persönlichkeitsrechte eingreifen, in Gang gesetzt worden ist. Wurde unter dem Anhalterrecht bei mit ihrer Zustimmung aufgenommenen Patienten, bei denen es im Laufe des Aufenthaltes zur Einschränkung der Persönlichkeitsrechte kam, kaum nachträglich ein Anhalteverfahren eingeleitet, zeigt sich die Situation unter der derzeitigen Gesetzeslage vollkommen anders. Ein Viertel der Unterbringungen erfolgen erst nach einer zunächst vom Willen des Patienten getragenen Aufnahme. Die Ursachen hierfür sind zum einen die ständige Anwesenheit der Patientenanzwälte im Krankenhaus und die umfassende gerichtliche Kontrolle und zum anderen die Organisation des jeweiligen Krankenhauses⁵³. Seit

dem Inkrafttreten des UbG geht die Tendenz – auch außerhalb von Wien – verstärkt in Richtung Öffnung der Stationen und Angleichung der Aufnahmestationen an die Allgemeinmedizin. Das führt einerseits zu einer generell kürzeren Aufenthaltsdauer, andererseits bedeutet es für untergebrachte Patienten in psychiatrischen Krankenhäusern ohne geschlossene Abteilungen eine punktuelle und individuelle Einschränkung ihrer Bewegungsfreiheit und anderer Persönlichkeitsrechte. Für die Betroffenen erscheinen dadurch die Gründe ihrer Unterbringung weniger willkürlich. Sie können sich gegen subjektiv empfundene oder tatsächlich stattgefundenen unverhältnismäßige Eingriffe in ihre Persönlichkeitsrechte selbstbewußter zur Wehr setzen. Sie können den Patientenanzwalt rufen, sich mit ihm beraten und falls notwendig auch nachträglich die Rechtmäßigkeit und Verhältnismäßigkeit von gegen oder ohne ihren Willen erfolgten Maßnahmen vom Unterbringungsgericht prüfen lassen.

Das Unterbringungsgesetz und die Patientenanzwaltschaft wurden in den ersten Jahren mit Emotionalität kritisiert⁵⁴. Vor allem Psychiatrietätige und Angehörige meldeten sich zu Wort und entflammten eine Diskussion um Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen. Im Brennpunkt der Auseinandersetzungen standen zunächst die Patientenanzwälte. Durch deren offensives Eintreten für die Anliegen der Betroffenen wurde das mittlerweile wieder ins Hintertreffen geratene politische Interesse für psychisch Kranke in der Öffentlichkeit und bei den Verantwortlichen neu aktualisiert. Der damit einhergehende Widerstand und die aufkeimende Verunsicherung vor allem bei den Psychiatrietätigen, die bereits 15 Jahre vorher eine Reformbewegung mitgetragen hatten, war zu groß. Nicht zuletzt dadurch, daß sie den neuen Anforderungen am stärksten ausgesetzt waren.

Nachdem die Funktion des UbG und das dahinterliegende Ziel, die Stärkung des Selbstbestimmungsrechtes und die Minimierung von Zwangsmaßnahmen, erkannt wurden, kam es zuweilen zur Inszenierung von „Horror-szenarien“ zu den Auswirkungen des UbG. Nur wenige sahen zunächst darin auch eine Chance veraltete Strukturen aufzubrechen und den therapeutischen Wert dieser neuen Gegebenheit zu nutzen⁵⁵.

Vielfach wurde befürchtet, daß die Einhaltung der Unterbringungsvoraussetzungen und die gesetzlich verankerte Informations- und Aufklärungspflicht sowie die weitgehende Zurückdrängung der Zwangsbehandlung bei nicht einsichts- und urteilsfähigen Patienten in Ausnahmesituationen, eine Behandlung des Kranken verunmöglichende⁵⁶ und es zu einer Verstärkung des sogenannten „Drehtüreffekts“ komme. Gemeint war hiermit, daß Patienten durch die neue Rechtslage nicht mehr in psychiatrischen Krankenhäusern aufgenommen oder dort nur für kurze Zeit behandelt werden könnten und eben dadurch in immer kürzeren Abständen eine neuerliche Aufnahme unerlässlich werde.

In diesen Diskussionen wurden und werden nach wie vor die Begriffe Unterbringung und Aufnahme gleichbedeutend verwendet, was mit dazu beiträgt, daß die tatsächlichen Ursachen sowie positive und negative Wirkungen eines möglichen „Drehtüreffekts“ im Zusammenhang mit dem UbG nicht entsprechend geortet, beseitigt, genützt oder gar

weiterentwickelt werden⁵⁷. Verlässliche Zahlen zum Drehtüreffekt gibt es nicht.

