

# Die aktuelle Psychiatriegesetzgebung in Österreich: Zivil- und Strafrecht aus psychiatrischer Sicht

Hans Schanda

Die in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts in sämtlichen Ländern der westlichen Welt im Zuge gesellschaftlicher Veränderungen einsetzenden Psychiatriereformen machten die Neuformulierung einschlägiger zivil- und strafrechtlicher Bestimmungen erforderlich. In Österreich erfolgte diese Entwicklung relativ spät. *Zivilrecht:* 1984 wurde die Entmündigungsordnung vom differenzierten, individuelle Defizite in größerem Ausmaß berücksichtigenden Sachwalterrecht abgelöst. Das 1991 in Kraft getretene neue Unterbringungsrecht definierte die Kriterien für eine unfreiwillige stationäre Behandlung restriktiver, stellte den Patienten Rechtsvertreter zur Seite und sorgte für mehr Transparenz im Verfahren. *Strafrecht:* Im Falle einer im Zustand der Zurechnungsunfähigkeit verübten Straftat, die mit einer Strafe von mehr als einem Jahr bedroht ist, wird ein psychisch Kranker nach seit 1975 geltendem österreichischen Recht exkulpiert, jedoch bei Vorliegen einer ungünstigen krankheitsbedingten Gefährlichkeitsprognose auf unbestimmte Zeit in die so genannte vorbeugende Maßnahme eingewiesen (§ 21/1 StGB). Der Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit existiert im österreichischen Recht nicht. Allerdings kann auch eingewiesen werden, wer – obwohl zurechnungsfähig – die Tat unter dem Einfluss einer »geistigen oder seelischen Abartigkeit« höheren Grades begangen hat (§ 21/2 StGB). Besondere strafrechtliche Regelungen für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher (§ 22 StGB) und gefährliche Rückfalltäter (§ 23 StGB) sind in der Praxis von untergeordneter Bedeutung. *Kommentar:* In den letzten Jahren kam es in Österreich mit dem Fortschreiten der Psychiatriereformen zu einem massiven Anstieg der Einweisungen in den Maßnahmenvollzug. Die möglichen Gründe für diese auch international zu beobachtende Entwicklung werden diskutiert. Zusammenfassend ist festzustellen, dass Gesetzesreformen nicht als isolierte Eingriffe in das Gemeinschaftsleben aufzufassen sind. Ihre Formulierung und vor allem die Art ihrer Vollziehung sind auch Ausdruck der emotionalen Bereitschaft einer Gesellschaft zu Veränderungen. Im Fall der Psychiatriereformen bestehen offensichtlich zwischen den intendierten Verbesserungen und deren Umsetzung beträchtliche Diskrepanzen.

**Schlüsselwörter:** Psychiatriereformen, Psychiatriegesetzgebung, Unterbringungsrecht, psychisch kranke Straftäter

## Mental health legislation in Austria: civil and penal laws from a psychiatric viewpoint

One of the consequences of the societal changes during the 2nd half of the 20th century in all countries of the Western world was the introduction of psychiatry reforms. This required a revision of the relevant laws. Austria followed this development rather late. *Civil laws:* The new guardianship law came into force in 1984, the new civil commitment law in 1991. The latter defined the preconditions for involuntary admission to mental hospitals more restrictively and strengthened the patients' position by the provision of patient advocates. *Penal laws:* According to the 1975 penal reform, an offender can be exculpated by reason of insanity, though being subject to criminal commitment for an indefinite period of time, if the offence 1) is threatened with a prison sentence of more than one year, 2) was committed in direct association with a mental disorder or severe intellectual disability, and if 3) the court assumes a poor illness-related criminal prognosis (§ 21/1 Austrian penal law). In contrary to Germany, for example, Austrian law does not provide for the possibility of diminished responsibility. However, if a responsible offender committed the offence under the influence of a »mental abnormality of higher degree (mainly targeting severe forms of personality disorder), criminal commitment is possible parallel to a prison sentence (§ 21/2 Austrian penal law). Special forms of criminal commitment for substance abusers and »dangerous repetitive offenders« are of minor importance in practice. *Comment:* During the last 15 years we have been confronted with an enormous increase of admissions to criminal commitment. The possible reasons for this internationally well-known development are discussed. In conclusion, the new psychiatry laws do not represent single, isolated interventions in the social life of communities. Rather, they have to be understood in the light of the societal changes during the last decades. Their formulations and their execution are a proxy for the emotional readiness of societies to principal changes. In the case of psychiatry reforms, considerable discrepancies between the intentions of the laws and their transfer into practice do exist.

**Key words:** Psychiatry reforms, mental health legislation, civil commitment, mentally disordered offenders

### Einleitung

Die nach Ende des zweiten Weltkriegs einsetzenden gesellschaftlichen Veränderungen hatten auch Einfluss auf den Umgang der Allgemeinheit mit psychisch kranken und geistig behinderten

Personen. Basierend auf einer Stärkung der Persönlichkeits- und Freiheitsrechte dieser Menschen sollte das bis dahin vorherrschende patriarchalische »Fürsorgeprinzip«, welches Schutz – allerdings um den Preis einer oft relativ undifferenziert verord-

neten Unfreiheit – versprach, von differenzierteren, individuelle Defizite in größerem Ausmaß berücksichtigenden Regelungen abgelöst werden, um die Rechte des Einzelnen gegenüber einer »entmündigenden Gesellschaft« bzw. einer »entmündigenden Psychiatrie« besser zu schützen. Je ausgeprägter das erwähnte Fürsorgeprinzip in einer Gesellschaft bzw. in deren Rechtssystem verankert war, desto weniger bedurfte es detaillierter strafrechtlicher Regelungen zum Schutz der Allgemeinheit vor psychisch Kranken. Daher wurden mit dem schrittweise vollzogenen Paradigmenwechsel Änderungen auch im strafrechtlichen Bereich erforderlich, um die Gesellschaft vor die neue Freiheit unter Umständen missbrauchenden psychisch kranken Personen zu bewahren. Während zurechnungsunfähige psychisch kranke Straftäter\* bis dahin in vielen Ländern in großen »Verwahranstalten« gemeinsam mit allen anderen psychiatrischen Patienten versorgt wurden, markiert die erwähnte Wende den Beginn einer forensischen Behandlungspsychiatrie.

