

WHO-MATERIALSAMMLUNG ZU PSYCHISCHER GESUNDHEIT,

MENSCHENRECHTEN UND GESETZGEBUNG

Solidarität statt Ausgrenzung



Weltgesundheits-
organisation

WHO-MATERIALSAMMLUNG ZU PSYCHISCHER GESUNDHEIT,
MENSCHENRECHTEN UND GESETZGEBUNG

Solidarität statt Ausgrenzung



CIP-Kurztitelaufnahme der WHO-Bibliothek

WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation.

1. Mental health
2. Human rights – legislation
3. Human rights – standards
4. Health policy – legislation
5. International law
6. Guidelines
7. Developing countries I. World Health Organization.

Die Originalversion dieser Publikation wurde auf Englisch veröffentlicht:
WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation.

ISBN 92 4 156282 X (englische Fassung)
(NLM Klassifikation: WM 34)

Fachinformationen zu dieser Veröffentlichung:

Dr. Michelle Funk

Natalie Drew

Weiterentwicklung von Politik und Diensten
betreffend psychische Gesundheit

Abteilung Psychische Gesundheit und Substanzenmissbrauch

Nichtübertragbare Krankheiten und Psychische Gesundheit

Weltgesundheitsorganisation

20 Avenue Appia

CH-1211, Genf 27

Schweiz

Tel.: +41 22 791 3855

Fax: +41 22 791 4160

E-Mail: funkm@who.int

Offizielle Zitierweise der WHO: WHO Resource Book on Mental Health,
Human Rights and Legislation. Geneva, World Health Organization, 2005

© Weltgesundheitsorganisation 2006

Alle Rechte vorbehalten. Die Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf Genehmigung der auszugsweisen oder vollständigen Wiedergabe oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Veröffentlichung benutzten Bezeichnungen und die Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich der Rechtsstellung eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer Staats- und/oder Gebietsgrenzen. Die in Tabellenüberschriften benutzte Bezeichnung „Land oder Gebiet“ umfasst Länder, Territorien, Städte oder Gebiete. Gestrichelte Linien in Karten geben den ungefähren Verlauf von Grenzen an, über die u. U. noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Unternehmen oder der Erzeugnisse bestimmter Hersteller besagt nicht, dass diese von der Weltgesundheitsorganisation gegenüber anderen ähnlicher Art, die im Text nicht erwähnt sind, bevorzugt oder empfohlen werden. Abgesehen von eventuellen Irrtümern und Auslassungen, sind Markennamen im Text besonders gekennzeichnet.

Die Weltgesundheitsorganisation verbürgt sich nicht für die Vollständigkeit und Richtigkeit der in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen und haftet nicht für sich aus deren Verwendung ergebende Schäden. Die von Autoren oder Redakteuren zum Ausdruck gebrachten Ansichten entsprechen nicht notwendigerweise den Beschlüssen oder der ausdrücklichen Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Danksagungen

Die Materialsammlung zu psychischer Gesundheit, Menschenrechten und Gesetzgebung wurde unter der Leitung von Michelle Funk, Natalie Drew und Benedetto Saraceno, Abteilung Psychische Gesundheit und Substanzenmissbrauch, Weltgesundheitsorganisation, erstellt.

Verfasser:

Melvyn Freeman (vormals Gesundheitsministerium, Pretoria, Südafrika), Soumitra Pathare (Ruby Hall Clinic, Pune, Indien).

Natalie Drew (WHO-Hauptbüro), Michelle Funk (WHO-Hauptbüro) und Benedetto Saraceno (WHO-Hauptbüro).

Hintergrundmaterial und Fallbeispiele:

Julio Arboleda Florez (Psychiatrieabteilung, Queen's University, Ontario, Kanada), Josephine Cooper (Balmoral, New South Wales, Australien), Lance Gable (Georgetown University Law Center, Zentrum für Recht und Öffentliche Gesundheit, Washington DC, USA), Lawrence Gostin (Johns Hopkins University, Washington DC, USA), John Gray (Internationale Gesellschaft für Gerontologie, Kanada), HWANG Tae-Yeon (Abteilung für Psychiatrische Rehabilitation und gemeindenaher psychosozialer Versorgung, Yongin Mental Hospital, Republik Korea), Alberto Minoletti (Gesundheitsministerium, Chile), Svetlana Polubinskaya (Institut für Staat und Recht, Russische Wissenschaftsakademie, Moskau, Russische Föderation), Eric Rosenthal (Mental Disability Rights International, Washington DC, USA), Clarence Sundram (United States District Court for the District of Columbia, Washington DC, USA), XIE Bin (Gesundheitsministerium, Beijing, China).