Der Gedanke, daß Psychiatrie Krankenhauscharakter hat, scheint noch fern zu sein. Die Psychiatrie als allumfassende Versorgungseinrichtung steht als Erwartungshaltung latent nach wie vor im Raum, obwohl die Tendenzen – verstärkt durch das Subsidiaritätsprinzip (§ 3 UbG) – in Richtung Akutbetreuung und -behandlung gehen.

In den letzten Jahren kam es zu einer allgemeinen Reduktion der Bettenanzahl jedoch bei gleichbleibenden Aufnahmen, was eine Senkung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer⁵⁸ bedeutet. Ständen 1985 der österreichischen Bevölkerung⁵⁹ 8.106 systemisierte psychiatrische Krankenhausbetten zur Verfügung – 1990 6.376 –, waren es 1994 nur noch 5.928. Die Neuzugänge blieben über den selben Zeitraum hingegen nahezu unverändert. 1985 kam es zu 42.347 Neuzugängen, 1990 zu 42.812 und 1994 zu 42.296⁶⁰.

Gleichzeitig mit dem Bettenabbau sollte es zu einem Ausbau des ambulanten Versorgungsnetzes kommen, was jedoch österreichweit nicht in gleichem Ausmaß erfolgt ist. Die Betroffenen einiger Bundesländer können nicht auf eine gemeindenahere extramurale psychiatrische Versorgung zurückgreifen, sondern sind nach wie vor von der Behandlung in – zum Teil weit entfernten – psychiatrischen Großanstalten abhängig.

Das Pflegepersonal befürchtete zunächst ebenfalls eine Verschlechterung der Qualität in der Pflege und eine Abwertung ihres Berufsstandes. Wie andere in der Psychiatrie tätige Berufsgruppen veränderten sie infolge großteils die Bewertung der Auswirkungen des UbG und wußten die daraus erwachsenen Chancen zur Qualitätshebung zu nutzen: „Mit der Entwicklung des Rechtsstatus der Patienten ging auch eine ... Veränderung im beruflichen Selbstverständnis der Schwestern und Pfleger einher. War noch 1979 die Hauptaufgabe der Pflege die Sicherstellung der Grundbedürfnisse und die Überwachung der Patienten in bezug auf Sicherheit und Ordnung auf den Stationen im Vordergrund, gab es allmählich eine Veränderung des Aufgabenprofils ... Die Entwicklung von Bezugspflege, Intensivbetreuung, Übergangspflege hat die Professionalisierung des Pflegepersonals weiter vorangetrieben ... Um die Stationen öffnen zu können war v.a. die Entwicklung von entsprechenden Stationskonzepten, Strukturveränderungen (kleine überschaubare Einheiten von 20 Betten pro Station) zu schaffen ... Ein fallweises Versperren der Stationstüren wurde allerdings als Pflegebehelf verwendet ... Dieser Pflegebehelf kann seit April 1992 nicht mehr angewendet werden, da dies auf Grund einer Entscheidung des Obersten Gerichtshofes nicht mehr möglich ist. ... Die Verletzungen im Zuge von dramatischen Fluchtversuchen gingen zurück, die Selbstmordrate im Spital hat sich nicht erhöht.“⁶¹

Die Angehörigen fühlten sich weiter im Stich gelassen. Nach der ersten großen Psychiatriereform Ende der 70er Jahre, die österreichweit eine enorme Bettenreduktion mit sich brachte, mußten sie zur Integrierung ihrer Angehörigen einen hohen Beitrag leisten. Viele fühlten sich überfordert, auch durch die neue politische und gesellschaftliche Bewertung ihrer kranken Angehörigen und die niedrige Toleranzgrenze einer nicht ausreichend aufgeklärten Bevölkerung.

An das Unterbringungsgesetz knüpften sie zunächst große Erwartungen. Sie erhofften sich einen wirksamen Beitrag zur dringend notwendigen Verbesserung der extramuralen Versorgung und somit eine Entlastung. Ihre Enttäuschung dem neuen Gesetz gegenüber galt, daß es „nur“ formale und materielle Voraussetzungen von Zwangsmaßnahmen in psychiatrischen Krankenhäusern regelt, nicht aber konkrete Alternativen bot. Zudem kritisierten sie, daß das UbG zu allgemein eine Tendenz zur Abschiebung psychisch Kranker unterstelle, die Notwendigkeit stationärer Behandlung in bestimmten Fällen nicht berücksichtige. Die Reform verstärkte damit den ohnehin bestehenden Trend der Krankenanstalten, stationäre Aufnahmen zu vermeiden und die Patientenzahl zu reduzieren⁶².