Aus dem bisher Gesagten ergibt sich, dass die zu beschreibenden gesetzlichen Veränderungen nicht durch Initiativen einzelner Interessensgruppen (engagierte Laien, Politiker, Psychiater) ermöglicht wurden, sondern dass es sich dabei vielmehr um eine komplexe gesellschaftliche Entwicklung mit komplizierten Interdependenzen handelt (SCHANDA 1999, SCHANDA 2001, SCHANDA 2001 a). Im Folgenden wird versucht, einen Überblick über den Stand der österreichischen Psychiatriegesetzgebung zu geben. Behandelt werden zivilrechtliche Regelungen zum Schutze des Einzelnen (Sachwalterrecht, Unterbringungsrecht), zivil- und strafrechtliche Regelungen zum Schutze der Allgemeinheit (Unterbringungsrecht, Maßnahmenrecht) sowie daraus resultierende Konsequenzen und aktuelle Probleme.

## Zivilrecht

### Sachwalterrecht

Das neue Sachwalterrecht trat 1984 in Kraft und löste die seit 1916 gültige so genannte Entmündigungsordnung ab. Nach § 273 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches (ABGB) (DITTRICH und TADES 2005) ist einer volljährigen Person, »die an einer psychischen Krankheit leidet oder geistig behindert ist« und »alle oder einzelne ihrer Angelegenheiten nicht ohne Gefahr eines Nachteils für sich selbst zu besorgen« vermag, »auf ihren Antrag oder von Amtswegen ... ein Sachwalter zu bestellen« – dies jedoch nur dann, wenn der Betreffende nicht »durch andere Hilfe, besonders im Rahmen seiner Familie oder von Einrichtungen der öffentlichen oder privaten Behindertenhilfe, in die Lage versetzt werden kann, seine Angelegenheiten im erforderlichen Ausmaß zu besorgen«. Grundsätzlich kommen für eine Besachaltung vor allem Menschen mit unterschiedlichsten Formen geistiger Behinderungen, Psychosen sowie Demenzen jeder Genese in Frage.

Der Aufgabenbereich des Sachwalters kann einzelne Angelegenheiten (etwa Durchsetzung oder Abwehr eines Anspruchs, Abwicklung eines Rechtsgeschäfts), die Besorgung eines bestimmten Kreises von Angelegenheiten (z. B. Vermögensverwaltung) oder die Besorgung aller Angelegenheiten der behinderten Person umfassen. Die Aufgabe des Gerichtes und – in dessen Auftrag – des Sachverständigen ist die Beurteilung des Schweregrades, des Verlaufes und der konkreten Auswirkungen einer Behinderung bzw. Erkrankung auf die eine mögliche Sachwalterschaft betreffenden Umstände oder Situationen, darüber hinaus auch die Eignung der als Sachwalter vorgesehenen Person. Die §§ 273 a bzw. 280–283 ABGB (DITTRICH und TADES 2005) regeln Details wie etwa Bestellung, Rechte und

Pflichten des Sachwalters, Rechte der besachwalteten Person und Beendigung der Sachwalterschaft. Einer üblicherweise ohne Beisein eines Sachverständigen durchgeführten Erstanthörung bzw. einer eventuellen Vorladung Angehöriger zur Komplettierung der Informationen folgt nach Erstellung eines Gutachtens eine mündliche Verhandlung. In dringenden Fällen kann bereits nach einer Erstanthörung vom Gericht ein so genannter einstweiliger Sachwalter bestellt werden, der die Person im nun folgenden Verfahren bzw. für dringende Angelegenheiten zu vertreten hat. Die Besachaltung hat keinen Ausschluss vom Wahlrecht zur Folge, ebenso erfolgt keine Information an die Führerscheinbehörde.

### Unterbringungsgesetz

1991 trat nach vieljähriger Beratungs- und Vorbereitungszeit das die unfreiwillige Aufnahme bzw. Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern regelnde Unterbringungsgesetz (UbG) in Kraft (BGBl 1990). Es löste das seit dem Jahre 1916 geltende »Bundesgesetz über die Rechtsfürsorge für psychisch Kranke in Krankenanstalten« ab. Dadurch wurden die Schaffung eines eigenen, mit selbem Datum in Kraft tretenden Sachwalter- und Patientenanwaltsgesetzes (VSPAG) (BGBl 1990 a) sowie Änderungen im Krankenanstaltengesetz (KAG) (BGBl 1990 b) erforderlich, wonach (§ 38 KAG) »Abteilungen und Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie ... grundsätzlich offen zu führen« sind. Nach § 38 a KAG müssen geschlossene Bereiche »von den übrigen Bereichen unterscheidbar sein« und »dienen ausschließlich der Anhaltung von psychische Kranken, auf die das UbG Anwendung findet«.

Voraussetzung für eine *Unterbringung ohne Verlangen* (§ 8 UbG) ist das Vorliegen einer psychischen Krankheit, aufgrund derer der Patient »sein Leben oder seine Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich und erheblich gefährdet« (§ 3 UbG), dies jedoch nur, wenn außerhalb der Anstalt keine ausreichenden Behandlungs- oder Betreuungsmöglichkeiten vorliegen. »Reine« Suchterkrankungen oder geistige Behinderungen gelten nicht als Krankheiten im Sinne des Gesetzes, substanzbedingte Psychosen hingegen sehr wohl. Im Falle von Persönlichkeitsstörungen besteht bei entsprechender Ausprägung (Krankheitswertigkeit) theoretisch schon die Möglichkeit einer Unterbringung, der Gesetzgeber nimmt dazu jedoch nicht eindeutig Stellung.

Mit dem zunehmenden Ausbau ambulanter Dienste nahmen naturgemäß die Möglichkeiten einer Versorgung außerhalb geschlossener Institutionen zu. Das in anderen Bereichen durchaus Details berücksichtigende UbG beschränkt sich in diesem zentralen Punkt jedoch auf die grundsätzliche Feststellung der Verfügbarkeit alternativer Behandlungsmöglichkeiten und lässt die Frage nach der Wahrscheinlichkeit, mit welcher ein Patient aus eigenem Antrieb die minder restriktive Alternative einer ambulanten Behandlung wahrnimmt, ebenso außer Acht wie die Möglichkeit bzw. Bereitschaft ambulanter Dienste, eine solche Betreuung konsequent durchzuführen. Im Gegensatz zur Unterbringung ohne Verlangen (§ 8 UbG) sieht § 4 UbG die *Unterbringung* im geschlossenen Bereich eines psychiatrischen

\* Der leichten Lesbarkeit halber und zur Vermeidung des »Binnen-I« wurde im Text bei sämtlichen beide Geschlechter betreffenden Formulierungen die männliche Form gewählt (also z. B. »Straftäter« an Stelle von »Straftäterinnen und Straftäter« oder gar »StraftäterInnen«). Ich bitte dafür insbesondere bei den Leserinnen um Nachsicht.

Krankenhauses *auf eigenes Verlangen* vor. Da diese Forderung aber jederzeit widerrufen werden kann und auch ein zuvor geleisteter Verzicht auf den Widerruf dieser Forderung – etwa in Art eines Patiententestaments – unwirksam ist, kommt dem § 4 UbG (als theoretisches Konstrukt abseits jeder klinischen Realität) in der Praxis nur marginale Bedeutung zu.