Redaktion:

Jose Bertolote, (WHO-Hauptbüro), Jose Miguel Caldas de Almeida, WHO-Regionalbüro für Gesamtamerika (AMRO), Vijay Chandra, WHO-Regionalbüro für Südostasien (SEARO), Philippe Chastonay (Medizinische Fakultät der Universität Genf, Schweiz), Natalie Drew (WHO-Hauptbüro), Melvyn Freeman (vormals Gesundheitsministerium, Pretoria, Südafrika), Michelle Funk (WHO-Hauptbüro), Lawrence Gostin (Johns Hopkins University, Washington DC, USA), Helen Herrman (vormals WHO-Regionalbüro für den westlichen Pazifik (WPRO)), Michael Kirby (Judges' Chambers in Canberra, High Court of Australia), Itzhak Levav (Grundsatzfragen und Außenbeziehungen, Psychosoziale Dienste, Gesundheitsministerium, Jerusalem, Israel), Custodia Mandlhate, WHO-Regionalbüro für Afrika (AFRO), Ahmed Mohit, WHO-Regionalbüro für den Östlichen Mittelmeerraum (EMRO), Helena Nygren-Krug (WHO-Hauptbüro), Geneviève Pinet (WHO-Hauptbüro), Usha Ramanathan (Delhi, Indien), Wolfgang Rutz (vormals WHO-Regionalbüro für Europa (EURO)), Benedetto Saraceno (WHO-Hauptbüro), Javier Vasquez (AMRO).

Unterstützende Verwaltungs- und Sekretariatstätigkeiten:

Adeline Loo (WHO-Hauptbüro), Anne Yamada (WHO-Hauptbüro) und Razia Yaseen (WHO-Hauptbüro).

Die WHO-Materialsammlung zu psychischer Gesundheit, Menschenrechten und Gesetzgebung ist Teil des Programms des Internationalen Akademischen Netzes Genf (RUIG/GIAN).

Fachliche Unterstützung und Beratung:

Beatrice Abrahams	National Progressive Primary Health Care Network, Kensington, Südafrika
Adel Hamid Afana	Abteilung Schulung und Bildung, Psychosoziale Versorgung der Gaza-Region, Gaza
Thérèse A. Agossou	Regionalbüro für Afrika, Weltgesundheitsorganisation, Brazzaville, Kongo
Bassam Al Ashhab	Gemeindenähe psychosoziale Versorgung, Gesundheitsministerium, Palästinensische Behörde, Westjordanland
Ignacio Alvarez	Interamerikanische Menschenrechtskommission, Washington DC, USA
Ella Amir	Alliance for the Mentally Ill Inc., Montreal, Quebec, Kanada
Paul S. Appelbaum	Psychiatrieabteilung, University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA, USA
Julio Arboleda-Florez	Psychiatrieabteilung, Queen's University, Kingston, Ontario, Kanada
Begone Ariño	European Federation of Associations of Families of Mentally Ill Persons, Bilbao, Spanien
Joseph Bediako Asare	Gesundheitsministerium, Accra, Ghana
Larry Ash	Genf, Schweiz
Jeannine Auger	Ministerium für Gesundheit und Soziale Dienste, Quebec, Kanada
Florence Baingana	Gesundheit, Ernährung, Bevölkerung, Weltbank, Washington DC, USA
Korine Balian	Ärzte ohne Grenzen, Amsterdam, Niederlande
Neville Barber	Mental Health Review Board, West Perth, Australien
James Beck	Psychiatrieabteilung, Cambridge Hospital, Cambridge, MA, USA
Sylvia Bell	New Zealand Human Rights Commission, Auckland, Neuseeland
Jerome Bickenbach	Juristische Fakultät, Queen's University, Kingston, Ontario, Kanada
Louise Blanchette	University of Montreal, Certificate Programme in Mental Health, Montreal, Kanada
Susan Blyth	Valkenberg Hospital, Abteilung Psychiatrie und Psychische Gesundheit, University of Cape Town, Südafrika
Richard J. Bonnie	Juristische und Medizinische Fakultät, University of Virginia, VA, USA
Nancy Breitenbach	Inclusion International, Ferney-Voltaire, Frankreich
Celia Brown	MindFreedom Support Coalition International, USA
Martin Brown	Northern Centre for Mental Health, Durham, Vereinigtes Königreich
Anh Thu Bui	Gesundheitsministerium, Koror, Palau
Angela Caba	Gesundheitsministerium, Santo Domingo, Dominikanische Republik
Alexander M. Capron	Ethik, Handel, Menschenrechte und Gesundheitsrecht, Weltgesundheitsorganisation, Genf, Schweiz
Sylvia Caras	People Who, Santa Cruz, CA, USA
Amnon Carmi	World Association for Medical Law, Haifa, Israel
Claudina Cayetano	Programm Psychische Gesundheit, Gesundheitsministerium, Belmopan, Belize
CHEN Yan Fang	Zentrum für psychische Gesundheit der Provinz Shandong, Jinan, China

