

## 464 der Beilagen zu den Stenographischen Protokollen des Nationalrates XVII. GP

Ausgedruckt am 9. 3. 1988

# Regierungsvorlage

### **Bundesgesetz vom xxxxxxxx über die Rechtsfürsorge für psychisch Kranke in Krankenanstalten**

Der Nationalrat hat beschlossen:

#### **Schutz der Persönlichkeitsrechte**

§ 1. (1) Die Persönlichkeitsrechte psychisch Kranker, die in eine Krankenanstalt aufgenommen werden, sind besonders zu wahren.

(2) Weitere Beschränkungen als solche, die nach anderen Vorschriften zulässig sind, sind nur gestattet, wenn der Kranke in den geschlossenen Bereich einer psychiatrischen Abteilung einer Krankenanstalt aufgenommen ist.

#### **Voraussetzungen der Aufnahme in den geschlossenen Bereich**

§ 2. In den geschlossenen Bereich einer Krankenanstalt dürfen nur Personen aufgenommen werden, die

1. an einer psychischen Krankheit leiden und deshalb ihr Leben oder ihre Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich gefährden und
2. nicht in anderer Weise, besonders ambulant oder im offenen Bereich einer Krankenanstalt, ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden können.

#### **Aufnahme auf Verlangen**

§ 3. (1) Auf eigenes Verlangen dürfen in den geschlossenen Bereich Personen aufgenommen werden, bei denen die Voraussetzungen des § 2 vorliegen und die den Grund und die Bedeutung des Aufenthaltes im geschlossenen Bereich einsehen und ihren Willen danach bestimmen können.

(2) Das Verlangen kann nur vor der Aufnahme eigenhändig, schriftlich und in Gegenwart des mit der Führung der Abteilung betrauten Arztes (Abteilungsleiters) sowie eines weiteren Facharztes für

Psychiatrie und Neurologie (Neurologie und Psychiatrie) (Facharztes) gestellt werden. Es kann jederzeit, auch schlüssig, widerrufen werden; auf dieses Recht ist vor der Aufnahme hinzuweisen. Ein Verzicht auf das Recht des Widerrufs ist unwirksam.

(3) Minderjährige dürfen nur aufgenommen werden, wenn die Erziehungsberechtigten, bei mündigen Minderjährigen auch diese selbst, die Aufnahme verlangen. Weiter ist die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

(4) Verlangt eine Person, der gemäß § 273 ABGB ein Sachwalter bestellt ist, die Aufnahme in den geschlossenen Bereich, so bedarf dieses Verlangens der Zustimmung ihres Sachwalters, sofern dessen Wirkungskreis Willenserklärungen zur Aufnahme in Krankenanstalten umfaßt.

(5) Die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters gemäß Abs. 3 und 4 kann auch schriftlich erklärt werden. Für den Widerruf genügt mit Ausnahme der Äußerung eines unmündigen Minderjährigen die Äußerung auch nur einer der im Abs. 3 und 4 Genannten.

(6) Sämtliche Rechte und Pflichten, die dem Abteilungsleiter nach diesem Bundesgesetz zukommen, gehen im Fall seiner Verhinderung auf seinen Vertreter über.

§ 4. (1) Der Abteilungsleiter und ein weiterer Facharzt haben den Aufnahmewerber zu untersuchen. Dieser darf in den geschlossenen Bereich aufgenommen werden, wenn nach übereinstimmender, unabhängiger Meinung beider Ärzte die Voraussetzungen nach den §§ 2 und 3 vorliegen.

(2) Liegen die Voraussetzungen der Aufnahme vor, so haben die aufnehmenden Ärzte dies in der Krankengeschichte zu beurkunden.

§ 5. (1) Der Aufenthalt im geschlossenen Bereich darf nur sechs Wochen dauern. Er darf auf Verlangen für weitere sechs Wochen verlängert werden; für dieses Verlangen gelten die §§ 2 bis 4 entsprechend. Das Verlangen auf Verlängerung und die

Zustimmung hiezu können spätestens 48 Stunden vor Ablauf der Frist erklärt werden.

(2) Werden weitere Verlangen auf Verlängerung des Aufenthalts im geschlossenen Bereich gestellt, so ist das Gericht gemäß § 9 zu verständigen und das Verfahren gemäß den §§ 10 ff. einzuleiten.

#### Aufnahme ohne Verlangen

§ 6. (1) Eine Person darf zur Aufnahme in den geschlossenen Bereich gegen oder ohne ihren Willen nur dann in eine Krankenanstalt gebracht werden, wenn ein im öffentlichen Sanitätsdienst stehender Arzt oder ein Polizeiarzt die Notwendigkeit einer solchen Aufnahme bescheinigt.

(2) Hiezu hat der im öffentlichen Sanitätsdienst stehende Arzt (Polizeiarzt) unter möglicher Schonung der Person des Kranken zu prüfen, ob die Voraussetzungen des § 2 vorliegen.

(3) Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes sind berechtigt und verpflichtet, Personen, von denen aus besonderen Gründen angenommen werden kann, daß bei ihnen die Voraussetzungen des § 2 Z 1 vorliegen, zur Prüfung nach Abs. 2 zu dem im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden Arzt (Polizeiarzt) zu bringen oder diesen beizuziehen und dann bei entsprechendem Ergebnis dieser Prüfung zur Aufnahme in den geschlossenen Bereich einer Krankenanstalt zu bringen. Hierbei haben sie diese Person möglichst zu schonen, aber auch die notwendigen Vorkehrungen zur Abwendung von Gefahren zu treffen. Wenn die Betreuung und Versorgung dieser Personen dies angezeigt erscheinen lassen, haben die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes den örtlichen Rettungsdienst beizuziehen.

(4) Bei Gefahr im Verzug haben die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes die im Abs. 3 genannten Personen auch ohne Bescheinigung des im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden Arztes (Polizeiarztes) zur Aufnahme in den geschlossenen Bereich in eine Krankenanstalt zu bringen. Der Abs. 3 zweiter und dritter Satz gilt auch hierfür.

§ 7. (1) Der Abteilungsleiter und ein weiterer Facharzt haben die Person zu untersuchen. Diese darf in den geschlossenen Bereich aufgenommen werden, wenn nach übereinstimmender, unabhängiger Meinung beider Ärzte die Voraussetzungen nach § 2 vorliegen.

(2) Der Abteilungsleiter hat den Patientensachwalter (§ 11) unverzüglich von der Aufnahme des Kranken in den geschlossenen Bereich zu verständigen.

§ 8. Der § 7 ist auch anzuwenden, wenn ein auf eigenes Verlangen Aufgenommener das Verlangen widerruft oder es in der Frist des § 5 nicht erneuert und er nicht mit Ablauf der Frist entlassen wird. Desgleichen ist der § 7 anzuwenden, wenn ein auf

eigenes Verlangen Aufgenommener weiteren Beschränkungen, als im § 21 Abs. 2 erster Satz vorgesehen, unterworfen wird.

#### Verständigung des Gerichtes

§ 9. (1) In den Fällen der §§ 5 Abs. 2, 7 und 8 hat der Abteilungsleiter das Bezirksgericht, in dessen Sprengel die Anstalt liegt, umgehend, längstens binnen 48 Stunden, zu verständigen.

(2) Die Verständigung hat alle bis dahin bekannten näheren Umstände zu enthalten.

#### Gegenstand des Verfahrens

§ 10. Das Gericht hat im Verfahren außer Streitsachen nach Prüfung der Voraussetzungen des § 2 über die Zulässigkeit des Verbleibes des Kranken im geschlossenen Bereich zu entscheiden.

#### Vertretung des Kranken

§ 11. (1) Der Vorsteher eines Bezirksgerichtes, in dessen Sprengel eine Anstalt mit einem geschlossenen Bereich liegt, hat für die Kranken, die sich nicht auf eigenes Verlangen im geschlossenen Bereich befinden, von einem geeigneten Verein (Art. IX des Bundesgesetzes über die Sachwaltschaft für behinderte Personen BGBl. Nr. 136/1983) namhaft gemachte Sachwalter allgemein zu bestellen (Patientensachwalter). Erfordert die Größe des geschlossenen Bereichs die Bestellung mehrerer Patientensachwalter, so ist auch deren Zuordnung zu den Kranken zu regeln.

(2) Der Vorsteher des Bezirksgerichtes hat die Bestellung dem Patientensachwalter, dem Verein, der ihn namhaft gemacht hat, der Anstalt mit dem geschlossenen Bereich sowie der Bezirksverwaltungsbehörde und den Gemeinden seines Sprengels zur Kenntnis zu bringen und auf der Amtstafel des Gerichtes anzuschlagen.

(3) Die im geschlossenen Bereich der Anstalt Bediensteten sind verpflichtet, dem Kranken Auskunft darüber zu erteilen, wer sein Patientensachwalter ist, und die Kontaktaufnahme mit diesem zu ermöglichen. Diese Auskunft ist auf Verlangen auch Angehörigen des Kranken zu erteilen.

(4) Der Patientensachwalter wird mit der Aufnahme eines Kranken in den geschlossenen Bereich kraft Gesetzes Vertreter des Kranken für das in diesem Bundesgesetz vorgesehene gerichtliche Verfahren und zur Wahrnehmung der insbesondere in den §§ 21 bis 24 verankerten Rechte gegenüber der Krankenanstalt und dem Gericht. Dadurch wird der Kranke in seiner Geschäftsfähigkeit nicht beschränkt.

(5) Entzieht der Kranke dem Patientensachwalter seine Vertretungsbefugnis und teilt ein vom Kranken selbst gewählter Vertreter dem Gericht seine Bevollmächtigung mit, so hat das Gericht,

sofern dieser Vertreter ein Rechtsanwalt, ein Notar oder sonst eine Person ist, von der angenommen werden kann, daß sie die im Abs. 4 genannten Aufgaben erfüllen wird, den Patientensachwalter und den Abteilungsleiter von der Bevollmächtigung zu verständigen; die Vertretungsbefugnis des Patientensachwalters erlischt, sobald dieser vom Gericht verständigt worden ist.

(6) Das Gericht hat den Abteilungsleiter von der Beendigung des Vollmachtsverhältnisses zu verständigen. Es hat davon den Patientensachwalter ebenfalls zu verständigen, sofern es nicht zugleich die Bevollmächtigung durch einen anderen selbstgewählten Vertreter des Kranken mitteilt. In diesem Fall lebt die Vertretungsbefugnis des Patientensachwalters wieder auf.

(7) Erfordert es das Wohl des Kranken, so hat das Gericht zur Besorgung sonstiger Angelegenheiten (§ 273 ABGB) einen einstweiligen Sachwalter mit der Wirkung des § 273 a ABGB zu bestellen.

#### Anhörung des Kranken

§ 12. (1) Das Gericht hat sich binnen vier Tagen ab Einlangen der Verständigung (§ 9) vom Kranken in der Anstalt einen persönlichen Eindruck zu verschaffen. Es hat ihn über Grund und Zweck des Verfahrens zu unterrichten und hiezu zu hören. Es hat weiter Einsicht in die Krankengeschichte zu nehmen sowie den Abteilungsleiter und den Patientensachwalter zu hören. In der Anstalt befindliche gesetzliche oder gewillkürte Vertreter des Kranken hat es ebenfalls zu hören.

(2) Das Gericht kann den Kranken in Gegenwart eines Sachverständigen aus dem Fachgebiet der Psychiatrie und Neurologie (Neurologie und Psychiatrie) anhören, der nicht der Anstalt angehört, in der sich der Kranke befindet. Es hat hiebei den Sachverständigen um seine Meinung über das Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 zu befragen.

(3) Gelangt das Gericht zum Ergebnis, daß die Voraussetzungen für den Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich nicht vorliegen, so hat es sofort die Entlassung des Kranken aus dem geschlossenen Bereich anzuordnen. Dieser Beschluß wird mit seiner Verkündung wirksam, außer der Abteilungsleiter erklärt sofort, daß er dagegen Rekurs erheben werde; in diesem Fall ist der Beschluß schriftlich auszufertigen.

(4) Wird der Kranke nicht entlassen, so hat das Gericht unverzüglich eine mündliche Verhandlung anzuberaumen; diese hat spätestens innerhalb von 14 Tagen ab der Anhörung des Kranken stattzufinden.

#### Mündliche Verhandlung

§ 13. (1) Zur Vorbereitung der mündlichen Verhandlung hat das Gericht einen, erforderlichenfalls

mehrere Sachverständige im Sinn des § 12 Abs. 2 zu beauftragen, den Patienten raschestmöglich zu untersuchen und schriftlich Gutachten über den Gesundheitszustand des Kranken, Behandlungsmöglichkeiten und die Notwendigkeit des Verbleibes im geschlossenen Bereich unter Berücksichtigung von Alternativen zu erstatten.

(2) Das Gericht hat die Ladung zur mündlichen Verhandlung sowie den Beschluß auf Bestellung des Sachverständigen dem Kranken, seinem gewillkürten Vertreter, dem Patientensachwalter, dem Abteilungsleiter, dem Sachverständigen und, sofern dies möglich ist, dem gesetzlichen Vertreter zuzustellen. Gegen den Beschluß steht kein abgesonderetes Rechtsmittel zu; dies gilt nicht für den Sachverständigen.

(3) Der Sachverständige hat den Kranken so rechtzeitig zu untersuchen, daß das schriftliche Gutachten dem Gericht und dem Patientensachwalter vor der Durchführung der mündlichen Verhandlung zur Verfügung steht. Er hat Ausfertigungen seines schriftlichen Gutachtens dem Gericht, dem gewillkürten Vertreter des Kranken, dem Patientensachwalter und dem Abteilungsleiter zu übermitteln.

(4) Das Gericht kann noch andere Ermittlungen zu den Voraussetzungen nach § 2 durchführen. Es kann auch dem Kranken Nahestehende sowie Personen und Stellen, die dessen ärztliche Behandlung und Betreuung außerhalb einer Anstalt übernehmen könnten, gegebenenfalls schriftlich, vernehmen. Es kann die Sicherheitsbehörden ersuchen, bestimmte Ermittlungen über die im § 2 angeführten Umstände durchzuführen; die Sicherheitsbehörden haben diesem Ersuchen nachzukommen.

(5) Dem Patientensachwalter und dem gewillkürten Vertreter ist mit Zustimmung des Kranken auf Verlangen Einsicht in die Krankengeschichte zu gewähren.

(6) Der Patientensachwalter ist zur Wahrung der ihm in Ausübung seiner Tätigkeit anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet. Diese Pflicht besteht nicht, wenn die Offenbarung des Geheimnisses zur Wahrnehmung der Rechte des Kranken nach diesem Bundesgesetz erforderlich ist.

§ 14. (1) Die Anstalt hat dem Gericht einen zur Durchführung der mündlichen Verhandlung geeigneten Raum zur Verfügung zu stellen. Der Abteilungsleiter hat vor Beginn der mündlichen Verhandlung dem Gericht die auf den letzten Stand gebrachte Krankengeschichte vorzulegen und dafür zu sorgen, daß der Kranke an der mündlichen Verhandlung teilnehmen kann. Dabei ist auch vorzusehen, daß ein wartender Kranker die ihn nicht betreffenden Verhandlungen tunlichst nicht wahrnehmen kann.

(2) Für die mündliche Verhandlung gilt § 239 AußStrG. Das Gericht hat spätestens zu Beginn der mündlichen Verhandlung dem Kranken, seinem Vertreter und dem Patientensachwalter Ablichtungen der Gutachten auszufolgen, sofern dies noch nicht nach § 13 Abs. 3 geschehen ist. Von der Ausfolgung an den Kranken ist abzusehen, wenn dadurch sein Wohl ernsthaft gefährdet würde. Die schriftlich vorliegenden Beweisergebnisse sind eingehend zu erörtern. Das Gericht hat auch erscheinene Auskunftspersonen zu vernehmen. Dem Kranken, seinem Vertreter, dem Patientensachwalter und dem Abteilungsleiter ist Gelegenheit zu geben, zu den für die Entscheidung wesentlichen Fragen Stellung zu nehmen und Fragen an die Auskunftspersonen und den Sachverständigen zu stellen.

### Beschluß

§ 15. (1) Am Ende der mündlichen Verhandlung hat das Gericht mit Beschluß darüber zu entscheiden, ob der Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich zulässig ist.

(2) Der Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich darf für längstens drei Monate ab Aufnahme des Kranken für zulässig erklärt werden.

(3) Der Beschluß ist in der mündlichen Verhandlung in Gegenwart des Kranken zu verkünden, zu begründen und dem Kranken zu erläutern.

(4) Erklärt das Gericht den Verbleib des Kranken für nicht zulässig, so kann der Abteilungsleiter bis zum Ende der mündlichen Verhandlung erklären, daß er gegen den Beschluß des Gerichtes Rekurs erheben werde. Mangels einer solchen Erklärung erlischt sein Rekursrecht; der Kranke ist unverzüglich zu entlassen.

### Zustellung

§ 16. Das Gericht hat spätestens innerhalb einer Woche den Beschluß auszufertigen und dem Kranken, seinem gewillkürten Vertreter, dem Patientensachwalter, dem Abteilungsleiter und, sofern es möglich ist, dem gesetzlichen Vertreter zuzustellen. Ist der Kranke aus der Anstalt entlassen worden und ist seine nunmehrige Anschrift dem Gericht nicht bekannt, so genügt die Zustellung an den Vertreter des Kranken, mangels eines solchen an den Patientensachwalter.

### Rechtsmittel

§ 17. (1) Gegen den Beschluß, mit dem über den Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich entschieden worden ist, ist das Rechtsmittel der Vorstellung unzulässig.

(2) Gegen den Beschluß, mit dem der Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich für zulässig erklärt wird, kann der Kranke, sein Vertreter, der Patientensachwalter, außerdem können die Ver-

wandten in auf- und absteigender Linie, der Ehegatte und der Lebensgefährtin des Kranken Rekurs erheben.

(3) Gegen den Beschluß, mit dem die Entlassung des Kranken angeordnet wird, kann der Abteilungsleiter unter der Voraussetzung des § 15 Abs. 4 innerhalb von acht Tagen Rekurs erheben.

(4) Das Gericht erster Instanz hat unmittelbar nach Einlangen des Rekurses des Abteilungsleiters zu entscheiden, ob dem Rekurs aufschiebende Wirkung zukommt, oder ob der Kranke sofort zu entlassen ist. Gegen diese Entscheidung ist ein absonderliches Rechtsmittel nicht zulässig.

§ 18. (1) Das Gericht zweiter Instanz hat innerhalb von vier Wochen ab Einlangen der Akten zu entscheiden.

(2) Das Gericht hat das Verfahren selbst zu ergänzen oder neu durchzuführen, sofern es eine Ergänzung oder eine neue Durchführung für erforderlich hält. Einen persönlichen Eindruck vom Kranken darf es sich auch durch ein einziges Senatsmitglied verschaffen.

### Aufschiebende Wirkung des Revisionsrekurses

§ 19. (1) Kann der Beschluß des Gerichtes zweiter Instanz, mit dem der Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich für nicht zulässig erklärt wird, durch Rekurs angefochten werden, so kann der Abteilungsleiter unverzüglich nach der Zustellung des Beschlusses dem Gericht mitteilen, daß er einen solchen erheben werde; dies hat er innerhalb von acht Tagen zu tun. Mangels einer solchen Mitteilung erlischt sein Rekursrecht; der Kranke ist unverzüglich zu entlassen. § 17 Abs. 4 ist anzuwenden.

(2) Erklärt der Oberste Gerichtshof den Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich für zulässig und ist die Frist nach den §§ 15 Abs. 2 und 20 Abs. 1 und 2 bereits verstrichen, so hat der Kranke im geschlossenen Bereich zu verbleiben, sofern der Abteilungsleiter unverzüglich nach der Zustellung des Beschlusses des Obersten Gerichtshofs die im § 20 Abs. 1 vorgesehene Mitteilung erstattet.

### Erneuter Beschluß

§ 20. (1) Liegen die Voraussetzungen des § 2 weiterhin vor, so hat der Abteilungsleiter dem Gericht spätestens 48 Stunden vor Ablauf der vom Gericht festgesetzten Frist für den Verbleib im geschlossenen Bereich eine Mitteilung über die Notwendigkeit des Verbleibes des Kranken zu machen. In diesem Fall darf das Gericht den Verbleib zweimal für jeweils längstens sechs Monate verlängern.

(2) Ist der Verbleib des Kranken ohne Unterbrechung über diese Fristen hinaus aus besonderen medizinischen Gründen notwendig, so darf die

Zulässigkeit des Verbleibes nur auf Grund der übereinstimmenden Gutachten zweier Sachverständiger (§ 12 Abs. 2) verlängert werden, die im bisherigen Verfahren noch nicht herangezogen worden sind. Ein solcher Beschluß darf die Zulässigkeit des Verbleibes des Kranken im geschlossenen Bereich jeweils nur für längstens ein Jahr erklären.

(3) Die §§ 13 bis 19 sind anzuwenden.

### **Beschränkungen**

§ 21. (1) Beschränkungen des Kranken im geschlossenen Bereich sind nach Art, Umfang und Dauer nur so weit zulässig, als dies im Einzelfall zur Abwehr einer Gefahr im Sinn des § 2 und zur ärztlichen Behandlung und Betreuung des Kranken nötig ist.

(2) Im allgemeinen darf die Freiheit des Kranken nur auf die Bewegung in bestimmten räumlichen Bereichen beschränkt werden. Weitergehende Beschränkungen sind nur zulässig, wenn sie zur ärztlichen Behandlung und Betreuung unbedingt notwendig sind. Solche Beschränkungen sind jeweils vom behandelnden Arzt unter Angabe des Grundes in der Krankengeschichte zu beurkunden und unverzüglich dem Patientensachwalter oder seinem gewillkürten Vertreter mitzuteilen.

(3) Wird ein auf eigenes Verlangen im geschlossenen Bereich aufgenommener Kranker solchen weitergehenden Beschränkungen unterworfen, so sind das Gericht (§ 9 Abs. 1) und der Patientensachwalter hievon längstens binnen 48 Stunden zu verständigen. Das Gericht hat das Verfahren nach den §§ 10 ff. einzuleiten. Der Patientensachwalter wird mit seiner Verständigung Vertreter des Kranken im Sinn des § 11 Abs. 4.

(4) Wird ein nicht auf eigenes Verlangen im geschlossenen Bereich aufgenommener Kranker weiteren Beschränkungen unterworfen, so kann er, sein Vertreter und der Patientensachwalter das Gericht (§ 9 Abs. 1) anrufen. Dieses hat im außerstreitigen Verfahren zu entscheiden, ob die Aufrechterhaltung der weiteren Beschränkungen zulässig ist.

§ 22. (1) Der Schriftverkehr des Kranken darf nicht beschränkt werden.

(2) Das Recht des Kranken, andere Postsendungen abzusenden und zu empfangen, darf nur beschränkt werden, soweit das Gericht (§ 9 Abs. 1) dies zur Sicherung des Wohles des Kranken auf Antrag des Abteilungsleiters genehmigt.

§ 23. (1) Das Recht eines Kranken, Besuche zu empfangen, darf nur dann vorübergehend eingeschränkt werden, wenn die Besuche dem Kranken einen gesundheitlichen Schaden zufügen würden. Beschränkungen sind jeweils vom behandelnden Arzt unter Angabe des Grundes in der Krankengeschichte zu beurkunden.

(2) Der Verkehr des Kranken mit seinem Patientensachwalter (§ 11) und seinem Vertreter unterliegt keiner Beschränkung.

### **Behandlung**

§ 24. (1) Auch im geschlossenen Bereich ist die ärztliche Behandlung nur mit Zustimmung des Kranken (seines gesetzlichen Vertreters) zulässig. Der behandelnde Arzt hat sich um eine solche Zustimmung zu bemühen.

(2) Die Zustimmung des Kranken (seines gesetzlichen Vertreters) ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, daß der mit der Einholung der Zustimmung verbundene Aufschub das Leben des Kranken gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung seiner Gesundheit verbunden wäre. Davon hat der Abteilungsleiter unverzüglich den Vertreter des Kranken und den Patientensachwalter zu verständigen.

### **Entlassung**

§ 25. (1) Abgesehen von den Fällen, in denen das Gericht den Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich für nicht zulässig erklärt, ist der Kranke zu entlassen, wenn sich sonst zeigt, daß die Voraussetzungen des § 2 weggefallen sind.

(2) Der Abteilungsleiter hat von der Entlassung nach Abs. 1 unverzüglich das nach § 9 Abs. 1 zuständige Gericht, wenn dieses in der Sache befaßt gewesen ist, sowie den Patientensachwalter und den Vertreter des Kranken zu verständigen.

### **Kosten**

§ 26. Die Kosten des gerichtlichen Verfahrens trägt der Bund.

### **Schluß- und Übergangsbestimmungen**

§ 27. Dieses Bundesgesetz tritt mit 1. Jänner 1989 in Kraft.

§ 28. (1) Solange einem Gericht nicht in ausreichender Anzahl von einem geeigneten Verein (Art. IX des Bundesgesetzes über die Sachwalterschaft für behinderte Personen) namhaft gemachte Patientensachwalter zur Verfügung stehen, hat der Vorsteher dieses Gerichtes eine oder mehrere andere geeignete und bereite Personen zu Patientensachwaltern allgemein zu bestellen.

(2) Ist dies nicht möglich, so hat das Gericht zur Vertretung eines nicht durch einen gewillkürten Vertreter (§ 11 Abs. 5) vertretenen Kranken, für den das Verfahren nach den §§ 13 ff. eingeleitet wird, einen Patientensachwalter zu bestellen; dies kann ein Angehöriger des Kranken, ein Gerichtsbediensteter oder eine sonstige geeignete Person sein.

(3) Der nach Abs. 1 bestellte Patientensachwalter hat Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten, der notwendigen Barauslagen und auf Abgeltung des Zeitaufwandes in der in § 18 Abs. 2 GebAG 1975, BGBl. Nr. 136, angeführten Höhe. Hierüber hat der Vorsteher des Bezirksgerichtes zu entscheiden. Die Beträge sind vierteljährlich auszu zahlen.

(4) Der nach Abs. 2 bestellte Patientensachwalter hat Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten entsprechend den für Zeugen geltenden Bestimmungen des GebAG 1975 sowie der notwendigen Barauslagen. Hierüber hat das Gericht zu entscheiden. Die §§ 39 bis 42 GebAG 1975 sind sinngemäß anzuwenden.

§ 29. Folgende Vorschriften treten außer Kraft:

1. die Entmündigungsordnung vom 28. Juni 1916, RGBl. Nr. 207, soweit sie nicht ohnedies durch das Bundesgesetz über die Sachwalterschaft für behinderte Personen aufgehoben worden ist;
2. die §§ 49 und 51 bis 54 des Krankenanstaltengesetzes vom 18. Dezember 1956, BGBl. Nr. 1/1957;
3. die Verordnung des Justizministers vom 22. August 1916, RGBl. Nr. 269, über die Anzeige der Aufnahme von Personen in psychiatrische Universitätskliniken und Beobachtungsabteilungen von Krankenanstalten.

§ 30. (1) Beschlüsse, mit denen vor dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes die Anhaltung nach § 22 der Entmündigungsordnung für zulässig erklärt worden ist, gelten als Entscheidungen nach diesem Bundesgesetz.

(2) Gründet sich die Zulässigkeit des Verbleibes eines Kranken im geschlossenen Bereich einer Krankenanstalt zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes nicht auf den Beschluß eines Gerichtes nach § 22 der Entmündigungsordnung, so ist die Zulässigkeit des Verbleibes spätestens ab dem 1. April 1989 nach diesem Bundesgesetz zu beurteilen.