Wie von welcher Berufs- und Interessensgruppe die veränderte Situation auch interpretiert wird, durch das UbG mit der Hineinnahme des Subsidiaritätsprinzips in die Unterbringungsvoraussetzungen, wird der Mangel an fehlenden, und wo vorhanden, oft nicht ausreichenden, patientenorientierten Angeboten, deutlich sichtbar. All zu häufig ist in den ersten Jahren das Ziel des UbG, die an psychiatrische Krankenhäuser übertragenen staatlichen Zwangsbefugnisse der EMRK entsprechend auszugestalten und zu kontrollieren und die Bürger vor allzu raschen polizeilichen Einweisungen durch strenggehaltene Formalvorschriften zu schützen, gerne mißverstanden worden.

Vordringlicher als ein patientenzentriertes UbG oder als mindestens genau so notwendig schien nun für viele Psychiatrietätige, Patienten und Angehörige ein umfassend reformierendes Psychriatriegesetz, das die Organisation und die Form der Behandlung an den mündigen, selbstbestimmenden Patienten orientiert, was gemeindenahe Einrichtungen und freie Arzt- und Krankenhauswahl für die Betroffenen bedeutet.

Resümee

Nach mehr als 5 Jahren Unterbringungsgesetz und Patienten-anwaltschaft hat sich der erste große Widerstand gegen das Unterbringungsgesetz gelegt. Der zähe Kampf zwischen Patienten-anwaltschaft und Psychiatern gehört nahezu der Vergangenheit an. Einige wichtige Rechtsfragen konnten durch die Gerichte geklärt werden. Andere Probleme haben sich durch die Praxis gelöst. Die ständigen Auseinandersetzungen in den einzelnen Problembereichen haben beim pflegerischen und ärztlichen Personal zu einer gewissen Sensibilität im Umgang mit Persönlichkeitsrechten beigetragen. Die Anwesenheit des Patienten-anwaltes im Krankenhaus und die Möglichkeit bei Konflikten unmittelbar zu intervenieren schärfen das Problembewußtsein bei den Betroffenen und Professionellen. Ein sukzessives Abnehmen von zunächst als unbedingt notwendig bezeichneten Beschränkungsmaßnahmen ist zu beobachten. Die mit dem Unterbringungsgesetz geforderte Achtsamkeit im Umgang mit Persönlichkeitsrechten wird auch von vielen Psychiatrietätigen als wertvoll für das Patient-Arzt-Verhältnis wahrgenommen: „Der Patient fühlt sich wichtig und ernstgenommen ... Die Gerichtskommission wirkt entemotionalisierend auf Patienten, Angehörige und Personal ... Die Psychiatrie als Institution hat beim

Träger an Bedeutung gewonnen, ist geschützter geworden durch das neue Gesetz.“⁶³

Impulse für Diskussionen und Innovationen im Bereich der psychiatrischen Krankenversorgung sind vom UbG und der Patienten-anwaltschaft unübersehbar ausgegangen und zeigen sich in einer verstärkt eingetretenen Sensibilisierung bezüglich der Benennung von Zwangsmaßnahmen und der Suche nach weniger gewaltsamen Alternativen beim medizinischen und pflegerischen Personal. „Wenn die Kontrolle funktioniert und das psychiatrische Personal mit Professionalität auf den Anspruch des Gesetzgebers reagiert, dann kann die Kontrolle durch das UbG auch als Teil einer Qualitätssicherungsmaßnahme gesehen werden. Neben der Anwendung von Zwang ... müssen eben andere Behandlungsformen von psychisch Kranken Platz greifen.“⁶⁴