Die früher zentrale Position der amtsärztlichen Bescheinigung (Zuweisung) ist im UbG auf die Funktion einer Transportbestätigung in die Psychiatrie (§ 8 UbG) reduziert. Bei Gefahr im Verzug dürfen »Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes« einen Patienten direkt ins Krankenhaus bringen (§§ 8, 9 UbG). Dort haben zwei Fachärzte den Patienten »unverzüglich« nach dessen Eintreffen zu untersuchen (§ 10 UbG). Nur wenn in beiden Gutachten übereinstimmend zum Ausdruck gebracht wird, dass die Voraussetzungen für eine Unterbringung vorliegen, kann der Patient gegen seinen Willen aufgenommen werden. In diesem Fall ist ebenso »unverzüglich« eine Meldung an das zuständige Bezirksgericht zu machen (§ 17 UbG). Ein vom Bezirksgericht bestellter Patientenanwalt (§ 13 UbG) hat gemäß §§ 14 und 15 UbG die Rechte des Patienten wahrzunehmen und ihn im Unterbringungsverfahren zu vertreten, falls nicht ein vom Patienten selbst gewählter Vertreter diese Aufgabe übernimmt (§ 16 UbG). Als Patientenanwälte fungieren üblicherweise Psychologen, Juristen und Sozialarbeiter. Binnen vier Tagen hat eine Anhörung durch das Gericht zu erfolgen (§ 19 UbG), bei welcher der Patient selbst, der Abteilungsleiter oder sein Vertreter sowie der Patientenanwalt anwesend sein müssen. Falls nach Ansicht des Gerichtes die Voraussetzungen für eine Unterbringung vorliegen, wird diese vorläufig für zulässig erklärt (§ 20 UbG) und spätestens binnen 14 Tagen eine mündliche Verhandlung anberaumt. Falls das Gericht bei der Anhörung jedoch zu dem Ergebnis kommt, dass die Voraussetzungen für eine Unterbringung trotz der in den beiden Gutachten dokumentierten »ernstlichen und erheblichen« Selbst- und/oder Fremdgefährlichkeit nicht vorliegen, hat es diese für unzulässig erklären und die Unterbringung ist sogleich aufzuheben, es sei denn, dass einem vom Abteilungsleiter eingelegten Rekurs vom Gericht aufschiebende Wirkung zuerkannt wird (§ 20 UbG).

Die §§ 22–25 UbG regeln die mündliche Verhandlung. Vor dieser hat zumindest ein Gutachten eines vom Gericht bestellten externen Sachverständigen dem Gericht in schriftlicher Form vorzuliegen. An der Verhandlung selbst nehmen abgesehen vom Richter auch der Patient, der Abteilungsleiter und der Patientenanwalt teil, theoretisch (§ 23 UbG) ist auch die Anhörung weiterer Personen (z. B. Angehöriger) möglich. Am Schluss der mündlichen Verhandlung entscheidet der Richter über die grundsätzliche Zulässigkeit der Unterbringung bzw. über deren Dauer (maximal drei Monate ab Beginn der Unterbringung) (§ 26 UbG). Falls die weitere Unterbringung für unzulässig erklärt wird, erfolgt deren sofortige Aufhebung, so nicht von der behandelnden Institution Rekurs eingelegt wird, dem – analog zur Situation bei der Anhörung – seitens des Gerichts aufschiebende Wirkung zuerkannt werden kann, jedoch nicht muss. In letzterem Fall ist ein Rechtsmittel nicht möglich. Gegen eine erfolgte Unterbringung kann der Patient oder sein Vertreter ein Rechtsmittel einlegen (§ 28 UbG). Nach § 30 UbG ist eine Verlängerung der Unterbringung (auch mehrmals), jedoch jeweils für maximal sechs Monate, möglich. Eine Unterbringung über ein Jahr kann nur dann erfolgen, wenn dies aufgrund zweier übereinstimmender Sachverständigengutachten »aus besonderen medizinischen Gründen« notwendig erscheint. Allerdings

darf die Unterbringung in diesem Fall jeweils für längstens ein Jahr verlängert werden. Unabhängig von der Entscheidung des Gerichts bezüglich der Dauer einer Unterbringung ist diese von Seiten der psychiatrischen Abteilung (Abteilungsleiter) jederzeit aufzuheben, falls die Unterbringungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Das kann (theoretisch) die Umwandlung in eine freiwillige Aufnahme bedeuten, meist erfolgt jedoch die Entlassung aus der Spitalspflege.

Die §§ 33 und 34 UbG definieren die zulässigen Beschränkungen eines untergebrachten Patienten. Im Unterschied zu mehreren anderen europäischen Ländern eröffnet die Unterbringung noch nicht die Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung gegen den Willen des Patienten (DRESSING und SALIZE 2004). Diese ist in den §§ 35–37 UbG geregelt und ist – mit Ausnahme von »Gefahr im Verzug« – nicht ohne Einverständnis des Betroffenen möglich. Das Unterbringungsverfahren kommt in gleicher Weise auch bei besachwalteten Patienten zur Anwendung – das heißt, dass der Sachwalter formal keine andere Position hat als etwa Angehörige, die z. B. der Behörde Mitteilung über das Vorliegen von Selbst- oder Fremdgefährlichkeit eines Patienten machen. Umfasst der Wirkungsbereich der Sachwalterschaft auch »Willenserklärungen zur Unterbringung in einer Anstalt«, darf hingegen ein Patient »auf eigenes Verlangen nur dann untergebracht werden, wenn auch der Sachwalter zustimmt« (§ 5 UbG). Schließt der Wirkungsbereich der Sachwalterschaft auch die Behandlung des Patienten ein, darf dieser nicht gegen den Willen des Sachwalters behandelt werden. Insbesondere wird auf die so genannte »besonderen Heilbehandlung« (§ 36 UbG) eingegangen. Unter diesen Begriff fallen operative Eingriffe, weiters Elektrokrampfbehandlungen, vor allem aber Behandlungen mit Depotneuroleptika, da »deren Wirkungsdauer über die Dauer der Anhaltung hinausreicht« (KOPETZKI 1995, S. 833). Bei besachwalteten Patienten dürfen besondere Heilbehandlungen nur mit schriftlicher Zustimmung des Gerichts bzw. des Sachwalters durchgeführt werden. Unabhängig davon bedarf jede Form einer besonderen Heilbehandlung der Genehmigung des Gerichts (§ 36 UbG). Dem Patienten steht jederzeit Einblick in seine Krankengeschichte zu, sofern dies »seinem Wohl nicht abträglich ist« (§ 39 UbG), wobei die Gründe für die Verweigerung der Einsicht schriftlich zu dokumentieren sind.