§ 31. Unberührt bleiben

1. die Vorschriften über die Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen aus Gründen der öffentlichen Sicherheit oder der Strafverfolgung,
2. die strafrechtlichen Vorschriften über die mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen bei geistig abnormen und entwöhnungsbedürftigen Rechtsbrechern,
3. die Vorschriften über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen,
4. die Art. III und IV des Strafvollzugsanpassungsgesetzes, BGBl. Nr. 24/1974,
5. die Vorschriften über die Erziehungsmaßnahmen für Minderjährige,
6. das Tuberkulosegesetz, BGBl. Nr. 127/1968, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 142/1974,
7. das Epidemiegesetz 1950, BGBl. Nr. 186, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 702/1974,
8. das Geschlechtskrankheitengesetz, StGBL. Nr. 152/1945, geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 54/1946, und
9. das Suchtgiftgesetz 1951, BGBl. Nr. 234, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 184/1985.

§ 32. Mit der Vollziehung

1. der §§ 1, 2, 9 und 21 bis 25 ist, soweit sie von den Gerichten anzuwenden sind, der Bundesminister für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundeskanzler, soweit sie von den Krankenanstalten anzuwenden sind, der Bundeskanzler im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Justiz,
2. der §§ 3 bis 8 der Bundeskanzler, hinsichtlich des § 6 im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Inneres,
3. der §§ 10 bis 20 der Bundesminister für Justiz, hinsichtlich des § 13 Abs. 4 im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Inneres,
4. der §§ 26 und 28 der Bundesminister für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen betraut.

## VORBLATT

### 1. Problem:

Das geltende Anhaltungsrecht, das zum Teil in der Entmündigungsordnung aus dem Jahr 1916, zum Teil im Krankenanstaltengesetz aus dem Jahr 1956 geregelt ist, entspricht nicht mehr zeitgemäßen rechtsstaatlichen Ansprüchen. Die Voraussetzungen der Anhaltung sind unzureichend umschrieben; die Bestimmungen über die gerichtliche Kontrolle tragen nicht dem kompensatorischen Rechtsschutzbedürfnis der Angehaltenen Rechnung; der Schutz der Persönlichkeitsrechte der Patienten in einer geschlossenen psychiatrischen Abteilung ist nicht ausreichend gewährleistet.

### 2. Ziel:

An die Stelle des geltenden Anhaltungsrechts soll das Bundesgesetz über die Rechtsfürsorge für psychisch Kranke in Krankenanstalten treten, das den Schutz der Persönlichkeitsrechte psychisch Kranker im geschlossenen Bereich von Krankenanstalten besser gewährleistet und den veränderten Bedingungen psychiatrischer Versorgung Rechnung trägt.

### 3. Inhalt:

Psychisch Kranke sollen grundsätzlich — wie andere Patienten — ambulant oder in offenen stationären Einrichtungen ärztlich behandelt und betreut werden. Die Voraussetzungen der Aufnahme in den geschlossenen Bereich werden daher strenger als nach dem geltenden Recht gefaßt. Die Aufnahme kommt nur dann in Betracht, wenn der Kranke nicht in anderer Weise ausreichend ärztlich behandelt und betreut werden kann. Die Kontrolle der Aufnahme soll wirksamer gestaltet werden. Die im geschlossenen Bereich zulässigen Beschränkungen sollen ausdrücklich angeführt und an bestimmte Voraussetzungen geknüpft werden. Dem besonderen Schutz- und Hilfebedürfnis des psychisch Kranken im geschlossenen Bereich soll die Einrichtung des Patientensachwalters Rechnung tragen, der den Kranken im gerichtlichen Verfahren und im Verhältnis zur Krankenanstalt vertritt.

### 4. Kosten:

Die Verwirklichung des Gesetzesvorhabens wird voraussichtlich zwölf Planstellen für Richter erfordern, die aber bereits zweckgebunden zur Verfügung stehen. Es werden aber zunächst 4 Mill. S für 10 Patientensachwalter, bei völligem Ausbau der Patientensachwalterschaft (frühestens in 6 bis 8 Jahren) 12 Mill. S, sowie für Sachverständigengebühren 4 Mill. S erforderlich sein. Insgesamt wird dem Bund ein Mehraufwand von zunächst 8 Mill. S, später von 16 Mill. S erwachsen.

## Erläuterungen

### A. Allgemeiner Teil

#### I. Zeit zur Reform

1. Die geltenden Bestimmungen über die Aufnahme psychisch Kranker in geschlossene psychiatrische Krankenanstalten — das sogenannte Anhaltungsrecht — sind zum Teil in der Entmündigungsordnung vom 28. Juni 1916, RGBl. Nr. 207 (EntmO — s. bes. §§ 16 bis 24), zum Teil im Krankenanstaltengesetz vom 18. Dezember 1956, BGBl. Nr. 1/1957 (KAG — s. bes. §§ 49 bis 54), enthalten. Über die Reformbedürftigkeit dieser Bestimmungen gibt es heute kaum noch Zweifel.

Schon bei der Beratung des Krankenanstaltengesetzes, das in den §§ 49 ff. Bestimmungen über die Aufnahme, Anhaltung und Entlassung von Geisteskranken enthält, war sich der Gesetzgeber der Notwendigkeit weiterer Reformen bewußt: im Bericht des Ausschusses für soziale Verwaltung (164 BlgNR 8. GP) heißt es, daß „jedenfalls in absehbarer Zeit das Anhalteverfahren einer modernen gesetzlichen Neuregelung zugeführt werden müsse“.

Das zunehmende Interesse des Gesetzgebers an einer Reform des Anhaltungsrechts drückt sich auch in einer Reihe parlamentarischer Anfragen an den Bundesminister für Justiz zu diesem Thema aus. Hervorgehoben seien die mündliche Anfrage des Abgeordneten zum Nationalrat DDr. König in der Fragestunde 82/M (1976): „Welche Maßnahmen beabsichtigen Sie, um eine Gefährdung der Bevölkerung durch psychiatrische Fehlgutachten auszuschließen?“, die schriftliche Anfrage der Abgeordneten zum Nationalrat Dr. Ermacora und Genossen, 1110/J-NR/77, betreffend die Entmündigungsordnung 1916 (II-2145 BlgNR 14. GP), die mündlichen Anfragen der Abgeordneten zum Nationalrat Anneliese Albrecht in der Fragestunde 475/M (1978): „Wie ist der Stand der Vorarbeiten für die Reform des Entmündigungsrechtes?“ und in der Fragestunde 594/M (1978): „Welche weiteren Schritte beabsichtigen Sie zur Reform der Entmündigungsordnung im Sinn der Beratungen der Enquete des Justizministeriums vom 5. Juni 1978 zu tun?“, die schriftliche Anfrage der Abgeordneten zum Nationalrat Dr. Marga Hubinek und Genossen, 2292/J-NR/1979,

betreffend Mißstände bei Versorgung psychisch Kranker (II-4644 BlgNR 14. GP) und die mündliche Anfrage des Abgeordneten zum Nationalrat Blecha in der Fragestunde 441/M (1981): „Welches ist — unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Tagung der österreichischen Juristenkommission in Weißenbach am Attersee — der Stand der Arbeiten am Gesetzentwurf über die rechtlichen Voraussetzungen der Aufnahme psychisch Kranker in geschlossene Bereiche von Krankenanstalten?“ sowie die Zusatzfrage der Abgeordneten zum Nationalrat Edith Dobesberger in der Fragestunde 706/M (1986): „Es gibt ein Projekt Patientenschwaller, welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?“.

Auch im juristischen, psychiatrischen und soziologischen Fachschrifttum ist wiederholt die Erneuerungsbedürftigkeit des Anhaltungsrechts aufgezeigt worden. Hingewiesen sei auf Renolder, Das Anhaltungsverfahren ist dringend reformbedürftig, ÖJZ 1963, 63, Fleisch, Zur Reform des Anhaltungsverfahrens, ÖJZ 1963, 90, Welser, Die materiell-rechtlichen Voraussetzungen der Anhaltung, JBl. 1973, 501, Hartl, Der Geisteskranke und sein Recht auf persönliche Freiheit — ein Rückblick zur Besinnung, ÖJZ 1975, 89, Schwentner, Zur Praxis der Gerichtskommission in der Psychiatrie — Eindrücke eines „Anhalterichters“, Österreichische Zeitschrift für Soziologie, 1977, Nr. 3/4, 145, Forster-Pelikan, Gewalt im Alltag der Psychiatrie. Ausgewählte Ergebnisse einer Analyse der Patientenversorgung in einer psychiatrischen Sonderanstalt, Österreichische Zeitschrift für Soziologie 1978 Nr. 2, 58, Reform der Entmündigungsordnung, Enquete 1978, herausgegeben vom Bundesministerium für Justiz, 1979, Knell, Zur geplanten Neuordnung des Anhaltungs- und Entmündigungsrechts, Österreichische Richterwoche 1979, 145, Pelikan, Versuch, den Entwurf für ein „Bundesgesetz über die Unterbringung psychisch Kranker in geschlossenen Bereichen von Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz)“ kritisch darzustellen, Psychosoziale Arbeit 1979 Nr. 11, Berner-Katschnig, WALLER, (Hg.): Zwangseinweisung in der Psychiatrie, 1982, 20, Pelikan, Ein Beitrag zur Psychiatriereform, Der Staatsbürger, eine Beilage der Salzburger Nachrichten, Folge 21, 1. und Folge 22,

1982, Pelikan, Die Reform des Unterbringungsrechts in Österreich, BERGENER, (Hg): Psychiatrie der 80er Jahre, München 1982, S. 235—259, Lesch — Jelinek, Bericht über ein Jahr Anhalteteckommission im Psychiatrischen Krankenhaus Baumgartner Höhe (1. Dez. 1980—30. Nov. 1981), Österreichische Richterzeitung 1983, 282, Forster, Rechte setzen sich nicht von selbst durch. Zur Institution des Patientensachwalters im reformierten österreichischen Anhalterecht, Eisenbach—Stangl, STANGL, (Hg): Grenzen der Behandlung. Opladen 1984, 51, Pelikan, Besonderer Rechts- und Persönlichkeitsschutz für psychiatrische Patienten — eine Konsequenz des Doppelcharakters der Psychiatrie, Eisenbach—Stangl, STANGL, (Hg.) a.a.O., 43, Forster — Pelikan, Recht und Psychiatrie — Neuere Tendenzen des Persönlichkeitsschutzes und der Rechtsfürsorge — das österreichische Modell, Kriminalsoziologische Bibliographie, Heft 47/48 Spezial, Wien 1985, Kopetzki, Einige verfassungsrechtliche Aspekte der Regierungsvorlage zum Rechtsfürsorgegesetz, 105, Marksteiner, Fürsorge und Behandlung statt Reaktion auf Gefährdung — Überlegungen zu einer Neuorientierung des Anhalterechts, Kriminalsoziologische Bibliografie 47/48 Spezial, 1985, 140, Rudas — Leodolter, Welches Recht in welcher Psychiatrie? Unsystematische Stellungnahmen zur Theorie und Praxis der „Psychiatrie-Gesetze“ in Österreich aus der Sicht der angewandten Sozialpsychiatrie, Kriminalsoziologische Bibliografie 47/48 Spezial, 1985, 126, Kopetzki, Die zwangsweise Anhaltung in Österreich aus verfassungsrechtlicher Sicht, Recht & Psychiatrie 1986, 88, Rudas, Entwicklung der psychiatrischen Zwangseinweisungen in Wien, Österreichische Krankenhauszeitung 1986, 289, Forster, Die Praxis des gerichtlichen Anhalteverfahrens in Österreich, Forschungsbericht 4.2.19 des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie, Wien, 1987.

Die Schärfung des öffentlichen Bewußtseins zu den Fragen der Anhaltung und Behandlung psychisch kranker Personen hat auch in den Medien ihren Ausdruck gefunden. Rundfunk und Zeitungen, besonders deren „Ombudsmänner“, haben in den letzten Jahren in Berichten und Beiträgen verstärkt ihre Aufmerksamkeit dem Schicksal der Angehaltenen und Entmündigten zugewandt.

Anlässlich der parlamentarischen Behandlung des Bundesgesetzes vom 2. Feber 1983, BGBl. Nr. 136, über die Sachwalterschaft für behinderte Personen haben Sprecher aller drei damals im Nationalrat vertretenen Parteien auf die Notwendigkeit der Reform des Anhaltungsrechts hingewiesen (Sten-ProtNR 15. GP, S 14788 f., 14801, 14809; Sten-ProtBR 432. Sitzung, S 16709).

2. Die Reformbestrebungen in Österreich stehen im Einklang mit der Entwicklung in anderen Staaten sowie auf internationaler Ebene.

Die Beratende Versammlung des **Europarats** hat am 8. Oktober 1977 eine Empfehlung angenommen, die die Lage der psychisch Kranken zum Gegenstand hat [Recommendation 818 (1977) on the situation of the mentally ill]. Darin wird festgestellt, daß sich in den letzten 30 Jahren in Europa die Einstellung gegenüber der Geisteskrankheit sowohl vom medizinischen als auch vom gesellschaftlichen Standpunkt tiefgreifend geändert habe. Die Lage der psychisch Kranken, vor allem die Bedingungen für ihre Einweisung in eine Anstalt und ihre Entlassung, sei Gegenstand der Sorge eines großen Teiles der öffentlichen Meinung in den Mitgliedstaaten. Irrtümer und Mißbräuche in diesem Zusammenhang hätten in einigen Fällen menschliche Tragödien verursacht. Auf solche Irrtümer oder Mißbräuche sei auch schon in mehreren Gesuchen an die Europäische Menschenrechtskommission Bezug genommen worden; diese Gesuche zeigten, wie unbefriedigend oder unklar die Lage gegenwärtig auf diesem Gebiet sei. Die Parlamentarische Versammlung hat daher dem Ministerkomitee empfohlen, die Regierungen der Mitgliedstaaten des Europarats aufzufordern, ihre Rechtsvorschriften über die Unterbringung von psychisch Kranken in einer Anstalt zu revidieren.

In der Sache Winterwerp gegen die Niederlande hat der **Europäische Gerichtshof für Menschenrechte** mit Urteil vom 24. Oktober 1979, EuGRZ 1979, 650, einstimmig ausgesprochen, daß im Verfahren über die Anhaltung eines Geisteskranken diesem Gelegenheit zu bieten sei, seine Sache vor einem unabhängigen Gericht darzulegen und die gegen ihn erhobenen Beweise zu widerlegen. Sei er dazu nicht in der Lage, so sei ihm dafür ein Vertreter beizugeben. Die Voraussetzungen der Anhaltung müßten in angemessenen zeitlichen Abständen überprüft werden.

Schließlich liegt die vom Ministerkomitee des Europarats am 22. Feber 1983 beschlossene Empfehlung R (83) 2 über den rechtlichen Schutz psychisch Kranker, die zwangsweise in eine Krankenanstalt aufgenommen wurden, vor.

Eine der wichtigsten Entwicklungen der letzten Jahre ist das verstärkte Engagement der **Vereinten Nationen**, deren Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities 1986 einen Bericht mit dem Titel „Principles, Guidelines and Guarantees for the Protection of Persons Detained on Grounds of Mental Ill-Health or Suffering from Mental Disorders“ vorgelegt hat; diesem als „Daes-Report“ bekanntgewordenen Bericht werden allerdings von verschiedenen Seiten Unausgewogenheiten und eine mangelnde Kenntnis des Entwicklungsstandes der psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten vorgeworfen. Darüber hinaus ist eine Arbeitsgruppe des UN Economic and Social Council mit der Erstellung von Prinzipien, Richtlinien und Garantien für den Schutz von psychisch Kranken befaßt.

Die **World Federation of Mental Health** hat bei ihrem letzten Kongreß in Brighton 1985 die „Charta Mental Health 2000“ verabschiedet („The Rights of Mentally Ill People and the Promotion of Mental Health“), in der den Rechten psychisch Kranker besonderes Gewicht beigemessen wird. Im Abschnitt „Mental Health and Law“ werden unter anderem regelmäßige Überprüfungen und Anhaltungen durch Gerichte, die sofortige Verfügbarkeit unabhängiger Vertreter sowie das Recht kompetenter Patienten auf Behandlung nur mit Zustimmung beziehungsweise spezielle Schutzmaßnahmen für inkompetente Patienten gefordert.

Die **World Psychiatric Association** hat in ihrer Deklaration von Hawaii 1977 ethische Richtlinien für psychiatrisches Handeln angenommen. Unter anderem wird in dieser Erklärung ausgeführt, daß eine therapeutische Beziehung auf wechselseitiger Vereinbarung beruht, daß Patienten entsprechend zu informieren sind und die Möglichkeit haben sollen, zwischen angemessenen und verfügbaren Methoden zu wählen. Eine Behandlung gegen oder ohne den Willen von Patienten soll nur unter eng umschriebenen Voraussetzungen stattfinden dürfen, vorausgesetzt, daß sie im besten Interesse des Patienten und über eine vernünftige Zeitperiode erfolgt, eine rückwirkende informierte Zustimmung angenommen werden kann und wenn möglich die Zustimmung von einer nahestehenden Person eingeholt wurde.

In einer Reihe von Staaten sind in den letzten Jahren gesetzgeberische Schritte zur Verbesserung des Schutzes der Persönlichkeitsrechte der psychisch Kranken, zur Zurückdrängung des Zwangs in der psychiatrischen Versorgung gesetzt oder eingeleitet worden.

In den vergangenen Jahren ist in Westeuropa ein steigendes Bewußtsein für die Notwendigkeit eines grundlegenden Wandels der bestehenden Gesetzgebung betreffend die psychisch Kranken festzustellen. Einige Gesetze wurden revidiert, andere wurden grundlegend geändert. Die wachsende Sorge über den Gebrauch von Zwang gegenüber psychisch Kranken ist vornehmlich auf den Protest von ehemaligen Patienten, ihren Angehörigen und auch von Therapeuten zurückzuführen (vgl. den Konferenzbericht über die Tagung Commitment and Civil Rights of the Mentally Ill, veranstaltet von der Dänischen nationalen Gesellschaft für psychisch Kranke und der World Federation for Mental Health in Kopenhagen 1986).

So ist etwa in der **Bundesrepublik Deutschland** seit etwa einem Jahrzehnt eine umfassende Diskussion über dieses Thema im Gang. Fast alle Länder haben ihre Unterbringungsgesetze in den letzten Jahren geändert, zuletzt Bayern (1. Juli 1982) und Berlin (20. März 1985). Die gegenwärtige Diskussion wird von Schulte (Kriminalsoziologische Bibliographie Heft 47/48 Spezial, S 213) wie folgt

charakterisiert: „... ist nicht zu verkennen, daß in der öffentlichen Diskussion in der Bundesrepublik Deutschland das Bemühen um die Ausprägung der ‚Rechte psychisch Kranker‘ an Boden gewinnt. Dabei geht es zum einen darum, die staatlichen Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte des einzelnen zu reduzieren, einzuschränken und zu kontrollieren. Dies kann in der Weise geschehen, daß die Eingriffsbefugnisse und die ihnen zugrunde liegenden rechtlichen Voraussetzungen eindeutiger als bisher normiert werden und das Verfahren, nach denen diese Eingriffe vorgenommen werden können, mit einem größeren Maß an rechtlichen Sicherungen versehen wird. Eine besondere Rolle spielt dabei die Einführung individueller Rechtsbeistände (Rechtsanwälte, Patientenanwalt ua.) sowie andere Formen der Kontrolle (zB Regierungskommissionen). Hierzu kommt das verstärkte Bemühen um die Durchsetzung von Sozialleistungsansprüchen, die etwa dahingehen, die wirtschaftliche und soziale Lage der Betroffenen selbst sowie die materielle Ausstattung der psychiatrischen Einrichtungen (Personalschlüssel, räumliche und sachliche Ausstattung ua.) zu verbessern. Neben eine strenge Kontrolle von Unterbringung und Behandlung (insbesondere Zwangsbehandlung), die auch bereits in den neueren Unterbringungs- und Psychischkrankengesetzen ihren Niederschlag gefunden hat, tritt das Anliegen, auch die sonstige Rechtstellung des psychisch Kranken — in Familie, Beruf, Gesellschaft im umfassendsten Sinne — zu verbessern. Diese Aspekte sind bis heute allzusehr vernachlässigt worden.“

**Italien** hat mit dem Gesetz vom 13. Mai 1978, Nr. 180, über die Neuordnung der psychiatrischen Dienste die Behandlung psychisch Kranker grundlegend neu geregelt; sie sollen danach in allgemeinen Krankenanstalten, erforderlichenfalls in psychiatrischen Abteilungen allgemeiner Krankenanstalten, behandelt werden; eine Zwangsbehandlung ist nur in Ausnahmefällen und unter Beachtung der Würde des Menschen zulässig.

In der **Schweiz** hat die Bundesversammlung der Schweizerischen Eidgenossenschaft am 6. Oktober 1978 eine Änderung des ZGB beschlossen, durch die die „fürsorgliche Freiheitsentziehung“, das ist die Unterbringung von Personen, wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht, anderen Suchterkrankungen oder schwerer Verwahrlosung in geeigneten Anstalten, geregelt wird.

In **Großbritannien** wurde 1983 ein neuer Mental Health Act beschlossen. Unzweifelhaft ist die bedeutsamste Veränderung dieses Gesetzes gegenüber dem MHA 1959, daß jenen psychisch Kranken mehr rechtlicher Schutz verliehen wird, die von Zwangsmaßnahmen betroffen sind.

In den **Niederlanden** befindet sich ein Gesetzentwurf zur Regelung unfreiwilliger Aufnahmen in parlamentarischer Beratung. Unabhängig von die-

sem Gesetzesvorhaben wurde bereits 1981 eine nationale Stiftung gegründet, die unabhängige, hauptberuflich tätige Patientenvertrauenspersonen für psychiatrische Krankenhauspatienten zur Verfügung stellt; diese Institution ist mittlerweile in fast allen niederländischen psychiatrischen Krankenhäusern eingerichtet.

In Schweden hat eine von der Regierung eingesetzte Kommission 1984 einen Bericht über „Psychiatrie, Zwang und Rechtssicherheit“ vorgelegt und ein neues Gesetz über „Notfallszwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung“ vorgeschlagen. In diesem Vorschlag sind unter anderem strenge Kriterien für Zwangsmaßnahmen, Regeln für eine maximale Dauer von Zwangsmaßnahmen sowie ein höherer Standard rechtlicher Schutzmaßnahmen enthalten. Weiters soll jeder betroffene Patient das Recht auf die Unterstützung durch einen speziellen Vertreter während des Gerichtsverfahrens und während der Anhaltung haben.

Diese Reformen und Reformbestrebungen sind im allgemeinen, wenngleich im einzelnen in unterschiedlichem Ausmaß, sozialpsychiatrischen Grundsätzen verpflichtet. Sie reduzieren den Zwangscharakter des Zugangs zur psychiatrischen Behandlung zugunsten der freiwilligen Behandlung und streben eine Behandlung nach Möglichkeit im „natürlichen“ sozialen Milieu des Kranken an, indem sie neben den — zumeist verkleinerten und dezentralisierten — stationären Einrichtungen den Aufbau eines therapeutischen Netzes von ambulanten, semistationären und flankierenden Einrichtungen (Kriseninterventionszentren, ambulanten Betreuungsteams, Tages- und Nachtkliniken, geschützten Wohnheimen, geschützten Arbeitsplätzen, Patientenklubs, Rehabilitationseinrichtungen usw.) vorsehen.

## II. Vorarbeiten

Die Vorarbeiten des Bundesministeriums für Justiz und des — seinerzeitigen — Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz zur Erneuerung der Rechtsvorschriften über die Anhaltung psychisch Kranker reichen schon einige Jahre zurück. Im Anschluß an eine Enquete des Bundesministeriums für Gesundheit und Umweltschutz und der Österreichischen Gesellschaft für psychische Hygiene über Fragen der Neugestaltung des Anhaltungsrechts im Jahr 1972 hat das Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz im Zusammenwirken mit dem Bundesministerium für Justiz einen ersten Gesetzesvorschlag ausgearbeitet und am 2. Mai 1974 zur allgemeinen Begutachtung versandt (Entwurf eines Anhaltungsgesetzes und eines Bundesgesetzes über die Anpassung des Krankenanstaltengesetzes und der Entmündigungsordnung an das Anhaltungsgesetz). Wegen der im Begutachtungsverfahren zutage getretenen unterschiedlichen Standpunkte hat das Bundesministerium für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundes-

ministerium für Gesundheit und Umweltschutz am 28. und 29. November 1974 ein Fachgespräch in Altmünster zur Erörterung der Grundlagen für eine Neuregelung des Anhaltungsrechts veranstaltet, an dem Vertreter der Psychiatrie, der Richterschaft, der Rechtsanwaltschaft und der Rechtswissenschaft teilgenommen haben (vgl. dazu den Bericht, Zum Entwurf eines neuen Anhaltgesetzes, Österreichische Ärztezeitung 1975, 779). Die auf dieser Tagung eingeleiteten Erörterungen sind in der Folge in einem aus Psychiatern und Juristen bestehenden Arbeitskreis im Bundesministerium für Justiz fortgesetzt worden.

Im Jahre 1978 traten die Reformbemühungen in eine neue Phase. Im Rahmen einer Enquete des Bundesministeriums für Justiz am 5. Juni 1978 über die Reform der Entmündigungsordnung sind auf breiter Grundlage die rechtlichen, psychiatrischen und sozialen Gesichtspunkte der Anhaltung erörtert worden. Aufbauend auf den Ergebnissen dieser Veranstaltung hat dann das Bundesministerium für Justiz einen neuen Gesetzesvorschlag, den Entwurf eines Bundesgesetzes über die Unterbringung psychisch Kranker in geschlossenen Bereichen von Krankenanstalten (Unterbringungsgesetz), ausgearbeitet und am 2. April 1979 zur allgemeinen Begutachtung ausgesandt.

Auf Grund der Ergebnisse der Enquete vom 5. Juni 1978 wurde in weiterer Folge auch das Rechtsinstitut der Entmündigung in die Reformüberlegungen einbezogen und am 21. Mai 1979 der Entwurf eines Bundesgesetzes über die Sachwaltschaft für Behinderte vorgelegt, dessen Vorschriften an die Stelle der aus dem Jahr 1916 stammenden Entmündigungsordnung treten sollten. Das Reformanliegen des Bundesministeriums für Justiz hatte damit eine umfassende Dimension gewonnen; man kann von einer grundlegenden Erneuerung der Rechtsfürsorge für psychisch Kranke und geistig Behinderte sprechen.

Beide Gesetzentwürfe haben in der Öffentlichkeit großen Widerhall gefunden. Die grundsätzlichen Anliegen des Reformvorhabens wurden im Begutachtungsverfahren allgemein begrüßt. Dies gilt insbesondere für die mit dem Entwurf eines Unterbringungsgesetzes angestrebten Ziele der Verbesserung des Persönlichkeitsschutzes der psychisch Kranker, das Zurückdrängen des Zwanges in der psychiatrischen Versorgung und den Ausbau des Rechtsschutzes des Kranken während seines Aufenthalts im geschlossenen Bereich einer psychiatrischen Krankenanstalt. Die Kritik beschränkte sich im wesentlichen auf Einzelfragen, wie etwa die Eingrenzung der Aufnahmeveraussetzungen, die Länge von Fristen uä.

Auf Grund der Ergebnisse des Begutachtungsverfahrens konnte das Bundesministerium für Justiz bei seinen weiteren Arbeiten an dem Gesetzesvorhaben auf den beiden zur Begutachtung versandten

Entwürfen aufbauen. Nach weiteren Beratungen mit Juristen, Psychiatern und Soziologen ist zunächst der Entwurf eines Bundesgesetzes über die Sachwalterschaft für behinderte Personen fertiggestellt und am 20. Mai 1981 dem Nationalrat als Regierungsvorlage zugeleitet worden (RV 742 BlgNR 15. GP).

Beide Gesetzesvorhaben sind nochmals sehr eingehend auf der Tagung der Österreichischen Juristenkommission vom 28. bis 31. Mai 1981 in Weißenbach am Attersee im Kreis von Juristen, Psychiatern, Soziologen und Sozialarbeitern diskutiert worden.