Anmerkungen

- 1 Geregelt in der Entmündigungsordnung von 1916, RGBl 207, in § 49 und §§ 51 bis 54 Krankenanstaltengesetz (KAG) BGBl. 1957/1 und in der Verordnung vom 22. August 1916, RGBl 1916/269.
- 2 Zu den Mängeln zählte u.a., daß die Beschränkungen in der Freiheit der Bewegung oder des Verkehrs mit der Außenwelt weder hinsichtlich der Voraussetzungen noch in ihrer Art näher geregelt waren (§ 51 KAG)
- 3 vgl. Kopetzki 1991, S. 9
- 4 1955 wurde der Alkoholbeirat im Sozialministerium zur Erforschung der Auswirkungen des Alkoholismus und zur Änderung der geltenden Rechtsordnung (u.a. der Entmündigungsordnung) gegründet. 1968 übermittelte der Beirat dem Sozialministerium einen Gesetzesvorschlag. In der dritten Phase, begann die Initiative des Justizministeriums, Psychiater und Juristen wurden zusammengeführt. Den entscheidenden Schritt setzte Justizminister Dr. Broda mit der Enquete vom 05.06.1978. An dieser Enquete waren Psychiater und Juristen, Soziologen, Sozialarbeiter, Vertreter der Medien und Politiker beteiligt. Daraufhin kam es zur Gründung des Vereins für Sachwalterschaft und zu zahlreichen Gesetzesentwürfen (Ent, 1982, S. 288 ff.).
- 5 Neu im Sachwalterrecht war a) die gesetzliche Verankerung einer hauptberuflichen Sachwalterschaft für ein besonders betreuungswürdiges Klientel, b) die Abstimmung der Sachwalterschaft auf den individuellen Verlust der Geschäftsfähigkeit (einzelne, mehrere oder alle Bereiche). Gleichzeitig mit der Verabschiedung des Sachwalterschaftsrechtes wurde im Psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien und in der Landesnervenklinik Niederösterreich - Ost ein Modellprojekt zur Patienten-anwaltschaft unter den Namen Patientensachwalterschaft initiiert, das über 10 Jahre bis zur Verabschiedung des Unterbringungsgesetzes dauerte. (vgl. Gschöpf, Knoerzer, 1989)
- 6 Art. 4 (Freizügigkeit der Person), Art. 6 (Freiheit der Niederlassung), Art. 10 (Schutz des Briefgeheimnisses) des Staatsgrundgesetzes vom 21. Dezember 1867, RGBl. Nr. 142, über die allgemeinen Rechte der Staatsbürger für die im Reichsrat vertretenen Königreiche und Länder, das Bundesverfassungsgesetz vom 29. November 1988, BGBl. 684, über den Schutz der persönlichen Freiheit, weiters die im Verfassungsrang stehenden Art. 3 (Verbot unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung), Art. 5 (Recht auf Freiheit und Sicherheit), Art. 6 (Anspruch auf ein gerichtliches Verfahren) und Art. 8 (Anspruch auf Achtung des Privat- und Familienlebens, der Wohnung und des Briefverkehrs) und Art. 10 (Freiheit der Meinungsäußerung) EMRK.
- 7 Das Jahresbudget der Patienten-anwaltschaft des VSP betrug 1995 ca. 3.750.000 DM (Quelle: VSP)
- 8 vgl. Pichler 1992
- 9 Zwangsmaßnahmen während des Anstaltsaufenthaltes gehören zur hoheitlichen staatlichen Verwaltung. Erachtet sich der Betroffene in seinen Rechten verletzt, so ist dagegen eine Beschwerde an die unabhängigen Verwaltungssenaten (UVS) in den Ländern zulässig. Deren Bescheide unterliegen der Überprüfung durch den Verwaltungs- und Verfassungsgerichtshof.
- 10 vgl. Hopf - Aigner 1993, S. 50