### **Strafrecht**

Vor 1975 wurden Straftäter, die wegen einer im Zustand der Zurechnungsunfähigkeit verübten Straftat exkulpiert wurden, der Psychiatrie ohne weitere Kontrolle oder Supervision zur Behandlung übergeben. Die gesetzliche Grundlage für dieses Vorgehen entsprach dem Strafgesetzbuch von 1852 (»neue, durch spätere Gesetze ergänzte Ausgabe des Strafgesetzbuches vom 3. September 1803«). Die Behandlung erfolgte üblicherweise auf den (meist geschlossenen) Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser. Das im Zuge der Strafrechtsreform von 1975 in Kraft getretene Strafgesetzbuch (StGB) (FUCHS und MALECZKY 2003) sieht besondere Maßnahmen für so genannte »geistig abnorme Rechtsbrecher« (§§ 21/1 und 21/2 StGB), »entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher« (§ 22 StGB) und »gefährliche Rückfallstäter« (§ 23 StGB) vor.

### **Zurechnungsunfähige geistig abnorme Rechtsbrecher (§ 21/1 StGB)**

Erste Voraussetzung für die Verhängung der mit einer Einweisung in eine Anstalt auf unbestimmte Zeit verbundenen vorbeugenden Maßnahme nach § 21/1 StGB ist die Verübung

einer mit einer Strafe von über einem Jahr bedrohten Straftat im Zustand der Zurechnungsunfähigkeit. § 11 StGB sieht als die Diskretions- und/oder Dispositionsfähigkeit aufhebende Exkulpierungsgründe »Geisteskrankheit« (funktionelle Psychosen, Epilepsie), »Schwachsinn«, »tiefgreifende Bewusstseinsstörung« (eine im Rahmen von Rauschzuständen, Fieberdelirien, hypnotischen und posthypnotischen Erscheinungen bzw. schweren Affektzuständen auftretende »vorübergehende Trübung oder partielle Ausschaltung des Bewusstseins von solcher Intensität, dass das seelische Gefüge des Betroffenen zeitweise außer Funktion tritt«) und »andere schwere, einem der vorgenannten Zustände gleichwertige seelische Störungen« (organische Psychosen, Neurosen, Persönlichkeitsstörungen, pathologische Affekte) vor (FUCHS und MALECZKY 2003). In der Praxis stellen funktionelle und organische Psychosen sowie geistige Behinderungen die häufigsten Exkulpierungsgründe dar. In seltenen Fällen können auch »reine« Persönlichkeitsstörungen Zurechnungsunfähigkeit bedingen.

Treten nach der Festnahme eines Straftäters Zweifel bezüglich seiner Zurechnungsfähigkeit auf, ordnet der Untersuchungsrichter nach Einholung eines Gutachtens die Behandlung des Straftäters während der Untersuchungshaft in einem psychiatrischen Krankenhaus an (§ 429/4 Strafprozessordnung [StPO] FUCHS und MALECZKY 2003). Für die Hauptverhandlung ist zumindest ein weiteres (ausführlicheres) Sachverständigen-gutachten erforderlich. Eine Einweisung erfolgt nur dann, wenn von Seiten des Gerichts, gestützt auf das/die Gutachten, die Zurechnungsunfähigkeit zum Tatzeitpunkt sowie der direkte Zusammenhang zwischen Straftat und psychischer Erkrankung/Veränderung als gegeben erachtet und vor allem eine ungünstige krankheitsbedingte Gefährlichkeitsprognose angenommen wird. Liegt Letztere nicht vor, erfolgt die Einstellung des Verfahrens.

Da die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit eine Rechtsfrage ist, ist die Rolle des Gutachters die eines »sachverständigen Zeugen«, der Äußerungen zur Frage der Diskretionsfähigkeit abzugeben hat und bei der Frage der Dispositionsfähigkeit dem Gericht entsprechende Entscheidungsgrundlagen liefern muss. Im Besonderen hat er auf den Zusammenhang zwischen Krankheit und Delikt einzugehen und beispielhaft aufzuzählen, welche Straftaten – erforderlich sind wiederum solche mit »schweren Folgen« – im Zusammenhang mit der Erkrankung in Zukunft zu befürchten sind. Die Bewertung des Schweregrades der zu befürchtenden Straftaten, also die Frage, ob tatsächlich eine ungünstige Gefährlichkeitsprognose vorliegt, ist Aufgabe des Gerichts. Die Einweisung erfolgt auf unbestimmte Zeit. Seit 2002 sieht der Gesetzgeber auch die Möglichkeit einer bedingten Einweisung in die Maßnahme vor, wenn »insbesondere nach einem während vorläufiger Anhaltung nach § 429/4 StPO ... erzielten Behandlungserfolg anzunehmen ist, dass die bloße Androhung der Unterbringung in Verbindung mit einer Behandlung außerhalb der Anstalt und allfälligen weiteren ... Maßnahmen ausreichen werde, um die Gefährlichkeit ... hinanzuhalten« (§ 45/1 StGB) (FUCHS und MALECZKY 2003).

Die Behandlung während der vorbeugenden Maßnahme ist in den §§ 164–166 des Strafvollzugsgesetzes (StVG) (FUCHS und MALECZKY 2003) geregelt, (theoretisch) unabhängig davon, ob diese in einer justizeigenen Einrichtung oder in einem psychiatrischen Krankenhaus vollzogen wird. Im Falle einer medikamentösen Behandlung unter Zwang kommen allerdings in einem Krankenhaus die Bestimmungen des UbG zum Tragen, während im Falle der Behandlung in einer justizeigenen

Einrichtung eine Genehmigung des Bundesministeriums für Justiz erforderlich ist.

Die Notwendigkeit der Fortsetzung der Maßnahme wird einmal jährlich – auf Verlangen des Patienten jederzeit – vom regionalen Vollzugsgericht, üblicherweise unter Zuhilfenahme eines externen Gutachters, überprüft. Die Entlassung aus der Maßnahme erfolgt in jedem Fall bedingt (§ 47/2 StGB), sie ist – je nach Schwere des Delikts – mit einer Probezeit von fünf oder zehn Jahren verbunden (§ 48 StGB). Das Gericht hat die Möglichkeit der Erteilung von Weisungen unterschiedlichster Art (§§ 50–52 StGB), also etwa Fortsetzung einer neuroleptischen (Depot-)Behandlung, Aufenthalt in einem Wohnheim, Kontrollen von Alkohol- und Drogenabstinenz etc. Seit 2002 ist die (wiederholte) Verlängerung der Probezeit möglich (§ 54 StGB). Die erwähnte Probezeit kommt auch im Falle einer bedingten Einweisung in die vorbeugende Maßnahme (§ 45 StGB, siehe oben) zur Anwendung. Nach einem Weisungsbruch hat das Gericht die Möglichkeit des Widerrufs der bedingten Entlassung. Gemäß § 54 StGB kann zu der Hintanhaltung einer erneut auflebenden Gefährlichkeit eines bedingt entlassenen Straftäters auch dessen stationäre Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus verfügt werden, wobei eine Verständigung der Sicherheitsbehörde erfolgt, welche nach § 9 UbG (BGBl 1990) vorzugehen hat.