Um die Jahreswende 1981/1982 ist den Ländern, den Leitern der psychiatrischen Krankenanstalten und den Vorständen der psychiatrisch-neurologischen Universitätskliniken nochmals Gelegenheit gegeben worden, sich zu dem Gesetzesentwurf in einer der nunmehrigen bereits weitgehend entsprechenden Fassung zu äußern.

Nach weiteren Beratungen mit dem Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz, dem Bundeskanzleramt — Verfassungsdienst und dem Bundesministerium für Inneres sowie den Landes-sanitätsdirektoren ist am 10. März 1982 der Entwurf eines Bundesgesetzes über die Rechtsfürsorge für psychisch Kranke in Krankenanstalten dem Parlament vorgelegt worden (RV 1022 BlgNR 15. GP).

Das Parlament konnte zwar in der 15. Gesetzgebungsperiode noch das Bundesgesetz über die Sachwalterschaft für behinderte Personen verabschieden (BG BGBl. Nr. 136/1983) — es ist am 1. Juli 1984 in Kraft getreten —, aber — aus Zeitgründen — nicht mehr die Regierungsvorlage eines Bundesgesetzes über die Rechtsfürsorge für psychisch Kranke in Krankenanstalten behandeln. Im Sinn der Erklärungen von Sprechern der im Nationalrat vertretenen Parteien, dieses Gesetzesvorhaben möglichst bald in der 16. Gesetzgebungsperiode in Behandlung zu ziehen, wurde der Entwurf — unverändert — vorgelegt (RV 4 BlgNR 16. GP), aber in der Folge aus Zeitgründen dennoch nicht behandelt.

Bei der vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz am 14. März 1986 im Schloß Pichlarn veranstalteten Enquete „Richtlinien zur psychiatrischen Versorgung in Österreich“ wurde auch über den Entwurf gesprochen und hierbei kritisiert, daß der Entwurf fast ausschließlich die Kontrolle der Psychiatrie anstrebe, aber das Recht des Patienten auf bestmögliche Hilfe, wie sie die modernen psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten mit sich bringen, nicht berücksichtige.

Nunmehr wird der Entwurf in seinem Gesamtkonzept unverändert, in Einzelheiten aber auf Grund von Anregungen aus der Praxis — auch aus dem Modellprojekt einer Patientensachwalterschaft

— überarbeitet erneut vorgelegt. Dabei wurden nicht nur Anregungen des Bundeskanzleramtes/Sektion Volksgesundheit, die ihre Wurzel in den geänderten Behandlungs- und Betreuungsmöglichkeiten der modernen Psychiatrie haben, berücksichtigt, sondern auch versucht, Anregungen des am 25. April 1986 als beratendes Organ des seinerzeitigen Bundesministers für Gesundheit und Umweltschutz neu konstituierten Beirats für psychische Hygiene zu berücksichtigen, die dieser in seiner einstimmigen Stellungnahme vom 15. Mai 1987 an den Bundesminister für Gesundheit und öffentlicher Dienst geäußert hatte.

Der Beirat hat freilich auch Vorschläge erstattet, die über den Gegenstand des vorliegenden Gesetzes weit hinausgehen. Ohne zu diesen Vorschlägen damit Stellung nehmen zu wollen, wurden sie schon deswegen nicht aufgegriffen, weil damit der Anwendungsbereich, den sich der Entwurf gestellt hat, gesprengt worden wäre.

### III. Daten zur gegenwärtigen Anhaltungspraxis

Die Bedeutung des Reformvorhabens wird durch folgendes statistisches Material unterstrichen:

1. Die stationäre psychiatrische Versorgung der österreichischen Bevölkerung erfolgt überwiegend in öffentlichen Sonderkrankenanstalten für Psychiatrie (und Neurologie): Ende 1984 standen in zehn psychiatrischen Krankenhäusern rund 9 200, das waren 89% aller Betten für psychiatrische Patienten zur Verfügung. Die restliche Bettenkapazität verteilt sich auf Universitätskliniken, Sonderanstalten für Alkohol- und Drogenkranke sowie allgemeine Krankenanstalten (Laburda — Strotzka, Bericht über die psychiatrische Versorgung in Österreich, Psychiatriebericht 1984, Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie, Wien, 1986, S 10).

Die unfreiwilligen Aufnahmen konzentrieren sich im wesentlichen auf neun psychiatrische Krankenhäuser; in der Regel handelt es sich um eine Krankenanstalt pro Bundesland — lediglich Niederösterreich verfügt über zwei Anstalten, während Patienten aus dem Burgenland zum Teil in Niederösterreich, zum Teil in der Steiermark untergebracht werden. Die hochgradige Zentralisierung des Versorgungsangebots bewirkt, daß einzelne Anstalten eine weit über internationalen Richtlinien liegende Größe aufweisen. In den letzten Jahren wurde im Zuge von „Psychiatriereformen“ zwar (fast) keine Dezentralisierung der stationären psychiatrischen Dienste erzielt, jedoch eine beträchtliche Verkleinerung und interne Differenzierung der stationären Einrichtungen erreicht: seit 1976, also etwa im letzten Jahrzehnt, erfolgte eine Reduktion um rund 3 000 Betten. Die administrative Statistik weist für 1984 in den psychiatrischen Krankenhäusern zirka 41 000 Aufnahmen aus; das waren 78% aller Aufnahmen psychiatrischer Patienten

ten (a.a.O., S 10). Die Aufnahmezahlen sind in den letzten Jahren — nach einem zum Teil sprunghaften Anstieg zwischen 1960 und 1970 — kontinuierlich leicht angestiegen. Eine veränderte Zählweise in der Statistik seit 1982 läßt jedoch keine exakten Vergleiche zu.

Die quantitative Entwicklung der letzten Jahre ist somit vor allem durch eine Zunahme von Aufnahmen bei einem Rückgang des Bettenangebots gekennzeichnet. Ein unmittelbarer Ausdruck dieser Veränderung ist der starke Rückgang der mittleren Verweildauer der Patienten psychiatrischer Krankenhäuser: sie betrug 1984 nur mehr 70 Tage, vor rund einem Jahrzehnt waren die Patienten noch durchschnittlich 140 Tage hospitalisiert gewesen (a.o.O., S 10).

2. Über die Anzahl bzw. den Anteil **zwangsweise aufgenommenen/angehaltener** Patienten liegen keine neueren gesamtösterreichischen Daten vor; es ist jedoch möglich, aus Angaben einzelner Krankenanstalten und der Justizstatistik (vgl. 3.) ein einigermaßen vollständiges und zuverlässiges Bild der gegenwärtigen Situation zu zeichnen.

Die letzte gesamtösterreichische Untersuchung erbrachte für 1970/1971 einen Wert von 70% unfreiwilliger Aufnahmen in die psychiatrischen Krankenhäuser bzw. für einen Stichtag 1974 einen Anteil von 94% aktuell angehaltener Patienten (Katschnig — Grumiller — Strobl, Daten zur stationären psychiatrischen Versorgung Österreichs, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien, 1975).

Erhebungen des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie in den Jahren 1980 und 1983 bei acht der zehn psychiatrischen Krankenhäuser ergeben für 1980 einen Anteil von 59% unfreiwilliger Aufnahmen und für einen Stichtag 1983 einen Anteil von 74% aktuell angehaltener Patienten (Pelikan — Laburda, Die neurologisch-psychiatrische Versorgung in Österreich, Teil 5, Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie, Wien 1981, S 17; Laburda — Pelikan — Strotzka, Stationäre psychiatrische Patienten, Stichtagsprävalenz 21. Juni 1983, Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie, März 1984, S 11). Es kann davon ausgegangen werden, daß diese Werte auch eine brauchbare Gesamteinschätzung liefern. Somit haben sich die unfreiwilligen Aufnahmen bzw. Anhaltungen innerhalb des Jahrzehnts 1970/74 bis 1980/83 durchschnittlich um 10 bis 20 Prozentpunkte reduziert. Die stärkere Reduktion des Anteils der angehaltenen Patienten an einem Stichtag gegenüber dem Anteil unfreiwilliger Aufnahmen verweist auf eine deutliche Senkung der Anhaltedauer. Aus der zuletzt genannten Untersuchung geht auch hervor, daß zwischen den Anstalten beträchtliche Unterschiede im Anteil der

unfreiwilligen Aufnahmen und Anhaltungen bestehen.

Nach Auskunft des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie ist der Anteil unfreiwilliger Aufnahmen in den letzten Jahren weiterhin rückläufig und dürfte bundesweit deutlich unter 50% gefallen sein.

Als Minimalschätzung der Zahl der unfreiwilligen Aufnahmen läßt sich die Zahl der bei den zuständigen Bezirksgerichten angezeigten unfreiwilligen Aufnahmen heranziehen (diese Zahl enthält nicht die vor der Anzeige beim Bezirksgericht wieder entlassenen oder mittlerweile freiwillig eingetretenen Patienten): Im Jahr 1986 wurden rund 10 500 unfreiwillige Aufnahmen angezeigt. Die Zahl der jeweils aktuell angehaltenen Patienten dürfte bei rund 5 000 bis 6 000 liegen.

Trotz der sinkenden Tendenz der unfreiwilligen Aufnahmen in psychiatrische Krankenhäuser muß ihre Zahl bzw. ihr Anteil in Österreich im Vergleich zu anderen Staaten als hoch bezeichnet werden. Der durchschnittliche Anteil von unfreiwilligen Aufnahmen in Europa wird auf knapp 10% geschätzt (Henderson, Commitment and Civil Rights of the Mentally Ill, Kopenhagen 1985, S 170).

3. Die Anzahl der durchgeführten **gerichtlichen Anhalteverfahren** betrug 1986 etwas über 5 000. Seit rund 10 Jahren ist ein rückläufiger Trend feststellbar — entsprechend dem Rückgang der unfreiwilligen Aufnahmen und den kürzer werdenden Anhaltungen (Forster, Die Praxis des gerichtlichen Anhalteverfahrens in Österreich, Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie, Wien 1987, S 29). Der Anteil der Patienten, deren Anhaltung von den Anhaltegerichten für unzulässig befunden wird, beträgt seit einigen Jahren etwa 10% (a.a.O., S 29), im Jahr 1986 war in 562 von 5 257 Beschlüssen im Anhalteverfahren (10,7%) die Entlassung des Patienten verfügt worden.

Durch eine eigene Untersuchung der sozialwissenschaftlichen Begleitforschung zur Reform von Entmündigung und Anhaltung über die Praxis des Anhalteverfahrens stehen nunmehr differenzierte Ergebnisse zur Verfügung (a.a.O.): demnach erfolgte 1985 eine gerichtliche Vernehmung neu aufgenommener Patienten durchschnittlich am 18. Tag nach der Aufnahme; zu diesem Zeitpunkt waren etwa zwei Drittel der angezeigten unfreiwillig aufgenommenen Patienten entweder entlassen oder inzwischen freiwillig eingetreten. Im Rahmen einer Tagsatzung wurden 1985 durchschnittlich 17 Patienten vernommen. Entsprechend der unterschiedlichen Größe der Krankenanstalten und der unterschiedlichen regionalen (Zwangs-) Hospitalisierungszahlen schwankte die Zahl der jährlichen Einvernahmen nach Anhaltegericht zwischen rund 200 und zirka 1 800 pro Jahr. Die Untersuchungs-

ergebnisse ergaben einen insgesamt äußerst geringen Verfahrensaufwand je Patient, der sich unter anderem in einem Durchschnittsaufwand von 7 Minuten pro Angehaltenen für die Einvernahme durch das Gericht und die Untersuchung durch den psychiatrischen Sachverständigen äußerte. Sowohl bei der Einvernahme der Patienten als auch bei der Entscheidungsfindung übten die psychiatrischen Sachverständigen eine dominierende Stellung aus, während die Patienten einen deutlich untergeordneten Stand hatten. Von den Beschlüssen wurde nur rund ein Drittel an die Patienten zugestellt, was überwiegend auf entsprechende Sachverständigenempfehlungen zurückgeht.

4. Die Anzahl der vom Anhalteverfahren derzeit überwiegend nicht betroffenen Patienten psychiatrischer Krankenhäuser, denen ein **Sachwalter bestellt** ist, lag bei Inkrafttreten des Sachwalterrechts bei knapp 5 000 (Forster — Laburda, Die Population der entmündigten Personen bei Inkrafttreten des Sachwalterrechts, Forschungsbericht des Ludwig Boltzmann-Instituts für Medizinsoziologie, Wien 1985, S 14 und 59). Unter diesen Patienten befindet sich ein hoher Anteil sehr langfristig hospitalisierter Patienten: mindestens ein Drittel lebt bereits mehr als 20 Jahre durchgehend in einer psychiatrischen Anstalt.

#### IV. Eingrenzung des Gesetzesvorhabens

Die Bundesregierung verkennt nicht, daß die Verbesserung der Lage der psychisch Kranken ein umfassendes und vielgliedriges Problem ist. Die „Psychiatriereform“ ist eine gesellschaftliche Aufgabe, die vor allem auch im Bereich der Psychiatrie selbst voranzutreiben ist; daraus ergibt sich bereits, daß weitere Schwerpunkte dieser Bestrebungen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens liegen werden, was freilich zunächst konkreter Vorstellungen auf medizinischem Gebiet bedarf, die einem Gesetzesvorhaben zugrunde gelegt werden könnten. Darüber hinaus geht es aber auch um andere Fragen. Die Kranken bedürfen vielfach nicht nur einer psychiatrischen Versorgung, sondern auch einer sozialen, wirtschaftlichen und rechtlichen Betreuung und Hilfe. Die Bewältigung dieser vielfältigen Aufgaben erfordert Vorkehrungen auf verschiedenen Sachgebieten; im Bereich des Gesundheitswesens, des Krankenanstaltenwesens, der Sozialversicherung, der Sozialhilfe, der Sozialarbeit und — nicht zuletzt — auch im Bereich der Justiz. Soweit es dabei um die Bewältigung von gesetzgeberischen oder Verwaltungsaufgaben geht, bedingt die Verteilung der Zuständigkeiten zwischen den Gebietskörperschaften durch die Bundesverfassung sowie — auf Bundesebene — zwischen den einzelnen Bundesministerien durch das Bundesministeriengesetz 1986 (idF des BG BGBl. Nr. 78/1987) das Tätigwerden und die Zusammenarbeit einer Reihe von Behörden.

Es liegt auf der Hand, daß ein solches — sowohl nach der Zielsetzung als auch nach dem zu beschreitenden Weg — komplexes Vorhaben besser schrittweise verwirklicht wird. Die vom Bundesministerium für Justiz eingeleitete Reform des Anhaltungs- und Entmündigungsrechts versteht sich als ein solcher Teilschritt zur Verbesserung der Lage der psychisch Kranken. Es geht also nicht um ein allgemeines „Psychiatriegesetz“ oder „Psychohygienegesetz“, sondern um einen Beitrag zur Verbesserung der Rechtsfürsorge und des Persönlichkeitsschutzes psychisch Kranker.

Gegenstand des vorliegenden Entwurfes sind im wesentlichen die Voraussetzungen der Aufnahme in den geschlossenen Bereich einer Krankenanstalt, der Vorgang zur Aufnahme einer Person, auf die die Voraussetzungen zutreffen, die Prüfung der Zulässigkeit des Verbleibes im geschlossenen Bereich durch das Gericht, die Beschränkungen des Kranken im geschlossenen Bereich, die Regelung der Behandlung ohne Zustimmung des Kranken und seine Entlassung. Wenngleich sich also die Vorschläge im wesentlichen auf die Rechtsfürsorge für psychisch Kranke in geschlossenen Bereichen von Krankenanstalten beziehen, wird der oben aufgezeigte Zusammenhang mit dem umfassenden Vorhaben einer Verbesserung der Lage der psychisch Kranken nicht aus dem Auge gelassen. Die Regelungen sind so gestaltet, daß sie auch künftigen legislativen und administrativen Maßnahmen zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung Rechnung tragen; umgekehrt werden von diesen Regelungen auch nachhaltige Impulse für die allgemeine Verbesserung der Lage der psychisch Kranken ausgehen.

#### V. Hauptgesichtspunkte des Entwurfes

1. Das Grundanliegen des Gesetzentwurfes findet bereits im Gesetzestitel seinen Ausdruck: es geht um die **Verbesserung der Rechtsfürsorge** für psychisch Kranke in geschlossenen Bereichen von Krankenanstalten.

Der Entwurf geht davon aus, daß psychisch Kranke — so wie andere Kranke auch — grundsätzlich in ambulanten oder offenen stationären Einrichtungen ohne Einschränkung ihrer Persönlichkeitsrechte behandelt und betreut werden (vgl. demgegenüber die §§ 49 ff. KAG, die von der zwangsweisen Aufnahme in eine „Krankenanstalt für Geisteskrankheiten“ schlechthin sprechen). Diese Erwartung steht im Einklang mit der neueren Entwicklung der psychiatrischen Versorgung, die einen deutlichen Trend zu offenen Versorgungseinrichtungen erkennen läßt. Beschränkungen der Persönlichkeitsrechte eines psychisch Kranken sollen nur im geschlossenen Bereich einer Krankenanstalt zulässig sein. Es ist ein Gebot der Menschenrechte, diese Beschränkungen in einer rechtsstaatlichen Grundsätzen entsprechenden Weise zu regeln. Allgemeines Ziel dieser Regelungen muß

sein, Beschränkungen, also den Zwang in der psychiatrischen Krankenversorgung, nur im unbedingt erforderlichen Ausmaß zur Abwehr schwerwiegender Gefahren zuzulassen sowie hinsichtlich der Voraussetzungen und der Anwendung einer wirksamen Kontrolle zu unterwerfen. Um diese Kontrolle zu gewährleisten, bedarf es des Ausbaus der Rechtsfürsorge für den psychisch Kranken in der Krankenanstalt. Es muß sichergestellt werden, daß der psychisch Kranke selbst ungerechtfertigten Beschränkungen entgegentreten kann oder, falls er dazu nicht imstande ist, seine Interessen von einem fachkundigen und engagierten Vertreter wahrgenommen werden.

Der verbesserte Rechtsschutz für psychisch Kranke in geschlossenen Bereichen von Krankenanstalten soll auch für **nicht eigenberechtigte Personen** gelten, also für Minderjährige wie auch besonders für Personen, deren Geschäftsfähigkeit durch die Bestellung eines Sachwalters — im Sinn des Bundesgesetzes über die Sachwalterschaft für behinderte Personen, BGBl. Nr. 136/1983 — eingeschränkt ist. Das bedeutet eine Abkehr von der gegenwärtigen Rechtslage, nach der die Genehmigung der Anhaltung eines unter Sachwalterschaft Stehenden dem Pflęgschaftsgericht — das bei der Findung seiner Entscheidungsgrundlagen nicht an ein besonderes Verfahren nach der Art der §§ 16 ff. EntmO gebunden ist — überlassen ist (vgl. § 23 EntmO). Wie bedeutsam diese Änderung ist, geht aus der oben unter III. wiedergegebenen Anzahl der in psychiatrischen Krankenanstalten angehaltenen Personen, denen ein Sachwalter bestellt ist, hervor.

2. Die **Voraussetzungen des Aufenthalts im geschlossenen Bereich** werden eng umschrieben. Besonderes Gewicht legt die vorgeschlagene Regelung darauf, daß bei der Aufnahme des psychisch Kranken und während seines Aufenthalts im geschlossenen Bereich stets auch die Frage im Auge behalten wird, ob dem Kranken nicht in anderer Weise, besonders im offenen Bereich der Krankenanstalt oder ambulant, etwa im Rahmen sozialpsychiatrischer Dienste, geholfen werden kann. Diese Verankerung des Grundsatzes der **Subsidiarität** soll sicherstellen, daß die Aufnahme in den geschlossenen Bereich nur als letztes Mittel in Erwägung gezogen wird, wenn also dem Betroffenen auf andere Weise nicht geholfen werden kann. Dieser Grundsatz geht davon aus, daß künftig das Anbot an psychiatrischen Versorgungseinrichtungen, besonders durch **Erweiterung des Bereiches offen geführter Abteilungen in psychiatrischen Krankenanstalten**, durch die Errichtung weiterer psychiatrischer Fachabteilungen und von ambulanten psychosozialen Einrichtungen sowie durch Schaffung von Übergangseinrichtungen (Tages- und Nachtkliniken sowie Übergangwohnheimen) und Pflegeeinrichtungen (Pflegeabteilungen in Pflegeanstalten oder -heimen), verbessert wird (s.

Österreichischer Krankenanstaltenplan, Teil B: Langzeit- und Sondernversorgung, Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz; vgl. auch § 2 KAG idF der 2. Novelle zum KAG, BGBl. Nr. 281/1974). Die Entwicklung in dieser Richtung ist im Gang; als Beispiele seien der Psychosoziale Dienst in Wien (vgl. den „Zielplan für die psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Wien“ vom 2. April 1979), das Psychosoziale Zentrum in Niederösterreich sowie die Einrichtungen der Gemeindepsychiatrie in Salzburg angeführt. Die Aufnahme in den offenen Bereich psychiatrischer Krankenanstalten, die den allgemeinen Regeln über die Aufnahme in eine Krankenanstalt unterliegt, regelt der Entwurf nicht.

3. Bei der **Regelung des Verfahrens zur Aufnahme** eines psychisch Kranken in den geschlossenen Bereich einer Krankenanstalt läßt sich der Entwurf von dem Ziel leiten, eine Fehlbeurteilung der Aufnahmevoraussetzungen und damit eine ungerechtfertigte Aufnahme in den geschlossenen Bereich nach Möglichkeit zu vermeiden. Die Regelung ist so gestaltet, daß vor jeder Aufnahme die Voraussetzungen von zumindest zwei Fachärzten geprüft werden müssen.

Der Kranke kann seine Aufnahme in den geschlossenen Bereich selbst verlangen. Der Entwurf hält also am Institut der „**freiwilligen Aufnahme**“, die einen der Schwerpunkte der Reformdiskussion zwischen Juristen und Psychiatern bildete, fest. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, daß sich viele Patienten in einem Zustand der Krankheitseinsicht und Entscheidungsfähigkeit auf eigenes Begehren in eine geschlossene psychiatrische Abteilung aufnehmen lassen, um dort entsprechend behandelt zu werden und für den Fall einer Verschlechterung ihrer Krankheit besser geschützt zu sein. Erfahrungsgemäß lehnen es diese Patienten in der Regel ab, ihren Entschluß von einem Gericht oder einer anderen Behörde überprüfen zu lassen, ja es ist sogar zu befürchten, daß sie im Fall einer solchen Kontrolle eine notwendige stationäre psychiatrische Behandlung überhaupt meiden. Der Entwurf sieht daher auch keine gerichtliche Kontrolle der Aufnahme auf eigenes Verlangen vor. Der Entwurf berücksichtigt aber auch die Kritik der Juristen an der gegenwärtigen Praxis der freiwilligen Aufnahme. Die Regelung gewährleistet besser als das geltende Recht eine verlässliche Nachvollziehbarkeit der Freiwilligkeit der Aufnahmeerklärung und schränkt die Dauer des Aufenthalts im geschlossenen Bereich auf Grund der Erklärung des Kranken auf höchstens 12 Wochen ein. Soll der Kranke länger als diese Zeit in der psychiatrischen Krankenanstalt bleiben, so kann dies nur im offenen Bereich oder unter Kontrolle des Gerichtes geschehen.

Dem Ziel verbesserter Kontrolle trägt auch die Neuregelung der **Aufnahme in den geschlossenen Bereich ohne oder gegen den Willen des Kranken**

Rechnung. Auch in Zukunft soll ein Arzt, der in einem besonderen amtlichen Pflichtverhältnis steht, als Kontrollorgan in den Aufnahmevorgang eingeschaltet sein. Neben dem Polizeiarzt sollen für diese Aufgabe auch im öffentlichen Sanitätsdienst stehende Ärzte, wie Amtsärzte der Bezirksverwaltungsbehörden, Gemeinde-, Sprengel- und Distriktsärzte, herangezogen werden. Eine wesentliche Neuerung liegt darin, daß dieser Arzt auch zu prüfen hat, ob dem Kranken — im Sinn der allgemeinen Aufnahmevoraussetzungen — in anderer Weise als durch Aufnahme in den geschlossenen Bereich adäquat geholfen werden kann. Die Aufgabenstellung des im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden Arztes (Polizeiarztes) im Zusammenhang mit der Aufnahme psychisch Kranker in einer Krankenanstalt soll damit einen Sinnwandel im Sinn einer positiven Betreuung des psychisch Kranken erhalten.

Neu sind auch die Bestimmungen über die **Aufnahmeuntersuchung**. Vor jeder Aufnahme in den geschlossenen Bereich ist der Kranke, gleich ob er die Aufnahme selbst verlangt hat oder ohne seinen Willen aufgenommen werden soll, von zwei Fachärzten zur Prüfung der Aufnahmevoraussetzungen zu untersuchen. Diese Untersuchung bildet die Grundlage für die Aufnahme in den geschlossenen Bereich. Damit ist klargestellt, daß der Abteilungsleiter nicht an die Bescheinigung des im öffentlichen Sicherheitsdienst stehenden Arztes (Polizeiarztes) gebunden ist, sondern die Aufnahmevoraussetzungen in seinem ärztlichen Verantwortungsbereich selbst zu beurteilen hat.

Der Entwurf sieht auch nicht mehr die Überstellung und Aufnahme eines Kranken in den geschlossenen Bereich auf Grund eines „Spitalspareres“ vor (s. § 49 Abs. 2 KAG). Damit berücksichtigt der Entwurf die von verschiedenen Seiten, auch aus Kreisen der Psychiatrie, am geltenden Recht geübte Kritik; der Rechtsschutz für psychisch Kranke läßt Ausnahmen von der allgemeinen Aufnahmeregelung nicht zu.

4. Ein Kernstück des Entwurfes bildet die Schaffung der Einrichtung des „**Patientensachwalters**“. Sie soll sicherstellen, daß dem zwangsweise in den geschlossenen Bereich Aufgenommenen ab der Aufnahme — ohne daß es noch eines besonderen gerichtlichen Bestellungsaktes bedarf — ein qualifizierter Helfer zur Seite steht. Der Patientensachwalter wird vom Vorsteher des Bezirksgerichtes im Vorhinein für den geschlossenen Bereich einer Krankenanstalt bestellt und hat die Rechte des Kranken in der Anstalt und im gerichtlichen Verfahren über die Zulässigkeit des Verbleibes im geschlossenen Bereich wahrzunehmen. In diesem Rahmen wird er auch das Gericht bei der Feststellung des für seine Entscheidung maßgeblichen Sachverhalts unterstützen. Durch sein Einschreiten soll der Kranke selbst nicht in seiner Handlungsfähigkeit beschränkt werden; der Sachwalter soll also

nicht etwa in die Funktion eines dem Kranken „aufgezwungenen“ Helfers gedrängt werden. Träger dieser Aufgabe werden die „Vereine für Sachwalterschaft“ sein (vgl. § 281 Abs. 2 ABGB idF BG BBl. Nr. 136/1983 und Art. IX dieses BG). Sie haben den Gerichten geeignete Personen zur Übernahme des Amtes eines Patientensachwalters zur Verfügung zu stellen.

Die Einrichtung des Patientensachwalters wird zu einer raschen, effizienten und bedürfnisgerechten Rechtsfürsorge für die in den geschlossenen Bereich aufgenommenen Kranken beitragen.

Seit 1981 führt der Verein für Sachwalterschaft mit Förderung des Bundesministeriums für Justiz einen Modellversuch zur Erprobung der Patientensachwalterschaft durch, der vom Ludwig Boltzmann-Institut für Medizinsoziologie wissenschaftlich begleitet wird.

Zur Zeit werden vier Patientensachwalter in zwei psychiatrischen Krankenhäusern eingesetzt, die auf der Grundlage des geltenden Rechts von den zuständigen Anhaltgerichten (Bezirksgericht Hietzing und Bezirksgericht Klosterneuburg) zu vorläufigen Beiständen im Anhalteverfahren mit einem spezifischen Wirkungskreis bestellt werden.