- 11 Recht auf würdige Behandlung, auf die Möglichkeit einer seelsorge-
rischen Betreuung, auf ausreichende Wahrung der Intimsphäre, auf
würdevolles Sterben, auf Leistungserbringung entsprechend dem all-
gemein üblichen Lebensrhythmus.
- 12 Dies können auch Angehörige oder andere Vertrauenspersonen sein.
- 13 vgl. Haberl 1995
- 14 vgl. Pichler 1992
- 15 Gem. § 38c Abs. 2 Krankenanstaltengesetz des Bundes (KAG) sind
den Patientenanwälten für ihre Tätigkeit geeignete Räumlichkeiten
im Krankenhaus zur Verfügung zu stellen.
- 16 Schreier 1995, S. 2
- 17 Das Arzt-Patient-Verhältnis zeigt sich traditionell als einseitig, von
der Autorität des Arztes geprägt. „Ärztenschaft und Pflegepersonal
fühlen sich in erster Linie zu ethischem Handeln verpflichtet und
den Usancen sowie der Courtoisie des Berufsstandes verpflichtet. Das
birgt eine Reihe von unbekanntem oder minder reflektierten Impli-
kationen an Subjektivität und einen Freiraum nicht überprüfbarer
Selbstverantwortlichkeit mit sich“ (Pichler 1992, S. 57).
- 18 Pichler 1992, S. 80
- 19 Es geht auch darum, den „...“ Psychatriepatienten das Gefühl akuter
Hilflosigkeit und latenter Bedrohung zu nehmen und ihr Selbstbe-
wußtsein soweit zu stärken, daß sie in der Lage sind, ihre eigenen
Interessen und Wünsche im Wissen, dazu berechtigt zu sein, dem
Arzt und der Anstalt gegenüber bestmöglich zu artikulieren und
durchzusetzen“ (Schreier 1995, S. 3).
- 20 1995 kamen von 11.064 untergebrachten Patienten nur 7.006 zu ei-
ner gerichtlichen Anhörung (Forster 1996).
- 21 Die Verankerung des Grundsatzes der Subsidiarität soll sicherstellen,
daß die Unterbringung nur als letztes Mittel in Erwägung gezogen
wird und daß das Angebot an psychiatrischen Versorgungseinrich-
tungen verbessert wird.
- 22 OGH, 27.5.1992, 2 Ob 542/92
- 23 OGH, 25.11.1993, 2 Ob 573/93
- 24 Kopetzki, R & P 1991, S. 63
- 25 1995 wurden 14 % der Unterbringungen bei der Anhörung und
17 % bei der Verhandlung für unzulässig erklärt (Forster 1996).
- 26 Nach § 301 Strafgesetzbuch (StGB), BGBl. 1974/ 60 ist, wer die ihm
in einem Verfahren vor Gericht oder einer Verwaltungsbehörde auf
Grund einer gesetzlichen Bestimmung vom Gericht oder von der Ver-
waltungsbehörde auferlegte Pflicht zur Geheimhaltung verletzt, mit
einer Freiheitsstrafe bis zu 6 Monaten oder einer Geldstrafe bis zu
360 Tagssätzen zu bestrafen. Dabei genügt die Mitteilung des von der
Verschwiegenheitspflicht umfaßte Sachverhalt auch nur an eine Per-
son; die qualifizierte Öffentlichkeit des § 301 Abs. 1 StGB ist nicht
erforderlich (vgl. Hopf - Aigner 1993, S. 55 f).
- 27 Die Verschwiegenheitsverpflichtung gem. § 9 KAG ist im Verhältnis
zu § 15 Abs. 2 UbG insofern weiter, als sie sich auch auf die Verhält-
nisse aller Pfinglinge des Krankenhauses und nicht nur auf die vom
Patientenanwalt vertretenen Kranken erstreckt (vgl. Hopf - Aigner
1993, S. 55).
- 28 Das Unterbringungsgericht befindet sich routinemäßig entsprechend
der gesetzlich vorgegebenen Fristen ein- bis viermal wöchentlich - je
nach Gericht - zur Durchführung der Unterbringungsverfahren im
Krankenhaus.
- 29 OGH, 22.10.1992, 1 Ob 599/92
- 30 OGH, 26.11.1992, 7 Ob 635/92
- 31 OGH, 26.8.1993, 2 Ob 539/93
- 32 So sieht § 34 Abs. 1 UbG vor, daß der Schriftverkehr des Kranken und
der Kontakt mit dessen Vertreter nicht eingeschränkt werden dürfen.
- 33 Daraus folgt, daß das Einsperren von Kranken zur Disziplinierung
jedenfalls unzulässig ist (vgl. Erläuterungen zur RV, S. 28 Sp. 1).
- 34 Damit ist der „Grundsatz des geringstmöglichen Eingriffs“ (vgl. Erlä-
uterungen zur RV, S. 28 Sp. 1) festgelegt. Beschränkungen der Be-
wegungsfreiheit müssen im Einzelfall angemessen (verhältnismäßig)
sein. Sie dürfen nur als letztes Mittel in Betracht kommen (vgl. Be-
richt des Justizausschusses, S. 11 Sp. 1).
- 35 Während bei einer Unterbringung (ohne Verlangen) Gericht und Pa-
tientenanzwaltschaft zu verständigen sind, sehen die §§ 33 Abs. 3 und
34 Abs. 2 UbG nur eine Meldung an den Vertreter des Patienten
(Patientenanzwalt oder sonstigen Vertreter) vor.
- 36 Beschränkungen der Bewegungsfreiheit unterliegen jedenfalls einer