Mehr als 50 % aller zurechnungsunfähigen Maßnahmepatienten (§ 21/1 StGB) leiden an schizophrenen Störungen, etwa 15 % an geistigen Behinderungen, organische und substanzbedingte Störungen machen ca. 25 % aus, Persönlichkeitsstörungen lediglich 5 %. Im Gegensatz zu Frauen, deren Anteil an allen nach § 21/1 StGB im Maßnahmenvollzug befindlichen Personen nur knapp über 10 % liegt, spielen bei Männern affektive Erkrankungen nur eine untergeordnete Rolle. Entsprechend der vom Gesetzgeber vorgegebenen Grenze – Voraussetzung für die Einweisung ist eine Straftat, die mit einer Strafe von mindestens einem Jahr bedroht ist – werden etwa 45 % aller Maßnahmepatienten wegen Tötungs- oder Körperverletzungsdelikten eingewiesen. Eigentumsdelikte, Brandstiftung und Delikte gegen die Freiheit machen zusammen etwa 45 % aus. Im Gegensatz zum deutschen sieht das österreichische Recht die Möglichkeit der Einweisung in die Maßnahme wegen verminderter Zurechnungsfähigkeit nicht vor. Dementsprechend ist in Deutschland der Anteil persönlichkeitsgestörter Patienten und solcher mit Sexualdelikten wesentlich größer (MÜLLER-ISBERNER und JÖCKEL 1997). Der Vollzug der vorbeugenden Maßnahme nach § 21/1 StGB findet in Österreich sowohl in justizeigenen Einrichtungen (120 Männer in der Justizanstalt Göllersdorf, fünf Frauen in der Justizanstalt Wilhelmshöhe) wie auch in psychiatrischen Krankenhäusern statt. Die Kapazität Ersterer ist jedoch begrenzt, sodass aufgrund der in den letzten Jahren steigenden Prävalenz derzeit fast 60 % der Patienten in öffentlichen Psychiatrien – und dort nur zum geringeren Teil in forensischen Spezialabteilungen – untergebracht sind. Strafgefangene, die während der Haft psychiatrisch erkranken, können kurz- bis mittelfristig ebenfalls in Einrichtungen des Maßnahmenvollzugs behandelt werden.

#### **Zurechnungsfähige geistig abnorme Rechtsbrecher (§ 21/2 StGB)**

Wie erwähnt, kennt das österreichische Recht den Begriff der so genannten verminderten Zurechnungsfähigkeit nicht. Jedoch kann in die vorbeugende Maßnahme auch eingewiesen werden, »wer, ohne zurechnungsunfähig zu sein, unter dem Einfluss seiner geistigen oder seelischen Abartigkeit von höherem Grad

eine Tat begeht, die mit einer ein Jahr übersteigenden Freiheitsstrafe bedroht ist. In einem solchen Fall ist die Unterbringung zugleich mit dem Ausspruch über die Strafe anzuordnen« (§ 21/2 StGB) (FUCHS und MALECZYK 2003). Die auf unbestimmte Zeit verhängte Maßnahme wird vikariierend mit der Haftstrafe vollzogen. Bei der Frage einer bedingten Entlassung laufen demnach zwei getrennte Verfahren: Einerseits beurteilt das Gericht – wie bei jedem zurechnungsfähigen Straftäter –, ob eine bedingte Entlassung nach Verbüßung der Hälfte bzw. von zwei Dritteln der Strafe möglich ist, parallel dazu wird – analog zur Maßnahme nach § 21/1 StGB – einmal jährlich die Notwendigkeit der weiteren Anhaltung überprüft.

Die Einweisung nach § 21/2 StGB betrifft zum überwiegenden Teil Männer. Der Frauenanteil beträgt nur knapp über 2 %. Am häufigsten werden Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert, die meisten Einweisungen erfolgen wegen Sexualdelikten und Brandstiftung. 43,6 % aller zwischen 1975 und 1998 eingewiesenen Männer kamen wegen eines Sexualdelikts in die Maßnahme nach § 21/2 StGB (GUTIERREZ-LOBOS et al 2002). Diese wird in Justizanstalten vollzogen. Die zur Verfügung stehenden Kapazitäten des Sondervollzugs (120 Plätze in der Justizanstalt Wien-Mittersteig, 39 Plätze in Sonderabteilungen der drei großen österreichischen Haftanstalten) reichen bei weitem nicht mehr zur Deckung des Bedarfs, sodass sich ein aufgrund der steigenden Prävalenz immer größer werdender Teil zurechnungsfähiger geistig abnormer Rechtsbrecher im Normalvollzug befindet, wo spezielle Betreuungsmöglichkeiten kaum zur Verfügung stehen.

#### **Entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher (§ 22 StGB), gefährliche Rückfallstäter (§ 23 StGB)**

In eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher können Straftäter für eine Dauer von maximal zwei Jahren eingewiesen werden, allerdings nur, wenn die Strafdauer der im Zusammenhang mit einem Substanzmissbrauch verübten Straftaten zwei Jahre nicht übersteigt und gleichzeitig eine günstige Behandlungsprognose vorliegt (§ 22 StGB) (FUCHS und MALECZYK 2003). Die Zahl der unter diesem Titel angehaltenen Straftäter war nie sehr groß und nahm in den letzten Jahren stetig ab (mit 1.1.2005 befanden sich in Österreich lediglich 20 Personen in der Maßnahme nach § 22 StGB). In der für 110 Insassen konzipierten Sonderanstalt in Wien werden daher zum überwiegenden Teil normale Straftäter mit Substanzmissbrauchsproblemen versorgt.

Die Unterbringung in einer Anstalt für so genannte gefährliche Rückfallstäter (§ 23 StGB) (FUCHS und MALECZYK 2003) ist für Straftäter vorgesehen, die älter als 24 Jahre sind und ein- oder mehrfach zu Freiheitsstrafen (v. a. wegen vorsätzlicher Delikte gegen Leib und Leben, gegen die Freiheit, gegen fremdes Vermögen unter Androhung von Gewalt bzw. wegen vorsätzlicher gemeingefährlicher Handlungen) verurteilt werden. Weitere Voraussetzungen sind die Verurteilung zu einer mindestens zweijährigen Freiheitsstrafe im Anlassfall sowie die Befürchtung von Folgedelikten aufgrund des »Hangs« zu kriminellen Taten bzw. die überwiegende Bestreitung des Lebensunterhaltes durch Kriminalität. Die Unterbringung ist auf eine Dauer von zehn Jahren begrenzt. Der § 23 StGB ist seit längster Zeit totes Recht, nicht zuletzt deshalb, weil gemäß § 23/2 StGB im Falle des Vorliegens der »Voraussetzungen für die Unterbringung in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher« (üblicherweise nach § 21/2 StGB, Anmerkung des Verfassers) »von der Unterbringung ... abzusehen« ist. Derzeit befindet sich nur ein Straftäter in der Maßnahme nach § 23 StGB.