Seit Beginn des Modellversuchs wurden bis Ende 1986 insgesamt fast 2 000 unfreiwillig aufgenommene Patienten ausgewählter Regionen von den Patientensachwaltern kontaktiert und entsprechend ihren Bedürfnissen vertreten und betreut. Der Modellversuch hat den dringenden Bedarf nach einer kompetenten, leicht erreichbaren Vertretung und Betreuung angehaltener Patienten bestätigt. Die Einrichtung der Patientensachwalterschaft wird von den betroffenen Patienten fast durchwegs positiv angenommen, desgleichen von der großen Mehrheit der den Patienten nahestehenden Personen. Der Modellversuch hat einige zentrale Bestandteile der vorgesehenen Einrichtung als zielführend bestätigt: Die Institutionalisierung im Rahmen der Vereinssachwalterschaft stellt die Unabhängigkeit von den Krankenanstalten sicher und ermöglicht entsprechende organisatorische Vorkehrungen für die Durchführung der Patientensachwalterschaft; die obligatorische Vertretung sichert die Abklärung der Bedürfnisse und Probleme aller angehaltenen Patienten, die Ersetzbarkeit des Patientensachwalters durch einen selbstgewählten Vertreter läßt den Patienten dennoch die Möglichkeit der Selbstbestimmung.

5. Der Entwurf hält an dem Grundsatz des geltenden Rechtes fest, nach dem es im allgemeinen in der Verantwortung des **Abteilungsleiters** liegt, den Kranken bei Wegfall der Aufnahmevoraussetzungen aus dem geschlossenen Bereich zu entlassen. Die Entlassung in jedem Fall von einer Entscheidung des Gerichtes abhängig zu machen, stünde nicht im Einklang mit dem Wesen der Aufnahme des Kranken als einer Maßnahme des Gesundheits-

wesens. Auch würde eine solche Regelung zumeist zu einer unnötigen Verlängerung des Aufenthalts im geschlossenen Bereich führen, da das Gericht ja erst nach Durchführung eines Verfahrens über die Entlassung entscheiden könnte. Die **Aufgabe des Gerichtes** im neuen Recht beschränkt sich daher — wie im geltenden Anhaltungsrecht — im wesentlichen auf die **Kontrolle der Zulässigkeit des Aufenthalts** im geschlossenen Bereich unter dem Gesichtspunkt des Schutzes der Persönlichkeitsrechte des Kranken.

Ein vom Schutz- und Fürsorgegedanken geprägtes **Verfahren** muß auf zwei Ziele ausgerichtet sein: Zum einen soll das Gericht möglichst rasch über die Zulässigkeit des Aufenthalts im geschlossenen Bereich entscheiden, zum andern soll der Entscheidung ein gründliches Verfahren vorangehen, in dem die Aufnahmevoraussetzungen eingehend geprüft werden. Um beiden Zielsetzungen Rechnung zu tragen, schlägt der Entwurf folgende Lösung vor: Der Richter soll den Kranken innerhalb von vier Tagen in der Anstalt aufsuchen, sich von ihm einen persönlichen Eindruck verschaffen sowie mit dem Abteilungsleiter und dem Patientensachwalter die Aufnahmevoraussetzungen erörtern. Liegen nach dem Eindruck des Richters die Aufnahmevoraussetzungen nicht vor, so hat er die sofortige Entlassung des Kranken anzuordnen. Ist eine solche Entscheidung nicht möglich, so hat der Richter in eine eingehende Prüfung der Aufnahmevoraussetzungen einzutreten und innerhalb von weiteren 14 Tagen zu entscheiden.

Der Entwurf gestaltet das gerichtliche Verfahren gegenüber dem geltenden Recht im Sinn des Schutzgedankens weiter aus. Es soll nicht bloß auf das ärztliche Sachverständigengutachten ankommen, sondern der Richter soll, soweit es der Beurteilung der Zulässigkeit des Aufenthalts im geschlossenen Bereich dient, auch Angehörige des Kranken und Vertreter alternativer Betreuungseinrichtungen in das Verfahren einbeziehen.

6. Zu den Mängeln des geltenden Rechtes zählt, daß besondere Vorschriften über die **Beschränkungen**, denen die Kranken in einer psychiatrischen Krankenanstalt unterworfen werden dürfen, nicht — weder hinsichtlich der Voraussetzungen noch in ihrer Art — näher geregelt sind. Von der Beschränkung der Pfleglinge in psychiatrischen Krankenanstalten handeln im KAG zwei Sätze: „Pflegerlinge, die nach den bestehenden Vorschriften zwangsweise angehalten werden, können Beschränkungen in der Freiheit der Bewegung oder des Verkehrs mit der Außenwelt unterworfen werden . . . Pfleglinge, die den Beschränkungen in der Freiheit der Bewegung oder des Verkehrs mit der Außenwelt unterworfen sind, können auch zu einer entsprechenden Beschäftigung im Rahmen der Heilbehandlung herangezogen werden“ (§ 51 Abs. 1 und 3 KAG). Es gehört zu den Hauptanliegen des Reformvorhabens, diese Mängel des geltenden

Rechtes zu beseitigen und die Grenzen der Einschränkung der Persönlichkeitsrechte während des Aufenthalts im geschlossenen Bereich in rechtsstaatlich einwandfreier Weise abzustecken. Dem psychisch Kranken soll auch innerhalb des geschlossenen Bereichs ein möglichst großes Maß an Freizügigkeit und Freiheit der Bewegung gesichert sein. Die Beschränkungen dürfen sich in der Regel nur auf die Bewegung in bestimmten räumlichen Bereichen beziehen. Weitergehende Beschränkungen sind nur unter bestimmten materiellen und formellen Voraussetzungen zulässig.

Der Schutz der Persönlichkeitsrechte des psychisch Kranken erfordert auch eine besondere Bestimmung über die ärztliche Behandlung. Im Sinn der Zielsetzung, die Stellung des psychisch Kranken im geschlossenen Bereich möglichst der anderer Kranker anzugleichen und den Zwangscharakter der psychiatrischen Versorgung zu reduzieren, knüpft die Regelung an die allgemeine Bestimmung des KAG über die Behandlung an (§ 8 Abs. 2 und 3 KAG).

7. Eine in der Diskussion über die Anhaltung psychisch Kranker immer wieder aufgeworfene Frage betrifft die **Weitergabe von Informationen** über die Aufnahme einer Person in eine psychiatrische Krankenanstalt, über die Entlassung oder über eine gerichtliche Entscheidung in diesem Zusammenhang (vgl. §§ 65, 66 EntmO, § 53 KAG). Gegen eine Verständigung dritter Stellen wird vorgebracht, daß sie gegen das Gebot des Schutzes der Privatsphäre eines Menschen verstoße und zur Diskriminierung psychisch Kranker und damit zur Behinderung ihres Fortkommens führe. Dem Einwand, daß das allgemeine Sicherheitsbedürfnis es rechtfertige, Angaben über psychische Erkrankungen an andere Behörden als Grundlage für deren Entscheidungen, etwa über die Ausstellung von Berechtigungen zum Besitz oder zur Führung von Waffen oder zur Lenkung von Kraftfahrzeugen, weiterzugeben, wird entgegengehalten, daß dieses Argument auch auf andere Kranke zutreffe, für die es keine entsprechenden Regelungen gebe.

Der Gesetzentwurf trägt dieser Kritik Rechnung und sieht — abgesehen von den Mitteilungen an das Gericht und den Patientensachwalter — keine Verständigungen von Verwaltungsbehörden oder anderen Stellen von der Aufnahme oder der Entlassung der Kranken vor.

In diesem Zusammenhang sei auch auf die Verfassungsbestimmung des § 1 Datenschutzgesetz hingewiesen, nach der jedermann Anspruch auf Geheimhaltung der ihn betreffenden personenbezogenen Daten hat, soweit er daran ein schutzwürdiges Interesse, insbesondere im Hinblick auf die Achtung seines Privat- und Familienlebens, hat. Beschränkungen dieses — sich nicht nur auf automationsunterstützt verarbeitete Daten beziehenden, also allgemeinen — Rechtes sind nur zur Wahrung

berechtigter Interessen eines anderen oder auf Grund von Gesetzen zulässig, die aus den im Art. 8 Abs. 2 der Europäischen Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten vom 4. November 1950, BGBl. Nr. 210/1958, (im folgenden EMRK genannt) genannten Gründen notwendig sind.

Künftig gibt es daher keine Meldungen aus dem Anlaß der Aufnahme eines psychisch Kranken in eine Krankenanstalt (insbesondere auch in den geschlossenen Bereich) sowie aus dem Anlaß seines Aufenthalts oder seiner Entlassung. Das bedeutet auch, daß der mit dem Aufnahmevorgang befaßte Polizeiarzt oder Arzt des öffentlichen Sanitätsdienstes die ihm dabei bekanntgewordenen Tatsachen nicht ohne weiteres für andere Verwaltungszwecke benutzen darf, ohne seine Verschwiegenheitspflicht zu verletzen. Darüber hinaus bleiben die allgemeinen Bestimmungen des Krankenanstaltenrechts über die Verschwiegenheits- und Auskunftspflicht unberührt (s. § 9 Abs. 2, § 10 Abs. 1 Z 4 KAG); diese sind für die Ermittlungen der Verwaltungsbehörden in einem konkreten Verwaltungsverfahren maßgebend, in dem es um die Entscheidung über die Erteilung bestimmter Berechtigungen, etwa zum Besitz oder zum Führen von Waffen oder zur Lenkung von Kraftfahrzeugen, geht.

## VI. Aufwand

Bei der Beantwortung der Frage, welcher Mehraufwand mit der Verwirklichung des Reformvorhabens verbunden ist, ist zwischen dem Aufwand bei den Gerichten und den Kosten der Patientensachwalterschaft zu unterscheiden.

1. In Österreich gibt es derzeit im wesentlichen zehn Krankenanstalten, in denen psychiatrische Abteilungen mit geschlossenen Bereichen eingerichtet sind. Gegenüber den geltenden §§ 16 bis 23 EntmO ist für die Zukunft ein wesentlich **gründlicheres gerichtliches Verfahren** bei der Aufnahme eines psychisch Kranken in den geschlossenen Bereich einer Krankenanstalt vorgesehen, um den Schutz seiner Persönlichkeitsrechte wirksamer zu gewährleisten (s. §§ 8 ff. des Entwurfs). Das erfordert die **Aufstockung der Richterplanstellen** um 12. Diese 12 Richterplanstellen stehen aber bereits zweckgebunden für dieses Gesetzesvorhaben zur Verfügung. Sie sind derzeit mit Richteramtsanwärtinnen besetzt.

2. Eine Kostenvermehrung ergibt sich voraussichtlich auf dem Gebiet der vom Bund zu tragenden **Sachverständigengebühren**. Nach der heutigen Übung der Gerichte werden in Anhaltungs-sachen (§§ 16 ff. EntmO) sogenannte „Gerichtskommissionen“ tätig, in denen in etwa zweistündiger Dauer der Richter und ein Sachverständiger in Begleitung von Vertretern der jeweiligen Krankenanstalt etwa zweimal im Monat jeweils 30 bis 50 Angehaltene in der Anstalt begutachten; im Anschluß an diese

Befundaufnahme erstellt der Sachverständige sein Gutachten. In diesem bloß als „summarisch“ zu bezeichnenden Verfahren sprechen die Gerichte den Sachverständigen auf der Grundlage des Gebührenanspruchsgesetzes 1975 (GebAG 1975) verhältnismäßig geringe Gebühren zu. Zur Veranschaulichung hiezu sei angeführt, daß beim Bezirksgericht Hietzing ein Arzt für eine solche Begutachtung eines Kranken durchschnittlich 390 S pro Begutachtung erhält. Nach den künftigen Vorschriften wird ein „summarisches Verfahren“ in der geschilderten Art unzulässig sein. Der Sachverständige muß im Sinn des § 13 des Entwurfs eine Einzelbegutachtung vornehmen und das Gutachten vor Gericht gesondert erörtern. Das bedeutet aber, daß künftig — nach der heutigen Kostenlage — im Durchschnitt je Fall mit Sachverständigengebühren von 1 000 S zu rechnen sein wird.

Bei der Beurteilung des erforderlichen Mehraufwandes an Gebühren für die Sachverständigen ist freilich zu berücksichtigen, daß der Zweck der mit dem Gesetzentwurf beabsichtigten Neuordnung dieses Rechtsgebietes darauf gerichtet ist, eine wesentliche Verminderung der auf Grund eines Gerichtsbeschlusses in geschlossenen Bereichen von Krankenanstalten befindlichen Kranken zu erreichen. Dies geschieht durch die Förderung, Behandlung und Betreuung psychisch Kranker außerhalb des geschlossenen Bereichs (§ 2 Z 2 des Entwurfs), durch die Bevorzugung der Freiwilligkeit ihrer Aufnahme in geschlossene Bereiche von Krankenanstalten (§§ 3 ff. des Entwurfs), eine gezielte Aufnahmeregelung (§§ 4, 5 des Entwurfs) und ein gründliches Aufnahmeverfahren.

Man kann davon ausgehen, daß der Mehraufwand für Sachverständigenkosten sich etwa um den Betrag von rund 4 Mill. S bewegen wird.

3. Der § 11 des Entwurfs sieht als wesentliche Neuerung ganz allgemein die Bestellung eines „**Patientensachwalters**“ zur Wahrnehmung der Belange der in den geschlossenen Bereich einer Krankenanstalt aufgenommenen psychisch Kranken vor. Die Aufgaben der Patientensachwalter sind vielfältig, vor allem aber betreffen sie die Vertretung des Kranken im gerichtlichen Verfahren über seine Aufnahme in den geschlossenen Bereich. Die Patientensachwalter müssen die Voraussetzungen des § 281 Abs. 2 ABGB idF des BG BGBl. Nr. 136/1983 („Vereinssachwalterschaft“) erfüllen. Im Licht der bisherigen Erfahrungen mit dem „Modellprojekt Patientensachwalterschaft“ kann davon ausgegangen werden, daß bei den zehn Krankenanstalten (s. Punkt 1.) etwa 30 Patientensachwalter für das gesamte Bundesgebiet benötigt werden. Veranschlagt man die Kosten eines Sachwalters mit etwa 400 000 S jährlich, so ergibt sich aus der Erfüllung dieser Aufgaben auf der derzeitigen Kostengrundlage eine jährliche Gesamtbelastung von rund 12 Mill. S, die freilich nicht sogleich

mit der Gesetzwerdung des Entwurfs wirksam werden wird (vgl. die Übergangsbestimmung des § 28 des Entwurfs). Am Beginn muß man mit einem Aufwand von etwa 4 Mill. S (10 Patientensachwalter) rechnen.

4. Die Mehrkosten für den Bund werden somit anfangs etwa 8 Mill. S, bei völligem Ausbau der Patientensachwalterschaft (frühestens in 6 bis 8 Jahren) etwa 16 Mill. S betragen.

5. Die Kosten im Bereich der **Länder** hängen davon ab, wie weit der moderne Stand der Psychiatrie (Ausbau der psychosozialen Dienste) im jeweiligen Land verwirklicht ist; es könnte in einigen Ländern auch zu höheren Bau- und Personalkosten kommen.

## VII. Verfassungsrechtliche Grundlagen und Gesetzetechnik

1. Die im Entwurf vorgesehenen Regelungen der Aufnahme psychisch Kranker in den geschlossenen Bereich einer Krankenanstalt sowie der Beschränkung ihrer Persönlichkeitsrechte tragen den **verfassungsrechtlich gewährleisteten Grundrechten** Rechnung. Zu beachten sind Art. 4 (Freizügigkeit der Person), 6 (Freiheit der Niederlassung), 8 (Freiheit der Person — in Verbindung mit dem Gesetz vom 27. Oktober 1862, RGBl. Nr. 87, zum Schutz der persönlichen Freiheit) und 10 (Schutz des Briefgeheimnisses) des Staatsgrundgesetzes vom 21. Dezember 1867, RGBl. Nr. 142, über die allgemeinen Rechte der Staatsbürger; weiter die — im Verfassungsrang stehenden — Art. 3 (Verbot unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung), 5 (Recht auf Freiheit und Sicherheit), 6 (Anspruch auf ein gerichtliches Verfahren), 8 (Anspruch auf Achtung des Privat- und Familienlebens, der Wohnung und des Briefverkehrs) und 10 (Freiheit der Meinungsäußerung) EMRK. Die in den angeführten verfassungsrechtlichen Bestimmungen genannten Grundrechte sind freilich — mit Ausnahme des in Art. 3 EMRK verankerten Rechtes auf menschenwürdige Behandlung — nicht absolut gewährleistet; sie können vielmehr unter bestimmten vom Gesetz vorgegebenen Voraussetzungen beschränkt werden. Besonders zu beachten ist in diesem Zusammenhang der Art. 5 Abs. 1 Buchst. e EMRK: Nach dieser Bestimmung darf einem Menschen die Freiheit entzogen werden, wenn er sich in rechtmäßiger Haft befindet, weil er eine Gefahrenquelle für die Ausbreitung ansteckender Krankheit bildet oder weil er geisteskrank, Alkoholiker, rauschgiftsüchtig oder Landstreicher ist. Nach Abs. 4 dieser Bestimmung hat jedermann, dem seine Freiheit durch Festnahme oder Haft entzogen wird, das Recht, ein Verfahren zu beantragen, in dem von einem Gericht ehethunlich über die Rechtmäßigkeit der Haft entschieden und im Fall der Widerrechtlichkeit seine Entlassung angeordnet wird.

**Kompetenzrechtlich** knüpft der Gesetzentwurf an die Zuständigkeitstatbestände des Art. 10 Abs. 1 Z 6 (Zivilrechtswesen), Z 7 (Sicherheitspolizei) und Z 12 (Gesundheitswesen, sanitäre Aufsicht) B-VG an. Er regelt also ausschließlich Angelegenheiten, in denen die Gesetzgebung und Vollziehung Bundessache sind.

2. In den Erläuterungen zum Entwurf eines Bundesgesetzes über die Sachwalterschaft für behinderte Personen (RV 742 BlgNR 15. GP, S 9 f.) ist bereits auf die Zweckmäßigkeit einer gesetzestechnischen Trennung der Reform des Anhaltungs- und Entmündigungsrechts hingewiesen worden. Zwar ist das geltende Anhaltungsrecht — zum Teil — auch in der Entmündigungsordnung geregelt, doch besteht zwischen den beiden Rechtsgebieten kein so enger Zusammenhang, daß sich deren Regelung in derselben Rechtsvorschrift empfiehlt; die Beschränkung der Geschäftsfähigkeit als Folge einer psychischen Krankheit oder Behinderung muß nicht mit einem Aufenthalt in einer Krankenanstalt verbunden sein, ebenso wie eine stationäre Aufnahme nicht notwendig eine Beschränkung der Geschäftsfähigkeit zur Folge hat. Dazu kommt, daß sich die Bestimmungen über die Sachwalterschaft für behinderte Personen ohne weiteres in große zivilrechtliche Stammgesetze, wie das ABGB und das Gesetz über das gerichtliche Verfahren außer Streitsachen, einordnen lassen, während für die Regelung der Rechtsfürsorge für psychisch Kranke in Krankenanstalten wegen der Verschiedenartigkeit der Bestimmungen eine besondere Rechtsvorschrift zweckmäßig erscheint.

### B. Besonderer Teil

Die gegenüber dem geltenden Recht veränderte Zielsetzung des Gesetzentwurfs findet bereits im vorgeschlagenen **Gesetzestitel** ihren Ausdruck. Der Entwurf vermeidet Begriffe wie „Anhaltung“ oder „Unterbringung“, mit denen man im allgemeinen den Gedanken der Verwahrung oder Absonderung eines Menschen verbindet. Nicht die Verwahrung des Kranken, seine Absonderung von der Gesellschaft, sondern sein Schutz, die **Rechtsfürsorge** für ihn, steht im Vordergrund. Zugleich stellt der Gesetzestitel auch klar, daß der Entwurf in erster Linie **Zivilrecht** enthält.

#### Zum § 1:

Die im Gesetzestitel anklingende Zielsetzung des Gesetzesvorhabens wird im § 1 als **allgemeine Anordnung** an die Spitze gestellt und inhaltlich verdeutlicht: Es geht um den **Schutz der Persönlichkeitsrechte** psychisch Kranker in Krankenanstalten. Der **erste Absatz** übernimmt den allgemeinen Grundsatz des § 21 ABGB — „Minderjährige und Personen, die aus einem anderen Grund als dem ihrer Minderjährigkeit alle oder einzelne ihrer

Angelegenheiten selbst gehörig zu besorgen nicht vermögen, stehen unter dem besonderen Schutz der Gesetze“ — für psychisch Kranke in Krankenanstalten. Diese besondere Schutzpflicht gilt allgemein: also nicht nur für das Gericht, sondern auch für die Ärzte, den Patientensachwalter und die Sicherheitsbehörden.

Im **zweiten Absatz** wird der Begriff des „**geschlossenen Bereiches**“ eingeführt. Der Entwurf spricht nicht von „geschlossenen Anstalten“ (s. die Überschrift des III. Abschnitts der EntmO) oder von „geschlossenen Abteilungen“, sondern verwendet den beweglicheren Begriff des „geschlossenen Bereiches“, um der organisatorischen Vielseitigkeit der stationären Einrichtungen für die Betreuung psychisch Kranker gerecht zu werden. Damit soll auch die Fortentwicklung der psychiatrischen Versorgung, besonders durch Dezentralisation und bedürfnisgerechte Spezialisierung des Versorgungsanbots, durch Verkleinerung der Versorgungseinrichtungen sowie überhaupt durch Zurückdrängen des Zwangscharakters der psychiatrischen Behandlung, eingefangen werden. Ein „geschlossener“ Bereich setzt begrifflich einen „offenen“ Bereich voraus. Der Entwurf strebt an, daß **psychisch Kranke** — sofern sie nicht ambulant behandelt werden — künftighin grundsätzlich — wie andere Patienten — in „**offenen**“ **stationären Einrichtungen** behandelt und betreut werden. Nur bei Aufnahmen im **geschlossenen Bereich** dürfen nach der vorgeschlagenen Regelung die **Persönlichkeitsrechte** psychisch Kranker — nach Maßgabe der Bestimmungen des Entwurfs — beschränkt werden. Ein geschlossener Bereich ist etwa ein ständig — also nicht bloß während der Nachtstunden — versperrtes Zimmer oder ein solcher Trakt, nicht aber ein Netzbett, das — ebenso wie Angurten oder Anlegen von Schutzjacken — wohl unter § 21 Abs. 2 fällt.

Daß geschlossene Bereiche nur im Rahmen einer öffentlichen Krankenanstalt eingerichtet werden dürfen, wurde nicht mehr vorgesehen, da dies für die Einhaltung der Schutzbestimmungen des Entwurfs nicht von Bedeutung ist.

#### Zum § 2:

Die Bestimmung umschreibt die **materiell-rechtlichen Voraussetzungen der Aufnahme** in den geschlossenen Bereich. Wie sich aus den §§ 10 und 25 Abs. 1 des Entwurfs ergibt, gelten die Voraussetzungen nicht nur für die Aufnahme, sondern auch für den weiteren Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich; sie sind von allen am Aufnahmevorgang Beteiligten, also besonders dem Polizeiarzt oder Arzt im öffentlichen Sanitätsdienst, dem Gericht und den behandelnden Ärzten wahrzunehmen.

Die **Z 1** enthält die Voraussetzungen der **Krankheit** und der **Gefahr**. Nach dem geltenden § 49

KAG ist Voraussetzung der Anhaltung, daß die in die Krankenanstalt „aufzunehmende Person infolge einer Geisteskrankheit ihre oder die Sicherheit anderer Personen gefährdet“. Eine Reform, die sich zum Ziel gesetzt hat, den Methoden der modernen Psychiatrie Rechnung zu tragen, hat auch die Voraussetzungen für Aufnahmen in den geschlossenen Bereich dem heutigen Stand der medizinischen Wissenschaft anzupassen. Solche Aufnahmen — auch zwangsweise — sind dank der modernen Psychiatrie heute seltener notwendig. Die Aufnahmevoraussetzungen der Krankheit und der Gefahr brauchen daher im Entwurf nicht weiter als im § 49 KAG gefaßt zu werden. Nach der vorgeschlagenen Regelung soll an die Stelle der „Geisteskrankheit“ der — einer zeitgemäßen medizinischen Terminologie entsprechende — Begriff der „**psychischen Krankheit**“ treten und die Sicherheitsgefährlichkeit durch den präziseren Ausdruck der Gefährdung von Leben und Gesundheit ersetzt werden. Die im zur Begutachtung versandten Entwurf enthaltenen Begriffe „gleichwertige psychische Störung“ und „Gefährdung von Sachwerten in größerem Ausmaß“ sind in der Diskussion über das Gesetzesvorhaben mit Recht als Erweiterungen der Aufnahmevoraussetzungen kritisiert und deshalb nicht in den vorliegenden Gesetzesentwurf aufgenommen worden. Aus demselben Grund kann auch den Vorschlägen auf Einbeziehung der bloßen Behandlungsbedürftigkeit oder Verwahrlosungsgefahr ohne besonders schwerwiegende und ernstliche Gefährdung der Gesundheit in die Aufnahmegründe nicht gefolgt werden.

Immer muß die Gefährdung eine „**ernstliche**“ sein. Es soll ein hohes Maß an Wahrscheinlichkeit des Schadenseintritts gegeben sein, darüber hinaus hat die Schädigung direkt aus der Krankheit zu drohen. Eine bloß vage Möglichkeit einer Selbst- oder Fremdschädigung ist nicht ausreichend. In dem Wort „**ernstlich**“ sind auch die Merkmale der Schwere und Verhältnismäßigkeit enthalten; die mit dem Aufenthalt im geschlossenen Bereich verbundenen Beschränkungen dürfen im Verhältnis zu der mit der Krankheit verbundenen Gefahr nicht unangemessen sein.

Zu den wesentlichen Neuerungen des Entwurfs gehört die Einführung des Grundsatzes der **Subsidiarität (Z 2)**. Die Aufnahme in den geschlossenen Bereich kommt nur als letztes Mittel, also nur dann in Betracht, wenn dem Kranken nicht auf andere Weise geholfen werden, somit der mit seinem Leiden verbundenen Gefahr nicht auf andere Weise als durch Aufnahme in den geschlossenen Bereich entgegengewirkt werden kann. Als Alternativen in diesem Sinn kommen besonders die Behandlung und Betreuung im offenen Bereich einer Krankenanstalt sowie in halbstationären oder ambulanten Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen in Betracht.

Das Subsidiaritätsprinzip ist das dynamische Element der Aufnahmevoraussetzungen. Es wird mit

der Verbesserung der psychiatrischen Versorgung zunehmend zum Tragen kommen. Mit dem Ausbau offener oder ambulanter psychiatrischer Behandlungs- und Versorgungseinrichtungen wird die Möglichkeit der Gefahrenabwehr „in anderer Weise“ erweitert und die Aufnahme in den geschlossenen Bereich in ihrer zahlenmäßigen Bedeutung zurückgedrängt werden können.

#### Zu den §§ 3 bis 5:

Die §§ 3 bis 5 regeln die sogenannte „freiwillige Aufnahme“. Mit dem Wort „Verlangen“ wird verdeutlicht, daß es auf eine positive Willensäußerung des Aufnahmewerbers ankommt. Kann oder will der Kranke seiner Aufnahme weder zustimmen noch widersprechen, kommt eine Aufnahme auf eigenes Verlangen nicht in Betracht. Dabei kommt es nicht auf die zivilrechtliche Geschäftsfähigkeit des Betroffenen, sondern auf seine Fähigkeit zur Bildung eines „natürlichen Willens“ mit Beziehung auf seine Aufnahme in den geschlossenen Bereich an; der Aufnahmewerber muß in der Lage sein, den Grund und die Bedeutung seiner Aufnahme einzusehen und seinen Willen nach dieser Einsicht zu bestimmen (§ 3 Abs. 1). Eine ausdrückliche Anordnung stellt klar, daß auch bei der Aufnahme auf eigenes Verlangen die besonderen Voraussetzungen des § 2 (Krankheit, Gefahr und Subsidiarität) vorliegen müssen. Fehlt eine dieser Voraussetzungen, so ist der Aufnahmewerber entweder überhaupt nicht oder in den offenen Bereich der Krankenanstalt aufzunehmen.