CHUEH Chang	Fakultät für Öffentliche Gesundheit, Taipei, China (Provinz Taiwan)
Dixon Chibanda	University of Zimbabwe, Medizinische Fakultät, Harare, Simbabwe
Chantharavdy Choulamany	Mahosot General Hospital, Vientiane, Laotische Volksdemokratische Republik
Hugo Cohen	Weltgesundheitsorganisation, Mexiko
Josephine Cooper	New South Wales, Australien
Ellen Corin	Douglas Hospital Research Centre, Quebec, Kanada
Christian Courtis	Instituto Tecnológico Autónomo de México, Departamento de Derecho, Mexico DF, Mexiko
Jim Crowe	World Federation for Schizophrenia and Allied Disorders, Dunedin, Neuseeland
Jan Czeslaw Czabala	Institut für Psychiatrie und Neurologie, Warschau, Polen
Araba Sefa Dedeh	Bereich Klinische Psychologie, Psychiatrieabteilung, University of Ghana Medical School, Accra, Ghana
Paolo Delvecchio	Ministerium für Gesundheit und Soziales der Vereinigten Staaten, Washington DC, USA
Nimesh Desai	Psychiatrieabteilung, Institute of Human Behaviour and Allied Sciences, Delhi, Indien
M. Parameshvara Deva	Psychiatrieabteilung, SSB Hospital, Brunei Darussalam
Amita Dhanda	University of Hyderabad, Andhra Pradesh, Indien
Aaron Dhir	Juristische Fakultät, University of Windsor, Ontario, Kanada
Kate Diesfeld	Auckland University of Technology, Neuseeland
Robert Dinerstein	American University, Washington College of Law, Washington DC, USA
Saida Douki	Société Tunisienne de Psychiatrie, Tunis, Tunesien
Moera Douthett	Pasifika Healthcare, Henderson Waitakere City, Auckland, Neuseeland
Claire Dubois-Hamdi	Secrétariat de la Charte Sociale Européenne, Strasbourg, Frankreich
Peter Edwards	Peter Edwards & Co., Hoylake, Vereinigtes Königreich
Ahmed Abou El-Azayem	World Federation for Mental Health, Kairo, Ägypten
Félicien N'tone Enyime	Gesundheitsministerium, Yaoundé, Kamerun
Sev S. Fluss	Rat für internationale Organisationen der medizinischen Wissenschaften, Genf, Schweiz
Maurizio Focchi	Associazione Cittadinanza, Rimini, Italien
Abra Fransch	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, Bulawayo, Simbabwe
Gregory Fricchione	Carter Center, Atlanta, GA, USA
Michael Friedman	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA
Diane Froggatt	World Federation for Schizophrenia and Allied Disorders, Ontario, Kanada
Gary Furlong	CLSC Métro, Montreal, Quebec, Kanada
Elaine Gadd	Abteilung Bioethik, Europarat, Strasbourg, Frankreich
Vijay Ganju	National Association of State Mental Health Program, Directors Research Institute, Alexandria, Virginia, USA
Reine Gobeil	Douglas Hospital, Quebec, Kanada
Howard Goldman	National Association of State Mental Health Program, Directors Research Institute, und University of Maryland School of Medicine, MD, USA