nachträglichen Kontrolle, weil das Gericht erst auf Verlangen zu ent-
scheiden hat. Nur durch eine so verstandene Kontrolle können Mani-
pulationen zur Umgehung der Gerichtszuständigkeit verstanden wer-
den.
- 37 § 8 Abs. 3 KAG, § 22 Ärztegesetz (ÄrzteG), § 110 Abs. 1 StGB, § 36
Abs. 1 UbG
- 38 Liegt eine fehlende Urteilsfähigkeit aufgrund einer psychischen
Krankheit oder geistigen Behinderung vor, die auch in einer nicht
absehbar dauernden Bewußtlosigkeit liegen kann, hat der Arzt vor
der Behandlung die Bestellung eines Sachwalters bei Gericht anzu-
regen.
- 39 § 8 Abs. 3 KAG, § 110 Abs. 2 StGB, § 37 UbG
- 40 Die Frage der Zustimmung des Angehaltenen war im Anhalterrecht
nicht ausdrücklich geregelt; eine Bestimmung, die die zwangsweise
Behandlung psychisch Kranker vorsah, gab es jedenfalls nicht (vgl.
Erläuterungen zur RV, S. 28 Sp. 2). Auch die RV enthielt noch keine
Sonderbestimmungen für die Behandlung psychisch Kranker.
- 41 Darunter versteht man orale Medikation, aber auch Injektionen und
Infusionen, außer es handelt sich um Depotinjektionen.
- 42 vgl. Bericht des Justizausschusses, S. 11 f
- 43 vgl. Kopetzki, RdM 1995, S. 19 f
- 44 Anders als im Unterbringungsverfahren und im Verfahren zur Über-
prüfung der weiteren Beschränkungen kommt dem Rekurs des Kran-
ken (Vertreters, Angehörigen) ex lege aufschiebende Wirkung zu
(§ 38 Abs. 2 UbG).
- 45 vgl. Kopetzki, 1995, S. 847 ff.
- 46 StProtNR 15996 und 15630
- 47 1995 fanden 2056 Beratungen statt (Quelle: VSP).
- 48 Auch 5 Jahre nach Inkrafttreten des UbG gibt es immer noch Abtei-
lungsleiter, die einen Aushang über die Patientenanzwaltschaft nicht
genehmigen.
- 49 Quelle: Statistische Zentralamt
- 50 Quelle: BMJ, 1992
- 51 Forster 1996
- 52 Regionale Unterschiede zeigen sich betreffend der Unterbringungs-
zahlen, was zum einen auf die unterschiedliche Organisation der
psychiatrischen Krankenanstalten und ihrem unterschiedlichen Um-
gang mit freiheitsbeschränkenden Maßnahmen zum anderen auf das
Entscheidungsverhalten der Gerichte zurückzuführen ist.
- 53 vgl. Forster 1992
- 54 „In den ersten Jahren nach dem Inkrafttreten des Gesetzes kam es
in einigen Krankenhäusern zu Reibungen und Auseinandersetzungen
zwischen Ärzten und Patientenanwälten. Diese wurden sowohl von
Ärzten als auch von Pflegebediensteten bisweilen als Fremdkörper
im Anstaltsablauf und -alltag gesehen. Ihre Interventionen zugunsten
von Patienten wurden vielfach als mißtrauische Kontrollversuche
qualifiziert, ihre fachliche Kompetenz vor allem von Seiten der
Psychiatrie häufig in Frage gestellt. Den Patientenanwälten wurde
ferner zur Last gelegt, bei ihrer Tätigkeit zur Wahrung der Freiheit
und der anderen Rechte des Patienten seine gesundheitlichen Be-
dürfnisse zu vernachlässigen“ (BMJ 1994, S. 12).
- 55 „Durch das UbG ist es zu einem Autonomie-Zuwachs für die Pati-
enten gekommen ... Die Psychiatrie als Institution verliert dadurch
an Allmacht und ermöglicht oft so einen neuen Zugang zu psycho-
tischen Patienten, die ihre Krankheit oft nicht zuletzt auch deshalb
entwickeln, weil sie sich ausgeliefert fühlen“ (Platz 1992, S. 48).
- 56 „Die Ub-Voraussetzungen seien zu eng, eine angemessene Hilfe be-
handlungsbedürftiger Personen werde verunmöglicht, verzögert oder
durch zu frühe Aufhebungen von Unterbringungen wirkungslos ge-
macht“ (Danzinger 1992, S. 34).
- 57 Größere vorsorgeepidemiologische Studien, in denen die Inan-
spruchnahmefrequenz stationärer und ambulanter Einrichtungen be-
rücksichtigt wird, verweisen darauf, daß der Bedarf einer stationären
Behandlung teilweise vom Angebot ambulanter Dienste bestimmt
wird (vgl. Rudas 1991 in Schmid, Pühr 1996, S. 4).
- 58 Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in psychiatrischen Abtei-
lungen betrug 1994 30 Tage (Österreichisches Statistisches Zentralamt)
- 59 1994 hatte Österreich 8.039.900 Einwohner (Österreichisches Sta-
tistisches Zentralamt)
- 60 Quelle der systemisierten Betten und Aufnahmen: Österreichisches
Statistisches Zentralamt
- 61 Schütz S. (Krankenschwester im Psychiatrischen Krankenhaus
Wien) 1993, S. 25 ff.
- 62 vgl. BMJ 1992, S. 8
- 63 Platz 1992, S. 47 f.
- 64 Herbst 1996

