

**Stellungnahme des Vereins VertretungsNetz – Erwachsenenvertretung, Patientenanwaltschaft und Bewohnervertretung zum Entwurf eines Bundesgesetzes, mit dem das Unterbringungsgesetz, das Sicherheitspolizeigesetz, das IPR-Gesetz, das Außerstreitgesetz und die Jurisdiktionsnorm geändert werden (Unterbringungsgesetz- und IPR-Gesetz-Novelle 2021 – UbG-IPRG-Nov 2021)**

**GZ: 2021-0.134.612**

**Inhaltsverzeichnis**

|   |    |
|---|----|
| Einleitung .....  | 2  |
| Artikel 1 – Änderung des Unterbringungsgesetzes.....                              | 4  |
| Geltungsbereich und Begriffsbestimmungen - § 2 ff.....                            | 4  |
| Unterbringung auf Verlangen - § 4 bis § 6.....                                    | 6  |
| Unterbringung ohne Verlangen - §§ 8 ff.....                                       | 10 |
| Vertretung des Patienten - § 13 bis § 16.....                                     | 20 |
| Aufhebung der Unterbringung - § 31 bis § 32b.....                                 | 22 |
| Beschränkungen sonstiger Rechte - § 34 a.....                                     | 26 |
| Medizinische Behandlung - § 35 bis § 37.....                                      | 26 |
| Behandlung außerhalb der psychiatrischen Abteilung - § 37a.....                   | 28 |
| Verfahren bei Beschränkungen und Behandlungen - §§ 38, 38a .....                  | 30 |
| Einsicht in die Krankengeschichte - § 39.....                                     | 31 |
| Verarbeitung von Daten - § 39a bis § 39f .....                                    | 31 |
| Besondere Bestimmungen für die Unterbringung Minderjähriger - § 41a bis § 41g.... | 35 |
| Artikel 2 – Änderung des Sicherheitspolizeigesetzes.....                          | 43 |
| Artikel 3 – Änderung des IPR-Gesetzes.....  | 43 |
| Schlussbemerkung .....  | 44 |

Der Verein VertretungsNetz – Erwachsenenvertretung, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung erlaubt sich, zu dem oben angeführten Ministerialentwurf wie folgt Stellung zu nehmen, dies insbesondere aufgrund seiner Stellung als gesetzlicher Vertreter von ohne Verlangen untergebrachten PatientInnen gemäß § 14 Abs 1 UbG sowie allgemein auf Basis seiner langjährigen Erfahrung im Bereich der Vertretung von Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder intellektuellen Beeinträchtigung.

- VertretungsNetz – Erwachsenenvertretung, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung
- Geschäftsführer
- Zentrum Rennweg, Ungargasse 66/2/3. OG, 1030 Wien
- T 01/ 330 46 00, F 01/ 330 46 00-99
- peter.schlaffer@vertretungsnetz.at • www.vertretungsnetz.at
- Vereinssitz: Wien, ZVR: 409593435

## EINLEITUNG

- Aus Sicht von VertretungsNetz ist der vorliegende Entwurf inhaltlich in vielen Punkten zu begrüßen. Es gelang im Rahmen eines umfassenden **Reformprozesses, Schwachstellen** in Zusammenhang mit der Unterbringung psychisch kranker Menschen – aber auch der psychiatrischen Versorgung insgesamt – **aufzuzeigen** und Änderungen vorzuschlagen. Die von allen Beteiligten gewünschten Verbesserungen in der Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung können allein durch Änderungen im UbG nicht in vollem Ausmaß herbeigeführt werden. Gefragt sind hier auch die Verantwortlichen der **Sozial- und Gesundheitspolitik**, um jene **Rahmenbedingungen** zur Verfügung zu stellen, die es den einweisenden, behandelnden und nachbetreuenden Stellen tatsächlich ermöglichen, entsprechend den fachlichen und zukünftigen gesetzlichen Standards ihrem beruflichen Auftrag nachkommen zu können.
- Mit dem Entwurf soll im Sinn der **UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK)** das Selbstbestimmungsrecht der psychiatriebetroffenen Personen gestärkt werden. In diesem Sinne war die Einbindung psychiatrieerfahrener Personen in die Arbeitsgruppen des BMJ zur Erarbeitung des Gesetzesentwurfes wesentlich und zu begrüßen. Dennoch wird mit dem Entwurf ausdrücklich am Konzept des Zwangs in der Psychiatrie festgehalten (EB 9). VertretungsNetz regt an, die vorgeschlagenen Änderungen auch unter diesem Blickpunkt noch einmal kritisch zu prüfen und verweist diesbezüglich auf seine Stellungnahme.
- Zentrale Bedeutung im UbG hat weiterhin die **amtsärztliche Untersuchung als wichtiges Kontrollinstrument** der Unterbringung ohne Verlangen (IRKS, Studie, 25f, 41). Die Einführung einer weiteren Kategorie von Ärzten iS des § 8 Abs 1 dritter Fall ME (vom Landeshauptmann ermächtigter Arzt) zur Sicherstellung dieser Kontrolle ist daher zu begrüßen. Auf den Mangel an einweisenden Ärzten wurde bereits seit vielen Jahren hingewiesen und es wurde (erfolglos) versucht, diesen Mangel durch Einbindung der Primärversorgungseinrichtungen zu beheben. Um zu verhindern, dass das nun in allen Bundesländern geplante **Ärztepool-System** dasselbe Schicksal ereilt, müssen die erforderlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.
- Durch den Entwurf soll keinesfalls der Eindruck entstehen, dass das UbG an bestehende Mangelsituationen angepasst wird. VertretungsNetz wiederholt daher ausdrücklich seine Forderung nach **ausreichend personellen und finanziellen Ressourcen** zB in psychiatrischen Abteilungen, für Krisendienste aber auch für die Schaffung von niederschweligen Betreuungs- und

Wohnangeboten, um damit eine individuelle und adäquate Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung sicherzustellen.

- Verwiesen wird auch auf den Umstand, dass PatientInnen ua aufgrund von Kapazitätsengpässen im stationären Bereich oft nicht die Möglichkeit einer **freiwilligen stationären Aufnahme** haben. Durch eine solche könnten gesundheitliche Verschlechterungen und damit später erforderliche **Unterbringungen verhindert** werden.
- Im Zusammenhang mit der im Entwurf vorgesehenen Bemühensverpflichtung des Abteilungsleiters, für eine erforderliche soziale bzw. psychiatrische Versorgung nach Entlassung Sorge zu tragen, weist VertretungsNetz auf **§ 24 Abs 3 KAKuG** hin. Danach ist der **Träger der Sozial- und Behindertenhilfe** „rechtzeitig“ zu **verständigen**, wenn der Pflegling nicht sich selbst überlassen werden kann. Die **Bemühenspflicht der Krankenanstalt**, für allenfalls erforderliche Versorgung nach der Entlassung Sorge zu tragen, wird durch den Entwurf bekräftigt und **konkretisiert**.
- Die Schaffung eines eigenen Abschnittes für minderjährige untergebrachte PatientInnen kann dazu beitragen, deren Situation mehr in den Fokus der psychiatrischen Versorgung zu lenken. VertretungsNetz hat auf die Lücken in der psychiatrischen Versorgung Minderjähriger wiederholt hingewiesen. Für diesen Bereich gelten die Ausführungen in Bezug auf die Ressourcenproblematik in besonderem Maß. Insbesondere soll auf den **Mangel an FachärztInnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie** hingewiesen werden – eine Situation, die dringender Veränderung bedarf.
- **Minderjährige** stehen unter dem **besonderen Schutz der Gesetze** (§ 21 ABGB) und sind deren Rechte (zB auf angemessene Beteiligung und Berücksichtigung ihrer Meinung, Recht auf gewaltfreie Erziehung) durch das **BVG Kinderrechte (BGBl I 2011/4) verfassungsrechtlich abgesichert**. Aufgrund des Zwangskontextes der Unterbringung sind deren Rechte und das Wohl der Minderjährigen bei der inhaltlichen Ausgestaltung der neuen Bestimmungen noch umsichtiger zu berücksichtigen. Daher schlägt VertretungsNetz Änderungen des Entwurfs im Bereich der Behandlung bzw alterstypischen Beschränkung vor.

## ARTIKEL 1 – ÄNDERUNG DES UNTERBRINGUNGSGESETZES

### Geltungsbereich und Begriffsbestimmungen - § 2 ff

Zu § 2 Abs 1 und § 2 Abs 3 Z 2:

Eine „Abteilung für Psychiatrie“ ist nach Lehre und Rechtsprechung nicht nur eine Abteilung im krankenanstaltenrechtlichen Sinn. Der Begriff „Abteilung“ iS von § 2 UbG ist als eigenständig zu verstehen. Auch **kleinräumigere Organisationseinheiten** (zB Stationen) können, **bei entsprechend inhaltlichem Schwerpunkt**, „psychiatrische Abteilungen iS des UbG“ sein. Laut OGH ist ein *„isoliertes Abstellen auf die Benennung oder die krankenanstaltenrechtliche Widmung einer Krankenanstalt oder einer Abteilung [...] für die Beurteilung ihres „psychiatrischen Charakters“ schon allein wegen der uneinheitlichen wechselnden Terminologie ungeeignet“*. Die Durchschnittsbetrachtung der versorgten Patientengruppen (Art der Krankheitsbilder), der erbrachten Leistungen (Art und Fachzugehörigkeit der medizinischen Tätigkeiten) und der internen Organisationsstrukturen (insbesondere fachliche Qualifikation des Personals) sind jeweils für die Beurteilung maßgeblich (Vgl *Kopetzki*, Grundriss des Unterbringungsrechts<sup>3</sup> Rz 35; OGH 25.5.2007, 6 Ob 46/07v; OGH 11.9.2007, 10 Ob 78/07d; OGH 19.11.2015, 7 Ob 169/15a).

**§ 2 Abs 3 Z 2 UbG ME** berücksichtigt den oben ausgeführten Aspekt von Lehre und Rechtsprechung nicht, weshalb die Konkretisierung des Begriffes „psychiatrische Abteilung“ aus Sicht von VertretungsNetz zu korrigieren und die Begriffsbestimmung um **„Stationen mit psychiatrischem Schwerpunkt“** zu erweitern ist. Andernfalls würde dem Begriff „psychiatrische Abteilung“, eine von Lehre und Rechtsprechung abweichende, neue Bedeutung zukommen. Im Fall von Umbenennungen oder Eingliederungen psychiatrischer Stationen in nicht-psychiatrische Organisationseinheiten (z.B. in eine Abteilung für Pädiatrie), würde der Rechtsschutz des UbG in den psychiatrischen Stationen nicht mehr greifen.

Die **EB ME zu § 2** führen aus, dass dem Gesetz aus Gründen der leichteren Lesbarkeit Begriffsbestimmungen vorangestellt werden. Aus diesem Grund geht VertretungsNetz davon aus, dass eine von der Rechtsprechung abweichende Interpretation nicht beabsichtigt war.

Es wird ersucht § 2 Abs 3 Z 2 wie folgt zu ergänzen:

**Textvorschlag:** *Psychiatrische Abteilung: Krankenanstalten oder Abteilungen für Psychiatrie, Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie **und jeweils Stationen mit psychiatrischem Schwerpunkt.***

Da der Begriff „psychiatrische Abteilung“ in § 2 Abs 3 Z 2 ME konkretisiert wird, wird vorgeschlagen, § 2 Abs 1 in der geltenden Fassung zu belassen bzw lediglich um den räumlichen Geltungsbereich zu erweitern.

*Zu § 2 Abs 2*

Laut EB ME zu § 2 Abs 2 haben die Organe des Amtes der Landesregierung in **sinngemäßer Anwendung von § 60 Abs 2 und 3 KAKuG** jederzeit Zutritt zu Räumlichkeiten, Apparaten, sonstigen Anlagen und Einrichtungen der Krankenanstalt und es ist ihnen in alle Unterlagen Einsicht zu gewähren, **die die Umsetzung des UbG betreffen**. VertretungsNetz weist darauf hin, dass eine Einsichtnahme in Unterlagen der Krankengeschichte ausschließlich **im begründeten Einzelfall** erfolgen darf.

*Zu § 2 Abs 3 Z 7*

Die Begriffsdefinition „Verein“ möge anstelle des Verweises auf die derzeit aktuelle gesetzliche Grundlage „§ 1 ErwSchVG, BGBl. Nr. 156/1990 in der Fassung des BGBl. I Nr. 58/2018“, mit einem – von späteren Novellierungen unabhängigen – **dynamischen Verweis „§ 1 ErwSchVG (...) idgF“** versehen werden.

*Zu § 2 Abs 3 Z 9 und Z 10*

Die Definitionen des gewählten Vertreters gem Z 9 und des gesetzlichen Vertreters gem Z 10 sind nach dem Entwurf so ausgestaltet, dass der **Vorsorgebevollmächtigte sowie der gewählte Erwachsenenvertreter** unter beide Bestimmungen fallen. VertretungsNetz gibt zu bedenken, dass diese Überschneidungen der Definitionen in der Praxis zu Verständnisschwierigkeiten führen und die Handhabung der auf den Definitionen aufbauenden Bestimmungen (wie etwa Verständigungspflichten) erschweren könnten. Zur **Erleichterung des Verständnisses der Definitionen gem Z 9 und 10** wird vorgeschlagen, die Begriffsbestimmung des gewählten Vertreters gem § 2 Abs 3 Z 9 iVm § 16 ME auf den durch Erteilung einer Vollmacht gewählten Vertreter (Bevollmächtigten) zu beschränken. Damit kann gewährleistet werden, dass der Vorsorgebevollmächtigte und der gewählte Erwachsenenvertreter ausschließlich von der Definition des gesetzlichen Vertreters gem Z 10 erfasst sind und potenziell verwirrende Überschneidungen vermieden werden. **VertretungsNetz regt an, die Definition des § 1034 ABGB explizit ins UbG zu übernehmen, um einen Gleichklang herzustellen.**

In den EB zu § 16 ME wird angeführt, dass auch dem Vorsorgebevollmächtigten und gewählten Erwachsenenvertreter die „*Sonderstellung eines gewählten Vertreters*“ eingeräumt werden soll, „*weil ihnen einige zusätzliche Rechte zukommen (...)*.“ Aus Sicht von VertretungsNetz sollte jedoch eine **Gleichstellung zwischen gewähltem Vertreter gem Z 9 und gesetzlichem Vertreter gem Z 10** angestrebt werden, um für alle PatientInnen den gleichen effektiven Rechtsschutz und das gleiche Bemühen um eine gute Nachsorge zu gewährleisten. Siehe dazu die Ausführungen zu § 6 Abs 4 ME sowie § 32b Abs 1 ME.

Im Zusammenhang mit § 16 Abs 1 ME ist es dem Verein ein Anliegen, die ständige Rechtsprechung des OGH zur Erteilung einer Vollmacht im Erwachsenenschutzverfahren (bzw Sachwalterschaftsverfahren) in Erinnerung zu rufen. Nach dieser Judikatur ist ein Mindestmaß an Befähigung gefordert, den Grund und die Bedeutung der Bevollmächtigung einzusehen. Die betroffene Person könne noch einen Vertreter bevollmächtigen, wenn der betroffenen Person „*nicht völlig die Vernunft fehlt und sie den Zweck der Vollmachtserteilung erkennen kann*“ (vgl RIS-Justiz RS0008539 [T11]; zuletzt OGH 1 Ob 204/18h).

*Zu § 2 Abs 3 Z 11*

Laut § 2 Abs 3 Z 11 ME ist Erziehungsberechtigter eine im Rahmen der Obsorge im Bereich der Pflege und Erziehung vertretungsbefugte Person. Es wird angeregt, die Definition im Sinn der Ausführungen der EB ME (15) an den Wortlaut des § 1034 Abs 1 Z 1 ABGB anzugleichen:  
*„Erziehungsberechtigter: eine im Rahmen der Obsorge **oder sonst im Einzelfall gesetzlich mit der Vertretung des Kindes betraute Person.**“*

## **Unterbringung auf Verlangen - § 4 bis § 6**

*Zu § 4 Abs 1*

VertretungsNetz begrüßt das Abgehen von der Möglichkeit, unmündige, entscheidungsunfähige Minderjährige auf Verlangen der Erziehungsberechtigten unterzubringen und in Zukunft die Unterbringung auf Verlangen ausschließlich vom **Aufnahmebegehren der entscheidungsfähigen (volljährigen oder minderjährigen) Patienten** abhängig zu machen (vgl hierzu die ergänzende Regelung § 41b zur Unterbringung auf Verlangen Minderjähriger).