Nacanieli Goneyali	Krankenhauswesen, Gesundheitsministerium, Suva, Fidschi
Maria Grazia Giannicheda	Dipartimento di Economia Istituzioni Società, Universität Sassari, Sassari, Italien
Stephanie Grant	Amt des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte, Genf, Schweiz
John Gray	Untereinheit Grundsatz und Systementwicklung, Internationale Gesellschaft für Gerontologie, Ministerium für Senioren, Victoria BC, Kanada
Margaret Grigg	Untereinheit Psychische Gesundheit, Ministerium für Soziales, Melbourne, Australien
Jose Guimon	Psychiatrieabteilung, Universitätskliniken Genf, Schweiz
Oye Gureje	Psychiatrieabteilung, University College Hospital, Ibadan, Nigeria
Karin Gutierrez-Lobos	Medizinische Universität Wien, Psychiatrieabteilung, Wien, Österreich
Timothy Harding	Institut universitaire de médecine légale, Centre médical universitaire, Genf, Schweiz
Gaston Harnois	WHO Kooperationszentrum, Douglas Hospital Research Centre, Verdun, Quebec, Kanada
Gary Haugland	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA
Robert Hayes	Mental Health Review Tribunal of New South Wales, Australien
HE Yanling	Shanghai Mental Health Center, Shanghai, China
Ahmed Mohamed Heshmat	Ministerium für Gesundheit und Bevölkerung, Programm „Psychische Gesundheit“, Kairo, Ägypten
Karen Hetherington	Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Montréal, Quebec, Kanada
Frederick Hickling	Bereich Psychiatrie, Abteilung Gemeindenahe Gesundheitsversorgung, University of West Indies, Kingston, Jamaika
Kim Hopper	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA
Paul Hunt	Amt des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte und Juristische Abteilung und Menschenrechtszentrum, University of Essex, Vereinigtes Königreich
HWANG Tae-Yeon	Abteilung für Psychiatrische Rehabilitation und gemeindenahe psychosoziale Versorgung, Yongin Mental Hospital, Republik Korea
Lars Jacobsson	Psychiatrieabteilung, Medizinische Fakultät, Universität Umea, Schweden
Aleksandar Janca	Abteilung Psychiatrie & Verhaltensforschung, University of Western Australia, Perth, Australien
Heidi Jimenez	Regionalbüro für Gesamtamerika, Weltgesundheitsorganisation, Washington, USA
Dale L. Johnson	World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (WFSAD), Taos, New Mexico, USA
Kristine Jones	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA
Nancy Jones	Seattle, WA, USA
Emmanuel Mpinga Kabengele	Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Genf, Medizinische Fakultät, Genf, Schweiz
Nadia Kadri	Université Psychiatrique Ibn Rushd, Casablanca, Marokko
Lilian Kanaiya	Schizophrenia Foundation of Kenya, Nairobi, Kenia

Eddie Kane	Psychische Gesundheit und geschlossene Abteilungen, Gesundheitsministerium, Manchester, Vereinigtes Königreich
Zurab I. Kekelidze	Serbsky National Research Centre for Social and Forensic Psychiatry, Moskau, Russische Föderation
David Musau Kiima	Abteilung Psychische Gesundheit, Gesundheitsministerium, Nairobi, Kenia
Susan Kirkwood	European Federation of Associations of Families of Mentally Ill Persons, Aberdeen, Vereinigtes Königreich
Todd Kriebel	Weiterentwicklung von Politik und Diensten betreffend psychische Gesundheit, Direktion Psychische Gesundheit, Gesundheitsministerium, Wellington, Neuseeland
John P. Kummer	Equilibrium, Unteraegeri, Schweiz
Lourdes Ladrado-Ignacio	Abteilung Psychiatrie und Verhaltensmedizin, College of Medicine und Philippines General Hospital, Manila, Philippinen
Pirkko Lahti	Finnish Association for Mental Health, Maistraatinportti, Finnland
Eero Lahtinen	Abteilung Gesundheit, Ministerium für Soziales und Gesundheit, Helsinki, Finnland
Eugene M. Laska	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA
Eric Latimer	Douglas Hospital Research Centre, Quebec, Kanada
Louis Letellier de St-Just	Montreal, Quebec, Kanada
Richard Light	Disability Awareness in Action, London, Vereinigtes Königreich
Bengt Lindqvist	Amt des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte, Genf, Schweiz
Linda Logan	Grundsatzentwicklung, Texas Department of Mental Health and Mental Retardation, Austin, TX, USA
Marcelino López	Forschung und Evaluierung, Andalusische Stiftung für die soziale Integration von psychisch Kranken, Sevilla, Spanien
Juan José López Ibor	World Psychiatric Association, López-Ibor Clinic, Madrid, Spanien
Crick Lund	Abteilung Psychiatrie und Psychische Gesundheit, University of Cape Town, Südafrika
Annabel Lyman	Abteilung Verhaltensbezogene Gesundheit, Gesundheitsministerium, Koror, Palau
MA Hong	Nationales Zentrum für psychische Gesundheit, China-CDC, Beijing, China
George Mahy	University of the West Indies, Queen Elizabeth Hospital, Barbados
Rohit Malpani	Regionalbüro für Südostasien, Weltgesundheitsorganisation, New Delhi, Indien
Douma Djibo Maïga	Ministerium für Öffentliche Gesundheit, Niamey, Niger
Mohamed Mandour	Italienische Kooperation, Generalkonsulat Italien, Jerusalem
Joseph Mbatia	Bereich Psychische Gesundheit, Gesundheitsministerium, Dar-es-Salaam, Vereinigte Republik Tansania
Nalaka Mendis	University of Colombo, Sri Lanka
Céline Mercier	Douglas Hospital Research Centre, Quebec, Kanada
Thierry Mertens	Abteilung Strategische Planung und Innovation, Weltgesundheitsorganisation, Genf, Schweiz
Judith Mesquita	Menschenrechtszentrum, University of Essex, Colchester, Vereinigtes Königreich
Jeffrey Metzner	Psychiatrieabteilung, University of Colorado, Medizinische Fakultät, Denver, CO, USA