Das Aufnahmeverlangen ist **schriftlich** zu stellen (§ 3 Abs. 2), wobei — dies drückt das Wort **eigenhändig** aus — die bloße Unterfertigung eines Vordrucks nicht ausreichend ist. Die Erklärung ist vor zwei Fachärzten abzugeben, von denen einer der Abteilungsleiter sein muß.

Das Verlangen nach Aufnahme kann **widerrufen** werden; der Widerruf bedarf keiner bestimmten Form. Im Sinn allgemeiner zivilrechtlicher Grundsätze kann der Widerruf nicht nur ausdrücklich, sondern auch schlüssig erklärt werden; es genügt also, wenn sich zweifelsfrei aus dem gesamten Verhalten des Kranken ergibt, daß sich dieser gegen seinen weiteren Verbleib im geschlossenen Bereich wehrt. Die Folge des Widerrufs ist entweder die Entlassung aus dem geschlossenen Bereich, wenn die Voraussetzungen der Aufnahme weggefallen sind, oder die Einleitung des gerichtlichen Verfahrens, wenn die Voraussetzungen weiter vorliegen (§§ 8 und 9 des Entwurfs).

Einer besonderen Regelung bedarf die Frage, inwieweit es bei der Aufnahme eines Minderjährigen auf dessen Willenserklärung oder die seines Erziehungsberechtigten und gesetzlichen Vertreters ankommt (§ 3 Abs. 3). Aus dem geltenden Recht (s. bes. §§ 146a, 146b erster Satz, 151 Abs. 2, §§ 152, 153, 865 ABGB, § 2 ZPO, § 8 Abs. 3 KAG)

ergibt sich, daß einerseits dem gesetzlichen Vertreter, andererseits dem Erziehungsberechtigten in wichtigen, die Person des Kindes betreffenden Angelegenheiten Entscheidungsrechte zukommen, aber auch der Minderjährige mit zunehmender Reife ab einem bestimmten Alter in diesen Angelegenheiten selbst bestimmen kann. Für die Aufnahme in den geschlossenen Bereich einer Krankenanstalt ist — mit Rücksicht auf die möglichen Beschränkungen der Persönlichkeitsrechte — eine klare Regelung erforderlich. Der Entwurf schlägt vor, bei Unmündigen, also Personen unter 14 Jahren, auf die Willenserklärung der Erziehungsberechtigten abzustellen, bei mündigen Minderjährigen, also Personen zwischen dem 14. und 19. Lebensjahr, die Willenserklärung sowohl der Erziehungsberechtigten als auch die des Kranken zu fordern. Damit soll dem unterschiedlichen Reifegrad Minderjähriger — freilich in einer schematischen Weise — Rechnung getragen und dem mündigen Minderjährigen ein seinem Alter entsprechendes Mitspracherecht bei der freiwilligen Aufnahme eingeräumt werden. Fehlt es bei einem mündigen Minderjährigen an der für die freie Willenserklärung erforderlichen Einsichts- und Urteilsfähigkeit, so kommt eine Aufnahme auf eigenes Verlangen nicht in Betracht; es ist das Verfahren nach den §§ 6 ff. durchzuführen. Bei allen Minderjährigen ist zusätzlich die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

Dem gleichen Grundsatz trägt der § 3 Abs. 4 Rechnung: Ist einer Person, die die Aufnahme in den geschlossenen Bereich verlangt, ein Sachwalter bestellt, so ist — zusätzlich zum Verlangen der Kranken — die Zustimmung des Sachwalters zur Aufnahme grundsätzlich nicht erforderlich, es sei denn, der Wirkungskreis des Sachwalters umfaßt Willenserklärungen zur Aufnahme in Krankenanstalten; das wird vor allem dann der Fall sein, wenn der Sachwalter für alle Angelegenheiten (§ 273 Abs. 3 Z 3 ABGB) bestellt ist.

Die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters ist nicht (wie etwa das Verlangen des Kranken oder seiner Erziehungsberechtigten) an die strenge Form der Eigenhändigkeit geknüpft; sie kann auch schriftlich erklärt werden (§ 3 Abs. 5 erster Satz). Für den Widerruf wird klargestellt, daß zu seiner Wirksamkeit nicht etwa Erklärungen aller Beteiligten nötig sind; hat nur einer derjenigen, die im Augenblick berechtigt sind, das Verlangen auf Aufnahme in den geschlossenen Bereich zu stellen oder dem Verlangen zuzustimmen, seinen Widerruf erklärt, so ist der Kranke entweder überhaupt zu entlassen, in den offenen Bereich der Krankenanstalt zu überstellen oder das Verfahren nach den §§ 8 und 9 des Entwurfs einzuleiten (§ 3 Abs. 5 zweiter Satz).

Der § 3 Abs. 6 nimmt darauf Bedacht, daß der Abteilungsleiter selbst nicht immer anwesend sein und seine Pflichten nach diesem Bundesgesetz

erfüllen oder seine Rechte ausüben kann. Der Entwurf sieht daher vor, daß die Rechte und Pflichten des Abteilungsleiters im Falle seiner Verhinderung auf seinen Vertreter übergehen. Eine besondere Bevollmächtigung des Vertreters durch den Abteilungsleiter ist nicht nötig. Vertreter ist derjenige Arzt, der auch innerhalb der Krankenanstalt die Aufgaben des Abteilungsleiters gerade besorgt, gegebenenfalls sogar der mit dem Nachtdienst betraute Arzt. Das Gericht wird daher für den Abteilungsleiter bestimmte Zustellungen „An den Leiter der Abteilung XX der Krankenanstalt XY“ ohne Anführung des Namens des Abteilungsleiters anordnen können.

Der § 4 regelt die **Aufnahmeuntersuchung** (s. P V 3 des Allgemeinen Teiles): Der Aufnahmewerber ist durch zwei Ärzte dahin zu untersuchen, ob die im § 2 umschriebenen materiell-rechtlichen Voraussetzungen der Aufnahme vorliegen und ob der Betroffene die für die Stellung des Aufnahmeverlangens erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit besitzt. Die Ärzte sind hiebei als Sachverständige tätig; das bedeutet, daß Weisungen an sie oder unter ihnen nicht zulässig sind. Ist auch nur ein Arzt von ihnen der Meinung, daß eine Voraussetzung nicht vorliegt, so kommt eine Aufnahme in den geschlossenen Bereich nicht in Betracht. Gegebenenfalls haben die Ärzte das Vorliegen der angeführten Voraussetzungen sowie die Belehrung über das Widerrufsrecht in der Krankengeschichte zu beurkunden. Zweckmäßigerweise wird die Aufnahmeuntersuchung noch vor der Niederschrift des Aufnahmeverlangens vorzunehmen sein.

Eine wesentliche Neuerung des Gesetzesentwurfs ist, daß das Verlangen nach Aufnahme nicht nur durch Widerruf, sondern auch durch **Zeitablauf**, und zwar sechs Wochen nach Aufnahme, seine Wirksamkeit verliert (§ 5). Will der Kranke nach Ablauf dieser Frist weiterhin im geschlossenen Bereich bleiben, so kann er, falls die Voraussetzungen noch immer vorliegen, sein Verlangen nach Aufnahme einmal erneuern. Insgesamt kann somit ein Kranker auf Grund eigenen Verlangens längstens zwölf Wochen ohne Unterbrechung im geschlossenen Bereich bleiben. Dann ist er entweder — bei Wegfall der Aufnahmevoraussetzungen — aus dem geschlossenen in den offenen Bereich zu entlassen, oder es ist das gerichtliche Verfahren einzuleiten. Die Bestimmung soll sicherstellen, daß eine Person, die einmal freiwillig in den geschlossenen Bereich eingetreten ist, dort nicht unbegrenzt lange ohne gerichtliche Prüfung zurückgehalten wird, obgleich die Aufnahme vielleicht gar nicht mehr vom Willen des Betroffenen gedeckt ist; sie wird auch dazu führen, daß vermehrt offene Bereiche in psychiatrischen Krankenanstalten entstehen.

Eine weitere wichtige Neuerung bei der freiwilligen Aufnahme besteht darin, daß die Freiheit des auf eigenes Verlangen aufgenommenen Kranken nur auf die Bewegung in bestimmten räumlichen

Bereichen beschränkt werden darf (§ 21). Soll der Betroffene weitergehenden Beschränkungen — etwa Netzbett, Schutzjacke oder Angurten — unterworfen werden, so ist ebenfalls das gerichtliche Verfahren einzuleiten (§§ 21 Abs. 2).

#### Zu den §§ 6 bis 8:

Die §§ 6 bis 8 regeln die Aufnahme in den geschlossenen Bereich einer Krankenanstalt bei **Fehlen eines Aufnahmeverlangens** im Sinn des § 3.

Der im Jahr 1974 vom Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz zur Begutachtung ausgesandte Entwurf eines Bundesgesetzes über die Anhaltung und Behandlung von psychisch gestörten Personen (s. P II des Allgemeinen Teiles) hat vorgesehen, daß die Bezirksverwaltungsbehörde eine Person, hinsichtlich der die Anhaltungsvoraussetzungen bescheinigt sind, mit Bescheid in eine Krankenanstalt einweisen sollte. Gegen diesen Vorschlag sind im Begutachtungsverfahren gewichtige Bedenken erhoben worden. Mit Recht ist geltend gemacht worden, daß eine solche Zweigeleisigkeit des Verfahrens — Einweisung durch die Verwaltungsbehörde mit Bescheid und Überprüfung der Zulässigkeit der Anhaltung durch das Gericht — verfassungsrechtlich bedenklich ist, zu einem überflüssigen Verwaltungsaufwand führt und nicht zur Verbesserung des Rechtsschutzes beiträgt. Der vorliegende Gesetzesentwurf sieht deshalb kein verwaltungsbehördliches Einweisungsverfahren vor. Soweit auch nach dem neuen Vorschlag die Sicherheitsbehörden einzuschreiten haben (**Abs. 3 und 4 des § 6**), setzen sie faktische Amtshandlungen, die gemäß Art. 144, beziehungsweise Art. 130 Abs. 1 lit. b im Zusammenhang mit Art. 131a B-VG unmittelbar beim Verfassungsgerichtshof bzw. Verwaltungsgerichtshof angefochten werden können (s. auch VfGH 29. November 1977, B 404/75, Slg. 8180/1977 = EuGRZ 1978, 325). Der Rechtsschutz ist somit auch bei der im Entwurf vorgeschlagenen Regelung der Überstellung des Kranken in die Krankenanstalt gewährleistet.

Eine Kernfrage der Neuregelung ist, wer für eine erste Prüfung der Aufnahmevoraussetzungen — vor Überstellung des Kranken in die Krankenanstalt — herangezogen werden soll. Nach geltendem Recht setzt die zwangsweise Aufnahme eines Kranken grundsätzlich die Bescheinigung eines Amtsarztes voraus, wonach anzunehmen ist, daß die aufzunehmende Person infolge einer Geisteskrankheit ihre oder die Sicherheit anderer Personen gefährdet (§ 49 KAG). Der zur Begutachtung versandte Entwurf hat vorgesehen, daß zur Ausstellung einer solchen ärztlichen Bescheinigung in diesem Sinn vor allem der Facharzt und in zweiter Linie der Amtsarzt berufen sein soll. Die Stellungnahmen zu diesem Vorschlag sind recht unterschiedlich gewesen. Einerseits ist ein Abgehen von der derzeitigen Form der „Parerisierung“ befürwortet worden,

andererseits hat es aber auch nicht an kritischen Stimmen zur Heranziehung des Facharztes gefehlt; dieser sei sehr häufig der behandelnde Arzt und stehe daher zum Patienten in einem besonderen Vertrauensverhältnis, das sich schlecht mit der Funktion eines Gutachters, der die Grundlage für die Aufnahme in den geschlossenen Bereich beurteilen solle, verbinden lasse. Die Länder haben besonders auf die Vorteile der Heranziehung eines im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden Arztes hingewiesen. Infolge seiner amtlichen Stellung und des Fehlens eines Naheverhältnisses zum Patienten oder dessen Angehörigen sei bei ihm die für eine Kontrollfunktion erforderliche Unabhängigkeit und Objektivität besonders gewährleistet.

Der Gesetzentwurf (§ 6 Abs. 1) folgt dem Vorschlag der Länder, hält also am Amtsarzt (Amtsarzt der Bezirksverwaltungsbehörden, Polizeiarzt) als Kontrollorgan bei der Aufnahme ohne eigenes Verlangen fest. Zugleich wird aber auch der Forderung nach einer Veränderung des gegenwärtigen Einweisungsvorgangs Rechnung getragen. Neben dem Amtsarzt sind auch andere im **öffentlichen Sanitätsdienst stehende Ärzte** als Kontrollorgane bei der Überstellung des Kranken in den geschlossenen Bereich berufen; die für den Amtsarzt geltenden Argumente treffen auch auf den Gemeinde-, Sprengel- und Distriktsarzt zu (vgl. die Gemeindegesetz der Länder). Da es sich dabei um eine große Anzahl von Ärzten handelt, ist sichergestellt, daß im allgemeinen ein zur Überprüfung der Aufnahmevoraussetzungen befugter Arzt leicht erreichbar ist; dies ist nicht zuletzt für den Kranken von Vorteil. Nicht zum Kreis dieser Kontrollorgane gehören die in einer — wenn auch öffentlichen — Krankenanstalt tätigen Ärzte. Es gibt hauptberuflich bei Sanitätsbehörden tätige Ärzte, die vom § 61 Abs. 1 erster Satz ÄrzteG ausdrücklich als Amtsärzte bezeichnet werden. Daneben gibt es aber auch Ärzte in amtlicher Funktion, die nicht hauptberuflich bei Sanitätsbehörden tätig sind, nämlich die Amtsärzte der Bundespolizeibehörden (§ 61 Abs. 2 ÄrzteG) und der Arbeitsinspektorate (§ 61 Abs. 1 zweiter Satz ÄrzteG), doch sind die Arbeitsinspektionsärzte bei der Vollziehung dieses Gesetzes durch § 32 Z 2 des Entwurfes ausgeschlossen. Somit kommen folgende Ärzte in Betracht: Amtsärzte der Bezirksverwaltungsbehörden als Sanitätsbehörden, Gemeinde-, Sprengel- und Distriktsärzte — als weitere Ärzte, die im öffentlichen Sanitätsdienst stehen — und schließlich **Polizeiärzte**.

Die Bescheinigung des Polizeiarztes oder Arztes im öffentlichen Sanitätsdienst bezieht sich bloß auf das Ergebnis der Prüfung, daß die Aufnahmevoraussetzungen nach § 2 vorliegen und die Vorstellung des Kranken beim Abteilungsleiter zur Aufnahmeuntersuchung nötig ist; sie ist also für den Abteilungsleiter bestimmt. Aus der Ausstellung der Bescheinigung erwächst somit keine Gebühren-

pflicht im Sinn des Gebührengesetzes 1957. Der Abteilungsleiter ist an die Bescheinigung nicht gebunden, sondern hat unabhängig davon auf Grund der Aufnahmeuntersuchung (§ 7 Abs. 1) die Voraussetzungen der Aufnahme in den geschlossenen Bereich zu beurteilen. Die Festschreibung einer bestimmten Situation des Betroffenen in einem Gutachten — oft bloß auf Grund eines ersten Eindrucks — wirkt sich erfahrungsgemäß für den Betroffenen ungünstig aus. Aufgabe des Polizeiarztes oder Arztes im öffentlichen Sanitätsdienst soll daher nicht die Erstattung eines ausführlichen und weitreichenden Gutachtens, sondern die möglichst rasche Einleitung von Hilfsmaßnahmen für den vermutlich Kranken sein.

Die Worte „zur Aufnahme . . . gebracht werden“ nehmen auf den **Zweck** der Verbringung des Kranken bezug; sie meinen nicht den Aufnahmevorgang.

Der § 6 Abs. 2 trägt der Kritik zu der gegenwärtigen Praxis bei der Ausstellung des Pareres nach § 49 KAG Rechnung. Der Arzt soll bei der Prüfung der Notwendigkeit der Überstellung in den geschlossenen Bereich mit „möglichster Schonung der Person“ des Kranken vorgehen. Leitgedanke soll dabei die Wahrung der Würde des Menschen sein. Wesentlich ist, daß der Polizeiarzt oder der Arzt im öffentlichen Sanitätsdienst in seine Prüfung auch die Frage einbeziehen soll, ob dem Kranken nicht auf andere Weise als durch Aufnahme in den geschlossenen Bereich geholfen werden kann (s. § 2 Z 2). Dies setzt voraus, daß der Arzt über alternative Betreuungseinrichtungen in seinem Bereich unterrichtet ist. Nach Tunlichkeit sollte sich der Arzt im Einzelfall, allenfalls im kurzen Weg, mit solchen Einrichtungen ins Einvernehmen setzen.

Der Abs. 3 regelt ein allfälliges Tätigwerden der Sicherheitsbehörden im Zusammenhang mit der Aufnahme eines Kranken in den geschlossenen Bereich. Je nach Sachlage werden sie den vermutlich Kranken zum Arzt (siehe § 6 Abs. 1) zu bringen oder diesen beizuziehen haben und sodann den Kranken in den geschlossenen Bereich einer Krankenanstalt zu bringen haben; gegebenenfalls wird auch der örtliche Rettungsdienst beizuziehen sein. Auch für die Sicherheitsbehörden gilt das Gebot, daß sie mit möglichster Schonung der Person vorzugehen haben. Bis zur Übergabe des Kranken haben sie die zur Abwendung der Gefahren im Sinn des § 2 Z 1 erforderlichen Vorkehrungen zu treffen.

Die Anordnungen des § 6 Abs. 1 und 3 über die Beziehung des Arztes im öffentlichen Sanitätsdienst gelten nicht bei **Gefahr im Verzug**, also wenn mit dem Aufschub der Vorstellung beim Leiter des geschlossenen Bereichs eine ernste Gefahr für Leben oder Gesundheit des Kranken verbunden ist. In diesem Fall darf der Kranke unmittelbar dem

Leiter des geschlossenen Bereichs vorgestellt werden.

In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, daß die Aufnahme ohne eigenes Verlangen nicht immer von Sicherheitsbehörden veranlaßt werden kann. So kann sich etwa die Notwendigkeit ergeben, daß ein Kranker aus dem offenen Bereich einer psychiatrischen Abteilung oder überhaupt aus einer anderen Abteilung einer Krankenanstalt in den geschlossenen Bereich überstellt werden sollte. Auch kann ein Kranker, der nicht mehr die für eine Aufnahme auf eigenes Verlangen erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit besitzt, von einem Angehörigen in die Anstalt gebracht werden, ohne daß die Organe der Sicherheitsbehörden eingeschritten sind. Eine erschöpfende Aufzählung aller dieser Fälle ist nicht möglich. Soweit bei einem solchen Vorgang Zwang angewendet wird, muß sich dessen Rechtfertigung aus anderen Bereichen der Rechtsordnung, etwa aus den Grundsätzen des Strafrechts (vgl. § 99 Abs. 1 StGB: „widerrechtlich gefangen hält“), ergeben. Es bedarf aber in allen diesen Fällen der nachträglichen Einschaltung des Polizeiarztes (des Arztes im öffentlichen Sanitätsdienst).

Der § 7 regelt die **Aufnahmeuntersuchung**. Sie ist — wie bei der freiwilligen Aufnahme — durch den Abteilungsleiter und einen weiteren Facharzt im Sinn des § 3 Abs. 2 vorzunehmen.

Die Verständigung des Patientensachwalters von der Aufnahme (Abs. 2) soll diesen in die Lage versetzen, sich sogleich nach der Aufnahme um den Kranken zu kümmern; er wird ja kraft Gesetzes mit der Aufnahme des Kranken dessen Vertreter in den Anstaltsangelegenheiten und im gerichtlichen Prüfungsverfahren (s. § 11 Abs. 4).

Die Bestimmung über die Aufnahmeuntersuchung ist auch auf die Fälle anzuwenden, in denen eine Aufnahme auf eigenes Verlangen in einen zwangsweisen Aufenthalt in einem geschlossenen Bereich übergeht (§ 8). Das ist der Fall, wenn der auf eigenes Verlangen aufgenommene Kranke seine Freiwilligkeitserklärung widerruft (§ 5 Abs. 1 zweiter Satz), die Sechswochenfrist des § 5 Abs. 1 abgelaufen ist und der Kranke seine Freiwilligkeitserklärung nicht erneuert sowie wenn die Zwölfwochenfrist des § 5 Abs. 1 verstrichen ist.

Der Entwurf räumt in diesen Fällen der Krankenanstalt noch eine Frist von 48 Stunden — gerechnet vom Zeitpunkt des Widerrufs bzw. vor dem Ende der Frist des § 5 Abs. 1 — für die Entlassung des Kranken ein. Die Aufnahme in den geschlossenen Bereich auf eigenes Verlangen ist ja nur dann sinnvoll, wenn die Anstalt die Möglichkeit hat, wenigstens kurze Zeit den Kranken zurückzuhalten und mit der Verständigung des Gerichtes zuzuwarten. Vielfach hängt der Wunsch des freiwillig Aufgenommenen, sogleich entlassen zu werden, mit seinem akuten Krankheitszustand zusammen. Auch

wird im Fall des Widerrufs des Verlangens nach Aufnahme nicht immer sogleich ein Arzt zur Stelle sein, um das vielleicht notwendige Gespräch mit dem Kranken zu führen, ihn zu untersuchen und zu entscheiden, ob er zu entlassen oder das gerichtliche Prüfungsverfahren einzuleiten ist (s. § 9 und die Erl. hiezu).

Die Bestimmungen über die Aufnahmeuntersuchung und das gerichtliche Verfahren zur Überprüfung der Zulässigkeit des Verbleibes im geschlossenen Bereich sind auch anzuwenden, wenn ein auf eigenes Verlangen Aufgenommener weitergehend als auf den Aufenthalt in bestimmten Räumen beschränkt wird, also etwa bei Beschränkung der Postsendungen oder von Besuchen (s. §§ 22, 23). Dem liegt die Überlegung zugrunde, daß ein auf eigenes Verlangen Aufgenommener mit seiner Freiwilligkeitserklärung nicht jede im geschlossenen Bereich zulässige Beschränkung in Kauf nimmt.

#### Zu den §§ 9 und 10:

Erl. siehe unten (auch zu den §§ 12 bis 20).

#### Zum § 11:

Eine wesentliche Neuerung des Gesetzentwurfs ist, daß jeder Kranke, der sich nicht auf Grund eigenen Verlangens im geschlossenen Bereich befindet, zur Wahrnehmung seiner Belange im gerichtlichen Verfahren und gegenüber der Krankenanstalt einen **Vertreter** haben soll. Dabei läßt sich der Entwurf vor allem von zwei Zielsetzungen leiten: Da erfahrungsgemäß der Kranke gerade in der ersten Zeit seines Aufenthalts im geschlossenen Bereich besonders einer Hilfe bedarf, soll der Vertreter möglichst ab dem ersten Augenblick des Aufenthalts dem Kranken zur Seite stehen; die Besonderheiten der Aufgaben des Vertreters erfordern auch, daß dieser entsprechend geschult ist, die Verhältnisse in der Krankenanstalt kennt und Erfahrung im Umgang mit psychiatrischen Patienten hat. Diesen Zielsetzungen soll durch die Einrichtung der **Patientensachwalterschaft** Rechnung getragen werden.

Die im Rahmen des Modellprojekts „Patientensachwalterschaft“ gewonnenen Erfahrungen wurden bei der Erstellung des Gesetzentwurfs berücksichtigt.

Das Ziel, dem Kranken möglichst rasch einen Vertreter zur Seite zu stellen, kann am besten durch eine Regelung erreicht werden, die das Rechtsverhältnis zwischen dem Kranken und dem Vertreter unmittelbar kraft Gesetzes, also gleichsam automatisch, begründet. Dies setzt voraus, daß die Person des Vertreters von vornherein feststeht. Nach der vorgeschlagenen Regelung soll der Vorsteher des Gerichtes für die ohne eigenes Verlangen in den geschlossenen Bereich aufgenommenen Kranken allgemein im Vorhinein einen oder — je nach der Größe des geschlossenen Bereiches — mehrere Sachwalter bestellen (Abs. 1).

Mit der Aufnahme des Kranken in den geschlossenen Bereich entsteht zwischen ihm und dem Patientensachwalter unmittelbar kraft Gesetzes das Vertretungsverhältnis (**Abs. 4**), und zwar unabhängig davon, ob der Kranke einen gesetzlichen Vertreter (Eltern, Sachwalter gemäß § 273 ABGB) hat oder nicht. Die Aufgabe des Patientensachwalters soll eine zweifache sein: Zum einen hat er den Kranken im gerichtlichen Verfahren über die Zulässigkeit des Verbleibes im geschlossenen Bereich zu vertreten; zum andern hat er auch die Interessen des Kranken im Zusammenhang mit einer allfälligen Beschränkung seiner Rechte (s. §§ 21 bis 24) wahrzunehmen. Mit dem Wort „insbesondere“ wird klargestellt, daß der Patientensachwalter auch bei der Beeinträchtigung anderer Rechte des Kranken (zB auf würdige Behandlung) einzuschreiten hat; als Mittel wird in der Regel die Beschwerde an den Abteilungsleiter in Betracht kommen. Bei Verstößen gegen das Strafgesetzbuch (zB bei Diebstahl) wird der Patientensachwalter auch eine Anzeige an die Strafverfolgungsbehörde erstatten können. Durch das Eintreten des Sachwalters soll freilich der Kranke selbst in seiner Geschäftsfähigkeit nicht beschränkt werden; das liefe auf eine automatische Einschränkung der Handlungsfähigkeit des Kranken bloß durch Aufnahme in den geschlossenen Bereich hinaus. So kann der Patientensachwalter keine Zustimmung zur Behandlung des Kranken erklären. Der Patientensachwalter soll vielmehr — bloß — die Stellung eines Bevollmächtigten haben. Der Kranke soll also auch im Aufgabenbereich des Sachwalters rechtswirksam Rechtshandlungen setzen, dem Sachwalter Aufträge erteilen oder dessen Vertretungsbefugnis überhaupt entziehen können. Die besondere Situation des Kranken erfordert freilich, daß er während seines Aufenthalts im geschlossenen Bereich stets einen Rechtsbeistand hat; eine Entziehung der Vertretungsbefugnis des Patientensachwalters soll daher nur wirksam sein, wenn der Kranke eine andere — entsprechend qualifizierte — Person mit seiner Vertretung beauftragt (**Abs. 5**). Die Beschränkung der Vertretung auf Rechtsanwälte, Notare sowie auf Personen, von denen angenommen werden kann, daß sie die im **Abs. 4** genannten Aufgaben erfüllen werden, ist notwendig, um den Rechtsschutz der Kranken zu gewährleisten.