#### **Kommentar**

Wie eingangs dargestellt, sind die in Österreich zwischen 1975 und 1991 in Kraft getretenen zivil- und strafrechtlichen Bestimmungen im Lichte allgemeiner gesellschaftlicher Veränderungen zu sehen, die – analog zur internationalen Entwicklung – zu Brüchen und zu unvorhergesehenen, zum Teil dramatischen Veränderungen für schwer psychisch kranke Personen führten (ADERIBIGBE 1997, FAZEL und DANESH 2002, GUNN 1996, HOLLINGSWORTH 1996, RÖSSLER et al. 1996, MUNK-JØRGENSEN 1999, PRIEBE et al. 2005). Während die Umstellung auf das neue Sachwalterrecht in Österreich keine größeren Probleme mit sich brachte, kam es im Bereich strafrechtlich relevanten Verhaltens psychisch Kranker zu massiven Auswirkungen. Im Folgenden wird versucht, diese Entwicklung und deren mögliche Ursachen in Kürze darzustellen:

Die Reform der allgemeinspsychiatrischen Versorgung kam in Österreich ab der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre nur äußerst langsam in Gang. Die zwischen 1970/71 und 1992 erfolgte Senkung der Bettenzahl um 47 % bzw. Steigerung der jährlichen Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser um 50 % (FORSTER et al. 1994) führte (mit Ausnahme von Wien) zunächst zu keinen nennenswerten Verbesserungen im Bereich der ambulanten Versorgung. Bemerkenswert war die während dieser Zeit – also noch vor In-Kraft-Treten des UbG (!) – zu beobachtende Reduzierung des Anteils unfreiwilliger Aufnahmen von 94 % im Jahr 1974 (KATSCHNIG et al. 1975, KATSCHNIG et al. 1975 a) auf 19,4 % im Jahr 1992 (FORSTER und KINZL 2002). Entgegen der Überzeugung der für das UbG Verantwortlichen war die Reduzierung von Zwang in der Psychiatrie also auch ohne deren verstärkte rechtliche Kontrolle möglich. Nach dem In-Kraft-Treten der Strafrechtsreform im Jahre 1975 stellte sich in der Prävalenz zurechnungsunfähiger geistig abnormer Rechtsbrecher (§ 21/1 StGB) nach einigen Jahren ein steady state ein: Da sich Einweisungen und Entlassungen etwa die Waage hielten, befanden sich zwischen 1980 und 1990 zum Stichtag jeweils etwa 110 Personen in der vorbeugenden Maßnahme nach § 21/1 StGB (SCHANDA 2000, SCHANDA 2005).

Ab Beginn der 1990er-Jahre war eine Veränderung der Dynamik der Reformprozesse zu beobachten. Die Sektorisierung der psychiatrischen Versorgung kam auch in den übrigen Bundesländern in Gang, schrittweise wurden Abteilungen aus den großen psychiatrischen Krankenhäusern ausgegliedert und in regionale Schwerpunktkrankenhäuser verlagert, gleichzeitig wurde die Einrichtung ambulanter Dienste forciert. Innerhalb von zehn Jahren (1992–2002) kam es zu einer weiteren Bettenreduktion um 28,4 % und zu einer Verdopplung der jährlichen Aufnahmeraten (FORSTER und KINZL 2002, DANZER und ERFKAMP 2005). Die 1997 in Kraft getretene leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung (LKF) beschleunigte diese Entwicklung, der Druck auf die psychiatrischen Abteilungen, die Aufenthaltsdauer weiter zu reduzieren, nahm zu (MEISE und HINTERHUBER 1998). Am meisten betroffen war naturgemäß eine schwer kranke Risikoklientel, die unter Umständen doch eine längere stationäre Behandlung benötigt (vgl. DICKEY 1998, NORTON 1998). Die Auswirkungen dieser Veränderungen auf die Zahl zurechnungsunfähiger Straftäter (§ 21/1 StGB) waren beträchtlich: Während deren Inzidenz bzw. Prävalenz in den Jahren 1980 bis 1990 trotz einer durch mangelhaften Ausbau der ambulanten Versorgung nur unzureichend kompensierten Bettenreduktion unverändert blieb (Prävalenz zum Stichtag jeweils etwa 110 Personen), kam es ab 1990/91 plötzlich zu einem enormen Anstieg: Die Inzidenz jährlicher Neueinweisun-

gen erfuhr bis 2003 einen Zuwachs um das 3,2-fache (Statistik Austria 1990–2003), die Prävalenz betrug mit 1.1.2005 315, also das 2,9-fache der Prävalenz der Jahre 1980 bis 1990.

Entgegen allen Annahmen war es trotz der seit 1991 deutlich strenger gefassten Voraussetzungen für eine unfreiwillige stationäre Behandlung und trotz größerer Transparenz und Formalisierung des Unterbringungsverfahrens nicht möglich, die Zahl unfreiwilliger Aufnahmen weiter zu reduzieren. Auch im Jahre 2000 bewegte sich deren Rate um 20 % (FORSTER und KINZL 2002). Die seit etwa 1970 stattfindende Entwicklung (Reduzierung des Anteils der unfreiwilligen Aufnahmen von 94 % auf 19,4 % vor In-Kraft-Treten des UbG, in weiterer Folge trotz anders lautender Erwartungen gleich bleibende Raten) sagt auch etwas über den emotionalen Hintergrund und über bewusste bzw. unbewusste Einstellungen der für das UbG und dessen Vollzug Verantwortlichen aus. Diese Einstellungen prägen weniger die Formulierungen im UbG, sondern vor allem die Probleme bei dessen Umsetzung: So werden in einer Broschüre der Patientenanzweltschaft aus dem Jahr 2000 (»Lexikon der Zwangsmaßnahmen«) als inkriminierte Handlungen auf psychiatrischen Abteilungen etwa »Infusionsfixierung, Steckgitter, Behandlungsverweigerung mit bestimmten, vom Patienten gewünschten Medikamenten, Verweigerung von Medikamenten zur Schmerzlinderung, da Abhängigkeitspotenzial« aufgezählt.