Zu § 4 Abs 2

Für VertretungsNetz ist der vorgeschlagenen Änderung in § 4 Abs 2 ME, wonach das Unterbringungsverlangen nicht nur „vor der Aufnahme in die Abteilung“ gestellt werden kann, ausschließlich unter Voraussetzung der neu vorgesehenen Verständigung an die Patienten-anwaltschaft, zuzustimmen.

Zudem darf diese Bestimmung **keine rechtliche Grundlage dafür bieten, eine Unterbringung ohne Verlangen in eine Unterbringung auf Verlangen umzuwandeln**. Eine Unterbringung auf Verlangen darf ausschließlich im Zuge einer neuerlichen Aufnahme in die psychiatrische Abteilung erfolgen oder (nun neu), wenn Patienten während eines freiwilligen stationären Aufenthaltes den Wunsch nach einem Aufnahmeverlangen äußern. Es ist aus Sicht von VertretungsNetz dafür notwendig, dass der Patient sein Unterbringungsverlangen aus einer **zweifelsfrei selbstbestimmten Behandlungssituation** heraus kundtun muss.

Weiters wird darauf hingewiesen, dass in Zusammenhang mit Beschränkungen iSv **§ 33 Abs 3 UbG** in der Regel **nicht mehr von Freiwilligkeit ausgegangen werden kann**, weshalb solche Beschränkungen nur im Rahmen einer Unterbringung ohne Verlangen erfolgen dürfen. Um einer unerwünschten Praxis vorzubeugen ersucht VertretungsNetz beide Fälle in § 4 Abs 2 im Sinn des folgenden Textvorschlages zu berücksichtigen.

**Textvorschlag:** „Das Verlangen muss vor der Unterbringung eigenhändig und schriftlich gestellt werden. Dies hat in Gegenwart des Abteilungsleiters zu geschehen. Eine Unterbringung auf Verlangen kann nicht auf eine Unterbringung ohne Verlangen folgen. Beschränkungen auf einen Raum oder innerhalb eines Raumes (§ 33 Abs 3) dürfen ausschließlich im Rahmen einer Unterbringung ohne Verlangen erfolgen.“

Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Vorschriften über die Durchführung der Unterbringung uneingeschränkt auch für auf Verlangen untergebrachte Patienten gelten. Insbesondere ist in diesem Zusammenhang auf die §§ 35 ff UbG zu verweisen.

Zu § 6 Abs 4

a) Verständigungspflichten des Abteilungsleiters

Auf die Ungleichbehandlung von gewähltem Vertreter iSd § 2 Abs 3 Z 9 ME und gesetzlichem Vertreter iSd § 2 Abs 3 Z 10 ME im Zusammenhang mit den Verständigungspflichten des Abteilungsleiters von der Unterbringung wurde von VertretungsNetz bereits kritisch hingewiesen. Die **effektive Vertretung** und somit **ein**

**wirksamer Rechtsschutz** des Patienten sind erklärte Ziele in den EB, die jedoch erst durch die Verständigung des Vertreters voll gewährleistet werden können. Aus dem Aspekt des Rechtsschutzes erscheint es VertretungsNetz nicht nachvollziehbar, den gewählten Vertreter gem § 2 Abs 3 Z 9 ME stets und unverzüglich, den gesetzlichen Vertreter gem § 2 Abs 3 Z 10 ME jedoch nur dann zu verständigen, wenn der Patient nicht widerspricht. **Aus Sicht von VertretungsNetz darf die Effektivität der Vertretung nicht davon abhängen, ob der Patient durch eine gewählte Vertretung vorgesorgt hat.** Es ist zudem zu betonen, dass ein gesetzlicher Erwachsenenvertreter auch eine Person sein kann, die der Betroffene in einer Erwachsenenvertreter-Verfügung nach § 244 ABGB selbst bezeichnet hat (§ 268 Abs 2 ABGB). Gerichtlicher Erwachsenenvertreter kann eine Person sein, die aus einer Vorsorgevollmacht, einer Vereinbarung einer gewählten Erwachsenenvertretung oder einer Erwachsenenvertreter-Verfügung hervorgeht; diese Personen sind gem § 274 Abs 1 ABGB vorrangig zu bestellen. Auch vor diesem Hintergrund ist die „Sonderstellung“ des gewählten Vertreters iSd § 2 Abs 3 Z 9 ME nicht nachvollziehbar. Des Weiteren kommt dem gesetzlichen Vertreter iSv von § 1034 Abs 1 Z 2 und 3 ABGB die wichtige Funktion zu, bereits frühzeitig auf gelindere Mittel der Betreuung und Versorgung hinzuweisen.

VertretungsNetz befürwortet daher die **Gleichstellung von gewähltem und gesetzlichem Vertreter iSd § 2 Abs 3 Z 9 und Z 10 ME.** Die Wahrung der Selbstbestimmung der vertretenen Person ist im Rahmen der Bestimmungen zur Ausübung der Vertretung gesetzlich abgesichert (siehe zB § 241, § 250 Abs 2 ABGB).

Nach dem Entwurf ist eine maschinschriftliche **Ausfertigung des ärztlichen Zeugnisses** nicht nur der Verständigung des Patientenanwalts, sondern auch des gewählten Vertreters anzuschließen. Aus datenschutzrechtlichen Erwägungen sollte in Beibehaltung der geltenden Regelung eine Ausfertigung des ärztlichen Zeugnisses nur der Verständigung des Patientenanwalts angeschlossen werden. Dies vor dem Hintergrund, dass die (elektronische) Übermittlung besonderer Kategorien personenbezogener Daten (Art 9 DSGVO) möglichst geringgehalten werden sollte und nur an Empfänger erfolgen sollte, deren E-Mail-Konten durch entsprechende Maßnahmen gegen unbefugte Zugriffe Dritter geschützt sind. Die Ermöglichung einer effektiven Vertretung wird durch das Einsichtsrecht des Vertreters gem § 39 ME in die Krankengeschichte gewährleistet.

VertretungsNetz erscheint die Regelung zur **Verständigung von Angehörigen zu weitreichend.** Dies vor allem deshalb, da Fälle möglich sind, in denen der Patient nicht zu erkennen geben kann, dass er die Verständigung nicht wünscht. Auch wenn die Einbeziehung von Angehörigen oft als hilfreich empfunden wird, ist dies nicht notwendigerweise der Fall. Aufgrund der hohen Sensibilität der Information der



Unterbringung sollte eine Verständigung von Angehörigen nur dann erfolgen, wenn der Patient damit einverstanden ist. In diesem Zusammenhang wird angeregt, in den EB festzuhalten, dass für das Einverständnis Entscheidungsfähigkeit nicht erforderlich ist, sondern das Zu-erkennen-Geben des natürlichen Willens ausreichend ist.

Aus den genannten Gründen schlägt VertretungsNetz vor, § 6 Abs 4 ME wie folgt zu formulieren:

**Textvorschlag:** „Der Abteilungsleiter hat von der Unterbringung unverzüglich den Patientenanwalt, den (die) gesetzlichen Vertreter, den (die) gewählten Vertreter und die Vertrauensperson zu verständigen. Der Verständigung des Patientenanwalts ist eine maschinschriftliche Ausfertigung des ärztlichen Zeugnisses nach Abs. 1 anzuschließen. Wenn der Patient einverstanden ist, ist auch ein Angehöriger, der mit ihm im gemeinsamen Haushalt lebt oder für ihn sorgt, sofern kein solcher bekannt ist, ein Angehöriger aus dem Kreis der Kinder, Ehegatten, eingetragenen Partner und Eltern zu verständigen.“

b) *Verständigung des Patientenanwalts und Einsichtsrecht des Patientenanwalts in die Krankengeschichte*

Die unverzügliche Verständigung des Patientenanwalts von der Unterbringung auf Verlangen in § 6 Abs 4 ME wird begrüßt. Im Zusammenhang damit ist auch eine klarstellende Ergänzung des Einsichtsrechts des Patientenanwalts in die Krankengeschichten auf Verlangen untergebrachter Patienten notwendig.

Es stellt sich in der Praxis immer wieder (auch jetzt schon) die Frage, ab welchem Zeitpunkt die Vertretungsbefugnis des Patientenanwalts beginnt, wenn Unterbringungsverlangen widerrufen werden. Die Unterbringung ohne Verlangen liegt bereits mit dem Widerruf des Patienten bei Fortbestehen der Beschränkungen und nicht erst mit der Unterbringungsentscheidung gem. § 10 Abs 1 UbG vor. Damit ist der Patientenanwalt gesetzlicher Vertreter (Vgl *Kopetzki, Grundriss*<sup>3</sup> Rz 286).

Es ist zu gewährleisten, dass der Patientenanwalt die Freiwilligkeit des Aufnahmeverlangens ohne formelle Bevollmächtigung des Patienten zur Einsicht in die Krankengeschichte überprüfen kann.

VertretungsNetz verweist an dieser Stelle auf § 9 Abs 1 HeimAufG, wonach der Bewohnervertreter ein umfassendes Einsichtsrecht in die Dokumentation der Einrichtung hat, unabhängig davon, ob seitens der Einrichtung eine Beschränkung an die Bewohnervertretung gemeldet wurde oder nicht. Eine entsprechende Gleichstellung des Patientenanwalts zur Wahrnehmung seiner Aufgaben ist daher geboten. Es wird um **Ergänzung in § 39** ersucht, dass das Einsichtsrecht des Patientenanwalts in die

Krankengeschichte auch Krankengeschichten von Patienten, die auf Verlangen untergebracht sind, umfasst.

## **Unterbringung ohne Verlangen - §§ 8 ff**

### *Zu § 8 – Ärztliche Untersuchung und Bescheinigung*

#### *Zu § 8 Abs 1*

Eine Verbringung in eine psychiatrische Abteilung **darf auch in Zukunft grundsätzlich nur aufgrund einer Bescheinigung gem § 8 UbG erfolgen**. Gem § 8 UbG idGF sind gegenwärtig zur Ausstellung im öffentlichen Sanitätsdienst stehende Ärzte, Polizeiarzte und Primärversorgungseinheiten, die gem § 8 Abs 7 PrimVG (BGBl I 2017/131 idF BGBl I 2018/100) verpflichtet wurden, ermächtigt. Leider ist es nicht gelungen, auf Grundlage von § 8 Abs 7 PrimVG die unzureichende ärztliche Erreichbarkeit zur Durchführung von Untersuchungen gem § 8 UbG zu verbessern. Dass an die Stelle der Primärversorgungseinheiten in Zukunft Ärzte vom Landeshauptmann zur Durchführung der Untersuchungen und damit verbunden mit dem Ausstellen der Bescheinigung gem § 8 UbG ermächtigt werden können, ist zu begrüßen. Gleichzeitig gibt VertretungsNetz zu bedenken, dass **§ 8 Abs 1 und 2 ME keine Garantie für die Sicherstellung der ärztlichen Untersuchung** ist und die **Gefahr, der „Ausnutzung“ von § 9 Abs 3 Z 1 ME** besteht, wonach Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes die betroffene Person auch ohne Untersuchung und Bescheinigung im Sinn des § 8 in die psychiatrische Abteilung verbringen können, *„wenn die Beziehung des Arztes nach § 8 Abs 1 für die betroffene Person, insbesondere wegen der damit verbundenen Wartezeit oder Wegstrecken unzumutbar ist“* (siehe dazu Ausführungen zu § 9 Abs 3).

Dass die in § 8 Abs 1 UbG vorgesehenen Untersuchungen vielfach aufgrund von Nichterreichbarkeit zuständiger Ärzte unterbleiben muss (Vgl IRKS, Endbericht, 43), liegt nicht bloß an einem Ärztemangel. **§ 8 Abs 1 UbG** legt keine Zuständigkeit fest, sondern die Art und Weise, in welcher die ärztlichen Organe den Sicherheitsbehörden bei der Durchführung der medizinischen Untersuchung Amtshilfe zu leisten haben (Vgl *Kopetzki, Grundriss<sup>3</sup> Rz 164*). Insofern gilt es aus Sicht von VertretungsNetz sicherzustellen, dass die **zur Durchführung der Untersuchungen gem § 8 Abs 1 UbG notwendigen Ressourcen ausgebaut werden**.

Die Untersuchung gem § 8 Abs 1 UbG beinhaltet eine wichtige Kontrollfunktion (vgl EB ME 16). Das zu formulierende Versorgungsziel ist damit klar: **Keine Verbringung ohne Untersuchung gem § 8 Abs 1 UbG, sofern kein Ausnahmetatbestand (§ 9 Abs 3) vorliegt**. Um dieses Ziel zu erreichen, muss bereits zum Zeitpunkt des

Inkrafttretens der Novelle sowohl ein Ärztepool zur Verfügung stehen, als auch dessen Erreichbarkeit gewährleistet sein (vgl. Ärztepool System in Vorarlberg).

**§ 197 Abs 1 ÄrzteG** sieht in Bezug auf die Beziehung von Distrikts-, Gemeinde-, und Sprengelärzten gegenüber anderen im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden Ärzten oder Polizeiärzten eine Nachrangigkeit vor. Es wird um Klarstellung im UbG ersucht, ob die vom Landeshauptmann ermächtigten Ärzten, den „anderen“ im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden Ärzte und Polizeiärzten gleichgestellt sind. Das würde deren vorrangige Beziehung bedeuten.

*Zu § 8 Abs 2*

Die in **§ 8 Abs 2 ME** normierte **Verordnungsermächtigung** bezieht sich ausschließlich auf den „vom Landeshauptmann ermächtigten Arzt“ iSd § 8 Abs 1, nicht aber auf die anderen in Absatz 1 genannten Ärzte. VertretungsNetz schlägt in diesem Zusammenhang folgende Formulierungsalternative vor:

**Textvorschlag:** *„Der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz hat mit Verordnung die fachlichen und persönlichen Voraussetzungen für eine Ermächtigung **durch den Landeshauptmann (§ 8 Abs 1 3. Fall)** festzulegen. Dasselbe gilt für den Entzug der Ermächtigung“.*

*Zu § 8 Abs 3*

Gem **§ 8 Abs 3 ME** hat der in **Abs 1** genannte **Arzt**, zur Abklärung, ob die betroffene Person in anderer Weise als durch Unterbringung ausreichend medizinisch behandelt oder betreut werden kann, „– **soweit zweckmäßig und verhältnismäßig – nachweislich insbesondere**“ 1. ein Gespräch mit der betroffenen Person, mit anwesenden Angehörigen, sonst nahe stehenden Personen und Personen, die von der betroffenen Person genannt werden zu führen, 2. zu erheben, ob die betroffene Person gegenwärtig behandelt oder betreut wird und ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt oder dem betreuenden Dienst zu führen und 3. einen mit öffentlichen Mitteln geförderten Krisendienst beizuziehen, wenn ein solcher zur Verfügung steht.

Ein Anliegen der Novelle ist es, einen qualitätsvollen Umgang von Ärzten und Sicherheitsorganen mit den Betroffenen zu gewährleisten. Dies insbesondere **durch § 8 Abs 3 ME**, der die **Subsidiarität der Unterbringung gegenüber gelinderen Mitteln** betonen soll. In diesem Zusammenhang ist es VertretungsNetz wichtig, darauf hinzuweisen, **dass es an dieser Stelle nicht um eine Änderung des Umfanges der ärztlichen Untersuchung gehen soll**, sondern um eine Anleitung zur

Subsidiaritätsprüfung, die bereits in **§ 8 Abs 1 idgF** vorgesehen ist. Es soll der Fokus verstärkt auf die Subsidiarität gelenkt werden.

**§ 8 Abs 3 ME** darf daher nicht dahingehend falsch verstanden werden, dass etwa die persönliche Untersuchung der betroffenen Person in Einzelfällen entfallen könnte. **Die persönliche Untersuchung bleibt obligatorisch.** Das Unterlassen der persönlichen Untersuchung wäre, außer sie wäre objektiv unmöglich, rechtswidrig (Vgl *Kopetzki*, Grundriss<sup>3</sup> Rz 167, mit Verweis auf die Rechtsprechung der UVS und LVwG der Bundesländer).