Bedarf der Kranke nicht nur für das gerichtliche Verfahren über die Zulässigkeit des Aufenthalts im geschlossenen Bereich und im Verhältnis zur Krankenanstalt, sondern auch zur Besorgung sonstiger rechtlicher Angelegenheiten einer Unterstützung, so kommen die Bestimmungen über die Sachwalterschaft für behinderte Personen zum Tragen (§ 273 ABGB idF des BG BGBl. Nr. 136/1983). Diesbezüglich bedürfte es grundsätzlich keiner besonderen Vorkehrung im vorliegenden Gesetzentwurf. Allerdings scheint es zweckmäßig, den Vorgang der Sachwalterbestellung nach § 273 ABGB im Zusammenhang mit dem Aufenthalt eines Kranken

im geschlossenen Bereich rationeller zu gestalten. Vielfach wird sich gerade im Verfahren über die Zulässigkeit des Aufenthalts des Kranken im geschlossenen Bereich erst die Notwendigkeit einer Sachwalterbestellung nach § 273 ABGB ergeben. Es ist zweckmäßig, in diesem Fall die Zuständigkeit für eine solche Sachwalterbestellung auf das Gericht zu übertragen, das auch über die Zulässigkeit des Aufenthalts im geschlossenen Bereich zu entscheiden hat (§ 9) (**Abs. 7**), zumal vor allem Angelegenheiten, die keinen Aufschub dulden, Anlaß für die Bestellung eines einstweiligen Sachwalters sein werden; dies kann auch der Patientensachwalter sein. Schon in den Erläuterungen zur RV 742 BlgNR 15. GP, S 14, ist angekündigt worden, daß künftig die Betreuung eines im geschlossenen Bereich einer Krankenanstalt Aufgenommenen grundsätzlich dem über die Zulässigkeit des Aufenthalts des Kranken entscheidenden Gericht obliegen soll. Damit wird sich in der Praxis zum Teil eine Verschiebung der Belastung von den PflEGschaftsgerichten zu den Gerichten nach § 9 des Entwurfs ergeben.

#### Zu den §§ 9 und 10 sowie 12 bis 20:

Diese Bestimmungen regeln das **gerichtliche Verfahren** über die Zulässigkeit des Verbleibes des Kranken im geschlossenen Bereich.

Zuständig ist — wie nach geltendem Recht — das Gericht, in dessen Sprengel die Krankenanstalt liegt, zu der der geschlossene Bereich gehört. Das Verfahren ist ein amtswegiges; es wird durch die Verständigung von der Aufnahme in den geschlossenen Bereich oder von einem dieser gleichzuhaltenden Vorgang eingeleitet. Der § 9 führt die Fälle erschöpfend an, in denen der Abteilungsleiter das Gericht zu verständigen und dieses das Verfahren einzuleiten hat. Abgesehen von der Aufnahme ohne eigenes Verlangen (§ 6), ist unter bestimmten Voraussetzungen auch die Zulässigkeit des Aufenthalts eines auf eigenes Verlangen Aufgenommenen zu prüfen; es handelt sich dabei um die im § 8 angeführten Fälle des Überganges eines freiwilligen Aufenthalts in einen zwangsweisen Aufenthalt des Kranken im geschlossenen Bereich (s. oben zum § 8).

Der Abteilungsleiter hat das Gericht binnen 48 Stunden zu verständigen. Die Frist läuft im Fall des § 6 ab der Aufnahme, im Fall des § 8 ab dem Beginn der 48-Stunden-Frist bzw. dem Beginn der Beschränkungen.

**Gegenstand des Verfahrens (§ 10) ist die Zulässigkeit des weiteren Verbleibes** des Kranken im geschlossenen Bereich, nicht also etwa die Frage, ob der Aufnahmeprogang ordnungsgemäß war oder der Kranke nicht schon früher hätte entlassen werden können.

An dieser Stelle sei nochmals darauf hingewiesen (s. P V 1 des Allgemeinen Teiles), daß die vorge-

schlagene Regelung auch für Pflegebefohlene gelten soll, die in den geschlossenen Bereich aufgenommen werden. Die bloße Genehmigung der Aufnahme etwa durch das Pflegschaftsgericht (vgl. den geltenden § 23 EntmO) ist nicht ausreichend.

Im Allgemeinen Teil der Erläuterungen (P V 5) ist auch bereits auf die Notwendigkeit einer möglichst **raschen Entscheidung** des Gerichtes, aber auch eines **gründlichen Verfahrens** hingewiesen worden. Der Gesetzentwurf versucht, beiden Zielsetzungen durch eine **Zweiteilung des Verfahrens** Rechnung zu tragen. Zunächst soll der Richter den Kranken binnen vier Tagen (Kalendertagen) in der Krankenanstalt aufsuchen, mit ihm, dem Abteilungsleiter und dem Patientensachwalter ein Gespräch über die Gründe des Aufenthalts des Kranken im geschlossenen Bereich und die Möglichkeiten einer Entlassung führen sowie Einsicht in die Krankengeschichte nehmen (§ 12 Abs. 1). Bei dieser ersten Anhörung kann das Gericht auch einen ärztlichen Sachverständigen beiziehen, der freilich — um der vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte im Fall Winterwerp ausgesprochenen Forderung nach einem „objektiven ärztlichen Gutachten“ gerecht zu werden, anstaltsfremd sein muß (Abs. 2). Gelangt der Richter dabei zu dem Ergebnis, daß die Voraussetzungen für den Aufenthalt des Kranken im geschlossenen Bereich nicht vorliegen, so hat er die Entlassung anzuordnen (Abs. 3). Ist der Abteilungsleiter mit der Entlassung nicht einverstanden, so muß er sofort erklären, daß er gegen den Beschluß Rekurs erheben werde, andernfalls ist der Beschluß mit seiner Verkündung wirksam. In diesem Fall ist der Beschluß schriftlich auszufertigen. Ansonsten kann in diesem Verfahrensabschnitt mit mündlichen Beschlüssen und der mündlich ausgesprochenen Meinung des Sachverständigen gemäß Abs. 2 das Auslangen gefunden werden.

Gelangt das Gericht in dieser ersten Phase des Verfahrens noch nicht zu einer abschließenden Beurteilung oder hat die erste Prüfung ergeben, daß die Aufnahmevoraussetzungen offenbar vorliegen, so kommt es zu einer eingehenden Prüfung der Aufnahmevoraussetzungen (Abs. 4). Das Gericht hat unverzüglich die mündliche Verhandlung anzuberaumen; diese hat spätestens innerhalb von 14 Tagen ab der Anhörung des Kranken stattzufinden.

Zur Vorbereitung der mündlichen Verhandlung hat das Gericht weitere Beweise aufzunehmen, und zwar durch die Einholung eines oder mehrerer Sachverständigengutachten, wobei die Sachverständigen wiederum anstaltsfremd sein müssen (§ 13 Abs. 1). In diesem Zusammenhang sei auch erwähnt, daß der Kranke — wie auch sonst im zivilgerichtlichen Verfahren — die Möglichkeit hat, den Sachverständigen wegen Befangenheit abzulehnen. Außerdem kann das Gericht noch andere Ermittlungen durchführen, etwa zur Klä-

rung der Frage, ob ein Familienangehöriger die Betreuung des Kranken außerhalb der Krankenanstalt übernehmen kann. Dabei darf aber nicht übersehen werden, daß das Gericht nur eine kurze Zeitspanne zur Verfügung hat, um die mündliche Verhandlung vorzubereiten (s. § 12 Abs. 4). Den Gerichten wird es kaum möglich sein, Personen so schnell im Rechtshilfeweg zu vernehmen, daß deren Aussage zur mündlichen Verhandlung bereits vorliegt. Das Gericht soll daher den Kranken Nahestehende sowie Personen und Stellen, die dessen Behandlung und ärztliche Betreuung außerhalb einer Anstalt übernehmen könnten, auch schriftlich vernehmen können. Manchmal wird es aber jemandem, der zweckdienliche Angaben über den Kranken machen kann, weder möglich sein, zur mündlichen Verhandlung in der Krankenanstalt zu erscheinen noch schriftlich zu antworten. Das Gericht soll daher auch Ermittlungen mit Hilfe der Sicherheitsbehörden über die Voraussetzungen der Aufnahme in den geschlossenen Bereich durchführen können. Diese Ermittlungen sollen aber — anders als im Strafverfahren — nicht der Aufnahme von Erkundungsbeweisen dienen. Das Gericht soll sich nicht an die Sicherheitsbehörde mit dem Ersuchen wenden, durch eine Umfrage in der Nähe des Wohnortes des Kranken festzustellen, ob irgendwer bereit ist, den Kranken bei sich aufzunehmen. Solche weitgehenden Ermittlungen werden durch die Worte „bestimmte Ermittlungen“ ausgeschlossen. Das Gericht kann demnach etwa diejenige Person, gegen die der Kranke wegen seiner Krankheit tötlich geworden ist, von den Sicherheitsbehörden über den Vorfall befragen lassen. Es kann auch die Sicherheitsbehörde ersuchen, einen dem Gericht bekannten Verwandten des Kranken zu fragen, ob er den Kranken bei sich aufnehmen könne und betreuen wolle. In sehr dringenden Fällen wird eine Hilfeleistung der Sicherheitsbehörden bei der fernschriftlichen Weiterleitung der Ermittlungersuchen der Gerichte ausnahmsweise in Betracht kommen (§ 13 Abs. 4).

Eine wesentliche Änderung gegenüber dem geltenden Anhaltungsverfahren besteht darin, daß der Kranke als Beteiligter in das Verfahren einbezogen wird: Es ist ihm Gelegenheit zu geben, zu den für die Entscheidung wesentlichen Fragen Stellung zu nehmen und Fragen an den Sachverständigen zu stellen (§ 14 Abs. 4). Der Beschluß ist in der mündlichen Verhandlung in Gegenwart des Kranken zu begründen und diesem zu erläutern (§ 15 Abs. 3). Er ist binnen einer Woche auszufertigen. Der Beschluß ist unter anderem dem Kranken selbst zuzustellen. Damit soll auch der Kritik an der Bestimmung der Entmündigungsordnung über die Zustellung an einen Zustellkurator (§ 65 Abs. 3 EntmO) Rechnung getragen werden; der Zustellkurator erfüllt zumeist bloß eine Alibifunktion, die Belange des Kranken werden von ihm im allgemeinen nicht wahrgenommen. Die Neuregelung geht von dem Grundsatz aus, daß der Betroffene einen

Anspruch auf Mitteilung der seine Person betreffenden Entscheidungen hat.

Allgemeines Ziel des Entwurfs bei der Gestaltung des Verfahrens ist es, daß künftig die Voraussetzungen des Aufenthalts des Kranken im geschlossenen Bereich **eingehender** geprüft werden. Damit soll der Kritik Rechnung getragen werden, daß in der gegenwärtigen Anhaltungspraxis die „Gerichtskommission“ in nur kurzer Zeit eine große Anzahl von Anhaltungsfällen prüfe (s. Schwentner a.a.O.). Schon unter P VI 1 und 2 des Allgemeinen Teiles der Erläuterungen ist dargetan worden, daß eine Verbesserung in dieser Beziehung freilich auch entsprechende personelle und organisatorische Maßnahmen erfordert.

Wie nach geltendem Recht soll auch nach dem Entwurf das Gericht in seiner Entscheidung eine **Frist** festsetzen, für die der weitere Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich für zulässig erklärt wird. Die gegenwärtige Höchstfrist von einem Jahr soll allerdings verkürzt und entsprechend gestaffelt werden. Im ersten Beschluß darf der Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich für längstens **drei Monate** ab Aufnahme für zulässig erklärt werden (§ 15 Abs. 2); dann ist eine zweimalige Verlängerung der zulässigen Aufenthaltsdauer für jeweils längstens **sechs Monate** möglich (§ 20 Abs. 1). Eine weitere Verlängerung des Aufenthalts für jeweils längstens **ein Jahr** ist nur unter erschwerten Voraussetzungen zulässig: Es müssen besondere medizinische Gründe vorliegen, die den weiteren Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich notwendig machen, und es müssen die Gutachten zweier Sachverständiger eingeholt werden, die bisher im Verfahren noch nicht aufgetreten sind (§ 20 Abs. 2). Diese Fristen beziehen sich auf einen fortdauernden Aufenthalt des Kranken im geschlossenen Bereich; wird er entlassen und später wieder aufgenommen, so ist für den ersten Beschluß wieder die Dreimonatsfrist des § 14 Abs. 2 maßgebend. Die angeführten Fristen sind Höchstfristen, das Gericht kann im Einzelfall auch eine kürzere Frist bestimmen.

Diese strenge Regelung über die Dauer des Aufenthalts im geschlossenen Bereich ist durch den Fortschritt der medizinischen Wissenschaft auf dem Gebiet der psychiatrischen Betreuung gerechtfertigt. An sie knüpft sich die Erwartung, daß sie — im Verein mit den weiteren medizinischen Fortschritten — zu einer wesentlichen Verminderung der Anzahl der im geschlossenen Bereich befindlichen Kranken beitragen wird. Von der Festsetzung einer absoluten Obergrenze für den Aufenthalt im geschlossenen Bereich, die in der öffentlichen Diskussion über das Reformvorhaben von manchen verlangt worden ist, sieht der Entwurf ab; die Antworten auf eine Umfrage in der Psychiatrie und anderen interessierten Kreisen haben diese Forderung überwiegend abgelehnt. Eine solche Lösung stände auch nicht im Einklang mit den strengen

Aufnahmevoraussetzungen: Befindet sich ein psychisch Kranker in einem Zustand, in dem er sich selbst ernstlich gefährdet, so schiene es unverantwortlich, ihn sich selbst zu überlassen, nur weil eine Frist abgelaufen ist. Davon abgesehen, lehrt die Erfahrung, daß bei Festlegung einer solchen absoluten Obergrenze die Praxis dazu neigt, die Frist voll auszuschöpfen; der Kranke soll jedoch sogleich entlassen werden, wenn die Aufnahmevoraussetzungen wegfallen.

Von den Bestimmungen über das **Rechtsmittelverfahren** (§§ 17 und 19) ist besonders das den nahen Angehörigen eingeräumte Recht des Rekurses gegen den Beschluß auf Zulässigkeit des Verbleibes im geschlossenen Bereich hervorzuheben, das eine wesentliche Erweiterung der Rekursbefugnis gegenüber dem geltenden § 24 EntmO bedeutet. Weiter ist von Bedeutung, daß nun auch dem Rekursgericht eine vierwöchige Frist für die Entscheidung gesetzt wird (§ 18 Abs. 1) und sich auch — wie der Richter in erster Instanz — zumindest ein Mitglied des Senats einen persönlichen Eindruck vom Kranken zu verschaffen hat. Dem Ziel, den Grundsatz der Unmittelbarkeit im Rekursverfahren stärker zur Geltung zu bringen, entspricht es auch, daß das Rekursgericht selbst das Verfahren zu ergänzen oder neu durchzuführen hat, soweit es dies für notwendig hält (§ 18 Abs. 2). Im übrigen hat der Abteilungsleiter gegen die vom Gericht in der mündlichen Verhandlung getroffene Entscheidung, daß der Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich nicht zulässig ist, nur dann ein Rekursrecht, wenn er bis zum Ende der mündlichen Verhandlung erklärt hat, daß er gegen den Beschluß des Gerichtes Rekurs erheben werde (§ 15 Abs. 4); diesen Rekurs kann er innerhalb von acht Tagen erheben. Die für den Abteilungsleiter kürzere Rekursfrist läßt sich damit rechtfertigen, daß der Kranke nicht allzu lange auf die endgültige Entscheidung über die ihm vom Gericht in Aussicht gestellte Entlassung warten soll.

Der Gesetzentwurf sieht keine besonderen Bestimmungen für den Rekurs an den Obersten Gerichtshof vor; diesbezüglich sollen — bis zu einer umfassenden Neuregelung dieses Fragenkreises — die allgemeinen Regeln des Außerstreitrechts gelten.

#### Zu den §§ 21 bis 23:

Schon im allgemeinen Teil der Erläuterungen (P V 6) ist darauf hingewiesen worden, daß zu den Mängeln des geltenden Rechtes das Fehlen näherer Bestimmungen über die **Beschränkungen** zählt, denen die Angehaltenen in geschlossenen Krankenanstalten unterworfen werden dürfen. Es werden nur ganz allgemein Beschränkungen in der Freiheit der Bewegung und im Verkehr mit der Außenwelt für zulässig erklärt (§ 51 Abs. 1 KAG). Eine Reform dieses Rechtsgebiets muß jedenfalls die zulässigen Maßnahmen und deren Voraussetzun-

gen näher umschreiben und ihre Anwendung von Förmlichkeiten abhängig machen, die zumindest eine nachgehende Prüfung der Richtigkeit gestatten. Hinsichtlich der Beschränkungen in der Freiheit der Bewegung enthält diese Regelung der § 21, hinsichtlich der Postsendungen der § 22 sowie hinsichtlich des Rechtes, Besuche zu empfangen, der § 23.

Im § 21 ist der „Grundsatz des geringstmöglichen Eingriffs“ verankert: Beschränkungen des Kranken in der Freiheit der Bewegung sind nach Art, Umfang und Dauer nur so weit zulässig, als dies zur Abwehr einer Gefahr im Sinn des § 2 Z 1 und zur Behandlung und Betreuung des Kranken nötig ist. Daraus folgt, daß das Einsperren von Kranken zur Disziplinierung jedenfalls unzulässig ist. Grundsätzlich darf die Freiheit nur auf die Bewegung in bestimmten räumlichen Bereichen beschränkt werden. Weitergehende Beschränkungen, wie etwa Unterbringung in einem Netzbett, Anlegen von Schutzjacken oder Angurten, müssen vom behandelnden Arzt in der Krankengeschichte beurkundet und begründet werden. Hievon ist der Vertreter des Kranken (Patientensachwalter oder gewillkürter Vertreter) zu verständigen (§ 21 Abs. 2).

Personen, die auf eigenes Verlangen in den geschlossenen Bereich aufgenommen worden sind, dürfen solchen zusätzlichen Beschränkungen überhaupt nicht unterworfen werden; erweisen sie sich als notwendig, so ist eine besondere Aufnahmeuntersuchung durchzuführen und das Gericht zur Einleitung des Verfahrens nach den §§ 10 ff. zu verständigen. Desgleichen ist der Patientensachwalter zu verständigen, der mit seiner Verständigung Vertreter des Kranken wird (§ 21 Abs. 3).

Im § 21 Abs. 4 wird die Möglichkeit der Anrufung des Gerichtes wegen der „weiteren Beschränkungen“ vorgesehen, das über die Zulässigkeit dieser Beschränkungen zu entscheiden hat. Es handelt sich dabei um eine zukunftsorientierte Entscheidung, die nicht darüber zu befinden hat, ob die — vielleicht nur kurzfristige — Auferlegung weiterer Beschränkungen durch die vorangehenden Absätze gedeckt war; es geht hier nur um die Frage der Aufrechterhaltung der Beschränkungen.

Nach dem vorgeschlagenen § 22 unterliegt das — auch verfassungsrechtlich gewährleistete (s. Art. 10 des Staatsgrundgesetzes vom 21. Dezember 1867, RGBl. Nr. 142, über die allgemeinen Rechte der Staatsbürger; Art. 8 EMRK) — Recht der Kranken, Briefsendungen frei zu empfangen und abzusenden, keiner Beschränkung. Der Schriftverkehr des Kranken darf also überhaupt nicht eingeschränkt werden. Eine Einschränkung des Rechtes, sonstige Postsendungen, besonders Pakete, zu empfangen oder abzusenden, darf nur im Interesse des Wohles des Kranken vom Gericht vorgenommen werden. Eine solche Entscheidung des Gerichtes

kann zugleich mit der Entscheidung über die Zulässigkeit des Verbleibes im geschlossenen Bereich oder auch später, wenn sich die Notwendigkeit einer solchen Beschränkung ergibt, ergehen. Das Gericht hat in seiner Entscheidung Art und Dauer der zulässigen Beschränkung zu umschreiben.

Der § 23 Abs. 2 stellt klar, daß der Kranke — auch wenn sein Recht, Besuche zu empfangen, zulässigerweise gemäß Abs. 1 beschränkt werden sollte — jederzeit mit seinem Vertreter, also besonders dem Patientensachwalter, in Verbindung treten darf. Nur dadurch ist gewährleistet, daß der Vertreter die Interessen des Kranken voll wahrnehmen kann.

#### Zum § 24:

Die Frage der Zustimmung des Angehaltenen zu seiner Behandlung ist im geltenden Recht nicht ausdrücklich geregelt; eine Bestimmung, die eine zwangsweise Behandlung psychisch Kranker vorsieht, gibt es jedenfalls nicht. Der vorgeschlagene § 24 soll nun klarstellen, daß auch im geschlossenen Bereich Patienten grundsätzlich nur mit ihrer Zustimmung bzw. der ihres gesetzlichen Vertreters behandelt werden dürfen. Damit wird den verfassungsrechtlich verankerten Grundrechten auf Wahrung der körperlichen Integrität und auf Schutz vor Eingriffen in das Privatleben (s. Art. 2, 3 und 8 EMRK) Rechnung getragen. Für psychiatrische Abteilungen soll in dieser Beziehung nicht anderes gelten als für Abteilungen anderer medizinischer Fachbereiche; dies ist ein Gebot des Gleichheitssatzes (zu den verfassungsrechtlichen Fragen vgl. Kopetzki, Die zwangsweise Anhaltung in Österreich aus verfassungsrechtlicher Sicht, Recht und Psychiatrie 1986, 88; zur Zwangsbehandlung aus psychiatrischer Sicht s. Rudas — Leodolter, Welches Recht in welcher Psychiatrie? — Unsystematische Stellungnahmen zur Theorie und Praxis der „Psychiatrie-Gesetze“ in Österreich aus der Sicht der angewandten Sozialpsychiatrie, Kriminalsoziologische Bibliografie 1985, Heft 47/48, 134 f.).

Inwieweit in diesem Zusammenhang eine Vertretung im Willen des Kranken möglich und notwendig ist, ist nicht Regelungsgegenstand des Gesetzentwurfs; maßgebend sind hierfür die Bestimmungen über die Rechte zwischen Eltern und Kindern, über Vormundschaft und über Sachwalterschaft sowie — hinsichtlich besonderer Heilbehandlungen — auch der § 8 Abs. 3 KAG. Ob diese Bestimmungen, die insbesondere bei Personen, die einen gesetzlichen Vertreter haben, auf die persönliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit des Betroffenen selbst nicht Bedacht nehmen, heutigen Anschauungen noch entsprechen, sollte im Zuge der parlamentarischen Behandlung des vorliegenden Entwurfes geprüft werden.

Die Anordnung des letzten Halbsatzes des Abs. 1 — der behandelnde Arzt hat sich um die Zustimmung des Patienten besonders zu bemühen — hebt zum einen die Bedeutung des Gespräches zwischen Arzt und psychisch Kranken, also — mit anderen Worten — die ärztliche Aufklärungspflicht, im geschlossenen Bereich besonders hervor. Dabei wird der Arzt — je nach Art des Leidens — abwägend zwischen dem Wohl des Patienten und dessen Selbstbestimmungsrecht vorzugehen haben (vgl. OGH 23. 6. 1982, JBl. 1983, 373). Zum anderen verpflichtet die Regelung den behandelnden Arzt, erforderlichenfalls die für die Einholung der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters notwendigen Schritte, wie etwa Verständigung des Gerichtes, zu setzen.

Der Abs. 2 enthält nach dem Vorbild des § 8 Abs. 3 KAG den sich aus der Güterabwägung ergebenden Grundsatz, daß bei Gefahr im Verzug die Behandlung auch ohne Zustimmung des Patienten (seines Vertreters) zulässig ist.

Eine Bestimmung über das Verbot des ärztlichen Experiments im geschlossenen Bereich ist im Hinblick auf die grundsätzlichen Bestimmungen des KAG und auf die umfassende Regelung des Fragenkreises „Klinische Prüfungen“ im Rahmen des Arzneimittelgesetzes, BGBl. Nr. 185/1983, entbehrlich.

#### Zum § 25:

Schon im Allgemeinen Teil (P V 5) ist festgehalten worden, daß es nach dem Gesetzentwurf — so wie nach dem geltenden Recht — grundsätzlich Sache des Abteilungsleiters ist, einen Kranken wegen Wegfalls der Voraussetzungen der Aufnahme aus dem geschlossenen Bereich zu **entlassen**. Darüber hinaus ist selbstverständlich der Kranke auch dann zu entlassen, wenn das Gericht den weiteren Verbleib für unzulässig erklärt (§ 25 Abs. 1). In diesem Punkt wird keine Änderung der Rechtslage vorgeschlagen.

Eine Entlassung gegen Revers (s. § 52 Abs. 1 Z 4 KAG) sieht der Entwurf nicht vor. Die Frage einer ausreichenden Obsorge für den Kranken außerhalb des geschlossenen Bereiches ist ohnedies — von der Krankenanstalt und vom Gericht — im Rahmen der Prüfung der Voraussetzungen für den weiteren Verbleib im geschlossenen Bereich nach § 2 Z 2 zu beurteilen. Die Verantwortung darf nicht auf einen Dritten abgeschoben werden.

Bezüglich der **Verständigung** von der Entlassung des Kranken wird auf die Ausführungen im Allgemeinen Teil der Erläuterungen zur Weitergabe von Informationen über den Aufenthalt des Kranken im geschlossenen Bereich verwiesen (P V 7). Von der Entlassung des Kranken sind demnach bloß das

Gericht, das über die Zulässigkeit des Verbleibes des Kranken im geschlossenen Bereich entschieden hat, der Vertreter des Kranken und der Patientensachwalter, der den Kranken während des Aufenthalts im geschlossenen Bereich zu vertreten hatte, zu verständigen (§ 25 Abs. 2).

#### Zum § 26:

Der dem Gesetzesvorhaben zugrunde liegende umfassende Schutzgedanke sowie die Amtswegigkeit des Verfahrens rechtfertigen es, die **Kosten des Verfahrens** — dazu gehören auch die Gebühren des Sachverständigen — vom Bund tragen zu lassen. Weiter gehören dazu der mit dem Einschreiten des Patientensachwalters — dieser wird ja nicht vom Kranken bestellt, sondern tritt in sein Amt unmittelbar kraft Gesetzes ein — verbundene Aufwand. Soweit der Patientensachwalter jedoch auch gesetzlicher Vertreter des Kranken nach § 10 Abs. 7 ist, kommen die allgemeinen Bestimmungen des Vormundschaftsrechts über die Belohnung des Vormundes zur Anwendung (§§ 266, 267 ABGB).

#### Zu den §§ 27 bis 32:

Dieser Teil des Entwurfs enthält die **Schluß- und Übergangsbestimmungen**. Dazu gehört die Bestimmung über das **Inkrafttreten** des vorgeschlagenen Gesetzes (§ 27). Bei der Festlegung der Legisvakanz ist die Notwendigkeit zu bedenken, die personellen und organisatorischen Maßnahmen zur Vorbereitung der Vollziehung zu treffen.

Die Patientensachwalter werden im Rahmen der Rechtspflege tätig. Sie sind von den Vereinen für Sachwalterschaft zur Verfügung zu stellen. Die Vereinessachwalterschaft wird nur schrittweise aufgebaut und die 30, für die Patientensachwalterschaft im gesamten Bundesgebiet erforderlichen Sachwalter werden erst allmählich eingestellt und ausgebildet werden können (s. P VI 3 des Allgemeinen Teiles der Erläuterungen). Das bedeutet, daß ein Teil der Kranken noch eine Zeitlang ohne einen Patientensachwalter im Sinn des § 11 Abs. 1 auskommen muß, was umso bedauerlicher ist, als an diese Einrichtungen große Erwartungen geknüpft werden. Um diesen Nachteil etwas zu mildern, soll für diese Aufbauphase die Möglichkeit bestehen, auch andere Personen als Vereinessachwalter zu Patientensachwaltern zu bestellen, und zwar allgemein durch den Vorsteher des Bezirksgerichtes (§ 28 Abs. 1) und wenn dies nicht möglich ist, durch einen ad hoc gefaßten Gerichtsbeschuß (§ 28 Abs. 2). „Geeignete Person“ bedeutet in diesem Zusammenhang, daß die zu bestellende Person in der Lage sein muß, die Interessen der Kranken im Rahmen der dem Patientensachwalter nach diesem Entwurf zukommenden Pflichten wahrzunehmen. Die Frage der Abgeltung der solchen Patien-

tensachwaltern erwachsenen Auslagen ist nach dem Vorbild des GebAG 1975 zu regeln (§ 28 Abs. 3 und 4).