Leen Meulenbergs	Service fédéral public de la Santé, Brüssel, Belgien
Harry I. Minas	Centre for International Mental Health and Victorian Transcultural Psychiatry, University of Melbourne, Australien
Alberto Minoletti	Bereich Psychische Gesundheit, Gesundheitsministerium, Santiago, Chile
Paula Mogne	Gesundheitsministerium, Maputo, Mosambik
Fernando Mora	Büro des Kommissars für Menschenrechte, Europarat, Strasbourg, Frankreich
Paul Morgan	SANE, South Melbourne, Australien
Driss Moussaoui	Université Psychiatrique, Centre Ibn Rushd, Casablanca, Marokko
Rebecca Muhlethaler	Special Committee of NGOs on Human Rights, Genf, Schweiz
Matt Muijen	Regionalbüro für Europa, Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen, Dänemark
Carmine Munizza	Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Turin, Italien
Srinivasa Murthy	Regionalbüro für den östlichen Mittelmeerraum, Weltgesundheitsorganisation, Kairo, Ägypten
Shisram Narayan	St Giles Hospital, Suva, Fidschi
Sheila Ndyanabangi	Gesundheitsministerium, Kampala, Uganda
Jay Neugeboren	New York, NY, USA
Frank Njenga	Psychiatrists' Association of Kenya, Nairobi, Kenia
Grayson Norquist	National Institute of Mental Health, Bethesda, MD, USA
Tanya Norton	Ethik, Handel, Menschenrechte und Gesundheitsrecht, Weltgesundheitsorganisation, Genf, Schweiz
David Oaks	MindFreedom Support Coalition International, OR, USA
Olabisi Odejide	Medizinische Fakultät, University of Ibadan, Nigeria
Angela Ofori-Atta	Bereich Klinische Psychologie, University of Ghana, Medizinische Fakultät, Accra, Ghana
Richard O'Reilly	Psychiatrieabteilung, University Campus, University of Western Ontario, Kanada
Mehdi Paes Arrazi	Psychiatrische Klinik der Universität Arrazi, Sale, Marokko
Rampersad Parasram	Gesundheitsministerium, Port of Spain, Trinidad und Tobago
Vikram Patel	London School of Hygiene & Tropical Medicine und Sangath Centre, Goa, Indien
Dixianne Penney	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA
Avanti Perera	Nawala, Sri Lanka
Michael L. Perlin	New York Law School, New York, USA
Yogan Pillay	Strategische Planung, Nationale Gesundheitsbehörde, Pretoria, Südafrika
Svetlana Polubinskaya	Institut für Staat und Recht, Russische Wissenschaftsakademie, Moskau, Russische Föderation
Laura L. Post	Mariana Psychiatric Services, Saipan, Northern Mariana Islands, USA
Prema Ramachandran	Planning Commission, New Delhi, Indien
Bas Vam Ray	European Federation of Associations of Families of Mentally Ill Persons, Heverlee, Belgien
Darrel A. Regier	American Psychiatric Institute for Research and Education, Arlington, VA, USA
Brian Robertson	Psychiatrieabteilung, University of Cape Town, Südafrika
Julieta Rodriguez Rojas	Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica

Eric Rosenthal	Mental Disability Rights International, Washington DC, USA
Leonard Rubenstein	Physicians for Human Rights, Boston, MA, USA
Khalid Saeed	Institute of Psychiatry, Rawalpindi, Pakistan
Ayesh M. Sammour	Gemeindenähe psychosoziale Versorgung, Gesundheitsministerium, Palästinensische Behörde, Gaza
Aive Sarjas	Abteilung für Soziales, Gesundheitsministerium, Tallinn, Estland
John Saunders	Schizophrenia Ireland, Dublin, Irland
Ingeborg Schwarz	Interparlamentarische Union, Genf, Schweiz
Stefano Sensi	Amt des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte, Genf, Schweiz
Radha Shankar	AASHA (Hope), Indira Nagar, Chennai, Indien
SHEN Yucun	Institut für psychische Gesundheit, Universität Beijing, China
Naotaka Shinfuku	International Center for Medical Research, Kobe University Medical School, Japan
Carole Siegel	Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA
Helena Silfverhielm	National Board of Health and Welfare, Stockholm, Schweden
Joel Slack	Respect International, Montgomery, AL, USA
Alan Stone	Juristische Fakultät und Medizinische Fakultät, Harvard University, Cambridge, MA, USA
Zebulun Taintor	World Association for Psychosocial Rehabilitation, Psychiatrieabteilung, New York University Medical Center, New York, USA
Michele Tansella	Abteilung für Medizin und Öffentliche Gesundheit, Universität Verona, Italien
Daniel Tarantola	Weltgesundheitsorganisation, Genf, Schweiz
Jacob Taylor	Maryland, USA
Myriam Tebourbi	Amt des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte, Genf, Schweiz
Mrinali Thalgodapitiya	NEST, Gampaha District, Sri Lanka
Graham Thornicroft	PRISM, The Maudsley Institute of Psychiatry, London, Vereinigtes Königreich
Giuseppe Tibaldi	Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Turin, Italien
E. Fuller Torrey	Stanley Medical Research Centre, Bethesda, MD, USA
Gombodorjiin Tsetsegdary	NCD & MNH Programme, Ministerium für Gesundheit und Soziales, Ulaanbaatar, Mongolei
Bogdana Tudorache	Rumänisches Bündnis für psychische Gesundheit, Bukarest, Rumänien
Judith Turner-Crowson	NIMH Community Support Programme, Kent, Vereinigtes Königreich
Samuel Tyano	World Psychiatry Association, Tel Aviv, Israel
Liliana Urbina	Regionalbüro für Europa, Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen, Dänemark
Pascale Van den Heede	Mental Health Europe, Brüssel, Belgien
Marianna Várfalvi-Bognarne	Gesundheitsministerium, Budapest, Ungarn
Uldis Veits Riga	Städtischer Gesundheitsausschuss, Riga, Lettland
Luc Vigneault	Association des Groupes de Défense des Droits en Santé mentale du Quebec, Kanada
WANG Liwei	Gesundheitsministerium, Beijing, China
WANG Xiangdong	Regionalbüro für den westlichen Pazifik, Weltgesundheitsorganisation, Manila, Philippinen
Helen Watchirs	Regulatory Institution Network, Research School of Social Sciences, Canberra, Australien

Harvey Whiteford	The University of Queensland, Queensland Centre for Mental Health Research, Wacol, Australien
Ray G. Xerri	Gesundheitsministerium, Floriana, Malta
XIE Bin	Shanghai Mental Health Center, Shanghai, China
Derek Yach	Global Health Division, Yale University, New Haven, CT, USA
YU Xin	Institut für psychische Gesundheit, Universität Beijing, China
Tuviah Zabow	Psychiatrieabteilung, University of Cape Town, Südafrika
Howard Zonana	Psychiatrieabteilung, Yale University, New Haven, CT, USA

Die WHO bedankt sich bei der norwegischen Regierung und dem Internationalen Akademischen Netz Genf (RUIG/GIAN) für die großzügige finanzielle Unterstützung bei der Erstellung der WHO-Materialsammlung zu psychischer Gesundheit, Menschenrechten und Gesetzgebung. Die umfassende finanzielle Unterstützung durch die italienische, niederländische und neuseeländische Regierung und den Bereich Corporate Social Responsibility Europe, Johnson and Johnson, wird ebenfalls dankend anerkannt.