Daneben ist es VertretungsNetz ein Anliegen darauf hinzuweisen, **dass der Wortlaut des § 8 Abs 3 ME und die Erläuterungen einander zu widersprechen scheinen.** In den EB zu § 8 Abs 3 wird ausgeführt, dass die in Z 1 bis Z 3 angeführten Maßnahmen beispielhaft angeführt seien (vgl EB, 17). Hingegen „**hat**“ der Arzt gem § 8 Abs 3, die Punkte gem Z 1 bis Z 3 idR („*soweit zweckmäßig und verhältnismäßig*“) zu erfüllen. Nach dem Wortlaut des Gesetzes sind Z 1 bis Z 3 grundsätzlich zu prüfen. Darüber hinaus könnte auch die Einschränkung der Subsidiaritätsprüfung auf Fälle „*soweit verhältnismäßig und zweckmäßig*“ missverstanden werden und zu einer Aushöhlung der Subsidiaritätsprüfung führen. Da im Rahmen der Untersuchung gem § 8 Abs 1 eine Subsidiaritätsprüfung zwingend zu erfolgen hat, wird eine solche **nur in (nachvollziehbaren) Ausnahmefällen** unterbleiben dürfen.

Ebenso ist in § 8 Abs 3 Z 2 aufzunehmen, dass ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt oder dem betreuenden Dienst **nur mit der Einwilligung** der betroffenen Person zu führen ist (siehe dazu die Ausführungen § 39a). Dass dies beabsichtigt war ergibt sich aus den Erläuterungen zu § 39a (EB 33).

Im Zusammenhang mit § 8 Abs 3 Z 3 ME wird um Klarstellung ersucht, dass ein mit öffentlichen Mitteln geförderter Krisendienst beizuziehen ist, wenn „**ein solcher in der Region angesiedelt ist**“. (Vgl zum Erfordernis hinreichender Ressourcenausstattung extramuraler Dienstleister auch unten bei § 41a ME).

*Zu § 8 Abs 4*

§ 8 Abs 4 ME **konkretisiert die inhaltlichen Erfordernisse der Bescheinigung** (§ 8 Abs 1 ME). Zusätzlich – um ein Nachfragen durch den Abteilungsleiter im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung zu ermöglichen – hat der einweisende Arzt ausdrücklich in der Bescheinigung seine Kontaktdaten anzuführen. Eine maschinschriftliche Bescheinigung scheidet in der Praxis vielfach an der fehlenden technischen Ausstattung der beigezogenen Ärzte. Dies kann für die Kontaktdaten nicht gelten. Um deren

Lesbarkeit sicherzustellen, sollte vorgesehen werden, dass zumindest diese „in Druckschrift“ anzuführen sind. In die EB möge ein Hinweis aufgenommen werden, dass beispielsweise ein Stempel zu verwenden ist.

**Auch gem § 8 Abs 1 Satz 2 idgF gilt das Erfordernis einer detaillierten Begründungspflicht** („*In der Bescheinigung sind im Einzelnen die Gründe anzuführen, aus denen der Arzt die Voraussetzungen der Unterbringung für gegeben erachtet.*“). Dieser wird etwa durch Ankreuzen der Unterbringungsvoraussetzungen nicht entsprochen. Eine unzureichende Begründung der Bescheinigung kann selbst bei inhaltlicher Richtigkeit Amtshaftungsansprüche auslösen (vgl *Kopetzki*, Grundriss<sup>3</sup> Rz 168 mit Verweis auf OGH 27.2.2001, 1 Ob 251/00v, RdM 2001/20 = JBl 2001, 725;).

**§ 8 Abs 1 Satz 2 idgF** findet sich im vorliegenden Entwurf in einem veränderten Wortlaut in **§ 8 Abs 4** ME wieder.

Die sicherheitsbehördliche Vorführung und die Ausstellung der Bescheinigung sind als Akte unmittelbarer verwaltungsbehördlicher Befehls- und Zwangsgewalt zu deuten. Von der rechtlichen Wirkung her handelt es sich um einen Befehlsakt, „*der mit der nachfolgenden Verbringung in die Anstalt zu einem einheitlichen und insgesamt der Sicherheitsbehörde zurechnenden Akt unmittelbarer Befehls- und Zwangsgewalt verschmilzt*“ (Vgl *Kopetzki*, Grundriss<sup>3</sup> Rz 177; ebenso Rz 167f). Die Rechtmäßigkeit ist im Zuge von Maßnahmenbeschwerdeverfahren von den LVwG zu prüfen.

**Textvorschlag § 8:** Abschließend regt VertretungsNetz an, **die Reihenfolge der Absätze des § 8 ME zu ändern. § 8 Abs 1, Abs 3 und Abs 4** betreffen die materiellen und formellen Voraussetzungen für die Verbringung. Sie richten sich an den Arzt. **§ 8 Abs 2** richtet sich an den Bundesminister für Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, der in seiner Funktion per Verordnung die Voraussetzungen für die Eignung der in § 8 Abs 1 3. Fall genannten Ärzte festzulegen hat. Unter Berücksichtigung der Ausführungen zu § 8 ME wird folgender **Vorschlag zur Reihenfolge der Absätze und zur Formulierung** zur Verfügung gestellt:

„§ 8 (1) idF ME

**(2) Der Arzt hat im Einzelnen die Gründe anzuführen, aus denen er das Vorliegen einer psychischen Krankheit und einer daraus resultierenden Gefährdung (§ 3 Z 1) annimmt sowie darzulegen, weshalb keine Alternativen zur Aufnahme zur Verfügung stehen (§ 3 Z 2). In der Bescheinigung hat der Arzt seine Kontaktdaten in leserlicher Form, falls er über ein Diensttelefon verfügt diese Nummer anzuführen.**

**(3) Zur Abklärung von Alternativen ist insbesondere**

1. ein Gespräch mit der betroffenen Person, mit anwesenden Angehörigen und sonst nahestehenden Personen sowie mit von der betroffenen Person namhaft gemachten Personen zu führen,
2. zu erheben, ob die betroffene Person gegenwärtig behandelt oder betreut wird und **mit deren Einwilligung** ein Gespräch mit dem behandelnden Arzt oder dem betreuenden Dienst zu führen und
3. einen mit öffentlichen Mitteln geförderten Krisendienst beizuziehen, wenn ein solcher **in der Region angesiedelt ist.**

(4) „Der Bundesminister für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz hat mit Verordnung die fachlichen und persönlichen Voraussetzungen für eine Ermächtigung **durch den Landeshauptmann (§ 8 Abs 1 3. Fall) festzulegen. Dasselbe gilt für den Entzug der Ermächtigung**“.

Zu § 9 - Vorführung durch die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes

Zu § 9 Abs 1:

Gem § 9 Abs 1 ME sind die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes verpflichtet, eine Person, bei der sie aus besonderen Gründen **die Voraussetzungen des § 3 Z 1** für gegeben erachten, die aber nicht freiwillig eine psychiatrische Abteilung aufsucht, zur Unterbringung zu einem Arzt iSd § 8 Abs 1 zu bringen oder diesen beizuziehen.

Die Prüfung möglicher Unterbringungsalternativen obliegt allein dem Arzt.

Es ist nicht nachvollziehbar, weswegen die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes diese Unterbringungsvoraussetzung nicht auch aus eigenem beurteilen sollten. Sie sind dazu durchaus befähigt. Vor allem, **wenn offensichtliche Alternativen im Raum stehen** wäre die ausschließliche Befugnis zur Beurteilung von Alternativen durch den Arzt **überschießend** (so zB das Zurückbringen einer desorientierten Person in eine Pflegeeinrichtung). Auch der Umstand, dass jemand freiwillig bereit ist, die psychiatrische Abteilung aufzusuchen, ist im Grunde genommen eine Alternative.

Von der Lehre wurde teils schon bisher die Ansicht vertreten, dass aufgrund des Wortlauts des § 46 SPG die Voraussetzung der Behandlungsalternative nach § 3 Z 2 UbG nicht zu prüfen wäre (zB *Hauer/Keplinger*, SPG Kommentar<sup>4</sup>, Anm 16 zu § 46 SPG). Diese – von der Rechtsprechung des VwGH abweichende – Ansicht übersieht jedoch, dass stets auch das Verhältnismäßigkeitsgebot des § 29 SPG zu berücksichtigen ist. Es ist daher von den einschreitenden Beamten schon aufgrund dieser Bestimmung zu berücksichtigen, ob die Gefährdung nicht auf andere Weise abgewehrt werden kann (*Kopetzki*, Grundriss des Unterbringungsrechts<sup>3</sup> Rz 156).

Die Rechtsprechung erwartet von der Exekutive hinsichtlich des Vorliegens einer Erkrankung keine qualifizierte fachmedizinische Beurteilung, sondern bloß, dass die Beamten das Vorliegen der Unterbringungsvoraussetzungen „vertretbar“ annehmen konnten (vgl VwGH 28.10.2003, 2001/11/0162). Dies gilt für die Beurteilung der Alternativen ebenfalls.

Hinzu kommt, dass die Bejahung der Unterbringungsvoraussetzungen für eine zwangsweise Vorführung zum Arzt ausreichen kann (sofern dies dem Verhältnismäßigkeitsgebot entspricht). Da somit eine Maßnahme mit erheblichem Eingriff in Freiheitsrechte an diese Einschätzung anknüpft, muss diese von den Organen des öffentlichen Sicherheitsdienstes getroffen werden.

VertretungsNetz würde folgende Formulierung in § 9 Abs 1 vorschlagen:

**Textvorschlag:** *„Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes sind verpflichtet, eine Person, bei der sie aus besonderen Gründen die Voraussetzungen des § 3 Z 1 für gegeben erachten, **und bei der augenscheinlich eine Alternative im Sinne des § 3 Z 2 nicht vorliegt**, die aber nicht freiwillig eine psychiatrische Abteilung aufsucht, zur Untersuchung zu einem Arzt im Sinn des § 8 Abs. 1 zu bringen oder diesen beizuziehen.“*

Zu § 9 Abs 3:

a) § 9 Abs 3 Z 1

Gem **§ 9 Abs 3 Z 1 ME** kann die Untersuchung gem § 8 Abs 1 unterbleiben, *wenn die Beziehung des Arztes für die betroffene Person, insbesondere wegen der damit verbundenen Wartezeit oder Wegstrecken, unzumutbar ist.*

Laut Endbericht des IRKS lassen die Daten der Gesundheit Österreich erkennen, dass österreichweit knapp 9 % der Unterbringungen unter Berufung auf Gefahr in Verzug gem § 9 Abs 2 UbG, unmittelbar durch die Polizei veranlasst werden. Der Anteil der Gefahr in Verzug Unterbringung variiert regionsabhängig, abhängig von der Erreichbarkeit bescheinigungsberechtigter ÄrztInnen. Im Rahmen der Ausführungen zu § 8 Abs 1 wurde bereits auf die **Erreichbarkeitsproblematik** hingewiesen. Strukturelle Versorgungsprobleme führen in manchen Regionen mitunter zu „*bedenklichen Praktiken auf Seiten der Polizei*“ (Vgl IRKS, Endbericht, 41 ff). Die Erläuterungen zu § 9 Abs 3 Z 1 ME weisen auf diese Problematik hin (EB 18f).

VertretungsNetz gibt an dieser Stelle noch einmal zu bedenken, **dass diese Ausnahmebestimmung eine ärztliche Unterversorgung weiter begünstigt**. Es muss gewährleistet bleiben, dass eine Verbringung in eine psychiatrische Abteilung ohne ärztliche Untersuchung **nur in begründeten Ausnahmefällen** erfolgen darf. Ist das

Warten auf den Arzt in Ausnahmesituationen für die betroffene Person unzumutbar, kann im begründeten Einzelfall und in Einklang mit der gängigen Rechtsprechung von einer **Gefahr in Verzug** Situation ausgegangen werden. Aus diesem Grund ist aus Sicht von VertretungsNetz **§ 9 Abs 3 Z 1 ersatzlos zu streichen**.

b) § 9 Abs 3 Z 2

**Allgemein ist anzuführen:** Die Schaffung einer **Ausnahmeregel iS von § 9 Abs 3 Z 2 ME** ist VertretungsNetz durchaus **nachvollziehbar**. Es eröffnet sich dadurch aber möglicherweise ein nicht auflösbarer Konflikt mit der Verpflichtung zur ärztlichen Verschwiegenheit (§ 54 ÄrzteG). Die ärztliche Verschwiegenheit (§ 54 ÄrzteG) muss gewährleistet bleiben und darf in diesem Fall nicht etwa durch Nachfrage beim „behandelnden“ Arzt im Zuge der Aufnahme in die psychiatrische Abteilung unterlaufen werden. Für die Aufnahme notwendige Informationen müssen durch den Bericht der Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes abgedeckt sein.

Da dieser Bericht nicht nur an die psychiatrische Abteilung, sondern auch an andere Stellen weitergeleitet wird, kommt es auf diese Weise ebenfalls zur Preisgabe einer Arzt–Patientenbeziehung gegenüber Behörden und Stellen, die andernfalls darüber keine Information hätten. Auch dadurch kommt es zu einer Verletzung der ärztlichen Verschwiegenheit.

Die **EB ME berufen sich auf § 54 Abs 2 Z 4 ÄrzteG:** „Durchbrechung der Verschwiegenheit, wenn sie nach Art und Inhalt zum Schutz höherwertiger Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege unbedingt erforderlich ist.“ Geht es hier um den Schutz höherwertiger Interessen der öffentlichen Gesundheit oder um den Einzelfall? Diese Fragen gehören jedenfalls geklärt.

**Inhaltlich ist anzuführen:** Die Untersuchung durch einen Arzt gem § 8 Abs 1 **kann** unterbleiben, wenn die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes von einem **Facharzt oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie** beigezogen werden, der nachvollziehbar **im Rahmen seiner Behandlung oder Betreuung** der betroffenen Person die Voraussetzungen des § 3 für gegeben erachtet. Aus den Erläuterungen ergibt sich unmissverständlich, dass es sich bei dieser Konstellation um die **Behandlung** eines Patienten **in der Ordination eines niedergelassenen Facharztes** handeln muss (EB 19). Die Wortfolge „im Rahmen seiner Behandlung oder Betreuung“ lässt aber auch eine breitere Auslegung zu. So zB die Beurteilung als beigezogener Konsiliararzt im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts auf einer somatischen Station oder die Beurteilung durch den Leiter einer Einrichtung iSd HeimAufG. Um Missverständnisse zu vermeiden, ersucht VertretungsNetz diesbezüglich um Klarstellung im Gesetzestext.



VertretungsNetz würde folgende Formulierung in § 9 Abs 3 Z 2 vorschlagen:

*„sie von einem Facharzt oder Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie **im Zuge der Behandlung in seiner Ordination** beigezogen werden, der nachvollziehbar die Voraussetzungen des § 3 für gegeben erachtet.*

*c) § 9 Abs 3 Z 3*

In Zusammenhang mit den Ausführungen in den EB (19) entsteht der Eindruck, dass es „normal“ sei, dass Patienten aus offen geführten Abteilungen entweichen können. VertretungsNetz weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass **Entweichungen** untergebrachter Patienten – unabhängig davon, ob eine Abteilung ausschließlich offen geführt wird oder nicht – durch organisatorische Maßnahmen **zu verhindern sind**. In diesem Zusammenhang ist auf die **Kontrolle gem § 2 Abs 2 ME** und auf sich daraus ergebende Maßnahmen zu verweisen.

*d) § 9 Abs 3 Z 4*

Der Wortlaut des § 9 Abs 3 Z 4 ME eröffnet aus Sicht von VertretungsNetz eine Reihe von Fragen: Darf der Patient von der somatischen Abteilung entlassen werden? Muss der Patient an der somatischen Abteilung angehalten werden? Dürfen die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes nach Rücksprache mit den behandelnden Ärzten davon ausgehen, dass der Patient nicht an die psychiatrische Abteilung rückverbracht werden muss, oder trifft sie eine Pflicht zur Rückverbringung?