Die Notwendigkeit einer grundsätzlichen Neuregelung von Zwang in der Psychiatrie bzw. einer Verbesserung des durch beträchtliche Grauzonen gekennzeichneten, bis 1990 gültigen Rechtsfürsorgegesetzes wird völlig außer Zweifel gestellt. Kritik muss jedoch an der möglicherweise allzu sehr von der fundamentalistischen Psychiatriekritik der 1960er-Jahre beeinflussten »Ideologie« geübt werden (v. ZERSEN 1976), deren Vorhandensein naturgemäß von den betroffenen Personen zurückgewiesen wird (SCHANDA 1999, SCHANDA 2001, SCHANDA 2001 a, SCHANDA 2004). Zwang braucht ohne Zweifel Kontrolle, sollte aber wohl denjenigen, der ihn im gesetzlichen Auftrag gelegentlich ausüben muss, nicht automatisch verdächtig machen. Die Psychiatrie hat bis zum heutigen Tage mit Vorurteilen (»Wegsperrern, Niederspritzen«) zu kämpfen. Im UbG-Verfahren werden ärztliche Handlungen und Entscheidungen entgegen anders lautenden Behauptungen nicht nur kontrolliert, sondern auch beeinflusst. Mitentscheidung bedeutet aber in jedem Fall Mitverantwortung. Und dieser können sich die Kontrollierenden auch durch Rückzug auf das Liberalitätsprinzip bzw. auf das der Unabhängigkeit unter Hinweis auf völlige Unzuständigkeit bezüglich psychiatrischer Fachfragen nicht entziehen.

Die Psychiater wiederum äußern zwar einerseits Kritik am UbG und dessen Exekutierung, machen aber andererseits von der durch das UbG eröffneten Möglichkeit allzu häufig Gebrauch, sich eines Problems durch die Feststellung, dass die »ernstliche und erhebliche« Fremdgefährlichkeit eines Patienten nicht mehr gegeben sei, rasch zu entledigen (EDWARDS et al. 1988, SCHANDA und STOMPE 2004). Begünstigt wird dieses Vorgehen durch die oft äußerst unzureichende Kenntnis der Risikofaktoren für fremdgefährliches Verhalten. Polarisierende Diskussionen betreffen meist ausschließlich das UbG, welches jedoch bei allen Mängeln sicherlich nicht alleine »schuld« an der plötzlichen Zunahme der Einweisungen zurechnungsunfähiger psychisch kranker Straftäter ist. Es wirkt vielmehr als »Vergrößerungsglas«, welches die im Rahmen gesellschaftlicher Veränderungen entstehenden emotionalen Probleme plötzlich sichtbar macht (SCHANDA et al. 2000, SCHANDA 2004).

All diese geschilderten Faktoren haben dazu geführt, dass

sich der Umgang der Alltagspsychiatrie mit einer Risikoklientel für fremdgefährliches Verhalten in den letzten Jahren deutlich geändert hat (SCHANDA und STOMPE 2004). Der Umgang mit diesen Patienten, der sehr wohl zum Auftrag der Alltagspsychiatrie gehört, wurde nicht nur unbeliebter, sondern auch zunehmend teurer bzw. unprofitabler (MEISE und HINTERHUBER 1998). Je stärker Marktmechanismen Eingang in die alltagspsychiatrische Versorgung finden, desto eher ist damit zu rechnen, dass »Produkte«, die von den »Konsumenten« nicht gewünscht werden (und dies ist wohl bei einem beträchtlichen Teil der unfreiwillig zu behandelnden psychisch Kranken der Fall), vom »Markt« verschwinden.

Der Umstand, dass in Österreich die Justiz die alleinige finanzielle Verantwortung für die Behandlung zurechnungsunfähiger psychisch kranker Straftäter trägt und ihre eigenen Bettenkapazitäten seit langem erschöpft sind, schafft in den letzten Jahren große Probleme, da der Anteil der Maßnahmepatienten, die nicht in justizeigenen, sondern in alltagspsychiatrischen Institutionen behandelt werden, massiv angestiegen ist. Dies hat zu einer beispiellosen Kostenexplosion geführt. Darüber hinaus ist in den letzten Jahren eine zunehmende Tendenz der Länder bzw. Sozialversicherungsträger zu beobachten, sich der finanziellen Verantwortung für psychisch kranke Straftäter zu entledigen, indem auch bei versicherten Patienten die Übernahme der Kosten für die weitere Versorgung mit dem Hinweis abgelehnt wird, dass diese im Rahmen der bedingten Entlassung vom Gericht angeordnet und daher auch von der Justiz zu bezahlen sei. Dass seit kurzem im Rahmen des Finanzausgleichs zwischen Bund und Ländern der Justiz ein Teil der in den Psychiatrien anfallenden Behandlungskosten refundiert wird, hat bislang zu keiner Entspannung der finanziellen Situation geführt. Es muss offen bleiben, wie lange der Zuwachs zurechnungsunfähiger Straftäter noch anhält bzw. auf welchem Niveau sich wiederum ein Gleichgewicht zwischen alltagspsychiatrischer und forensisch-psychiatrischer Versorgung einstellt. Beispiele aus dem Ausland – etwa aus Dänemark (KRAMP 2004) – sind nicht geeignet, allzu günstige Prognosen abzugeben.

Die Zunahme der Zahl zurechnungsfähiger geistig abnormer Rechtsbrecher (§ 21/2 StGB) geht seit Beginn der 1990er-Jahre mit der zurechnungsunfähiger Rechtsbrecher (§ 21/1 StGB) parallel (SCHANDA 2005). Direkte Zusammenhänge mit der Psychiatriereform sind hier jedoch nicht herzustellen. Die steigende Zahl von Einweisungen wegen Sexualdelikten ist – nicht zuletzt im Hinblick auf die enormen personellen und strukturellen Defizite des Sondervollzugs – kaum als Ausdruck eines zunehmenden »Behandlungsgedankens« in der österreichischen Strafjustiz zu verstehen (GUTIERREZ-LOBOS et al. 2002). Man wird vielmehr erinnert an die als »Sicherungsverwahrung« zu verstehende Einweisung nach § 23 StGB (gefährliche Rückfalltäter), von welcher abzusehen ist, »wenn die Voraussetzungen für die Unterbringung ... in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher vorliegen« (§ 23/2 StGB). Dazu kommt, dass die Entlassungspraxis der Gerichte im Laufe der Jahre zunehmend restriktiver wurde, wovon wiederum im besonderen Sexualdelinquenten betroffen sind (GUTIERREZ-LOBOS et al. 2002).