Layout und Grafikdesign: 2s) Graphicdesign

Deutsche Übersetzung: UHLINGO

Inhalt

Vorwort	xv
Kapitel 1 Rahmenbedingungen der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit	1
1. Einleitung	1
2. Schnittstelle Gesetzgebung – Politik im Bereich psychische Gesundheit	2
3. Schutz, Förderung und Verbesserung von Rechten durch Gesetze zur psychischen Gesundheit	3
3.1 Diskriminierung und psychische Gesundheit	3
3.2 Menschenrechtsverletzungen	4
3.3 Autonomie und Freiheit	5
3.4 Rechte für psychisch kranke Straftäter	5
3.5 Erleichterter Zugang zu psychosozialer Versorgung und Integration in die Gemeinschaft	6
4. Sondergesetzgebung oder integrierte Gesetzgebung zu psychischer Gesundheit?	7
5. Verordnung, Dienstverfügung, Ministerialerlass	7
6. Wichtige internationale und regionale Menschenrechtsinstrumente zugunsten der Rechte von Menschen mit psychischen Störungen	8
6.1 Internationale und regionale Menschenrechtsinstrumente	8
6.1.1 Internationale Charta der Grundrechte	9
6.1.2 Sonstige internationale Übereinkommen zur psychischen Gesundheit	11
7. Die wichtigsten geltenden Menschenrechtsstandards für psychische Gesundheit	13
7.1 UN-Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung (MI Principles, 1991)	13
7.2 Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte (Rahmenbestimmungen, 1993)	14
8. Fachliche Rahmenvorschriften	14
8.1 Erklärung von Caracas (1990)	14
8.2 Erklärung von Madrid (1996)	15
8.3 Fachliche Rahmenvorschriften der WHO	15
8.4 Salamanca-Erklärung und Rahmenaktionsplan für Sonderpädagogik (1994)	15
9. Einschränkung von Rechten	15
Kapitel 2 Inhalt der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit	19
1. Einleitung	19
2. Präambel und Ziele	19
3. Definitionen	20
3.1 Psychische Krankheit (Mental Illness); Psychische Störung (Mental Disorder)	20
3.2 Psychische Behinderung (Mental Disability)	22
3.3 Geistiges Unvermögen (Mental Incapacity)	23
3.4 Geistige Umnachtung (Unsoundness of Mind)	23
3.5 Definitionen sonstiger Begriffe	26
4. Zugang zu psychosozialer Versorgung	27
4.1 Finanzierung psychosozialer Versorgung	27
4.2 Psychische Gesundheit und Primärversorgung	28
4.3 Mittelzuweisung für unterversorgte Bevölkerungsgruppen	29
4.4 Zugang zu Medikamenten und psychosozialen Interventionen	29
4.5 Zugang zu Krankenversicherungen und sonstigen Versicherungen	29
4.6 Förderung von gemeindenaher Versorgung und Enthospitalisierung	30