Aus diesen Gründen wird ersucht, § 9 Abs 3 Z 4 ME zu streichen. Ist aus Sicht der behandelnden Ärzte die Rücküberstellung in die psychiatrische Abteilung wegen Vorliegens der Unterbringungs Voraussetzungen erforderlich, sollte immer und nicht wie im ME vorgesehen bis zu sieben Tage [Anm: in den EB 20 gemeint wohl „mehr als sieben Tage“] gem § 8 Abs 1 vorgegangen werden.

*Zu § 9 Abs 5*

Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes sind – wenn die betroffene Person nicht widerspricht – ermächtigt, von der Vorführung einen Angehörigen aus dem Kreis der Kinder, Ehegatten, eingetragenen Partner und Eltern, zu verständigen. Auf Verlangen der betroffenen Person ist unverzüglich **ein anderer Angehöriger, ein gewählter Vertreter, ein gesetzlicher Vertreter oder eine, von ihr namhaft gemachte, Person**, von der Amtshandlung zu verständigen.

Laut EB ME *„übernimmt § 9 Abs 5 weitgehend den Inhalt der geltenden § 46 Abs 3 letzter Satz und § 47 Abs 1 erster Satz SPG“* (vgl EB 21). In diesem Zusammenhang ist folgendes anzumerken: Laut *Giese* liegt die **Verständigung** des in § 46 SPG

angeführten Personenkreises ausschließlich **im Ermessen der Behörde** (vgl *Giese* in *Thanner/Vogl* (Hrsg) SPG, Rz 10 zu § 46). **Auf Verlangen** der betroffenen Person, **muss** ein **Angehöriger** nach Wahl des Vorgeführten sowie ein **Rechtsbeistand (zB Rechtsanwalt)** unverzüglich verständigt werden (§ 47 Abs 1 SPG; und Verweis auf Art 4 Abs 7 PersFrG).

Auch aus dem Wortlaut des § 9 Abs 5 idF ME (arg „*sind ermächtigt*“) ist abzuleiten, dass auch § 9 Abs 5 der Sicherheitsbehörde einen Ermessensspielraum bei der Verständigung der im Gesetz genannten Personen einräumt. Aus diesem Grund müsste auf Verlangen des Betroffenen jedenfalls „ein Angehöriger“ informiert werden. Neben dem gesetzlichen Vertreter sollte auf Wunsch entsprechend **§ 47 Abs 3 SPG** auch ein **Rechtsbeistand** informiert werden, wobei die betroffenen Personen **über ihre Rechte informiert werden müssen**. (Vgl in diesem Zusammenhang auch *Kopetzki*, Unterbringungsrecht II 531). Gerade auch, weil der vorliegende Entwurf den **Wegfall von § 46 SPG** samt Überschrift vorsieht und **§ 47 Abs 1 SPG ME** nicht mehr auf die Verbringung Anwendung finden soll, wäre ein **Absehen von der Möglichkeit der Beiziehung eines Rechtsbeistandes** eine **Schlechterstellung** für die Betroffenen gegenüber der geltenden Rechtslage.

*Zu § 9 Abs 6*

Die **EB ME** führen **zu § 9 Abs 6 ME** (EB 21) aus, dass nach geltendem Recht die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes dem Abteilungsleiter die Bescheinigung nach § 8 sowie den Bericht über die Amtshandlungen nach § 9 UbG oder nach § 46 SPG zur Aufnahme in die Krankengeschichte zu übermitteln haben. Die EB ME verweisen in diesem Zusammenhang irrtümlich auf § 9 Abs 1 UbG. Gemeint ist **§ 39b Abs 1 UbG**.

VertretungsNetz schlägt für **§ 9 Abs 6 ME** folgende Formulierung zu wählen:  
 „..... **bei Gefährdung anderer, ob gegebenenfalls** ein **Betretungs- und Annäherungsverbot gem. § 38a Abs 1 SPG oder reine einstweilige Verfügung nach §§ 382b, 382c oder 382d EO ... erlassen wurde, ....“**

Andernfalls könnte der Eindruck entstehen, dass in Zusammenhang mit Fremdgefährdung in jedem Fall ein Betretungsverbot oder eine Verfügung nach §§ 382b, 382c oder 382d erlassen werden müsste.

*Zu § 10 - Aufnahmeuntersuchung*

*Zu § 10 Abs 2*

Siehe Ausführungen zu § 6 Abs 4 ME.

*Zu § 10 Abs 3*

§ 10 Abs 3 ME beinhaltet das Recht, ein zweites ärztliches Zeugnis über das Vorliegen der Voraussetzungen der Unterbringung zu verlangen. Dieses Verlangen kann durch den Patienten, dessen Vertreter oder den Abteilungsleiter gestellt werden. Zur Gewährleistung einer effektiven Vertretung sollte aus Sicht von VertretungsNetz ergänzend vorgesehen werden, dass der Abteilungsleiter neben dem Patienten **auch dessen Vertreter** auf dieses Recht hinzuweisen hat.

Nach § 10 Abs 3 Satz 3 ME ist eine maschinschriftliche Ausfertigung des zweiten ärztlichen Zeugnisses dem Patientenanwalt und dem gewählten Vertreter unverzüglich zu übermitteln. Es wird angeregt, den Kreis der Empfänger einer Ausfertigung des zweiten ärztlichen Zeugnisses auf den Patientenanwalt zu beschränken, um datenschutzrechtliche Risiken, die sich aus der (elektronischen) Übermittlung der im ärztlichen Zeugnis enthaltenen besonders schützenswerten Gesundheitsdaten ergeben könnten, möglichst einzudämmen. Andere Vertreter können im Rahmen des Einsichtsrechts in die Krankengeschichte gem § 39 ME Einsicht in das ärztliche Zeugnis nehmen, wodurch dem Erfordernis einer effektiven Vertretung Rechnung getragen ist.

*Zu § 10 Abs 5*

Nach **§ 10 Abs 5 Satz 1 ME** hat sich der Abteilungsleiter um eine angemessene soziale und psychiatrische Betreuung des Patienten zu bemühen, soweit er eine solche für erforderlich hält. Im Zusammenhang mit dieser Bestimmung erscheint VertretungsNetz ein Verweis auf die Zustimmungserfordernisse (§ 39c Abs 3 ME) erforderlich.

VertretungsNetz weist darauf hin, dass mangels Nennung des gewählten Vertreters in **§ 10 Abs 5 Satz 2 ME** der schlichte Bevollmächtigte nach derzeitiger Fassung nur auf Verlangen der betroffenen Person als „von ihr namhaft gemachte Person“ zu verständigen ist. Es ist aus Sicht von VertretungsNetz zu erwägen, den gewählten Vertreter in § 10 Abs 5 Satz 2 ME zu ergänzen.

In diesem Zusammenhang möchte VertretungsNetz auch auf die gesetzliche Pflicht eines jeden Erwachsenenvertreters gem § 251 ABGB hinweisen, sich, unabhängig von seinem Wirkungsbereich, darum zu bemühen, dass der vertretenen Person die gebotene medizinische und soziale Betreuung gewährt wird. Im Sinne der **Absicherung einer guten extramuralen Betreuung und Nachsorge** der betroffenen Person ist es aus Sicht von VertretungsNetz geboten, jeden Erwachsenenvertreter **unabhängig von seinem Wirkungsbereich** aufgrund seiner Verpflichtungen im Rahmen der

Personensorge von der Nichtaufnahme bzw von der Aufhebung der Unterbringung zu verständigen. Nur dadurch kann der gesetzliche Vertreter (auch der Vorsorgebevollmächtigte) seiner Verpflichtung voll nachkommen.

## **Vertretung des Patienten - § 13 bis § 16**

### *Vorbemerkung*

Die Ersetzung des Begriffes „Kranker“ durch das Wort „Patient“ an allen einschlägigen Stellen wird als Beitrag zur begrifflichen Entstigmatisierung sehr begrüßt.

### *Zu § 14 Abs 1*

Der Textteil „*und zur Wahrnehmung*“ ist aus grammatikalischen Gründen durch „*sowie bei der Wahrnehmung*“ zu ersetzen.

### *Zu § 14 Abs 2*

Gem § 14 Abs 2 ME vertritt der Verein die betroffene Person zur Wahrung ihrer aus diesem Bundesgesetz erwachsenen Rechte auch vor den Verwaltungsgerichten, dem Verwaltungsgerichtshof und anderen Behörden.

Patientenanwälte vertreten **bereits jetzt** Betroffene vor den Verwaltungsgerichten und anderen Behörden, soweit ein Zusammenhang mit der Unterbringung besteht. In der Praxis wird der Verein in diesen Fällen von den betroffenen Personen bzw ihren gesetzlichen Vertretern bevollmächtigt, Vertretungshandlungen vorzunehmen.

VertretungsNetz ist es ein Anliegen darauf hinzuweisen, dass **§ 14 Abs 2 ME** in diesem Zusammenhang **ausschließlich klarstellende Funktion** zukommt und keine Form einer Vertretung (neu) geschaffen wird, auf die Betroffene einen Rechtsanspruch haben.

Einerseits sind die Verfahren vor den Verwaltungsgerichten mit Kosten verbunden, die der Verein nicht übernehmen kann, andererseits wäre ein gesetzlicher Auftrag zur obligatorischen Vertretung in diesen Fällen vom Verein aus Ressourcengründen nicht leistbar. Aus diesen Gründen wurde auch im Rahmen des Gesetzwerdungsprozesses diskutiert, dass die Vertretung durch die Patientenanwaltschaft in diesem Bereich möglich ist, dass daraus aber keine gesetzliche Verpflichtung zur Vertretung entstehen darf.

Nicht nachvollziehbar ist, warum nicht auch eine Vertretung durch den Verein vor dem **Verfassungsgerichtshof** vorgesehen wird. Insbesondere im Zusammenhang mit

einer Beschwerde gegen Erkenntnisse der Verwaltungsgerichte (Art 144 Abs 1 B-VG) sollte diese in § 14 vorgesehen werden. Aus diesen Gründen ersucht VertretungsNetz, § 14 Abs 2 ME wie folgt zu ergänzen:

**Textvorschlag:** „Der Verein **kann** die betroffene Person zur Wahrung ihrer aus diesem Bundesgesetz erwachsenen Rechte auch vor den Verwaltungsgerichten, dem Verwaltungsgerichtshof, **dem Verfassungsgerichtshof** und anderen Behörden vertreten.“

Zu § 14 Abs 5

Gem § 14 Abs 5 ME hat der Abteilungsleiter dem Patienten, der Vertrauensperson und auf Verlangen des Patienten auch dessen Angehörigen und dem gesetzlichen Vertreter Auskunft über die Person des Patientenanwalts zu erteilen. Aus Sicht von VertretungsNetz ist nicht nachvollziehbar, weshalb dem gesetzlichen Vertreter nur auf Verlangen des Patienten Auskunft über die Person des Patientenanwalts zu erteilen ist. Des Weiteren möchte VertretungsNetz darauf hinweisen, dass der gewählte Vertreter in § 14 Abs 5 ME nicht genannt wird, weshalb der schlichte Bevollmächtigte kein Recht auf Auskunft hätte. Es wird daher angeregt § 14 Abs 5 ME wie folgt zu formulieren:

**Textvorschlag:** „Der Abteilungsleiter hat dafür zu sorgen, dass der Patient Auskunft darüber erhält, wer sein Patientenanwalt ist, und dass er sich mit diesem vertraulich besprechen kann. Die Auskunft ist auch der Vertrauensperson des Patienten, dessen gesetzlichem Vertreter, dessen gewähltem Vertreter und auf Verlangen des Patienten auch dessen Angehörigen zu erteilen.“

Zu § 16

Siehe Ausführungen zu § 2 Abs 3 Z 9 und Z 10 ME.

Zu § 16a - Unterstützung des Patienten durch eine Vertrauensperson

Die in **§ 16a ME** genannte Möglichkeit des Patienten, eine **Vertrauensperson zu wählen**, wird ausdrücklich begrüßt. In diesem Zusammenhang möchte VertretungsNetz allerdings in Frage stellen, **ob einer Vertrauensperson per Gesetz Aufgaben „verpflichtend“ zugeschrieben werden sollen** (arg „Diese hat die Aufgabe, den Patienten in seiner Meinungsbildung zu unterstützen“). Eine Vertrauensperson wird in der Regel **Anliegen des Patienten** an die Abteilung weiterleiten und/oder den Patienten während des Aufenthalts emotional **unterstützen** und begleiten. Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang auch auf **§§ 19 Abs 2 und 22 Abs 2 ME**, die Rechte im Zusammenhang mit der Erstanhörung und mündlichen Verhandlung vorsehen.

Da zudem die **Vertretung im Verfahren ohnehin gesetzlich geregelt** ist, kann aus Sicht von VertretungsNetz von § 16 a Abs 1 zweiter Satz zur Gänze gestrichen werden.

Gem. **§ 16a Abs 2** ME ist der Patient „**möglichst frühzeitig**“ über sein Recht auf Nennung einer Vertrauensperson zu informieren. Die EB ME verweisen in diesem Zusammenhang auf den Zeitpunkt der Aufnahme (EB 23).

Patienten, die im Aufnahmezeitpunkt nicht in der Lage sind, diese Information entsprechend zu verarbeiten, sollen aus Sicht von VertretungsNetz **wiederholt** über diese Möglichkeit aufgeklärt werden. Es wird um entsprechende **Ergänzung** in den EB ersucht. Abschließend wird angeregt, die Vertrauensperson in den Personenkreis des § 34 Abs 1 UbG aufzunehmen.

Es wird angeregt in Abs 1 und Abs 2 anstelle des Begriffes „Namhaftmachung einer Vertrauensperson“ die Formulierung „eine Vertrauensperson zu benennen“ zu verwenden. Es soll damit zum Ausdruck gebracht werden, dass es hierbei (anders als in § 16 Abs 1) lediglich einer niederschweligen Willensäußerung bedarf.

*Zu § 26 Abs 1*

Wünschenswert wäre den 2. Satz dieser Bestimmung zu ergänzen, sodass sie lautet wie folgt:

*„Der Beschluss ist in der mündlichen Verhandlung in Gegenwart des Patienten zu verkünden, **möglichst verständlich** zu begründen und diesem **in geeigneter Weise** zu erläutern.“*

## **Aufhebung der Unterbringung - § 31 bis § 32b**

*Zu § 31 **idgF***

§ 31 Abs 2 UbG idgF sieht vor, dass im Zusammenhang mit einer Überprüfung der Unterbringung vor Ablauf der vom Unterbringungsgericht festgesetzten Frist die §§ 22 bis 29 sinngemäß anzuwenden sind. Die vorzeitige Überprüfung wird zB dann beantragt, wenn es ernsthafte Anhaltspunkte für den Wegfall einer oder mehrerer Unterbringungsvoraussetzungen gibt. Sie ist nur dann ein nützliches Instrument, wenn eine gerichtliche Kontrolle rasch in die Wege geleitet wird. Aus diesem Grund ist der Verweis auf die §§ 22 bis 29 nicht zweckmäßig. **Es wird daher ersucht in § 31 Abs 2 UbG auf die §§ 19, 20 zu verweisen.**

## Zu § 32 Abs 3

**§ 32 Abs 3 Z 1 und 2 ME** sieht vor, dass der Abteilungsleiter die **Unterbringung** dann **aufzuheben** hat, wenn der Patient zufolge Entweichung oder Behandlung außerhalb der psychiatrischen Abteilung länger als 24 Stunden abwesend ist. Eine Aufhebung ist auch für den Fall der nicht rechtzeitigen Rückführung innerhalb der 24 Stunden bis zur gerichtlichen **Entscheidung nach den §§ 20 und 26 Abs 1 UbG** vorgesehen (**Z 3**). Aktuell hat nach höchstgerichtlicher Rechtsprechung in diesen Fällen das Gericht mit Beschluss auszusprechen, dass die Entscheidung nach § 26 Abs 1 zu entfallen hat. Mit § 32 Abs 3 Z 3 ME kann dieser Beschluss entfallen. Um die Pflicht des Abteilungsleiters zur Aufhebung und deren Zeitpunkt genauer zu definieren und zu besseren Verständlichkeit, schlägt VertretungsNetz folgende Formulierung vor:

*„3. in den Fällen des eigenmächtigen Verlassens des untergebrachten Patienten oder bei einer Behandlung außerhalb der psychiatrischen Abteilung eine rechtzeitige Rückführung bis zu Beginn einer vor Ablauf der in Z 1 und Z 2 genannten Dauer von 24 Stunden vorgesehenen Anhörung gemäß § 20 bzw. Verhandlung gemäß § 26 Abs. 1 UbG nicht erfolgt ist.“*

Es wird vorgeschlagen, die Absätze 1 und 2 des § 32 in ihrer Reihenfolge auszutauschen, sodass die Bestimmungen zur Aufhebung (derzeit Absatz 1 und 3) aufeinanderfolgen.