Nach der **Übergangsregelung des § 30** sollen vor dem Inkrafttreten der Neuregelung gefaßte Anhaltungsbeschlüsse als Entscheidungen nach dem neuen Recht weiter wirksam bleiben. In diesem Zusammenhang ist freilich auch der unter Sachwalterschaft Stehenden zu gedenken, deren Anhaltung bloß vom Pflegschaftsgericht nach § 23 EntmO genehmigt oder angeordnet worden ist (vgl. P V 1 des Allgemeinen Teiles der Erläuterungen). Um die Gerichte in die Lage zu versetzen, in all diesen Fäl-

len ein Verfahren nach dem neuen Recht durchzuführen, ist vorgesehen, daß die Zulässigkeit des Verbleibes ab dem 1. April 1989 — also erst drei Monate nach dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes — nach diesem zu beurteilen ist.

Der **§ 29** regelt das **Außerkräfttreten** der Vorschriften, an deren Stelle das neue Recht treten soll (der Großteil der Entmündigungsordnung ist mit 1. Juli 1984 durch das BG BGBl. Nr. 136/1983 aufgehoben worden), der **§ 31** stellt klar, welche **Vorschriften unberührt** bleiben, und der **§ 32** enthält die **Vollziehungsklausel**.

# Textgegenüberstellung

Geltende Fassung

Entwurf

## Entmündigungsordnung

### III. ABSCHNITT

#### Gerichtliches Verfahren bei Aufnahme in geschlossenen Anstalten

§ 16. (1) Der Leiter einer öffentlichen oder Privat[irren]anstalt hat dem Bezirksgerichte, in dessen Sprengel die Anstalt liegt, in der Regel innerhalb vierundzwanzig, längstens binnen achtundvierzig Stunden, wenn tunlich unter Angabe der Krankheit und unter Angabe der dafür vorliegenden Bescheinigung, die Aufnahme eines jeden Geisteskranken anzuzeigen, der nicht auf eigenes Verlangen aufgenommen wurde. Der freiwillige Eintritt muß durch eine vor dem Anstaltsleiter und zwei Zeugen abgegebene schriftliche Erklärung bestätigt werden. Die Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

vgl. §§ 3 bis 9 des Entwurfes

(2) Sobald ein Kranker, der auf eigenes Verlangen aufgenommen wurde, in der Freiheit der Bewegung oder des Verkehrs mit der Außenwelt beschränkt wird, ist auch hinsichtlich solcher Kranker in der Regel innerhalb vierundzwanzig, längstens binnen achtundvierzig Stunden nach dem Beginne dieser Beschränkungen dem Bezirksgerichte die Anzeige zu erstatten.

(3) Den [Irren]anstalten sind hinsichtlich der Anzeigepflicht andere Heil- oder Pflegeanstalten, die Geistesranke aufnehmen, gleichgestellt. Inwiefern von der Aufnahme von Personen in die psychiatrischen Kliniken und Beobachtungsabteilungen der Krankenhäuser und dgl. Anzeige zu erstatten ist, wird durch Verordnung bestimmt.

(4) Wegen Verzögerung oder Unterlassung der Anzeige durch den Leiter einer Privatanstalt ist von dem Bezirksgerichte, an das die Anzeige erstattet werden soll, über die Anzeigepflichtigen eine Ordnungsstrafe (§ 220 ZPO) bis 10 000 S zu verhängen. Wenn die Pflicht zur rechtzeitigen Anzeige wiederholt verletzt wurde, kann bei Privatanstalten von der Verwaltungsbehörde die Entfernung des Leiters der Anstalt oder die Entziehung der Konzession verfügt werden. Von der Verzögerung oder Unterlassung der Anzeige durch den Leiter einer öffentlichen Anstalt ist der ihr vorgesetzten Dienstbehörde Mitteilung zu machen.

§ 17. Sofern die Aufnahme in einer der genannten Anstalten nicht durch ein Gericht [oder durch den zuständigen Kommandanten im Militärstrafverfahren (§ 221 der Militärspitzeordnung)] verfügt wurde, hat das Bezirksgericht, in dessen Sprengel die Anstalt liegt, das Verfahren im Sinn dieses Abschnittes sofort einzuleiten und wenn möglich innerhalb dreier Wochen nach der Anzeige von der Aufnahme des Kranken in die Anstalt über die Zulässigkeit der Anhaltung (§ 22) zu entscheiden.

vgl. §§ 10, 12, 15 und 16 des Entwurfs

§ 18. (1) Dieser Entscheidung hat eine Untersuchung des Kranken durch einen oder zwei Sachverständige unter Leitung des zur Entscheidung berufenen Einzelrichters des Bezirksgerichtes voranzugehen.

vgl. §§ 12, 13 und 14 des Entwurfs

(2) Von der Untersuchung des Kranken ist die [politische Landes]behörde in Kenntnis zu setzen. Dem von ihr etwa abgeordneten Sanitätsorgan steht das Recht zu, an der Untersuchung des Kranken durch Fragen an den Kranken und an die Sachverständigen teilzunehmen.

(3) Die Sachverständigen werden von dem Einzelrichter bestellt. Zu Sachverständigen sind Ärzte zu bestellen, die über psychiatrische Bildung und Erfahrung verfügen. Wenn es nötig ist, kann eine wiederholte Untersuchung oder eine Ergänzung des Gutachtens durch dieselben oder durch andere Sachverständige stattfinden.

vgl. §§ 12 Abs. 2, 13 Abs. 1 des Entwurfs

§ 19. (1) Zum Sachverständigen soll in der Regel ein Amts- oder Gerichtsarzt bestellt werden; als zweiter Sachverständiger kann auch ein Arzt der öffentlichen [Irren]anstalt zugezogen werden. Dagegen dürfen die Sachverständigen nicht der Privatanstalt, in der sich der Angehaltene befindet, angehören oder mit dieser Anstalt in ständiger geschäftlicher Verbindung stehen. Die Sachverständigen dürfen weder mit dem Angehaltenen noch mit den Personen, auf deren Antrag die Aufnahme stattfand, oder mit dem Eigentümer oder leitenden Arzt der Privatanstalt in auf- oder absteigender Linie verwandt oder verschwägert oder in der Seitenlinie bis zum vierten Grade verwandt oder im zweiten Grade verschwägert sein.

(2) Wenn nach dem der Aufnahme zugrunde liegenden ärztlichen Zeugnis oder dem summarischen Bericht der Anstaltsleitung über die ärztliche Untersuchung in der Anstalt oder nach den sonst vorliegenden verlässlichen Mitteilungen offenbare Geisteskrankheit oder Geistesschwäche vorliegt, genügt die Beziehung eines Sachverständigen.

## Geltende Fassung

(3) Auf Verlangen des Angehaltenen oder dessen Vertreters oder wenn sich bei der Untersuchung der Fall als zweifelhaft darstellt, ist ein zweiter Sachverständiger beizuziehen.

§ 20. (1) Der mit der Leitung der Untersuchung betraute Richter hat durch Vernehmung von Zeugen und Auskunftspersonen, durch Herbeischaffung von Akten, Urkunden und Augenscheinsachen, durch Einholung der Äußerung von Behörden und andere geeignete Nachforschungen zu ermitteln, was zur Beurteilung des Geisteszustandes des Angehaltenen notwendig oder dienlich ist.

(2) Auf Verlangen sind dem Richter die Krankengeschichten und andere ähnliche Feststellungen, die über den Angehaltenen oder mit ihm verwandte Personen in öffentlichen oder Privat[irren]- und Beobachtungsanstalten angelegt wurden, zur Einsicht in der Anstalt und auf Verlangen Abschriften davon zur Verfügung zu stellen.

§ 21. Der Richter hat den Angehaltenen persönlich zu vernehmen, entgegenstehende Bedenken sind ihm bekanntzugeben. Der Angehaltene sowie die Ärzte und Angestellten der Anstalt sind in der Regel in der Anstalt zu vernehmen; zu diesem Behufe steht dem Richter jederzeit der Zutritt zu der Anstalt offen; jedoch soll bei öffentlichen Anstalten vorher die Leitung benachrichtigt werden.

§ 22. Auf Grund der Ergebnisse der Ermittlungen ist mit Beschluß zu entscheiden, ob die weitere Anhaltung in der Anstalt zulässig ist oder ob der Angehaltene als geistesgesund befunden zu entlassen ist.

§ 23. (1) Der Beschluß über die Zulässigkeit der Anhaltung steht einer anderen Anordnung des Pflugschaftsgerichtes nicht entgegen. Seine Wirksamkeit erlischt spätestens mit Ablauf eines Jahres.

(2) Im gerichtlichen Beschlusse kann auch eine kürzere Frist bestimmt werden.

(3) Eine Ausdehnung der Anhaltung über die bestimmte Frist muß, falls nicht inzwischen das Pflugschaftsgericht die weitere Unterbringung in der Anstalt veranlaßt hat, eine neuerliche Vernehmung des Angehaltenen durch den Richter und eine Untersuchung durch einen oder zwei Sachverständige vorausgehen.

(4) Dem Angehaltenen, der noch nicht entmündigt ist, dessen Eltern, Kindern, Ehegatten, Geschwister und Vertretern bleibt es unbenommen, auch vor der bestimmten Zeit eine neuerliche gerichtliche Untersuchung und Entscheidung zu

## Entwurf

vgl. §§ 12 Abs. 1 und 2, 13 Abs. 4 und § 14 des Entwurfs

vgl. § 12 Abs. 1 des Entwurfs

vgl. §§ 10 und 15 Abs. 1 des Entwurfs

vgl. §§ 15 Abs. 2 und 20 des Entwurfs

## Geltende Fassung

verlangen, wofern Gründe für die Annahme vorliegen, daß die weitere Anhaltung nicht mehr notwendig ist.

(5) Wenn der Antrag auf Entlassung abgewiesen wird, kann das Gericht beschließen, daß eine neuerliche Ermittlung über die Gründe der Anhaltung vor Ablauf der Zeit, für welche die Anhaltung als zulässig erklärt wurde nicht stattfinde.

§ 24. (1) Gegen den Beschluß über die Anhaltung in einer [Irren]anstalt (§ 22) steht dem Angehaltenen und dessen Vertretern sowie dem bei der [politischen Landes]behörde zur [Irren]pflege bestellten Sanitätsorgan und gegen den Beschluß, mit dem die Entlassung des Angehaltenen aus der [Irren]anstalt verfügt wurde, dem Anstaltsleiter das Recht des Rekurses zu. Das Rechtsmittel der Vorstellung findet nicht statt.

(2) Dem Rekurs des bei der [politischen Landes]behörde zur [Irren]pflege bestellten Sanitätsorganes und des verantwortlichen Leiters der [Irren]anstalt kommt aufschiebende Wirkung zu.

(3) Der Rekurs ist innerhalb der Notfrist von vierzehn Tagen bei dem Bezirksgerichte, das in erster Instanz erkannt hat, anzubringen. Gegen einen vom Rekursgerichte bestätigten Beschluß findet ein weiterer Rekurs nicht statt.

## V. ABSCHNITT

## Gemeinsame Bestimmungen

## Verfahren

§ 56. (1) In dem in dieser Kaiserlichen Verordnung geregelten Verfahren finden, soweit nicht abweichende Bestimmungen getroffen sind, die Vorschriften über das Verfahren in nichtstreitigen Rechtsangelegenheiten (§§ 1 bis 19 Kaiserliches Patent vom 9. August 1854, RGBL. Nr. 208) Anwendung. Den Beteiligten steht es frei, sich durch Rechtsanwälte vertreten zu lassen.

(2) Überdies gelten sinngemäß die Bestimmungen der Zivilprozeßordnung über die Beweisaufnahme und Herbeischaffung von Urkunden, Augenscheinsgegenständen und Auskunftssachen mit der Änderung, daß das Gericht in allen Fällen von Amts wegen vorzugehen berechtigt ist und daß es zur Beweisaufnahme keines förmlichen Beweisbeschlusses bedarf.

## Entwurf

vgl. §§ 17, 18 und 19 des Entwurfs

vgl. §§ 15 Abs. 4 und 19 des Entwurfs

vgl. §§ 10 bis 14 des Entwurfs

## Geltende Fassung

(3) Die Vorlage von Urkunden kann nicht verweigert werden, wenn sich der Besitzer der Urkunde selbst auf sie berufen hat oder wenn er nach bürgerlichem Rechte oder deshalb zur Ausfolgung oder Vorlage verpflichtet ist, weil sie ihrem Inhalte nach dem Besitzer und dem zu Entmündigenden oder Antragsteller gemeinschaftlich ist. Der Beschluß auf Herausgabe der Urkunde ist von Amts wegen zu vollstrecken.

### Kosten

§ 58. (1) Die Kosten des Verfahrens im Sinne der §§ 16 bis 23 und des von Amts wegen oder auf Antrag des Staatsanwaltes eingeleiteten Entmündigungs-, Aufhebungs- oder Umwandlungsverfahrens sind vom Staate vorzuschießen.

(2) ...

(3) ...

§ 59. (1) Die Kosten des Verfahrens im Sinne der §§ 16 bis 23 sind von dem Angehaltenen zu ersetzen.

(2) Das Gericht kann jedoch den Ersatz dieser Kosten ganz oder zum Teil demjenigen auferlegen, der die Unterbringung des Angehaltenen in der Anstalt veranlaßte, wenn ihm die Grundlosigkeit dieser Maßnahme bekannt war oder bekannt sein mußte.

§ 62. Die Kosten einer Vertretung hat der Vertretene selbst zu tragen.

§ 63. (1) Die Kosten dürfen aus dem Vermögen des Angehaltenen oder des Entmündigten nur insoweit eingetrieben werden, als dadurch sein und seiner Familie Unterhalt nicht gefährdet wird.

(2) Soweit die Kosten aus dem Vermögen des Angehaltenen oder des Entmündigten nicht hereingebracht werden können, sind sie von jenen zu tragen, die nach dem Gesetze für deren Unterhalt zu sorgen haben.

(3) Die Bestimmungen des ersten Absatzes finden auch auf die Eintreibung der Kosten vom Unterhaltspflichtigen Anwendung.

§ 64. Für die Gebühren der nach dieser Kaiserlichen Verordnung einzunehmenden Sachverständigen können durch Verordnung Tarife aufgestellt werden.

## Entwurf

vgl. § 26 des Entwurfs

## Geltende Fassung

## Entwurf

**Zustellung und amtliche Mitteilung der Entscheidung**

§ 65. (1) Der Beschluß, mit dem über die Anhaltung in einer [Irren]anstalt entschieden wird (§ 22), ist dem Angehaltenen, seinem Vertreter und dem vorläufigen Beistande, ferner dem Anstaltsleiter und dem bei der [politischen Landes]behörde zur [Irren]pflege bestellten Sanitätsorgane zuzustellen.

vgl. § 16 des Entwurfs

(2) Der Beschluß, mit dem über die Entmündigung oder Aufhebung (Umwandlung) einer rechtswirksam gewordenen Entmündigung entschieden wird, ist dem Antragsteller, ferner demjenigen, über dessen Entmündigung erkannt wird, seinem Vertreter und dem vorläufigen Beistande zuzustellen.

(3) Die Zustellung an denjenigen, über dessen Anhaltung oder Entmündigung entschieden wird, darf nur unterbleiben, wenn sie wegen seines Zustandes offenbar zwecklos oder für sein Befinden schädlich wäre. Wenn für ihn kein Vertreter eintritt, ist zur Empfangnahme des Beschlusses ein Kurator zu bestellen. Gegen die Bestellung eines solchen findet kein Rechtsmittel statt.

(4) In der Beschlusausfertigung ist auf das Rechtsmittel des Rekurses und des Widerspruches und auf die Frist zu ihrer Einbringung hinzuweisen.

(5) Die Entscheidung des Gerichtshofes über den Widerspruch ist durch das Bezirksgericht zuzustellen, das über die Entmündigung oder ihre Aufhebung (Umwandlung) erkannt hat.

§ 66. (1) Eine Ausfertigung des Beschlusses, mit dem über die Anhaltung in einer [Irren]anstalt entschieden wird, ist dem zur Entscheidung über die Entmündigung zuständigen Gerichte und eine Ausfertigung des Beschlusses, mit dem über die Entmündigung des Angehaltenen entschieden oder für diesen ein Kurator oder Beistand bestellt wird, dem verantwortlichen Leiter der [Irren]anstalt zu übersenden, in der der Kranke untergebracht ist oder unter deren Leitung der Kranke außerhalb der Anstalt gepflegt wird.

(2) Eine Ausfertigung des Beschlusses, mit dem über die Entmündigung, ihre Aufhebung oder Umwandlung entschieden wird, ist dem Pflugschaftsgerichte und die Entmündigung eines Kranken, der außerhalb einer öffentlichen Anstalt [für Geistesranke] verpflegt wird, sowie die Bestellung des Beistandes oder Kurators für einen solchen Kranken ist der [politischen] Behörde [erster Instanz] und der Gemeindebehörde des Aufenthaltsortes mitzuteilen.

(3) Die Vorschrift des § 65 letzter Absatz findet Anwendung.

**Krankenanstaltengesetz**

**HAUPTSTÜCK C**

**Aufnahme, Anhaltung und Entlassung von Geisteskranken**

§ 49. (1) In eine Krankenanstalt für Geisteskrankheiten dürfen zwangsweise nur solche Personen aufgenommen werden, für die eine Bescheinigung (Parere) beigebracht wird, wonach anzunehmen ist, daß die aufzunehmende Person infolge einer Geisteskrankheit ihre oder die Sicherheit anderer Personen gefährdet. Eine solche Bescheinigung muß vom Amtsarzt der für den Aufenthaltsort der aufzunehmenden Person zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde beziehungsweise Bundespolizeibehörde ausgestellt sein. Sie darf nicht älter als eine Woche sein.

(2) Einer Bescheinigung im Sinne des Abs. 1 bedarf es nicht, wenn Personen von einem Gericht eingewiesen oder von einer öffentlichen Krankenanstalt überstellt werden und in diesem Falle aus den Aufzeichnungen in der Krankengeschichte hervorgeht, daß die Überstellung wegen Gefährdung der eigenen oder der Sicherheit anderer Personen notwendig ist.

(3) Die Vorschriften der Abs. 1 und 2 gelten auch für Fälle, in denen eine Person zur Beobachtung ihres Geisteszustandes zwangsweise in die Beobachtungsabteilung einer Universitätsklinik für Geisteskrankheiten oder einer anderen öffentlichen Krankenanstalt für Geisteskrankheiten aufgenommen werden soll.

(4) Erfordern der Krankheitszustand und die besonderen Umstände eine sofortige zwangsweise Aufnahme, ohne daß eine Bescheinigung im Sinne des Abs. 1 erbracht werden kann, so darf die Krankenanstalt die betreffende Person vorläufig aufnehmen, doch hat der ärztliche Leiter der Krankenanstalt hievon der für sie zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde beziehungsweise Bundespolizeibehörde binnen 24 Stunden die Anzeige zu erstatten. Der Amtsarzt der Behörde, der die Anzeige erstattet wurde, hat die vorläufig aufgenommene Person in der Krankenanstalt binnen 48 Stunden nach dem Einlangen der Anzeige zu untersuchen. Ergibt die Untersuchung, daß bei der vorläufig aufgenommenen Person eine Gefährdung der eigenen oder der Sicherheit anderer Personen anzunehmen ist, so hat der Amtsarzt darüber eine Bescheinigung auszustellen. Die zwangsweise Anhaltung des Untersuchten ist in diesem Falle zulässig. Andernfalls ist die vorläufig aufgenommene Person unverzüglich zu entlassen.

§ 51. (1) Pflinglinge, die nach den bestehenden Vorschriften zwangsweise angehalten werden, können Beschränkungen in der Freiheit der Bewegung oder des Verkehrs mit der Außenwelt unterworfen werden.

vgl. §§ 2, 6 und 7 des Entwurfs

vgl. §§ 21 bis 23 des Entwurfs

## Geltende Fassung

(2) Pfleglinge, die auf eigenes Verlangen aufgenommen werden, können Beschränkungen in der Freiheit der Bewegung oder des Verkehrs mit der Außenwelt unterworfen werden, wenn sie ihre oder die Sicherheit anderer Personen gefährden. Der ärztliche Leiter der Krankenanstalt hat die Beschränkungen binnen 24 Stunden nach deren Beginn der für die Anstalt zuständigen Bezirksverwaltungsbehörde beziehungsweise Bundespolizeibehörde anzuzeigen. Der Amtsarzt der Behörde, der die Anzeige erstattet wurde, hat die betroffene Person in der Krankenanstalt binnen 48 Stunden nach dem Einlangen der Anzeige zu untersuchen. Ergibt die Untersuchung, daß bei der betroffenen Person eine Gefährdung ihrer eigenen oder der Sicherheit anderer Personen anzunehmen ist, so hat der Amtsarzt hierüber eine Bescheinigung auszustellen. Beschränkungen in der Freiheit der Bewegung oder des Verkehrs mit der Außenwelt sind in diesem Falle zulässig. Andernfalls sind die vorgenommenen Beschränkungen unverzüglich aufzuheben.

(3) Pfleglinge, die den Beschränkungen in der Freiheit der Bewegung oder des Verkehrs mit der Außenwelt unterworfen sind, können auch zu einer entsprechenden Beschäftigung im Rahmen der Heilbehandlung herangezogen werden.

§ 52. (1) Pfleglinge, die zwangsweise angehalten werden, sind zu entlassen

1. im Falle ihrer Heilung;
2. wenn sie ihre oder die Sicherheit anderer Personen nicht mehr gefährden;
3. wenn sie in einer anderen gleichartigen Anstalt untergebracht werden oder
4. wenn der gesetzliche Vertreter oder in Ermangelung eines solchen der nächste Angehörige die Entlassung verlangt und die Person, die die Obsorge über den Pflegling außerhalb der Krankenanstalt übernimmt, der Krankenanstalt gegenüber die Erklärung abgibt, daß die erforderliche Obsorge gesichert ist, sie die Haftung für einen allenfalls entstehenden Schaden übernimmt und die Bezirksverwaltungsbehörde (Bundespolizeibehörde) der Entlassung zustimmt.

(2) Ist ein Pflegling auf Grund der Anordnung eines Entmündigungs- oder Pfllegschaftsgerichtes in die Krankenanstalt aufgenommen worden, so kann er nur mit Zustimmung des Gerichtes aus der Krankenanstalt entlassen werden.

§ 53. (1) Die Bestimmungen des § 52 sind auf vorübergehende Beurlaubungen solcher Pfleglinge aus einer Krankenanstalt für Geisteskrankheiten sinngemäß anzuwenden.

(2) In allen Fällen von Entlassungen ist das Gericht, das die Anhaltung des Pfleglings für zulässig erklärte, die Gemeinde seines Wohnsitzes, die für diese

## Entwurf

vgl. §§ 3 und 8 des Entwurfs

vgl. § 25 des Entwurfs

vgl. § 25 des Entwurfs

Gemeinde zuständige Bezirksverwaltungs- beziehungsweise Bundespolizeibehörde sowie bei voll oder beschränkt entmündigten Pflinglingen auch das Pflingenschaftsgericht zu verständigen.

§ 54. Durch die Bestimmungen der §§ 49 bis einschließlich 53 werden die Vorschriften des III. Abschnittes der Entmündigungsordnung, RGBl. Nr. 207/1916, betreffend das gerichtliche Verfahren bei Aufnahme in geschlossenen Anstalten, nicht berührt.

**Verordnung vom 22. August 1916, RGBl. Nr. 269, über die Anzeige der Aufnahme von Personen in psychiatrische Universitätskliniken und Beobachtungsabteilungen von Krankenanstalten**

§ 1. Der Leiter einer psychiatrischen Universitätsklinik oder der Beobachtungsabteilung einer Krankenanstalt hat durch die Direktion (Leitung) der Anstalt unmittelbar dem Bezirksgerichte, in dessen Sprengel die Klinik oder die Krankenanstalt liegt, in der Regel innerhalb 24, längstens binnen 48 Stunden, wenn tunlich unter Angabe der Krankheit und unter Angabe der dafür vorliegenden Bescheinigung, die Aufnahme eines jeden Geisteskranken anzuzeigen, der nicht auf eigenes Verlangen aufgenommen wird. Der freiwillige Eintritt muß durch eine vor dem Leiter und zwei Zeugen abgegebene schriftliche Erklärung bestätigt werden. Die Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

Sobald ein Kranker, der auf eigenes Verlangen aufgenommen worden ist, in der Freiheit der Bewegung oder des Verkehrs mit der Außenwelt beschränkt wird, ist auch hinsichtlich solcher Kranker in der Regel innerhalb 24, längstens 48 Stunden nach dem Beginne dieser Beschränkungen dem Bezirksgerichte die Anzeige zu erstatten.

§ 2. Von der Anzeige kann abgesehen werden, wenn der Aufgenommene innerhalb der Anzeigefrist entlassen oder an eine andere Anstalt abgegeben wird.

§ 3. Der Leiter einer psychiatrischen Universitätsklinik oder der Beobachtungsabteilung einer öffentlichen Krankenanstalt kann die Anzeige über die im § 1 bestimmte Frist hinaus aufschieben, wenn der Aufgenommene voraussichtlich innerhalb von acht Tagen nach der Aufnahme entlassen werden wird. Nach Ablauf von acht Tagen muß die Anzeige jedenfalls erstattet werden, wenn nicht bis dahin der Aufgenommene entlassen oder an eine andere Anstalt abgegeben worden ist.

vgl. §§ 3 und 9 des Entwurfs

Geltende Fassung

Entwurf

40

## Bundesgesetz vom xxxxxxx über die Rechtsfürsorge für psychisch Kranke in Krankenanstalten

### Schutz der Persönlichkeitsrechte

§ 1. (1) Die Persönlichkeitsrechte psychisch Kranker, die in eine Krankenanstalt aufgenommen werden, sind besonders zu wahren.

(2) Weitere Beschränkungen als solche, die nach anderen Vorschriften zulässig sind, sind nur gestattet, wenn der Kranke in den geschlossenen Bereich einer psychiatrischen Abteilung einer Krankenanstalt aufgenommen ist.

### Voraussetzungen der Aufnahme in den geschlossenen Bereich

§ 2. In den geschlossenen Bereich einer Krankenanstalt dürfen nur Personen aufgenommen werden, die

1. an einer psychischen Krankheit leiden und deshalb ihr Leben oder ihre Gesundheit oder das Leben oder die Gesundheit anderer ernstlich gefährden  
und
2. nicht in anderer Weise, besonders ambulant oder im offenen Bereich einer Krankenanstalt, ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden können.

### Aufnahme auf Verlangen

§ 3. (1) Auf eigenes Verlangen dürfen in den geschlossenen Bereich Personen aufgenommen werden, bei denen die Voraussetzungen des § 2 vorliegen und die den Grund und die Bedeutung des Aufenthaltes im geschlossenen Bereich einsehen und ihren Willen danach bestimmen können.

(2) Das Verlangen kann nur vor der Aufnahme eigenhändig, schriftlich und in Gegenwart des mit der Führung der Abteilung betrauten Arztes (Abteilungsleiters) sowie eines weiteren Facharztes für Psychiatrie und Neurologie (Neurologie und Psychiatrie) (Facharztes) gestellt werden. Es kann jederzeit, auch schlüssig, widerrufen werden; auf dieses Recht ist vor der Aufnahme hinzuweisen. Ein Verzicht auf das Recht des Widerrufs ist unwirksam.

(3) Minderjährige dürfen nur aufgenommen werden, wenn die Erziehungsberechtigten, bei mündigen Minderjährigen auch diese selbst, die Aufnahme verlangen. Weiter ist die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erforderlich.

vgl. § 49 Abs. 2 KAG, § 22 EntmO

vgl. § 16 Abs. 1 und 2 EntmO

464 der Beilagen

(4) Verlangt eine Person, der gemäß § 273 ABGB ein Sachwalter bestellt ist, die Aufnahme in den geschlossenen Bereich, so bedarf dieses Verlangens der Zustimmung ihres Sachwalters, sofern dessen Wirkungskreis Willenserklärungen zur Aufnahme in Krankenanstalten umfaßt.