Literatur

- Bericht des Justizausschusses über die RV, 1202 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates, 17. Gesetzgebungsperiode
- Bundesministerium für Justiz (BMJ), Entwurf zum Bericht der Arbeitsgruppe „Unterbringungsgesetz“ (zu 4.907/332-1/194 Beilage B), 1994 unveröffentlicht
- Bundesministerium für Justiz (BMJ), Unterbringungsgesetz, Erfahrungen und Ausblick, Broschüre des BMJ, Wien 1992
- Danzinger R., Mögliche Auswirkungen des UbG auf das Behandlungsklima in der Psychiatrie, S. 34-36 in *Betrifft: 1 Jahr Unterbringungsgesetz*, Zeitschrift des Arbeitskreises Psychiatrie Jg. 2, Nr. 5, Salzburg 1992
- Diskussionen im Nationalrat, 132. Sitzung am 1. 3. 1990, Stenographische Protokolle des Nationalrates (StProtNR), 17. Gesetzgebungsperiode
- Ent H., Die Bemühungen zur Reform der Entmündigungsordnung seit 1945 (Eine rechtsgeschichtliche Untersuchung der Entwicklung der rechtspolitischen Zielsetzungen), S. 287-292 in *Justiz und Zeitgeschichte*, E. Weinzierl und K. Stadler (Hrsg.), Ludwig-Boltzmann-Institut für Gesellschaftswissenschaften, (Veröffentlichung) Wien 1982
- Erläuterungen zur Regierungsvorlage (RV) zum Bundesgesetz über die Rechtsfürsorge für psychisch Kranke in Krankenanstalten, 464 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates, 17. Gesetzgebungsperiode
- Forster R., Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes, *Psychiatrie 4*, Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie, Wien 1993
- Forster R., Von der Anhaltung zur Unterbringung psychisch Kranker – eine Rechtsreform aus statistischer Sicht, in *Mitteilungen der österreichischen Sanitätsverwaltung*, Originalbeiträge Heft 1, Wien 1994
- Forster R., Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes, Teil 2: 1993-1995, Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie, Wien 1996
- Forster R., Pelikan J., Psychiatriereform, Persönlichkeitsschutz und Rechtsfürsorge, Vom Krankenanstaltengesetz 1956 zum Modellprojekt Sachwalterschaft, S. 305-344 in *Justiz und Zeitgeschichte*, E. Weinzierl und K. Stadler (Hrsg.), Ludwig-Boltzmann-Institut für Gesellschaftswissenschaften, Wien 1982
- Gschöpf D., Erfahrungsbericht der Patientensachwalter im Modellprojekt Patientensachwalterschaft, S. 118-137 in *Sonderband Patientensachwalterschaft*, Rundbrief Nr.4/5, Verein für Sachwalterschaft und Patientenadvokatur, Wien 1989
- Haberl G., SachwalterInnen und PatientenanwältInnen in Österreich – Erfahrungen zur notwendigen Professionalität von Betreuenden, *Tagung der Aktion Psychisch Kranke in Bonn 1995*
- Herbst I. (unter Mitarbeit von M. Wagner), Patientenrechtliche Aspekte bei der Behandlung von alten Menschen in der Psychiatrie – Ein Beitrag der Patientensachwalterschaft, S. 175-183 in *Klientenrechte, Sozialpolitische Steuerung der Qualität von Hilfe und Pflege im Alter*, A. Evers, K. Leichsenring & C. Strümpel (Hrsg.), Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Schriftreihe Soziales Europa, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Wien 1995
- Herbst I., Vertrauen ist gut – Kontrolle ist besser! Patientensachwalterschaft im Spannungsfeld zwischen Recht und Psychiatrie, Referat (unveröffentlicht, VSP Wien), *Kongreß für klinische Psychologie und Psychotherapie*, Berlin 1996
- Hopf G., Von der Entmündigung und Anhaltung zur Rechtsfürsorge für psychisch Kranke, S. 293-304 in *Justiz und Zeitgeschichte*, E. Weinzierl und K. Stadler (Hrsg.), Ludwig-Boltzmann-Institut für Gesellschaftswissenschaften, Wien 1982
- Hopf G., Aigner G., *Unterbringungsgesetz*, Wien 1993
- Knoerzer J., Erfahrungsbericht der Patientensachwalter im Modellprojekt Patientensachwalterschaft, S. 138-176 in *Sonderband Patientensachwalterschaft*, Rundbrief Nr. 4/5, Verein für Sachwalterschaft und Patientenadvokatur, Wien 1989
- Kopetzki C., Das neue Österreichische Unterbringungsrecht, S. 61-69 in *Recht & Psychiatrie*, 1991
- Kopetzki C., *Unterbringungsgesetz*, Nachrichten aus dem Rechtsreferat (Sonderband), Hrsg: Verein für Sachwalterschaft und Patientenadvokatur, Wien 1991
- Kopetzki C., *Entscheidungsbesprechung*, S. 17-20 in *Recht der Medizin*, Wien 1996
- Kopetzki C., *Forschungen aus Staat und Recht, Unterbringungsrecht I und II*, Wien, New York 1995
- Pichler J.W., *Internationale Entwicklung in den Patientenrechten*, Schriften der Rechtspolitik 4, Böhlau, Wien, Köln, Weimar 1992
- Platz T., Von den Zwangsaufnahmen zur Unterbringung im Psychiatrischen Krankenhaus, S. 45-51 in *Gemeindenaher Psychiatrie*, Zeitschrift der österreichischen Gesellschaft für Gemeindenaher Psychiatrie, 1992
- Schmidl F., Pühr H., Die vielen Seiten der psychiatrischen Drehtür, S. 4-7 in *Psychosoziale Arbeit*, Zeitschrift der psychosozialen Dienste in Wien, 1996
- Schreier M., 5 Jahre Patientenadvokatur – Zur Implementierung eines neuen Berufsstandes im Spannungsfeld zwischen Recht und Psychiatrie, Referat anlässlich der Unterbringungsrichtertagung in Kitzbühel im Mai 1995 (VSP, Hall, unveröffentlicht)
- Schütz A., Wege und Probleme, Vor- und Nachteile offener Akutpflege in der Psychiatrie, S. 25-28 in *Gemeindenaher Psychiatrie*, Zeitschrift der österreichischen Gesellschaft für Gemeindenaher Psychiatrie, Linz 1994