Siehe weiters **Ausführungen zu § 9 Abs 3 Z 3 und Z 4 ME**.

## Zu § 32b Abs 1

Gem § 32b Abs 1 Satz 1 ME hat der Abteilungsleiter im Zuge der Aufhebung der Unterbringung mit dem Patienten, auf dessen Verlangen tunlichst in Anwesenheit seines Vertreters oder seiner Vertrauensperson, ein Gespräch darüber zu führen, welche Behandlungen und Maßnahmen seine Situation während der Unterbringung verbessert haben, wie er sich seinen Alltag nach der Entlassung aus der psychiatrischen Abteilung vorstellt und auf welche Art und Weise in einer neuerlichen Gefährdungssituation vorgegangen werden soll. Um zu gewährleisten, dass dieses Gespräch nicht unter Zeitdruck „in aller letzter Minute“ geführt wird, sollte aus Sicht von VertretungsNetz die Wortfolge **„im Zuge der Aufhebung“** durch **„bis zur Aufhebung“** ersetzt werden.

Der ME sieht vor, dass das Gespräch anlässlich der Aufhebung der Unterbringung **tunlichst in Anwesenheit des Vertreters oder der Vertrauensperson** stattfinden soll. Aus Sicht von VertretungsNetz ist die Beteiligung einer vom Patienten **frei gewählten Person** von höchster Bedeutung. Diese Person sollte nicht auf die

genannten Personenkreise (Vertreter, Vertrauensperson) beschränkt werden. Auch (nicht vertretende) Angehörige und nahestehende Personen könnten sinnvoller Weise in Frage kommen, ohne explizit als Vertrauensperson gem § 16a ME benannt worden zu sein. Zugleich sollte aufgrund der Vertraulichkeit des Gespräches niemand – unabhängig von seiner rechtlichen Stellung zum Patienten – teilnehmen dürfen, dessen Anwesenheit vom Patienten nicht gewünscht ist. Es sollte daher **ausschließlich dem Patienten überlassen sein, ob und gegebenenfalls wer bei diesem Gespräch anwesend sein soll**. Zur Wahrung der **Selbstbestimmung** des Patienten wird daher vorgeschlagen, dass das Gespräch „**auf dessen Verlangen tunlichst in Anwesenheit einer vom Patienten genannten Person**“ stattfinden soll. Über dieses Recht muss der Patient belehrt werden.

Nach § 32b Abs 1 Satz 2 ME hat sich der Abteilungsleiter um eine angemessene soziale und psychiatrische Betreuung des Patienten zu bemühen, soweit er eine solche für erforderlich hält. Im Zusammenhang mit dieser Bestimmung erscheint VertretungsNetz ein Verweis auf die Zustimmungserfordernisse (§ 39c Abs 3 ME) erforderlich.

§ 32b Abs 1 Satz 3 und 4 ME und § 39d Abs 1 ME enthalten **Verständigungspflichten** im Falle der Aufhebung der Unterbringung und sind insoweit zusammen zu lesen. Gem § 39d Abs 1 ME hat der Abteilungsleiter von der Aufhebung der Unterbringung unverzüglich das Gericht, den Patientenanwalt, den gewählten Vertreter und dessen Vertrauensperson zu verständigen. Wenn der Patient nicht widerspricht, hat er gem § 32b Abs 1 ME dessen gesetzlichen Vertreter und einen Angehörigen, der mit ihm im gemeinsamen Haushalt lebt oder für ihn sorgt, sofern kein solcher bekannt ist, einen Angehörigen aus dem Kreis der Kinder, Ehegatten, eingetragenen Partner und Eltern von der Aufhebung der Unterbringung zu verständigen. Auf Verlangen des Patienten ist ein anderer Angehöriger oder eine Vertrauensperson zu verständigen.

In Zusammenhang mit der Ungleichbehandlung der verschiedenen Vertreter wird auf die Ausführungen zu §§ 2, 6 und 10 ME verwiesen. Auch an dieser Stelle gilt, dass die Unterscheidung aus Sicht von VertretungsNetz nicht überzeugend ist und eine ungerechtfertigte Differenzierung innerhalb der Gruppe der gesetzlichen Vertreter (§ 1034 Abs 1 Z2 und 3 ABGB) schafft und zudem in der Praxis schwer handhabbar sein dürfte.

Es ist zu betonen, dass dem gesetzlichen Vertreter eine wesentliche Rolle in der **Absicherung der Nachsorge und Betreuung des Patienten** zukommt, die essenziell ist für eine **gute und langfristige Stabilisierung seines Gesundheitszustandes** (IRKS, Endbericht, IX und X) und die **Absicherung von Behandlungserfolgen** (IRKS, Endbericht, XIII - XV). In diesem Zusammenhang



möchte VertretungsNetz auch auf die gesetzliche Pflicht eines jeden Erwachsenenvertreters gem § 251 ABGB hinweisen, sich, unabhängig von seinem Wirkungsbereich, darum zu bemühen, dass der vertretenen Person die gebotene medizinische und soziale Betreuung gewährt wird. Im Sinne der **Absicherung einer guten extramuralen Betreuung und Nachsorge** der betroffenen Person ist es aus Sicht von VertretungsNetz geboten, jeden Erwachsenenvertreter **unabhängig von seinem Wirkungsbereich** aufgrund seiner Verpflichtungen im Rahmen der Personensorge von der Nichtaufnahme bzw von der Aufhebung der Unterbringung zu verständigen.

Die Verständigung des gesetzlichen Vertreters wird auch zu den Zwecken als wichtig erachtet, die Finanzierung benötigter Unterstützung zu klären (vgl IRKS, Endbericht, IX und X) und der betroffenen Person bei der Bewältigung des Alltags behilflich sein zu können (zB möglichst frühzeitige Suche eines Wohnplatzes bei Wohnungslosigkeit). Die Wahrung der Selbstbestimmung der vertretenen Person wird im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen zur Ausübung der Vertretung sichergestellt (siehe zB §§ 241, 250 Abs 2 ABGB).

Aus den genannten Gründen befürwortet VertretungsNetz eine **Gleichstellung von gewähltem und gesetzlichem Vertreter iSd § 2 Abs 3 Z 9 und Z 10 ME** und ersucht, **§ 39d Abs 1 ME** wie folgt zu formulieren:

*„Der Abteilungsleiter hat von der Aufhebung der Unterbringung unverzüglich das Gericht, die Vertreter des Patienten und dessen Vertrauensperson zu verständigen.“*

In dieser Stelle möchte VertretungsNetz auch darauf hinweisen, dass der erste Satz der EB zu § 39d Abs 1 ME, wonach der Abteilungsleiter unverzüglich das Gericht, den Vertreter des Patienten und dessen Vertrauensperson zu verständigen hat, nicht zum Text des § 39d Abs 1 ME und zum zweiten Satz der EB passt.

Zur Regelung der Verständigung von Angehörigen siehe die Ausführungen zu § 6 Abs 4 ME.

*Zu § 32b Abs 2*

VertretungsNetz begrüßt die gesetzliche Verankerung eines Behandlungsplans. Nicht nachvollziehbar erscheint, dass der Behandlungsplan dem Patienten nur auf dessen Verlangen hin in Kopie auszufolgen ist. Im Sinne einer gleichberechtigten gemeinsamen Erarbeitung des Behandlungsplans zwischen Patient und Abteilungsleiter sollte dieser dem Patienten stets ausgefolgt werden.

Der Behandlungsplan stellt eine wichtige Orientierungshilfe im Falle einer weiteren Aufnahme des Patienten dar. Um zu gewährleisten, dass die darin enthaltenen Informationen und Wünsche des Patienten im Falle einer weiteren Aufnahme Beachtung finden, sollte der Patientenanwalt über die Existenz des Behandlungsplans informiert werden. VertretungsNetz regt daher an, § 32b Abs 2 letzter Satz wie folgt zu formulieren:

**Textvorschlag:** „Der Behandlungsplan ist in der Krankengeschichte zu dokumentieren und dem Patienten in Kopie auszufolgen. Dem Patientenanwalt ist der Umstand mitzuteilen, dass ein Behandlungsplan geschlossen wurde.“

### **Beschränkungen sonstiger Rechte - § 34a**

*Zu § 34a*

Ausdrücklich begrüßt werden die vorgeschlagenen Neuerungen in § 34a idF ME. Da Beschränkungen sonstiger Rechte (§ 34a UbG nennt demonstrativ das Recht auf Tragen von Privatkleidung, den Ausgang ins Freie, den Gebrauch persönlicher Gegenstände) mit Eingriffen in Persönlichkeitsrechte der Betroffenen verbunden sind, merkt VertretungsNetz kritisch an, dass § 34a im Gegensatz zu allen anderen Beschränkungen (weiterhin) keine ärztliche Anordnung vorsieht.

### **Medizinische Behandlung - § 35 bis § 37**

*Zu § 35 Abs 2*

Es wird vorgeschlagen, anstelle von § 35 Abs 2 ME, § 35 Abs 2 UbG idGf zu belassen und lediglich sprachlich anzupassen wie folgt:

*§ 35 Abs 2: Der Grund und die Bedeutung der medizinischen Behandlung sind dem Patienten, soweit dies möglich und seinem Wohl nicht abträglich ist, sowie seinem gesetzlichen Vertreter zu erläutern. Die Erläuterung ist auch dem Patientenanwalt auf dessen Verlangen zu geben.*

Es wird ersucht in den Erläuterungen darauf zu verweisen, dass eine Einschränkung der Aufklärung nur dann erfolgen darf, wenn die zu erwartenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen den therapeutischen Nutzen der Aufklärung überwiegen. Die Gründe für ein Absehen von der Aufklärung sind zu dokumentieren.

*Zu § 35 Abs 3*

Das Beiziehen von Unterstützern wird ausdrücklich begrüßt.

Ergänzend wird ersucht eine **Verständigung der Patientenanwaltschaft über einen Antrag auf Genehmigung der (besonderen) Heilbehandlung durch den Abteilungsleiter (zeitgleich mit dem Antrag an das Gericht)** vorzusehen. Für den Abteilungsleiter wäre dies mit keinerlei weiterem organisatorischen Aufwand verbunden. Der Patientenanwaltschaft ermöglicht die zeitgerechte Information eine sorgfältige Vorbereitung der Vertretungshandlungen.

*Zu § 36*

VertretungsNetz begrüßt die **Klarstellung** dahingehend, dass die **Behandlungsregeln des UbG leges speciales** sind.

Dasselbe gilt für den Umstand, dass in Zukunft nicht nur über die Zulässigkeit der besonderen Heilbehandlung vorab gerichtlich zu entscheiden ist, sondern dass auch **einfache Heilbehandlungen zwingend vorab gerichtlich auf ihre Zulässigkeit zu prüfen sind, wenn der Patient zu erkennen gibt, dass er die Behandlung ablehnt bzw bei Dissens** wegen Ablehnung durch den gesetzlichen Vertreter und anderslautender Willensäußerung des Patienten (§ 36 Abs 2 Satz 2, § 36 Abs 3 Satz 2).

Gem § 36 Abs 3 darf der Patient, soweit er nicht entscheidungsfähig ist und keinen gesetzlichen Vertreter hat (wie bisher) ohne Einwilligung und Zustimmung behandelt werden. **Die zustimmungslose Behandlung** ist unverzüglich **dem Patientenanwalt zu melden (§ 36 Abs 3 Satz 1 2. HS)**. Dies ermöglicht der Patientenanwaltschaft eine umgehende Kontaktaufnahme mit den betroffenen Patienten und so die Gewährleistung einer zeitnahen gerichtlichen Überprüfung.

In Zusammenhang mit dieser Bestimmung wäre aus Sicht von VertretungsNetz zu diskutieren, ob eine Zwangsbehandlung im weiteren Sinn (ohne Einwilligung bzw Zustimmung) im Lichte der UN-BRK im Rahmen der Unterbringung überhaupt noch zeitgemäß ist.

Ausdrücklich weist VertretungsNetz darauf hin, dass trotz der Legitimation zur einwilligungslosen Heilbehandlung gem. § 36 Abs 3 **eine Erwachsenenvertretung anzuregen ist, wenn absehbar ist, dass PatientInnen ihre Entscheidungsfähigkeit (in absehbarer Zeit) in Bezug auf Behandlungsentscheidungen nicht erlangen werden**, wie dies zB an

gerontopsychiatrischen Abteilungen mit Erkrankungsverläufen aufgrund chronisch-degenerativer Prozesse häufig vorkommt. § 36 Abs 3 darf nicht dahingehend aufgefasst werden, dass grundsätzlich von einer Vertreterbestellung abgesehen werden darf. Der Verein ist immer wieder mit Fällen konfrontiert, in denen für die Bestellung eines gesetzlichen Vertreters in solchen Fällen von Seiten der Abteilung nicht Sorge getragen wird. Eine Interpretation der im UbG vorgesehenen Möglichkeit der „zustimmungslosen Behandlung entscheidungsunfähiger gesetzlich unvertreterter Patienten“ in einem solchen Sinn war vom Gesetzgeber nie vorgesehen.

#### *Zu § 37 Satz 3 idgF*

Gem § 37 Satz 3 idgF ist von Behandlungen bei Gefahr im Verzug der gesetzliche Vertreter oder, wenn der Kranke keinen solchen hat, der Patientenanwalt nachträglich von der Behandlung zu verständigen. Um den Rechtsschutz für den Patienten im Zusammenhang mit Behandlungen bei Gefahr in Verzug zu verbessern, ersucht VertretungsNetz, in jedem Fall **eine verpflichtende Verständigung des Patientenanwalts** vorzusehen.

### **Behandlung außerhalb der psychiatrischen Abteilung - § 37a**

#### *Zu § 37a*

In Zusammenhang **mit § 37a ME** ist es VertretungsNetz ein Anliegen zu betonen, dass Unterbringungen iSd UbG nicht dazu missbraucht werden dürfen, um Patienten gegen deren Willen oder ohne ihre Einwilligung einer Behandlung an einer nicht psychiatrischen Abteilung zuzuführen.

Die Entscheidung gem § 36 UbG über die Zulässigkeit einer Behandlung oder über die Genehmigung einer besonderen Heilbehandlung wirkt nicht über die Unterbringung hinaus. **Außerhalb der Unterbringung gelten die Bestimmungen der §§ 252 ff ABGB.** Behandlungen entscheidungsunfähiger Patienten ohne Vertreterzustimmung sind außerhalb des UbG (ausgenommen Fälle von Gefahr in Verzug) nicht erlaubt.

Es sollten daher **lediglich ambulante** Behandlungen außerhalb der psychiatrischen Abteilung **während weiterhin aufrechter Unterbringung** erfolgen. Dies entspricht auch der aktuell gelebten Praxis, da im Falle einer Aufnahme auf einer somatischen Station die Unterbringung regelmäßig beendet wird. In diesen Fällen stellt sich auch nicht die Frage des Wechsels von einem Behandlungsregime in das andere. Jedes andere Vorgehen würde das Personal auch vor unlösbare rechtliche

Schwierigkeiten stellen (Anordnungsbefugnis für Beschränkungen, Ablauf von Zulässigkeitsfristen für die Unterbringung, u.v.m.)

Aus den genannten Gründen erwägt VertretungsNetz folgenden Textvorschlag für § 37a:

**Textvorschlag:** „Muss eine medizinische Behandlung nicht psychiatrischer Art an einem untergebrachten Patienten außerhalb einer psychiatrischen Abteilung ambulant durchgeführt werden, so bleibt die Unterbringung bei Fortbestand der Voraussetzungen des § 3 Z 1 für die Zeit der Behandlung, längstens jedoch für den Zeitraum von 24 Stunden aufrecht“.