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die diskutierten Psychiatriegesetze nicht isolierte Eingriffe in das Gemeinschaftsleben darstellen. Ihre Entstehung, Formulierung und vor allem ihre praktische Umsetzung sind nicht nur Ausdruck gesellschaftlicher Veränderungen, sondern auch Ausdruck der emotionalen Verfassung der Gesellschaft und ihrer Vertreter. In unserem Fall ist zu bezweifeln, dass die emotionale Bereitschaft zu einer

realitätsgerechten Umsetzung der die Reformen begleitenden Gesetze mit deren Intentionen Schritt halten konnte.

## Literatur

- ADERIBIGBE XA (1997) Deinstitutionalisation and criminalisation: tinkering in the interstices. *For Sci Int* 85: 127–134
- Bundesgesetzblatt (BGBl) (1990) 155. Bundesgesetz: Unterbringungsgesetz – UbG
- Bundesgesetzblatt (BGBl) (1990 a) 156. Bundesgesetz: Vereinssachwalter- und Patientenanwaltsgesetz – VSPAG
- Bundesgesetzblatt (BGBl) (1990 b) 157. Bundesgesetz: Anpassung des Krankenanstaltengesetzes an das Unterbringungsgesetz
- DANZER D, ERFKAMP H (2005) Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes Teil 5: 2001–2002. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG), Wien
- DICKEY B (1998) Managed care and the criminal system: using multiple system data to examine intersystem relationships. 23rd International Congress on Law and Mental Health, July 1st–3rd 1998, Paris
- DITTRICH R, TADES H (2005) Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch, 21. völlig neu bearbeitete Auflage. Manz, Wien
- DRESSING H, SALIZE H-J. Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker in den Mitgliedsländern der Europäischen Union. 2004. *Psychiatr Prax* 31: 34–39
- EDWARDS JG, JONES D, REID WH, CHU Ch-Ch (1988) Physical assaults in a psychiatric unit of a general hospital. *Am J Psychiatry* 145: 1568–1571
- FAZEL S, DANESH J (2002) Serious mental disorder in 23 000 prisoners: a systematic review on 62 surveys. *Lancet* 359: 545–550
- FORSTER R, KANDOLF S, LABURDA E, MIXA E (1994) Entwicklung und status quo der allgemein-psychiatrischen Versorgungsangebote in Österreich. *gemeindenaher psychiatrie* 49: 5–17
- FORSTER R, KINZL H (2002) Statistische Informationen zur Vollziehung des Unterbringungsgesetzes. Teil 4: 2000. Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie, Wien
- FUCHS H, MALECZYK O (2003) Kodex des österreichischen Rechts. LexisNexis, Wien
- GUNN J (1996) Let's get serious about dangerousness. *Crim Behav Ment Health Suppl*: 51–64
- GUTIERREZ-LOBOS K, LADINSER E, SCHERER M, BANKIER B, HIRTENLEHNER H, KATSCHNIG H (2002) Der österreichische Maßnahmenvollzug nach § 21 Abs. 2 öStGB – eine empirische Bestandsaufnahme der Unterbringung geistig abnormer Rechtsbrecher. In GUTIERREZ-LOBOS K et al. (Hrsg) 25 Jahre Maßnahmenvollzug – eine Zwischenbilanz. Nomos, Baden-Baden, 43–80
- HOLLINGSWORTH EJ (1996) Mental health services in England: the 1990s. *Int J Law Psychiatry* 19: 309–325
- KATSCHNIG H, GRUMILLER I, STROBL R (1975) Daten zur stationären psychiatrischen Versorgung Österreichs. Teil 1: Inzidenz. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- KATSCHNIG H, GRUMILLER I, STROBL R (1975 a) Daten zur stationären psychiatrischen Versorgung Österreichs. Teil 2: Prävalenz. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien
- KOPETZKI Ch (1995) Unterbringungsrecht. Springer, Wien, New York
- KRAMP P (2004) Schizophrenia and crime in Denmark. *Crim Behav Ment Health* 14: 231–237
- MEISE U, HINTERHUBER H (1998) Leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung – verliert die Psychiatrie? *Neuropsychiatrie* 12: 177–186
- MÜLLER-ISBERNER R, JÖCKEL D (1997) Kriminologische Differentialdiagnostik – Differenzierte Kriminaltherapie. In STEINBERG R (Hrsg) Forensische Psychiatrie. Roderer, Regensburg, 17–28
- MUNK-JØRGENSEN P (1999) Has deinstitutionalisation gone too far? *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 249: 136–143
- NORTON EC (1998) Cost-shifting in managed care. 23rd International Congress on Law and Mental Health, July 1st–3rd 1998, Paris
- PRIEBE S, BADESCONYI A, FIORITTI A, HANSSON L, KILIAN R, TORRES-GONZALES F, TURNER T, WIERSMA D (2005) Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 330: 123–126
- RÖSSLER W, SALIZE HJ, RIECHER-RÖSSLER A (1996) Changing patterns of mental health care in Germany. *Int J Law Psychiatry* 19: 391–411
- SCHANDA H (1999) The Ashenputtel principle in modern mental health care. *Crim Behav Ment Health* 9: 199–204
- SCHANDA H (2000) Probleme der Versorgung psychisch kranker Rechtsbrecher – ein Problem der Allgemeinpsychiatrie? *Psychiatr Prax* 27: S72–S76
- SCHANDA H, ORTWEIN-SWOBODA G, KNECHT G, GRUBER K (2000) The situation of forensic psychiatry in Austria. Setback or progress? *Int J Law Psychiatry* 23: 481–492
- SCHANDA H (2001) Die Versorgung psychisch Kranker zur Jahrtausendwende – ein Weg in die 2-Klassen-Psychiatrie? *Fortschr Neurol Psychiatr* 69: 195–202
- SCHANDA H (2001 a) Gestörte Psyche, gestörte Gesellschaft, gestörte Institution. Die psychiatrische Versorgung in Österreich. *Psychopraxis* 4: 34–36
- SCHANDA H (2004) Changes in the administrative management of violent mentally ill patients. *Eur Psychiatry* 19: 129s
- SCHANDA H, STOMPE T (2004) Psychiatry reform, coercive treatment and violence: Developments in Austrian mental health care. *Eur Psychiatry* 19: 30s–31s
- SCHANDA H (2005) Concepts and procedures in the member states – Austria. In SALIZE HJ, DRESSING H (eds) Placement and treatment of mentally ill offenders – legislation and practice in EU member states. EU research project SPC.2002448. Mannheim, 91–98
- Statistik Austria (1990–2003) Gerichtliche Kriminalstatistik. Statistik Austria, Wien
- ZERSSEN D v (1976) Psychisches Kranksein – Mythos oder Realität? In HIPPIUS H, LAUTER H (Hrsg) Standorte der Psychiatrie. Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore, 79–118

## Anschrift des Verfassers

Justizanstalt Göllersdorf  
Schlossgasse 17, A-2013 Wien  
Österreich