Einschlägige österreichische Gesetze

- Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch (ABGB) vom 1. 6. 1811
- Bundesgesetz vom 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch – StGB), BGBl 1974/60
- Bundesgesetz vom 18. Dezember 1956 über Krankenanstalten (Krankenanstaltengesetz = KAG), BGBl 1957/1
- Bundesgesetz vom 1. März 1990 über die Unterbringung psychisch Kranker in Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz = UbG), BGBl 1990/155
- Bundesgesetz vom 1. März 1990 über Vereine zur Namhaftmachung von Sachwaltern und Patientenanwältern (Vereinssachwalter- und Patientenanwaltsgesetz = VSPAG), BGBl 1990/156
- Bundesverfassungsgesetz vom 29. November 1988 über den Schutz der persönlichen Freiheit (PersFrG 1988), BGBl 1988/684
- Entmündigungsordnung von 1916, RGBl 207
- Europäische Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK) vom 4. November 1950, BGBl 1958/210
- Staatsgrundgesetz vom 21. Dezember 1867, RGBl Nr. 142, über die allgemeinen Rechte der Staatsbürger für die im Reichsrat vertretenen Königreiche und Länder
- Verordnung vom 22. August 1916, RGBl 1916/269

Entscheidungen des Obersten Gerichtshofes (OGH):

- OGH, 27. 5. 1992, 2 Ob 542/92, Jus Extra 1992/280
- OGH, 25. 11. 1993, 2 Ob 573/93, Jus Extra 1994/1504
- OGH, 16. 1. 1992, 7 Ob 639/91, NZ 1993/37, EvBl 1992/101
- OGH, 22. 10. 1992, 1 Ob 599/92, JBl 1993/455, NRsp 1993/44, 45
- OGH, 26. 11. 1992, 7 Ob 635/92, BMJ UbG – Slg Bd 2
- OGH, 26. 8. 1993, 2 Ob 539/93, RdM 1994/4, EvBl 1994/68
- OGH, 19. 9. 1994, 4 Ob 549/94, RdM 1995/1

Anschrift der Verfasserinnen

Verein für Sachwalterschaft und Patientenadvokatur
Geschäftsstelle Psychiatrisches Krankenhaus Wien
Baumgartner Höhe 1/0 – Gebäude
A – 1140 Wien