Insoweit in **den EB ME (EB, 31)** auf die **§§ 4 ff HeimAufG** verwiesen wird, ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass eine Verlegung untergebrachter Patienten an eine nicht psychiatrische Abteilung **nicht automatisch** die Anwendung des HeimAufG zur Folge hat. **Der Geltungsbereich des HeimAufG in Krankenanstalten ist personenbezogen.** Voraussetzung für den Rechtsschutz durch das HeimAufG ist, dass der Patient wegen seiner psychischen Krankheit der ständigen Pflege und Betreuung bedarf (§ 2 Abs 1 2. Satz HeimAufG, vgl OGH 19.12.20212, 7 Ob 194/12y).

**In Zusammenhang mit § 39d Abs 2 Z 3 und § 32 Abs 3 Z 2 ME** stellt sich die Frage, ob der Abteilungsleiter einer somatischen Abteilung verpflichtet ist, die Rückführung des Patienten zur veranlassen.

Aus Sicht von VertretungsNetz hat der Leiter der somatischen Abteilung zu entscheiden, ob aus seiner Sicht eine weitere Behandlung (auch gegen den Willen des Patienten) an einer psychiatrischen Abteilung erforderlich sein könnte. In diesem Fall wären (wie auch jetzt) die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes zu verständigen. **Eine Verpflichtung zur Rücktransferierung darf aus Sicht von VertretungsNetz aus den genannten Bestimmungen nicht abgeleitet werden.** Aufgrund dieser Überlegungen ersucht VertretungsNetz von der Möglichkeit der „erleichterten“ Rückführung innerhalb von 7 Tagen gem. § 9 Abs 3 Z 4 ME Abstand zu nehmen.

Siehe auch Ausführungen zu § 9 Abs 3 Z 4 und zu § 32 Abs 3 Z 2 ME.

## **Verfahren bei Beschränkungen und Behandlungen - §§ 38, 38a**

### *Zu § 38*

In § 38 Abs 2 ME ist die Wortfolge „sowie über die Genehmigung einer besonderen Heilbehandlung“ ersatzlos zu streichen. Gem. § 36 Abs 2 und 3 ME hat das Gericht nicht die besondere Heilbehandlung zu genehmigen, sondern **über deren Zulässigkeit zu entscheiden**.

VertretungsNetz ersucht, die Beschlussausfertigung (§ 38 Abs 2) nicht bloß auf Antrag, sondern obligatorisch vorzusehen.

### *Zu § 38a*

**§ 38a Abs 1** regelt die nachträgliche Überprüfung der Unterbringung sowie der weiteren Maßnahmen gem. §§ 33 ff. Immer wieder werden schon jetzt von den Gerichten vergangene Zeiträume einer Unterbringung für unzulässig und zugleich die weitere Unterbringung für zulässig erklärt. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn die formellen Voraussetzungen zu Beginn der Unterbringung nicht eingehalten wurden. Diese (meist unaufwändigen) Überprüfungen gem. § 38a finden häufig am selben Tag wie die Erstanhörung, also während aufrechter Unterbringung statt.

Nach der Fassung des ME wäre aber eine nachträgliche Überprüfung vergangener Unterbringungszeiträume erst nach Beendigung der Unterbringung möglich, was zu einer Verkomplizierung des Verfahrens führen würde (Antragstellung nach Beendigung, Ladung des Patienten nach seiner Entlassung zu Gericht, weiterer Tagsatzungstermin ...)

Aus den angeführten Gründen schlägt VertretungsNetz für § 38 Abs 1 die Ergänzung des Worts „auch“ sowie durch Satz 2 vor. Ohne diese Ergänzung bliebe unklar, ob ein bereits eingeleitetes Verfahren fortzuführen oder einzustellen ist, wenn der Patient während des Verfahrens, aber später als einen Monat nach Aufhebung der Unterbringung verstirbt.

**Textvorschlag:** „Auf Antrag des Patienten oder seines Vertreters hat das Gericht nachträglich über die Zulässigkeit der Unterbringung, der Beschränkung der Bewegungsfreiheit, der Einschränkung der Kontakte zur Außenwelt, der Beschränkung eines sonstigen Rechts oder der medizinischen Behandlung zu entscheiden, **auch** wenn die Unterbringung bereits aufgehoben oder die Beschränkung, Einschränkung oder Behandlung bereits beendet wurde und seit dem Ende der Unterbringung nicht mehr als drei Jahre vergangen sind. **Ein bereits anhängiges Verfahren ist ungeachtet des Zeitpunkts des Ablebens fortzuführen.**“

**§ 38a Abs 3** ist sprachlich an die neuen Formulierungen der Novelle anzupassen:  
„*Einschränkung der Kontakte zur Außenwelt*“ anstelle „Einschränkung des Verkehrs mit der Außenwelt“; „*medizinische Behandlung*“ anstelle von „ärztlicher Behandlung“.

### **Einsicht in die Krankengeschichte - § 39**

Zu § 39

VertretungsNetz verweist auf seine Ausführungen zu § 6 Abs 4 und schlägt folgende textliche Ergänzung vor, um das **Einsichtsrecht des Patientenanwalts bei Unterbringungen auf Verlangen** sicherzustellen:

*„§ 39. Der Patient, **der Patientenanwalt, der (die) gesetzlichen Vertreter, der (die) gewählten Vertreter** haben Recht auf Einsicht in die Krankengeschichte. **Das Einsichtsrecht des Patientenanwalts besteht auch bei Unterbringungen auf Verlangen.**“*

### **Verarbeitung von Daten - § 39a bis § 39f**

*Allgemeine Anmerkung*

Es muss gewährleistet werden, dass durch diese Bestimmungen bei den verschiedenen Berufsgruppen (insbesondere außerhalb der psychiatrischen Abteilung) **keine erleichterte Auffindbarkeit von personenbezogenen Daten nach Unterbringungskriterien ermöglicht wird (GES Kartei)**.

*Zu § 39a (Datenverarbeitung im Rahmen der ärztlichen Untersuchung)*

Gem. **§ 39a Abs 1 ME** sind die in § 8 Abs 1 genannten Ärzte **ermächtigt**, den in § 8 Abs 3 genannten Personen und Stellen die zur Abklärung, ob die betroffenen Person in anderer Weise als durch Unterbringung ausreichend medizinisch behandelt oder betreut werden kann, erforderlichen Informationen über die Krankheit der betroffenen Person und ihren Betreuungsbedarf zu übermitteln. **Gem. Abs 2** dürfen die kontaktierten Stellen Informationen über Krankheit und Betreuungsbedarf der betroffenen Person dann verarbeiten, wenn diese zur Betreuung übernommen wird. Die Daten sind jedenfalls nach Beendigung der Betreuung zu löschen.

In diesem Zusammenhang ergeben sich folgende Überlegungen:

Es geht an dieser Stelle um die Voraussetzungen für die **Durchbrechung der ärztlichen Verschwiegenheit**. Gem **§ 54 Abs 2 Z 3 ÄrzteG** verletzt der Arzt die

Verschwiegenheit nicht, wenn „*die durch die Offenbarung des Geheimnisses bedrohte Person die Ärztin/den Arzt von der Verschwiegenheit entbunden hat*“. In Fällen, in denen ein (behandelnder) Arzt oder Krisendienst kontaktiert werden kann, um die Subsidiarität zur Unterbringung in einer psychiatrischen Abteilung abzuklären, ist davon auszugehen, dass diese Abklärung im Einverständnis mit der betroffenen Person erfolgt und der Arzt (§ 8 Abs 1 UbG) insofern von seiner Verschwiegenheit entbunden ist. In den **EB ME zu § 39a UbG** wird in diesem Zusammenhang davon ausgegangen, dass ein Gespräch mit einem Arzt oder Dienst gem **§ 8 Abs 3 Z 2 und 3 ME** nach Einwilligung mit der betroffenen Person erfolgt. VertretungsNetz weist darauf hin, dass in § 8 Abs 3 Z 2 und 3 ME das Erfordernis der Einwilligung nicht genannt ist.

Im Zusammenhang mit der Datenverarbeitung der iSd Abs 2 kontaktierten Stellen stellt sich die **Frage nach der Geltung der jeweiligen berufsrechtlichen Dokumentationsvorschriften**. So ist zB. gem **§ 51 Abs 1 ÄrzteG** der Arzt verpflichtet, **Aufzeichnungen über jede zur Beratung oder Behandlung übernommene Person (...)** zu führen (...). *Der Patient hat das Recht in die Dokumentation einzusehen*. Eine Klarstellung dieser Bestimmung im Verhältnis zu berufsrechtlichen Dokumentationspflichten wäre wünschenswert.

*Zu § 39b (Datenverarbeitung durch die Sicherheitsbehörden)*

In Zusammenhang mit **§ 39b Abs 1 ME** begrüßt VertretungsNetz den ergänzten Hinweis der **unverzüglichen Übermittlung**. Es handelt sich hier um eine Mitteilungspflicht (arg: „*hat ... zu übermitteln*“).

Die in **§ 39b Abs 3 ME** vorgesehene Möglichkeit der **Weitergabe einer Information über den Verdacht des Vorliegens einer psychischen Krankheit** an die für das Waffen-, Schieß-, Munitions- und Sprengmittelwesen zuständigen Behörden ist **nicht neu** (§ 39b Abs 2 UbG idgF). Ergänzt wurden die für das Luftfahrt- und Eisenbahnwesen zuständigen Behörden. Dass die Meldung an die Führerscheinbehörde nicht vorgesehen ist, wird ausdrücklich begrüßt. Dennoch wird diese Bestimmung iZm § 39e Abs 3 ME als **nicht treffsicher** beurteilt, da das Kriterium, dass eine vorläufige Zulässigkeit der Unterbringung vorliegt (Z2), **keinen Hinweis auf eine allfällige Gefährdung anderer Personen** im Hinblick auf die Nutzung von Waffen oder das Lenken von Flugzeugen bzw Zügen hat. Abs 3 ist daher ersatzlos zu streichen.



*Zu § 39c (Datenverarbeitung durch den Abteilungsleiter)*

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Nicht-Vorhandensein von Dokumenten (**§ 39c Abs 2 Z 1 u Z 2 ME**) nicht zu einer Verzögerung der **Verständigung des Gerichts über die Unterbringung gem. § 17 UbG** führen darf. Diese hat **uneingeschränkt unverzüglich** zu erfolgen. VertretungsNetz ersucht dringend um die Aufnahme eines entsprechenden Hinweises in die Erläuterungen. Alternativ wird vorgeschlagen, § 17 Satz 2 UbG idGF in § 39c Abs 2 zu übernehmen und den Abteilungsleiter zu verpflichten, die übrigen Dokumente ohne unnötigen Aufschub weiterzuleiten.

**Textvorschlag:** „Der Abteilungsleiter hat der Verständigung des Gerichts nach § 17 eine maschinschriftliche Ausfertigung des ärztlichen Zeugnisses (§ 10 Abs 1) sowie allenfalls ein gemäß § 10 Abs 3 erstelltes zweites ärztliches Zeugnis in maschinschriftlicher Ausfertigung anzuschließen. Die ärztliche Bescheinigung nach § 8 sowie der Bericht der Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes sind, sofern sie zu, Zeitpunkt der Verständigung gem. § 17 noch nicht vorliegen, ohne unnötigen Aufschub weiterzuleiten, sobald sie zur Verfügung stehen weiterzuleiten.“

Im Zusammenhang mit **§ 39c Abs 3 ME** wird auf die **Ausführungen zu § 39a Abs 2** hingewiesen, insbesondere auf Dokumentationspflichten aus berufsrechtlichen oder anderen gesetzlichen oder vertraglichen Verpflichtungen.

*Zu § 39c Abs 4*

Zweck der Bestimmung ist es, die Exekutive im Falle einer **aufrechten** Maßnahme nach dem Gewaltschutzrecht in die Lage zu versetzen, allenfalls erforderliche Schritte zu unternehmen, um allenfalls eine erneute Gefährdung hintanzuhalten. Ist diese Gewaltschutzmaßnahme hingegen nicht mehr aufrecht, wäre eine Mitteilung an die Exekutive unverhältnismäßig und sinnentleert.

Daher schlägt VertretungsNetz vor, § 39c Abs 4 um folgenden Halbsatz zu ergänzen:

**Textvorschlag:** „... sofern ihm nicht bekannt geworden ist, dass das Betretungs- und Annäherungsverbot gemäß § 38a Abs. 1 SPG oder die einstweilige Verfügung nach §§ 382b, 382c und 382d EO nicht mehr wirksam sind.“

*Zu § 39c Abs 5*

Aus Sicht von VertretungsNetz ist zu hinterfragen, ob § 39c Abs 5 ME ergänzend zum Anzeige- und Anhalterecht gem § 80 StPO des Abteilungsleiters überhaupt notwendig ist. Es obliegt uE nicht dem Abteilungsleiter eine Beurteilung über die gegenwärtige und erhebliche Fremdgefährdung – in diesen Fällen unabhängig von einer psychischen Erkrankung – zu fällen. Diese sowie ein allfälliges sicherheitsbehördliches Einschreiten ist alleine Aufgabe der Sicherheitsbehörden.

*Zu § 39d*

**Zu § 39d Abs 1** sei auf die Ausführungen zu § 32b Abs 1 verwiesen.

Gem **§ 39d Abs 2 Z 2 ME** hat der Abteilungsleiter von der Aufhebung der Unterbringung unverzüglich die vorführende Sicherheitsdienststelle zu verständigen, wenn der Patient der Abteilung eigenmächtig ferngeblieben ist und der Abteilungsleiter die Voraussetzungen des § 3 weiterhin für gegeben erachtet. VertretungsNetz verweist auf die **Ausführungen zu § 9 Abs 3 Z 3**. Die Sicherheitsbehörde wird unverzüglich von der Abgängigkeit eines Patienten zu verständigen sein, wenn Voraussetzungen des § 3 aus Abteilungsleitersicht vorliegen, um auf diese Weise die Fahndung nach dem Patienten und eine Rückverbringung zu gewährleisten; und zwar zeitnah nachdem die Abgängigkeit von der Abteilung bemerkt wurde. Dies entspricht auch der bisherigen Praxis.

Sofern eine Unterscheidung zwischen der „vorführenden Sicherheitsdienststelle“ und jener Dienststelle die zur Fahndung informiert wird, beabsichtigt war, ist dies in den Erläuterungen unbedingt klarzustellen.

Da ohne vorangehende Information gem Abs 2 (Aufhebung der Unterbringung und Weiterbestehen der Voraussetzungen gem. § 3) eine Verständigung gem Abs 3 (über das Nichtvorliegen der Gefährdung) keinen Sinn machen würde, wird angeregt, § 39d Abs 4 ME um folgenden Halbsatz zu ergänzen:

**Textvorschlag:** „..., sofern er diese von der Aufhebung der Unterbringung gem Absatz 2 verständigt hatte.“

*Zu § 39e*

*§ 39e Abs 3*

Zu dieser Bestimmung wird auf § 39b Abs 3 verwiesen. Daraus ergibt sich, dass § 39e Abs 3 ersatzlos zu streichen ist.

#### *§ 39e Abs 4*

Sinn und Zweck dieser Übermittlung ist die Erfüllung der Aufsichtspflicht des Bundesministers gem § 2 Abs 2. Dafür ist die Kenntnis personenbezogener Daten nicht erforderlich und wäre datenschutzrechtlich überschießend. Aus diesem Grund ist es erforderlich sicherzustellen, dass Beschlüsse ausschließlich anonymisiert (pseudonymisiert) übermittelt werden dürfen.

Die Unterbringungsgerichte erklären Maßnahmen mitunter nicht für „unzulässig“, sondern sprechen aus, dass diese „nicht dem Gesetz entsprochen haben“. Diese Formulierung wird immer wieder dann verwendet, wenn Maßnahmen aus formellen Gründen unzulässig waren. Da die Aufsichtspflicht auch die Einhaltung formeller Vorschriften umfasst, sollte zumindest in den EB klargestellt werden, dass auch derartige Beschlüsse (ohne personenbezogene Daten) dem Bundesminister zu übermitteln sind.