(5) Die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters gemäß Abs. 3 und 4 kann auch schriftlich erklärt werden. Für den Widerruf genügt mit Ausnahme der Äußerung eines unmündigen Minderjährigen die Äußerung auch nur einer der im Abs. 3 und 4. Genannten.

(6) Sämtliche Rechte und Pflichten, die dem Abteilungsleiter nach diesem Bundesgesetz zukommen, gehen im Fall seiner Verhinderung auf seinen Vertreter über.

§ 4. (1) Der Abteilungsleiter und ein weiterer Facharzt haben den Aufnahmeerber zu untersuchen. Dieser darf in den geschlossenen Bereich aufgenommen werden, wenn nach übereinstimmender, unabhängiger Meinung beider Ärzte die Voraussetzungen nach den §§ 2 und 3 vorliegen.

(2) Liegen die Voraussetzungen der Aufnahme vor, so haben die aufnehmenden Ärzte dies in der Krankengeschichte zu beurkunden.

§ 5. (1) Der Aufenthalt im geschlossenen Bereich darf nur sechs Wochen dauern. Er darf auf Verlangen für weitere sechs Wochen verlängert werden; für dieses Verlangen gelten die §§ 2 bis 4 entsprechend. Das Verlangen auf Verlängerung und die Zustimmung hiezu können spätestens 48 Stunden vor Ablauf der Frist erklärt werden.

(2) Werden weitere Verlangen auf Verlängerung des Aufenthalts im geschlossenen Bereich gestellt, so ist das Gericht gemäß § 9 zu verständigen und das Verfahren gemäß den §§ 10 ff. einzuleiten.

#### Aufnahme ohne Verlangen

§ 6. (1) Eine Person darf zur Aufnahme in den geschlossenen Bereich gegen oder ohne ihren Willen nur dann in eine Krankenanstalt gebracht werden, wenn ein im öffentlichen Sanitätsdienst stehender Arzt oder ein Polizeiarzt die Notwendigkeit einer solchen Aufnahme bescheinigt.

(2) Hiezu hat der im öffentlichen Sanitätsdienst stehende Arzt (Polizeiarzt) unter möglicher Schonung der Person des Kranken zu prüfen, ob die Voraussetzungen des § 2 vorliegen.

vgl. § 16 EntmO, § 49 KAG

## Geltende Fassung

## Entwurf

42

(3) Die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes sind berechtigt und verpflichtet, Personen, von denen aus besonderen Gründen angenommen werden kann, daß bei ihnen die Voraussetzungen des § 2 Z 1 vorliegen, zur Prüfung nach Abs. 2 zu dem im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden Arzt (Polizeiarzt) zu bringen oder diesen beizuziehen und dann bei entsprechendem Ergebnis dieser Prüfung zur Aufnahme in den geschlossenen Bereich einer Krankenanstalt zu bringen. Hierbei haben sie diese Person möglichst zu schonen, aber auch die notwendigen Vorkehrungen zur Abwendung von Gefahren zu treffen. Wenn die Betreuung und Versorgung dieser Personen dies angezeigt erscheinen lassen, haben die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes den örtlichen Rettungsdienst beizuziehen.

(4) Bei Gefahr im Verzug haben die Organe des öffentlichen Sicherheitsdienstes die im Abs. 3 genannten Personen auch ohne Bescheinigung des im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden Arztes (Polizeiartzes) zur Aufnahme in den geschlossenen Bereich in eine Krankenanstalt zu bringen. Der Abs. 3 zweiter und dritter Satz gilt auch hiefür.

§ 7. (1) Der Abteilungsleiter und ein weiterer Facharzt haben die Person zu untersuchen. Diese darf in den geschlossenen Bereich aufgenommen werden, wenn nach übereinstimmender, unabhängiger Meinung beider Ärzte die Voraussetzungen nach § 2 vorliegen.

(2) Der Abteilungsleiter hat den Patientensachwalter (§ 11) unverzüglich von der Aufnahme des Kranken in den geschlossenen Bereich zu verständigen.

§ 8. Der § 7 ist auch anzuwenden, wenn ein auf eigenes Verlangen Aufgenommener das Verlangen widerruft oder es in der Frist des § 5 nicht erneuert und er nicht mit Ablauf der Frist entlassen wird. Desgleichen ist der § 7 anzuwenden, wenn ein auf eigenes Verlangen Aufgenommener weiteren Beschränkungen, als im § 21 Abs. 2 erster Satz vorgesehen, unterworfen wird.

## Verständigung des Gerichtes

§ 9. (1) In den Fällen der §§ 5 Abs. 2, 7 und 8 hat der Abteilungsleiter das Bezirksgericht, in dessen Sprengel die Anstalt liegt, umgehend, längstens binnen 48 Stunden, zu verständigen.

(2) Die Verständigung hat alle bis dahin bekannten näheren Umstände zu enthalten.

vgl. § 16 Abs. 2 EntmO, § 51 Abs. 2 KAG

vgl. § 16 EntmO, Verordnung RGBl. Nr. 269/1916

464 der Beilagen

vgl. §§ 17, 22 und 56 EntmO

vgl. §§ 8 und 56 Abs. 1 EntmO

### Gegenstand des Verfahrens

§ 10. Das Gericht hat im Verfahren außer Streitsachen nach Prüfung der Voraussetzungen des § 2 über die Zulässigkeit des Verbleibes des Kranken im geschlossenen Bereich zu entscheiden.

### Vertretung des Kranken

§ 11. (1) Der Vorsteher eines Bezirksgerichtes, in dessen Sprengel eine Anstalt mit einem geschlossenen Bereich liegt, hat für die Kranken, die sich nicht auf eigenes Verlangen im geschlossenen Bereich befinden, von einem geeigneten Verein (Art. IX des Bundesgesetzes über die Sachwalterschaft für behinderte Personen BGBl. Nr. 136/1983) namhaft gemachte Sachwalter allgemein zu bestellen (Patientensachwalter). Erfordert die Größe des geschlossenen Bereichs die Bestellung mehrerer Patientensachwalter, so ist auch deren Zuordnung zu den Kranken zu regeln.

(2) Der Vorsteher des Bezirksgerichtes hat die Bestellung dem Patientensachwalter, dem Verein, der ihn namhaft gemacht hat, der Anstalt mit dem geschlossenen Bereich sowie der Bezirksverwaltungsbehörde und den Gemeinden seines Sprengels zur Kenntnis zu bringen und auf der Amtstafel des Gerichtes anzuschlagen.

(3) Die im geschlossenen Bereich der Anstalt Bediensteten sind verpflichtet, dem Kranken Auskunft darüber zu erteilen, wer sein Patientensachwalter ist, und die Kontaktaufnahme mit diesem zu ermöglichen. Diese Auskunft ist auf Verlangen auch Angehörigen des Kranken zu erteilen.

(4) Der Patientensachwalter wird mit der Aufnahme eines Kranken in den geschlossenen Bereich kraft Gesetzes Vertreter des Kranken für das in diesem Bundesgesetz vorgesehene gerichtliche Verfahren und zur Wahrnehmung der insbesondere in den §§ 21 bis 24 verankerten Rechte gegenüber der Krankenanstalt und dem Gericht. Dadurch wird der Kranke in seiner Geschäftsfähigkeit nicht beschränkt.

(5) Entzieht der Kranke dem Patientensachwalter seine Vertretungsbefugnis und teilt ein vom Kranken selbst gewählter Vertreter dem Gericht seine Bevollmächtigung mit, so hat das Gericht, sofern dieser Vertreter ein Rechtsanwalt, ein Notar oder sonst eine Person ist, von der angenommen werden kann, daß sie die im Abs. 4 genannten Aufgaben erfüllen wird, den Patientensachwalter und den

## Geltende Fassung

vgl. §§ 20 und 21 EntmO

## Entwurf

Abteilungsleiter von der Bevollmächtigung zu verständigen; die Vertretungsbefugnis des Patientensachwalters erlischt, sobald dieser vom Gericht verständigt worden ist.

(6) Das Gericht hat den Abteilungsleiter von der Beendigung des Vollmachtsverhältnisses zu verständigen. Es hat davon den Patientensachwalter ebenfalls zu verständigen, sofern es nicht zugleich die Bevollmächtigung durch einen anderen selbstgewählten Vertreter des Kranken mitteilt. In diesem Fall lebt die Vertretungsbefugnis des Patientensachwalters wieder auf.

(7) Erfordert es das Wohl des Kranken, so hat das Gericht zur Besorgung sonstiger Angelegenheiten (§ 273 ABGB) einen einstweiligen Sachwalter mit der Wirkung des § 273 a ABGB zu bestellen.

## Anhörung des Kranken

§ 12. (1) Das Gericht hat sich binnen vier Tagen ab Einlangen der Verständigung (§ 9) vom Kranken in der Anstalt einen persönlichen Eindruck zu verschaffen. Es hat ihn über Grund und Zweck des Verfahrens zu unterrichten und hierzu zu hören. Es hat weiter Einsicht in die Krankengeschichte zu nehmen sowie den Abteilungsleiter und den Patientensachwalter zu hören. In der Anstalt befindliche gesetzliche oder gewillkürte Vertreter des Kranken hat es ebenfalls zu hören.

(2) Das Gericht kann den Kranken in Gegenwart eines Sachverständigen aus dem Fachgebiet der Psychiatrie und Neurologie (Neurologie und Psychiatrie) anhören, der nicht der Anstalt angehört, in der sich der Kranke befindet. Es hat hierbei den Sachverständigen um seine Meinung über das Vorliegen der Voraussetzungen nach § 2 zu befragen.

(3) Gelangt das Gericht zum Ergebnis, daß die Voraussetzungen für den Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich nicht vorliegen, so hat es sofort die Entlassung des Kranken aus dem geschlossenen Bereich anzuordnen. Dieser Beschluß wird mit seiner Verkündung wirksam, außer der Abteilungsleiter erklärt sofort, daß er dagegen Rekurs erheben werde; in diesem Fall ist der Beschluß schriftlich auszufertigen.

(4) Wird der Kranke nicht entlassen, so hat das Gericht unverzüglich eine mündliche Verhandlung anzuberaumen; diese hat spätestens innerhalb von 14 Tagen ab der Anhörung des Kranken stattzufinden.

44

464 der Beilagen

vgl. §§ 18, 19 und 20 EntmO

### Mündliche Verhandlung

§ 13. (1) Zur Vorbereitung der mündlichen Verhandlung hat das Gericht einen, erforderlichenfalls mehrere Sachverständige im Sinn des § 12 Abs. 2 zu beauftragen, den Patienten raschestmöglich zu untersuchen und schriftlich Gutachten über den Gesundheitszustand des Kranken, Behandlungsmöglichkeiten und die Notwendigkeit des Verbleibes im geschlossenen Bereich unter Berücksichtigung von Alternativen zu erstatten.

(2) Das Gericht hat die Ladung zur mündlichen Verhandlung sowie den Beschluß auf Bestellung des Sachverständigen dem Kranken, seinem gewillkürten Vertreter, dem Patientensachwalter, dem Abteilungsleiter, dem Sachverständigen und, sofern dies möglich ist, dem gesetzlichen Vertreter zuzustellen. Gegen den Beschluß steht kein abgesetztes Rechtsmittel zu; dies gilt nicht für den Sachverständigen.

(3) Der Sachverständige hat den Kranken so rechtzeitig zu untersuchen, daß das schriftliche Gutachten dem Gericht und dem Patientensachwalter vor der Durchführung der mündlichen Verhandlung zur Verfügung steht. Er hat Ausfertigungen seines schriftlichen Gutachtens dem Gericht, dem gewillkürten Vertreter des Kranken, dem Patientensachwalter und dem Abteilungsleiter zu übermitteln.

(4) Das Gericht kann noch andere Ermittlungen zu den Voraussetzungen nach § 2 durchführen. Es kann auch dem Kranken Nahestehende sowie Personen und Stellen, die dessen ärztliche Behandlung und Betreuung außerhalb einer Anstalt übernehmen könnten, gegebenenfalls schriftlich, vernehmen. Es kann die Sicherheitsbehörden ersuchen, bestimmte Ermittlungen über die im § 2 angeführten Umstände durchzuführen; die Sicherheitsbehörden haben diesem Ersuchen nachzukommen.

(5) Dem Patientensachwalter und dem gewillkürten Vertreter ist mit Zustimmung des Kranken auf Verlangen Einsicht in die Krankengeschichte zu gewähren.

(6) Der Patientensachwalter ist zur Wahrung der ihm in Ausübung seiner Tätigkeit anvertrauten oder bekannt gewordenen Geheimnisse verpflichtet. Diese Pflicht besteht nicht, wenn die Offenbarung des Geheimnisses zur Wahrnehmung der Rechte des Kranken nach diesem Bundesgesetz erforderlich ist.

§ 14. (1) Die Anstalt hat dem Gericht einen zur Durchführung der mündlichen Verhandlung geeigneten Raum zur Verfügung zu stellen. Der Abteilungsleiter hat vor Beginn der mündlichen Verhandlung dem Gericht die auf den letz-

vgl. § 20 EntmO

ten Stand gebrachte Krankengeschichte vorzulegen und dafür zu sorgen, daß der Kranke an der mündlichen Verhandlung teilnehmen kann. Dabei ist auch vorzusehen, daß ein wartender Kranker die ihn nicht betreffenden Verhandlungen tunlichst nicht wahrnehmen kann.

(2) Für die mündliche Verhandlung gilt § 239 AußStrG. Das Gericht hat spätestens zu Beginn der mündlichen Verhandlung dem Kranken, seinem Vertreter und dem Patientensachwalter Ablichtungen der Gutachten auszufolgen, sofern dies noch nicht nach § 13 Abs. 3 geschehen ist. Von der Ausfolgung an den Kranken ist abzusehen, wenn dadurch sein Wohl ernsthaft gefährdet würde. Die schriftlich vorliegenden Beweisergebnisse sind eingehend zu erörtern. Das Gericht hat auch erschienene Auskunftspersonen zu vernehmen. Dem Kranken, seinem Vertreter, dem Patientensachwalter und dem Abteilungsleiter ist Gelegenheit zu geben, zu den für die Entscheidung wesentlichen Fragen Stellung zu nehmen und Fragen an die Auskunftspersonen und den Sachverständigen zu stellen.

#### Beschluß

§ 15. (1) Am Ende der mündlichen Verhandlung hat das Gericht mit Beschluß darüber zu entscheiden, ob der Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich zulässig ist.

(2) Der Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich darf für längstens drei Monate ab Aufnahme des Kranken für zulässig erklärt werden.

(3) Der Beschluß ist in der mündlichen Verhandlung in Gegenwart des Kranken zu verkünden, zu begründen und dem Kranken zu erläutern.

(4) Erklärt das Gericht den Verbleib des Kranken für nicht zulässig, so kann der Abteilungsleiter bis zum Ende der mündlichen Verhandlung erklären, daß er gegen den Beschluß des Gerichtes Rekurs erheben werde. Mangels einer solchen Erklärung erlischt sein Rekursrecht; der Kranke ist unverzüglich zu entlassen.

#### Zustellung

§ 16. Das Gericht hat spätestens innerhalb einer Woche den Beschluß auszufertigen und dem Kranken, seinem gewillkürten Vertreter, dem Patientensachwalter, dem Abteilungsleiter und, sofern es möglich ist, dem gesetzlichen Vertreter zuzustellen. Ist der Kranke aus der Anstalt entlassen worden und ist seine nunmehrige Anschrift dem Gericht nicht bekannt, so genügt die Zustellung an den Vertreter des Kranken, mangels eines solchen an den Patientensachwalter.

vgl. §§ 17, 22, 23 und 24 Abs. 2 EntmO

vgl. § 65 Abs. 1 und 3 EntmO

vgl. § 24 EntmO

vgl. § 24 Abs. 2 EntmO

### Rechtsmittel

§ 17. (1) Gegen den Beschluß, mit dem über den Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich entschieden worden ist, ist das Rechtsmittel der Vorstellung unzulässig.

(2) Gegen den Beschluß, mit dem der Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich für zulässig erklärt wird, kann der Kranke, sein Vertreter, der Patientensachwalter, außerdem können die Verwandten in auf- und absteigender Linie, der Ehegatte und der Lebensgefährte des Kranken Rekurs erheben.

(3) Gegen den Beschluß, mit dem die Entlassung des Kranken angeordnet wird, kann der Abteilungsleiter unter der Voraussetzung des § 15 Abs. 4 innerhalb von acht Tagen Rekurs erheben.

(4) Das Gericht erster Instanz hat unmittelbar nach Einlangen des Rekurses des Abteilungsleiters zu entscheiden, ob dem Rekurs aufschiebende Wirkung zukommt, oder ob der Kranke sofort zu entlassen ist. Gegen diese Entscheidung ist ein abgesondertes Rechtsmittel nicht zulässig.

§ 18. (1) Das Gericht zweiter Instanz hat innerhalb von vier Wochen ab Einlangen der Akten zu entscheiden.

(2) Das Gericht hat das Verfahren selbst zu ergänzen oder neu durchzuführen, sofern es eine Ergänzung oder eine neue Durchführung für erforderlich hält. Einen persönlichen Eindruck vom Kranken darf es sich auch durch ein einziges Senatsmitglied verschaffen.

### Aufschiebende Wirkung des Revisionsrekurses

§ 19. (1) Kann der Beschluß des Gerichtes zweiter Instanz, mit dem der Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich für nicht zulässig erklärt wird, durch Rekurs angefochten werden, so kann der Abteilungsleiter unverzüglich nach der Zustellung des Beschlusses dem Gericht mitteilen, daß er einen solchen erheben werde; dies hat er innerhalb von acht Tagen zu tun. Mangels einer solchen Mitteilung erlischt sein Rekursrecht; der Kranke ist unverzüglich zu entlassen. § 17 Abs. 4 ist anzuwenden.

(2) Erklärt der Oberste Gerichtshof den Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich für zulässig und ist die Frist nach den §§ 15 Abs. 2 und 20 Abs. 1 und 2 bereits verstrichen, so hat der Kranke im geschlossenen Bereich zu verblei-

vgl. § 23 Abs. 3 EntmO

ben, sofern der Abteilungsleiter unverzüglich nach der Zustellung des Beschlusses des Obersten Gerichtshofs die im § 20 Abs. 1 vorgesehene Mitteilung erstattet.

#### Erneuter Beschluß

§ 20. (1) Liegen die Voraussetzungen des § 2 weiterhin vor, so hat der Abteilungsleiter dem Gericht spätestens 48 Stunden vor Ablauf der vom Gericht festgesetzten Frist für den Verbleib im geschlossenen Bereich eine Mitteilung über die Notwendigkeit des Verbleibes des Kranken zu machen. In diesem Fall darf das Gericht den Verbleib zweimal für jeweils längstens sechs Monate verlängern.

(2) Ist der Verbleib des Kranken ohne Unterbrechung über diese Fristen hinaus aus besonderen medizinischen Gründen notwendig, so darf die Zulässigkeit des Verbleibes nur auf Grund der übereinstimmenden Gutachten zweier Sachverständiger (§ 12 Abs. 2) verlängert werden, die im bisherigen Verfahren noch nicht herangezogen worden sind. Ein solcher Beschluß darf die Zulässigkeit des Verbleibes des Kranken im geschlossenen Bereich jeweils nur für längstens ein Jahr erklären.

(3) Die §§ 13 bis 19 sind anzuwenden.

#### Beschränkungen

§ 21. (1) Beschränkungen des Kranken im geschlossenen Bereich sind nach Art, Umfang und Dauer nur so weit zulässig, als dies im Einzelfall zur Abwehr einer Gefahr im Sinn des § 2 und zur ärztlichen Behandlung und Betreuung des Kranken nötig ist.

(2) Im allgemeinen darf die Freiheit des Kranken nur auf die Bewegung in bestimmten räumlichen Bereichen beschränkt werden. Weitergehende Beschränkungen sind nur zulässig, wenn sie zur ärztlichen Behandlung und Betreuung unbedingt notwendig sind. Solche Beschränkungen sind jeweils vom behandelnden Arzt unter Angabe des Grundes in der Krankengeschichte zu beurkunden und unverzüglich dem Patientensachwalter oder seinem gewillkürten Vertreter mitzuteilen.

(3) Wird ein auf eigenes Verlangen im geschlossenen Bereich aufgenommener Kranker solchen weitergehenden Beschränkungen unterworfen, so sind das Gericht (§ 9 Abs. 1) und der Patientensachwalter hievon längstens binnen 48 Stunden zu verständigen. Das Gericht hat das Verfahren nach den §§ 10 ff.

vgl. § 51 KAG

vgl. § 51 KAG

vgl. § 51 KAG

vgl. § 51 KAG

vgl. § 52 KAG

einzuweisen. Der Patientensachwalter wird mit seiner Verständigung Vertreter des Kranken im Sinn des § 11 Abs. 4.

(4) Wird ein nicht auf eigenes Verlangen im geschlossenen Bereich aufgenommener Kranker weiteren Beschränkungen unterworfen, so kann er, sein Vertreter und der Patientensachwalter das Gericht (§ 9 Abs. 1) anrufen. Dieses hat im außerstreitigen Verfahren zu entscheiden, ob die Aufrechterhaltung der weiteren Beschränkungen zulässig ist.

§ 22. (1) Der Schriftverkehr des Kranken darf nicht beschränkt werden.

(2) Das Recht des Kranken, andere Postsendungen abzusenden und zu empfangen, darf nur beschränkt werden, soweit das Gericht (§ 9 Abs. 1) dies zur Sicherung des Wohles des Kranken auf Antrag des Abteilungsleiters genehmigt.

§ 23. (1) Das Recht eines Kranken, Besuche zu empfangen, darf nur dann vorübergehend eingeschränkt werden, wenn die Besuche dem Kranken einen gesundheitlichen Schaden zufügen würden. Beschränkungen sind jeweils vom behandelnden Arzt unter Angabe des Grundes in der Krankengeschichte zu beurkunden.

(2) Der Verkehr des Kranken mit seinem Patientensachwalter (§ 11) und seinem Vertreter unterliegt keiner Beschränkung.

#### Behandlung

§ 24. (1) Auch im geschlossenen Bereich ist die ärztliche Behandlung nur mit Zustimmung des Kranken (seines gesetzlichen Vertreters) zulässig. Der behandelnde Arzt hat sich um eine solche Zustimmung zu bemühen.

(2) Die Zustimmung des Kranken (seines gesetzlichen Vertreters) ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, daß der mit der Einholung der Zustimmung verbundene Aufschub das Leben des Kranken gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung seiner Gesundheit verbunden wäre. Davon hat der Abteilungsleiter unverzüglich den Vertreter des Kranken und den Patientensachwalter zu verständigen.

#### Entlassung

§ 25. (1) Abgesehen von den Fällen, in denen das Gericht den Verbleib des Kranken im geschlossenen Bereich für nicht zulässig erklärt, ist der Kranke zu entlassen, wenn sich sonst zeigt, daß die Voraussetzungen des § 2 weggefallen sind.

(2) Der Abteilungsleiter hat von der Entlassung nach Abs. 1 unverzüglich das nach § 9 Abs. 1 zuständige Gericht, wenn dieses in der Sache befaßt gewesen ist, sowie den Patientensachwalter und den Vertreter des Kranken zu verständigen.

#### Kosten

§ 26. Die Kosten des gerichtlichen Verfahrens trägt der Bund.

#### Schluß- und Übergangsbestimmungen

§ 27. Dieses Bundesgesetz tritt mit 1. Jänner 1989 in Kraft.

§ 28. (1) Solange einem Gericht nicht in ausreichender Anzahl von einem geeigneten Verein (Art. IX des Bundesgesetzes über die Sachwalterschaft für behinderte Personen) namhaft gemachte Patientensachwalter zur Verfügung stehen, hat der Vorsteher dieses Gerichtes eine oder mehrere andere geeignete und bereite Personen zu Patientensachwaltern allgemein zu bestellen.

(2) Ist dies nicht möglich, so hat das Gericht zur Vertretung eines nicht durch einen gewillkürten Vertreter (§ 11 Abs. 5) vertretenen Kranken, für den das Verfahren nach den §§ 13 ff. eingeleitet wird, einen Patientensachwalter zu bestellen; dies kann ein Angehöriger des Kranken, ein Gerichtsbediensteter oder eine sonstige geeignete Person sein.

(3) Der nach Abs. 1 bestellte Patientensachwalter hat Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten, der notwendigen Barauslagen und auf Abgeltung des Zeitaufwandes in der in § 18 Abs. 2 GebAG 1975, BGBl. Nr. 136, angeführten Höhe. Hierüber hat der Vorsteher des Bezirksgerichtes zu entscheiden. Die Beträge sind vierteljährlich auszuführen.

(4) Der nach Abs. 2 bestellte Patientensachwalter hat Anspruch auf Ersatz der Reise- und Aufenthaltskosten entsprechend den für Zeugen geltenden Bestimmungen des GebAG 1975 sowie der notwendigen Barauslagen. Hierüber hat das Gericht zu entscheiden. Die §§ 39 bis 42 GebAG 1975 sind sinngemäß anzuwenden.

vgl. §§ 58 bis 63 EntmO

## § 29. Folgende Vorschriften treten außer Kraft:

1. die Entmündigungsordnung vom 28. Juni 1916, RGBl. Nr. 207, soweit sie nicht ohnedies durch das Bundesgesetz über die Sachwalterschaft für behinderte Personen aufgehoben worden ist;
2. die §§ 49 und 51 bis 54 des Krankenanstaltengesetzes vom 18. Dezember 1956, BGBl. Nr. 1/1957;
3. die Verordnung des Justizministers vom 22. August 1916, RGBl. Nr. 269, über die Anzeige der Aufnahme von Personen in psychiatrische Universitätskliniken und Beobachtungsabteilungen von Krankenanstalten.

§ 30. (1) Beschlüsse, mit denen vor dem Inkrafttreten dieses Bundesgesetzes die Anhaltung nach § 22 der Entmündigungsordnung für zulässig erklärt worden ist, gelten als Entscheidungen nach diesem Bundesgesetz.

(2) Gründet sich die Zulässigkeit des Verbleibes eines Kranken im geschlossenen Bereich einer Krankenanstalt zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Bundesgesetzes nicht auf den Beschluß eines Gerichtes nach § 22 der Entmündigungsordnung, so ist die Zulässigkeit des Verbleibes spätestens ab dem 1. April 1989 nach diesem Bundesgesetz zu beurteilen.

## § 31. Unbertührt bleiben

1. die Vorschriften über die Zulässigkeit von Zwangsmaßnahmen aus Gründen der öffentlichen Sicherheit oder der Strafverfolgung,
2. die strafrechtlichen Vorschriften über die mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen bei geistig abnormen und entwöhnungsbedürftigen Rechtsbrechern,
3. die Vorschriften über den Vollzug der Freiheitsstrafe und der mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen,
4. die Art. III und IV des Strafvollzugsanpassungsgesetzes, BGBl. Nr. 24/1974,
5. die Vorschriften über die Erziehungsmaßnahmen für Minderjährige,
6. das Tuberkulosegesetz, BGBl. Nr. 127/1968, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 142/1974,
7. das Epidemiegesetz 1950, BGBl. Nr. 186, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 702/1974,
8. das Geschlechtskrankheitengesetz, StGBI. Nr. 152/1945, geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 54/1946, und
9. das Suchtgiftgesetz 1951, BGBl. Nr. 234, zuletzt geändert durch das Bundesgesetz BGBl. Nr. 184/1985.

§ 32. Mit der Vollziehung

1. der §§ 1, 2, 9 und 21 bis 25 ist, soweit sie von den Gerichten anzuwenden sind, der Bundesminister für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundeskanzler, soweit sie von den Krankenanstalten anzuwenden sind, der Bundeskanzler im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Justiz,
2. der §§ 3 bis 8 der Bundeskanzler, hinsichtlich des § 6 im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Inneres,
3. der §§ 10 bis 20 der Bundesminister für Justiz, hinsichtlich des § 13 Abs. 4 im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Inneres,
4. der §§ 26 und 28 der Bundesminister für Justiz im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Finanzen betraut.