#### *Zu § 39f*

In den EB zu § 39f ME wird darauf verwiesen, dass die DSGVO in den Art 12 bis 23 die Betroffenenrechte unmittelbar regelt und aus diesem Grund auf § 39a UbG idgF verzichtet werden könne. VertretungsNetz teilt diese Ansicht nicht. Zu verweisen ist insbesondere auf das Akteneinsichtsrecht gem § 17 AVG, auf welches in § 39a UbG idgF ausdrücklich verwiesen wird. Dieses Akteneinsichtsrecht kann nicht durch Informationsrechte Betroffener, die aufgrund der DSGVO zustehen, ersetzt werden.

Abschließend ist zu betonen, dass betroffene Personen im Sinn der Bestimmungen der DSGVO über die Verarbeitung ihrer Daten und die ihnen in diesem Zusammenhang zustehenden Rechte zu informieren sind.

### **Besondere Bestimmungen für die Unterbringung Minderjähriger - § 41a bis § 41g**

#### *Vorbemerkung*

Allgemein wird darauf hingewiesen, dass bei unklaren Rechtsbegriffen im Zusammenhang mit der Unterbringung Minderjähriger **verfassungskonforme Interpretationen** stets unter Rückgriff auf das **BVG über die Rechte von Kindern (BGBl I 2011/4)** zu erfolgen haben (Art 1 – Wohl des Kindes als vorrangige Erwägung, Art 2 – Anspruch auf persönliche Beziehungen und regelmäßige Kontakte zu den Eltern, auf besonderen Schutz und Beistand des Staates, wenn das Kind aus seinem familiären

Umfeld dauernd oder vorübergehend herausgelöst ist, Art 4 – Recht auf angemessene Beteiligung und Berücksichtigung seiner Meinung, Art 5 – Recht auf gewaltfreie Erziehung, Art 6 – Anspruch auf Gleichbehandlung von behinderten und nicht behinderten Kindern in allen Bereichen des täglichen Lebens uam). Eine Beschränkung der verfassungsrechtlich gewährleisteten Rechte ist gemäß Art 7 nur unter einem strengen Eingriffsvorbehalt und ausdrücklicher einfachgesetzlicher Determinierung zulässig!

Neue Gesetze haben diese verfassungsgesetzlichen Vorgaben in besonderer Weise umzusetzen. Erst kürzlich zog die Vorsitzende der beim Justizministerium angesiedelten Kindeswohlkommission, Irmgard Griss, bezüglich Kindern im Asylverfahren einen ernüchternden Befund: „*In der Verfassung sind die Kinderrechte zwar abgesichert*“, so Griss, „*aber im geltenden Recht, da wird das immer dünner und weniger. Unten, bei den Kindern selbst, kommt wenig an.*“ (<https://www.diepresse.com/5964446/griss-zu-asylverfahren-kinder-werden-kaum-beruecksichtigt>, Artikel vom 12.04.2021).

Auch diese Novellierung des Unterbringungsrechts bietet daher wieder Gelegenheit, die Rechte von Minderjährigen in besonders vulnerablen Lebenssituationen in verfassungskonformer Weise auszugestalten!

#### *Zu § 41a – Voraussetzungen der Unterbringung*

**Abs 1:** VertretungsNetz begrüßt die von § 41a ME intendierte besonders **sorgfältige Abklärung von Alternativen zur Unterbringung bei Minderjährigen** über die in § 8 Abs 3 genannten Stellen hinaus. Der Wortlaut des § 41a scheint die obligatorische und nachweisliche Beiziehung des KJHT r und eines auf Minderjährige spezialisierten Kriseninterventionsteams zu relativieren, da eine Einschränkung auf zur Verfügung stehende Krisenteams gemacht wird.

VertretungsNetz ersucht daher um die **Streichung des Passus „wenn ein solches zur Verfügung steht“**, und fordert ein klares **politisches Bekenntnis** des Gesetzgebers, durch eine uneingeschränkte gesetzliche Verpflichtung den Ausbau und die hinreichende Ressourcenausstattung regionaler **Kriseninterventionsteams** voranzutreiben.

**Abs 2:** Der Textentwurf sowie die EB enthalten uE eine sprachliche Unschärfe, die impliziert, dass die Familie eines der Probleme des Minderjährigen darstelle – eine Wortwahl, die Eltern und Angehörige verletzen könnte: „*den Minderjährigen mit seinen Problemen einschließlich seiner Familie (...) kennenzulernen*“ – dieser Eindruck könnte durch eine Neuordnung der Satzglieder vermieden werden:  
**Textvorschlag:** „*den Minderjährigen einschließlich seiner Familie, mit seinen Problemen und seinem Lebensraum kennenzulernen*“.

### Zu § 41b – Unterbringung auf Verlangen

VertretungsNetz begrüßt, dass **nur entscheidungsfähige Minderjährige höchstpersönlich** ein Verlangen auf Unterbringung (UaV) stellen können und diese Entscheidung nicht durch die Zustimmung eines Erziehungsberechtigten ersetzt werden darf (dies entspricht dem Erfordernis höchstpersönlicher Einwilligung in § 4 Abs 1 UbG, vgl auch § 3 Abs 2 HeimAufG). Durch diese Änderung kommt nun auch allen nicht entscheidungsfähigen Minderjährigen im Falle einer Unterbringung (die dann nur eine Unterbringung „ohne Verlangen“ sein darf) Anspruch auf ein gerichtliches **Unterbringungsverfahren** zu – eine klare Verbesserung im Rechtsschutz. Des Weiteren ist die Klarstellung (EB 39, zweiter Absatz) sehr hilfreich, dass der verfassungsrechtliche Eingriffstatbestand für Freiheitsentziehungen nach dem UbG, das iSd Art 10 (1) Z 12 B-VG dem „Gesundheitswesen“ zuzuordnen ist, **stets Art 2 (1) Z 5 PersFrG** sein muss („wegen psychischer Erkrankung sich oder andere gefährde“), und somit im Rahmen des UbG kein Raum besteht für Freiheitsentziehungen „zum Zweck notwendiger Erziehungsmaßnahmen Minderjähriger“ (**Art 2 (1) Z 6 PersFrG**) – dies ist bei Einrichtungen für Kinder und Jugendliche im Geltungsbereich des HeimAufG ebenso zu bewerten: UbG und HeimAufG dürfen **keinen Zulässigkeitsrahmen für altersuntypische Freiheitsentziehungen aus pädagogischen Erwägungen**, sondern stets nur **zur Abwendung spezifisch erkrankungsbedingter Gefahren** bieten!

In Ergänzung zu den Anmerkungen zu § 4 tritt VertretungsNetz dafür ein, dass weitergehende Bewegungsbeschränkungen iSd § 33 Abs 3 UbG – auf einen Raum oder innerhalb eines Raumes – ausschließlich im Rahmen einer Unterbringung ohne Verlangen stattfinden dürfen, da diesbezüglich in der Regel nicht mehr von Freiwilligkeit auszugehen ist.

Es wird ersucht, § 41b (1) um folgenden Satz zu ergänzen:

*„Beschränkungen auf einen Raum oder innerhalb eines Raumes (§ 33 Abs 3) dürfen ausschließlich im Rahmen einer Unterbringung ohne Verlangen stattfinden.“*

### Zu § 41c – Unterbringung ohne Verlangen

**Abs 2:** Das auf Verlangen eines Minderjährigen oder seines Vertreters zu erstellende **zweite Facharztzeugnis muss** laut § 41c Abs 2 ME **verpflichtend durch einen / eine Facharzt / -ärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie (FA KJP)** erstellt werden (arg: „hat... zu“) – VertretungsNetz begrüßt diesen (obligatorisch ausgestalteten) Rechtsanspruch, denn Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf bestmögliche Versorgung im inhaltlich eigenständigen Sonderfach **Kinder- und Jugendpsychiatrie** (vgl Anlage 14 der ÄAO 2015).

In den **Absätzen 4 und 5** wird dieses Bekenntnis zum FA für KJP für untergebrachte Minderjährige im Stadium der Sachverständigenbestellung jedoch leider wieder fallen gelassen. Es besteht ernster Anlass zur Sorge, dass eine bloß „**tunlichste**“ **Beiziehung** die bestehende **Mangelsituation im Sonderfach Kinder- und Jugendpsychiatrie** nicht aufzubrechen vermag, ja sogar verfestigen könnte. VertretungsNetz erscheint es dringend geboten, dass über entsprechenden Antrag **verpflichtend ein/-e Facharzt / Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie** als Sachverständige/-r zu bestellen ist. Der allfällige Mangel an Fachärzten und Fachärztinnen in der Praxis darf nicht dazu führen, dass eine entsprechende fachärztliche Begutachtung gar nicht erst gesetzlich vorgesehen wird. Der bestmögliche Schutz und die optimale fachärztliche Betreuung und Begutachtung sind ua aufgrund der Art 1 und 6 BVG über die Rechte von Kindern, der Kinderrechtskonvention (UN-KRK) und des § 138 ABGB (Kindeswohl) geboten. Es entspricht ständiger OGH-Judikatur, dass Ressourcenmängel keine Verstöße gegen formelle Zulässigkeitsvoraussetzungen bei Grundrechtseingriffen rechtfertigen können. Umso mehr sollte der Gesetzgeber die Verpflichtung zur Beiziehung eines einschlägigen Facharztes dazu nutzen, um **auf die Weiterentwicklung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in Österreich positiv einzuwirken**.

#### *Zu § 41d – Medizinische Behandlung*

**Spezialität:** Es wird um Klarstellung ersucht, dass **§ 41d ME im Verhältnis zu § 173 ABGB eine lex specialis darstellt**, die die Anwendung des § 173 ABGB – während aufrechter Unterbringung eines Minderjährigen – verdrängt. (Dies geht aus EB 40, sechster Absatz, hervor, da „*der Rechtsbestand des § 173 ABGB in das UbG aufgenommen werden*“ soll).

Im Verhältnis zu § 36 UbG soll § 41d ME ebenso eine lex specialis darstellen (idS EB 38, erster Absatz). Aus den Behandlungsregeln für Erwachsene sind aber die §§ 35, 37 und 37a auch auf Minderjährige entsprechend anzuwenden (so der explizite Verweis in § 41d Abs 5).

**Abs 1:** Abweichend von § 173 (1) ABGB enthält § 41d ME **keine gesetzliche Vermutung der Entscheidungsfähigkeit mit Mündigkeit** des Minderjährigen. Auf der Grundlage des **Gleichheitssatzes** erscheint diesbezüglich eine Unterscheidung zwischen UbG und ABGB als nicht überzeugend, zumal das ABGB auch Behandlungen „*besonderer Tragweite*“ einschließt, bezüglich derer der Entscheidung eines entscheidungsfähigen Minderjährigen Gewicht beigemessen wird. VertretungsNetz gibt zu bedenken, dass gerade Minderjährige mit Psychiaterfahrung häufig über umfassende Vorerfahrungen und Informationen, eine wohl überlegte Meinungsbildung über ihr psychiatrisches Krankheitsbild und in diesem Sinne auch über eine im

Vergleich zu Gleichaltrige überdurchschnittliche Entscheidungsfähigkeit in konkreten Zusammenhang verfügen, die eine solche gesetzliche Vermutung in besonderem Maß rechtfertigen würde. Ohne gesetzliche Vermutung der Entscheidungsfähigkeit ist zu befürchten, dass Minderjährigen diese im Einzelfall bei Vorliegen einer psychischen Erkrankung eher vorschnell nicht (aktiv) zuerkannt würde, als wenn deren Fehlen im Einzelfall besonderer Begründung bedürfte – eine widerlegliche Vermutung der Entscheidungsfähigkeit ist dem Erhalt der autonomen Entscheidungsmöglichkeiten des Minderjährigen daher zuträglich.

VertretungsNetz schlägt vor, eine **gesetzliche Vermutung der Entscheidungsfähigkeit** untergebrachter Minderjähriger (widerleglich) **bei Vollendung des 12. Lebensjahres** anzusetzen – jene Altersgrenze, bei der in Obsorgeverfahren den Wünschen eines Minderjährigen, bei welchem getrennt lebenden Elternteil er wohnen möchte, von ständiger Rechtsprechung ausschlaggebendes Gewicht beigemessen wird (für viele: OGH 18.02.2010, 6 Ob 7/10p).

Gemäß Art 4 BVG Kinderrechte hat das Kind das verfassungsgesetzlich abgesicherte Recht auf angemessene Beteiligung und Berücksichtigung seiner Meinung in allen das Kind betreffenden Angelegenheiten, in einer seinem Alter und seiner Entwicklung entsprechenden Weise. Gerade eine Unterbringung als außergewöhnliche Lebenssituation eines Minderjährigen rechtfertigt diese gesetzliche Vermutung der Entscheidungsfähigkeit ab der genannten Altersgrenze des vollendeten 12. Lebensjahres, da dadurch eine gründliche gerichtliche Auseinandersetzung und Würdigung der kindlichen Wünsche, Werthaltungen und Meinungsbildung stattfinden kann. Gemäß Art 2 Abs 2 BVG Kinderrechte hat das Kind im Unterbringungskontext („außerhalb seines familiären Umfelds“) dabei Anspruch auf besonderen Schutz und Beistand des Staates.

**Abs 4:** Es wird angeregt, dass **das Unterbringungsgericht vor Durchführung der Behandlung auch über deren Zulässigkeit zu entscheiden hat,**

- 1) wenn ein nicht entscheidungsfähiger Minderjähriger zu erkennen gibt, dass er eine **Behandlung ablehnt**, oder
- 2) wenn eine **besondere Heilbehandlung** vorgenommen werden soll.

Es ist kein Grund ersichtlich, warum der in **§ 36 Abs 2 und 3 ME** vorgesehene **Rechtsschutz Minderjährigen nicht in gleicher Weise** zukommen soll – darin ist eine klare **Schlechterstellung Minderjähriger im Vergleich zu Erwachsenen** zu erblicken, weshalb diese beiden Tatbestände in § 41 d Abs 4 aufgenommen werden sollten.

Die Dissensformulierung in Abs 4, „*wenn der Erziehungsberechtigte der Behandlung des nicht entscheidungsfähigen Minderjährigen nicht zustimmt und **dadurch dessen***

**Wohlgefährdet**“ sollten nach Auffassung von VertretungsNetz an die Formulierung bei der Behandlung Erwachsener angeglichen werden:

**Textvorschlag:** „wenn der Erziehungsberechtigte der Behandlung (...) nicht zustimmt und dadurch **dem Willen des Minderjährigen nicht entspricht**“.

Eine Behandlungsablehnung von Eltern, die einer ärztlichen Behandlungsempfehlung nicht folgen, muss aber nicht per se „dem Kindeswohl“ widersprechen – vielmehr könnten etwa Eltern anderen (zB psychotherapeutischen) Behandlungsmethoden den Vorzug geben. Aus Sicht von VertretungsNetz muss vermieden werden, dass Erziehungsberechtigte vor dem Unterbringungsgericht unter erheblichen Druck geraten, (uU wohlüberlegte) Behandlungsablehnungen für ein untergebrachtes, nicht entscheidungsfähiges Kind rechtfertigen zu müssen und dabei als „kindeswohlgefährdend“ und uU folglich als ungeeignet zur Obsorgeausübung zu gelten – dies vor dem einzigen Hintergrund, dass sie ärztliche Behandlungsvorschläge hinterfragen und gegebenenfalls ablehnen. Der Prüfungsmaßstab des Ub-Gerichts sollte sein, ob die geplante Behandlung den *leges artis* entspricht und ob sie verhältnismäßig ist – anhand dessen hat es im Dissensfall die Zulässigkeit zu bewerten.

Es ist sicherzustellen, dass vor dem Unterbringungsgericht nur über die Zulässigkeit einer Behandlung entschieden wird – allfällige Obsorgeangelegenheiten, ob Eltern durch ihre (allenfalls pflichtwidrigen) Handlungen oder Unterlassungen das Kindeswohl gefährden, sind ausschließlich vor dem Pflschaftsgericht zu klären.

#### *Zu § 41e – Alterstypische Beschränkungen*

Beschränkungen des Patienten in seiner Bewegungsfreiheit auf einen Raum oder innerhalb eines Raumes (§ 33 Abs 3) sind aus Sicht des Vereins besonders kritisch zu betrachten. In der Praxis gibt es im Rahmen freiwilliger Aufenthalte erhebliche Abgrenzungsschwierigkeiten zur Unterbringung, wenn weitergehende Beschränkungen sich auf eine vermeintliche Alterstypizität berufen und auf diese Weise Minderjährigen der Rechtsschutz des UbG vorenthalten wird. Deshalb schlägt VertretungsNetz vor, **Beschränkungen iSd § 33 Abs 3 UbG vom Begriff der alterstypischen Beschränkung auszunehmen**. Eine Beschränkung auf einen Raum oder innerhalb eines Raumes darf daher **stets nur im Rahmen einer Unterbringung ohne Verlangen** stattfinden (vgl dazu oben bei § 41b).

Der Zwangskontext einer Unterbringung macht es auch notwendig, eine Mitteilungspflicht an die Erziehungsberechtigten vorzusehen. Es wird daher angeregt, eine „**unverzügliche**“ **Mitteilungspflicht** aller alterstypischen Beschränkungen **an die Erziehungsberechtigten** vorzusehen. Eine spätere Information – lediglich binnen 72 Stunden – von nicht alterstypischen Maßnahmen, die noch dazu in vertretungsweise Ausübung der Rechte der Erziehungsberechtigten erfolgen, erscheint unverhältnismäßig. Dadurch, dass die Abteilungen andere Beschränkungen laufend



unverzüglich an den Vertreter mitteilen, wird daraus keine unverhältnismäßige organisatorische Belastung der Abteilungen resultieren. In der Praxis ist Eltern häufig nicht bewusst, welchen Zwangsmaßnahmen ihre Kinder auf psychiatrischen Abteilungen unterworfen werden – dies zum Teil aufgrund von „**Stationsregeln**“, die dem Organisationsablauf einer Krankenanstalt geschuldet sind, aber **nicht aus pädagogischen Erwägungen** erfolgen. Dies eröffnet seitens der Abteilungen **gewisse Missbrauchsgefahren** unter Berufung darauf, dass eine Beschränkung „krankenhaustypisch“, und demnach weitgehend im inhaltlich nicht näher definierten Ausgestaltungsspielraum der Krankenanstalt sei (zB werden „Handyzeiten“ österreichweit an Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie höchst unterschiedlich geregelt).

Um diesen Gefahren eine Überprüfungsmöglichkeit durch einen gesetzlichen Vertreter entgegenzusetzen, ersucht VertretungsNetz dringend, in **§ 41e Abs 2 ME** auch eine **unverzügliche Mitteilungspflicht an den Patientenanwalt** betreffend Beschränkungen an Minderjährigen iSd § 41e Abs 1 ME zu ergänzen. Dadurch würde eine **wirksame Überprüfung** (vgl Art 13 EMRK) auch hinsichtlich solcher Maßnahmen sichergestellt, bei denen die Abteilung zu Unrecht Alterstypizität annimmt. VertretungsNetz möchte aus seiner bisherigen Erfahrung als Patientenanwalt minderjähriger Untergebrachter sowie auch als Bewohnervertreter (iSd § 8 Abs 2 HeimAufG in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche) eindringlich darauf hinweisen, dass die Beurteilung der Altersüblichkeit bzw **Alterstypizität** einer Maßnahme **strikt auf das tatsächliche Lebensalter eines Kindes oder Jugendlichen Bezug nehmen muss** (idS *Bürger/Halmich*, HeimAufG<sup>2</sup> (2019) 74 Rz 47 und *Jaquemar et al*, iFamZ 2018, 238). Bei Abstellen auf einen **krankheitsbedingt abweichenden „Entwicklungsstand“** in einzelnen Teilaspekten der kindlichen Persönlichkeit würde die Begrifflichkeit der Alterstypizität in grundrechtlich bedenklicher Weise ausgehöhlt und zahlreiche Maßnahmen zu Unrecht der Überprüfbarkeit entzogen – es ist daher stets vom numerischen Alter, dem **tatsächlichen Lebensalter auszugehen, um einer Aushöhlungsgefahr entgegenzuwirken!**

Etwa könnte ansonsten bei einem Jugendlichen mit umfassender kognitiver Beeinträchtigung, aber normaler körperlicher Entwicklung, ein Babygitterbett als „dem Entwicklungsstand entsprechend und alterstypisch“ abgetan werden und somit unüberprüfbar bleiben (mwN *Strickmann* in FS Kopetzki (2019) 705 (709), Schutz der persönlichen Freiheit – quo vadis? zu LG Steyr 1 R 217/15b).

VertretungsNetz möchte auf **Literatur** aus dem themenverwandten **HeimAufG** betreffend **Alterstypizität** hinweisen (*BMVRDJ/BMASGK*, Heimaufenthaltsgesetz. Erweiterung des Geltungsbereichs auf Einrichtungen zur Pflege und Erziehung Minderjähriger (Broschüre 2019) 11 f, *Doppel*, Die Pädagogik und der Zwang – eine verhängnisvolle Affäre? Oder: Freiheitsbeschränkende Maßnahmen sind für eine

gesunde Entwicklung des Kindes nicht notwendig, iFamZ 2020, 191;

*Sengschmied/Niedermoser/Jaquemar*, iFamZ 2020, 184).

**Sachverständigen aus den Bereichen Pädagogik, Sonder- und Heilpädagogik, Kinder- und Jugendpsychiatrie uam**, die nach modernsten fachlichen Standards arbeiten, wird entscheidendes Gewicht dabei zukommen, dem unbestimmten Rechtsbegriff der „**Alterstypizität**“ **schrittweise mehr Konturen** zu verleihen.

VertretungsNetz möchte zu bedenken geben, dass eine kasuistische Bewertung vieler einzelner krankenhaustypischer Sachverhalte in den EB (41 f) der gerichtlichen Beurteilung unbestimmter Rechtsbegriffe bereits allzu viele Vorgaben machen könnte und einer unabhängigen Entwicklung von Judikaturlinien auf Basis sachverständiger Gutachten entgegenstehen könnte.

Einige der in den EB angeführten Beispiele sind zudem keine „alterstypischen Beschränkungen“: So gilt etwa das Verbot, ein Ärztezimmer oder den OP-Saal zu betreten, altersunabhängig und für alle PatientInnen. Betretungsverbote einzelner Räume stellen überdies auch keine Bewegungsbeschränkung im verfassungsrechtlichen Ausmaß eines Freiheitsentzugs dar, da ein Betretungsverbot eines einzelnen, etwa privaten Bereichs ausreichend verbleibenden Bewegungsspielraum ermöglicht („negative Konfinierung“). Wird ein minderjähriger Patient allerdings an der Betretung eines solchen abgesperrten Bereichs gehindert, so wird dies bei Ausübung von körperlichem Zwang regelmäßig eine weitergehende Beschränkungsmaßnahme darstellen, die das altersübliche Ausmaß überschreitet (§ 33 Abs 3 UbG).

VertretungsNetz betrachtet die Bezugnahme auf „**in Krankenanstalten typische**“ **Beschränkungen** mit großer Sorge, da dieser Anknüpfungspunkt des „Üblichen“ oder „Typischen“ den Rechtsunterworfenen, nämlich den mit Hoheitsgewalt beliehenen Personen und Stellen, die zu Grundrechtseingriffen ermächtigt werden, allzu viel Gestaltungsspielraum einräumt, sich selbst und ihre Handlungen einer unabhängigen gerichtlichen Überprüfbarkeit zu entziehen, indem Beschränkungen etwa im Wege einer Hausordnung als „krankenhaustypisch“ festgelegt werden. Die Anwendbarkeit einer gesetzlichen Bestimmung auf einen Normunterworfenen sollte aber niemals dessen eigener Definitionsmacht unterliegen, sondern stets anhand objektiver Kriterien bestimmbar sein – ansonsten würde die „normative Kraft des Faktischen“ an die Stelle einer hinreichend determinierten, gesetzlich verbindlichen Handlungsvorgabe an die rechtsunterworfenen Personen treten. Es wird angeregt, den Terminus „**in Krankenanstalten**“ **zu streichen** und stattdessen eine an § 3 (1a) HeimAufG angelehnte Definition der Alterstypizität beschränkender Maßnahmen vorzusehen. Insgesamt möchte VertretungsNetz daher für § 41e folgenden Textvorschlag zur Verfügung stellen:

**Textvorschlag:**

„Alterstypische Beschränkungen

§ 41e

(1) *Alterstypische Beschränkungen an Minderjährigen sind keine Beschränkungen im Sinn der §§ 33 (1) und (2), 34 und 34a.*

(2) *Beschränkungen im Sinn des Abs 1 sind in der Krankengeschichte unter Angabe des Grundes zu dokumentieren und sowohl dem Erziehungsberechtigten des Minderjährigen als auch dem Patientenanwalt unverzüglich mitzuteilen.“*

*Zu § 41g - Verarbeitung von Daten:*

Die Bezugnahme auf die Einwilligung des entscheidungsfähigen Minderjährigen (bzw. andernfalls Zustimmung des Erziehungsberechtigten) bezüglich Informationsweitergabe an die Bildungs- oder Betreuungseinrichtung wird als sehr wichtig erachtet.

VertretungsNetz möchte anregen, das **Ausmaß der zulässigen**

**Informationsweitergabe** über Krankheit und Betreuungsbedarf enger **zu**

**limitieren**, [Textvorschlag:], „(..) **insoweit dies für eine dem Kindeswohl förderliche individuelle Betreuung unbedingt erforderlich ist.**“

Dies ist vor dem Hintergrund bedeutsam, dass hinsichtlich pädagogischen Personals keine strafrechtlich sanktionierte Verschwiegenheitspflicht wie bei Gesundheitsberufen durch § 121 StGB (Verletzung von Berufsgeheimnissen) besteht – eine allzu breite Kenntnis sensibler Gesundheitsdaten im „System Schule“ oder in betreuten Wohneinrichtungen ist zumindest zu befürchten. Dies könnte eine Stigmatisierung von Kindern mit psychischer Erkrankung sowie Folgeprobleme wie Mobbing durch KlassenkollegInnen oder MitbewohnerInnen ungewollt befördern und somit dem Heilungsprozess des Kindes bzw. Jugendlichen abträglich sein.

**ARTIKEL 2 – ÄNDERUNG DES SICHERHEITSPOLIZEIGESETZES**

Vgl. hierzu oben bei § 9 Abs 5 UbG.

**ARTIKEL 3 – ÄNDERUNG DES IPR-GESETZES**

*Zu § 15 IPRG*

VertretungsNetz begrüßt die Einführung einer eigenen Kollisionsnorm für Vertretungen von schutzberechtigten Erwachsenen von Gesetzes wegen, da hierdurch die umstrittene Rechtslage einer **Klärung** zugeführt wird. Bisher bestand erhebliche

Rechtsunsicherheit über die Möglichkeit der Registrierung von gesetzlichen Erwachsenenvertretungen iSd §§ 268 ff ABGB für **Erwachsene ausländischer Staatsangehörigkeit, die bereits jahrelang in Österreich leben**. Durch die Anknüpfung der Voraussetzungen, der Wirkungen und der Beendigung der Vertretung von Gesetzes wegen an den gewöhnlichen Aufenthalt des Erwachsenen im Zeitpunkt der Entstehung der Vertretung wird nun geklärt, dass für diese Personengruppe die gesetzliche Erwachsenenvertretung iSd §§ 268 ff ABGB zur Verfügung steht. Damit wird einem besonderen Bedürfnis aus der Praxis entsprochen. Aufgrund der Unbestimmtheit des Begriffes des gewöhnlichen Aufenthalts und der Vielfältigkeit grenzüberschreitender Lebenssituationen kann es freilich zu Fällen kommen, in denen das anwendbare Recht nicht eindeutig bestimmbar ist und aufgrund der zweifelhaften kollisionsrechtlichen Beurteilung die Befassung eines Gerichtes notwendig wird.

## SCHLUSSBEMERKUNG

- Dass **eine hinreichende Ressourcenausstattung** aller KooperationspartnerInnen eine – wenn nicht „die“ – notwendige Voraussetzung für ein Gelingen der geplanten Änderungen darstellt, wurde in der Einleitung bereits ausführlich behandelt. Davon sind natürlich **auch die (vorrangig personellen) Ressourcen des Vereins** betroffen und wird dieser entsprechend auszustatten sein. So wird es durch die im Entwurf vorgesehenen Behandlungsüberprüfungen im Fall von Ablehnungen durch die untergebrachten PatientInnen zu vermehrten Vorab-Genehmigungsverfahren kommen. Auch die Unterstützung beim Gespräch gem § 32b wird zu einem relevanten Aufwand führen. Schließlich ist ein – wenn auch geringer – Mehraufwand durch die Mitteilung von Unterbringungen auf Verlangen an die Patienten-anwaltschaft und die Meldung von Beschränkungen sonstiger Rechte zu erwarten.
- Es wird angeregt, anstatt dem 1. März 2022 **den 1. April 2022 für das Inkrafttreten vorzusehen**, und dementsprechend in § 42 Abs 5 Z 2, 3 und 4 den „28. Februar 2022“ durch „31. März 2022“ zu ersetzen. Durch die vorgesehenen quartalsweisen statistischen Berichte der Patienten-anwaltschaft wäre es dadurch möglich, exakt ab dem 2. Quartal 2022 Daten anhand der neuen Rechtslage darzustellen, was für statistische Aussagen zu Auswirkungen der Novelle zweckmäßig sein könnte.
- VertretungsNetz möchte die Stellungnahme auch dafür nutzen, erneut auf die Situation der im Maßnahmenvollzug untergebrachten Personen hinzuweisen. Erst am 07.04.2021 wies der *Falter* in seinem Artikel *"Ich habe solche Chats nicht am Handy" (...), Interview mit Justizministerin Alma Zadić* (*Falter* 14/21

vom 07.04.2021) auf die **dramatische Situation** der Häftlinge **im Maßnahmenvollzug** hin.

- VertretungsNetz begrüßt den erneuten Vorstoß der Justizministerin und verweist auf seine mehrfach zu diesen **Reformbestrebungen** veröffentlichten Stellungnahmen (zuletzt: [https://vertretungsnetz.at/fileadmin/user\\_upload/3\\_SERVICE\\_Stellungnahme/2017\\_stellungnahme\\_mvg.pdf](https://vertretungsnetz.at/fileadmin/user_upload/3_SERVICE_Stellungnahme/2017_stellungnahme_mvg.pdf)). Die bereits seit mehreren Jahren angekündigte Reform ist **dringend notwendig**.
- Ausdrücklich wiederholt der Verein seine **Bereitschaft, für die Vertretung** der im **Maßnahmenvollzug** untergebrachten Menschen und deren Rechtsschutz zur Verfügung zu stehen.
- In diesem Zusammenhang soll erneut auf die aus Sicht der Patientenanwaltschaft **nicht nachvollziehbare Ungleichbehandlung** der in der psychiatrischen Abteilung aufhältigen Häftlinge hingewiesen werden. Während jenen Häftlingen, welche aufgrund von § 71 Abs 3 StVG zur Behandlung in die psychiatrische Abteilung „überstellt“ werden, der **Rechtsschutz durch die Vertretung der Patientenanwaltschaft** zugutekommt, wird dieser gem. § 21 Abs 1 untergebrachten Rechtsbrechern, welche (zum Vollzug) in der psychiatrischen Krankenanstalt aufgenommen werden, nicht zugestanden. Dass bei allen Untergebrachten eine Behandlung, allenfalls eine Bewegungsbeschränkung und somit ein Rechtsschutz durch die PatientenanwältInnen erforderlich ist, wurde bisher nicht ausreichend berücksichtigt. Es wird angeregt, im Zuge der aktuellen Reform eine entsprechende **Vertretungsbefugnis für alle gegen ihren Willen in der Abteilung für Psychiatrie untergebrachten PatientInnen** (insbesondere unabhängig von deren „Status“ als Häftling) durch die Patientenanwaltschaft vorzusehen.

Wien, am 19.04.2021

Dr. Peter Schlaffer e.h.

Geschäftsführer

VertretungsNetz – Erwachsenenvertretung, Patientenanwaltschaft, Bewohnervertretung

Zentrum Rennweg, Ungargasse 66/2/3. OG, 1030 Wien

e-mail: [verein@vertretungsnetz.at](mailto:verein@vertretungsnetz.at)

[www.vertretungsnetz.at](http://www.vertretungsnetz.at)