5.	Rechte der Nutzer psychosozialer Dienste	31
5.1	Vertraulichkeit	32
5.2	Zugang zu Informationen	32
5.3	Rechte und Lebensumstände in psychosozialen Einrichtungen	33
5.3.1	Umwelt	34
5.3.2	Privatsphäre	35
5.3.3	Kommunikation	35
5.3.4	Arbeit	36
5.4	Rechtsbelehrung	36
6.	Rechte der Familienangehörigen und Betreuer von Personen mit psychischen Störungen	38
7.	Geschäftsfähigkeit, Geistesvermögen und Vormundschaft	39
7.1	Definitionen	39
7.2	Beurteilung des Geistesvermögens	40
7.2.1	Fähigkeit zur Wahl einer Behandlungsmethode	40
7.2.2	Fähigkeit zur Ernennung eines Vertreters	40
7.2.3	Fähigkeit zu finanziellen Entscheidungen	40
7.3	Feststellung von geistigem Unvermögen und Geschäftsunfähigkeit	41
7.4	Vormundschaft	41
8.	Freiwillige und nicht freiwillige psychosoziale Versorgung	43
8.1	Freiwillige Einweisung und freiwillige Behandlung	43
8.2	„Nicht protestierende Patienten“	45
8.3	Nicht freiwillige Einweisung und nicht freiwillige Behandlung	46
8.3.1	Integrierte und getrennte Verfahren für nicht freiwillige Einweisung und nicht freiwillige Behandlung	47
8.3.2	Voraussetzungen für nicht freiwillige Einweisung	49
8.3.3	Verfahren bei nicht freiwilliger Einweisung	50
8.3.4	Voraussetzungen für nicht freiwillige Behandlung (bei getrennten Einweisungs- und Behandlungsverfahren)	53
8.3.5	Verfahren bei nicht freiwilliger Behandlung eingewiesener Personen	53
8.3.6	Behandlung mit Zustimmung des Bevollmächtigten	56
8.3.7	Nicht freiwillige Behandlung im gemeindenahen Umfeld	57
8.4	Notfälle	60
8.4.1	Verfahren bei nicht freiwilliger Notfalleinweisung und -behandlung	60
9.	Qualifikationsanforderungen zur Beurteilung psychischer Störungen durch Fachkräfte	61
9.1	Fachliche Kenntnisse	61
9.2	Berufsgruppen	62
10.	Besondere Behandlungsmethoden	62
10.1	Erhebliche medizinische und chirurgische Eingriffe	63
10.2	Psychochirurgie und sonstige irreversible Behandlungsmethoden	63
10.3	Elektrokonvulsionstherapie (EKT)	64
11.	Isolation und Zwangsmaßnahmen	64
12.	Klinische und experimentelle Forschung	66
13.	Aufsicht und Kontrollmechanismen	67
13.1	Gerichtliche oder quasigerichtliche Aufsicht über nicht freiwillige Einweisung/Behandlung und sonstige Beschränkungen von Rechten	68
13.1.1	Personelle Besetzung	69
13.2	Regulierungs- und Aufsichtsorgan	69
13.2.1	Personelle Besetzung	70
13.2.2	Zusätzliche Befugnisse	70
13.3	Beschwerden und Abhilfen	70
13.4	Verfahrensgarantien	71
14.	Polizeiliche Aufgaben hinsichtlich Personen mit psychischen Störungen	72
14.1	Polizeiliche Befugnisse	72
14.2	Angeforderte Unterstützung	73

14.3	Schutz von Personen mit psychischen Störungen	73
14.3.1	Sicherer Ort	73
14.3.2	Behandlungsmöglichkeiten	73
14.3.3	Dauer des Gewahrsams	74
14.3.4	Unverzögliche Benachrichtigung	74
14.3.5	Überprüfung der Vorgänge	74
15.	Gesetzliche Bestimmungen zu psychisch kranken Straftätern	75
15.1	Das strafrechtliche Ermittlungsverfahren	76
15.1.1	Anklageerhebung	76
15.2	Das strafrechtliche Hauptverfahren	76
15.2.1	Verhandlungsfähigkeit	76
15.2.2	Unzurechnungsfähigkeit (psychische Störung zum Tatzeitpunkt)	77
15.3	Das strafrechtliche Urteil	78
15.3.1	Bewährungsstrafen und Anordnung gemeindenaher Behandlung	78
15.3.2	Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus	78
15.4	Der Strafvollzug	79
15.5	Einrichtungen für psychisch kranke Straftäter	79
16.	Weitere wesentliche Bestimmungen zur psychischen Gesundheit	81
16.1	Antidiskriminierungsgesetze	81
16.2	Allgemeine Gesundheitsversorgung	81
16.3	Wohnraum	81
16.4	Beschäftigung	82
16.5	Sozialversicherung	82
16.6	Bürgerrechte	82
17.	Schutz für gefährdete Personengruppen – Minderjährige, Frauen, Minderheiten und Flüchtlinge	83
17.1	Minderjährige	83
17.2	Frauen	84
17.3	Minderheiten	85
17.4	Flüchtlinge	85
18.	Straftaten und Sanktionen	86
Kapitel 3	Verfahren: Ausarbeitung, Verabschiedung und Umsetzung	
	von Gesetzen zur psychischen Gesundheit	89
<hr/>		
1.	Einleitung	89
2.	Vorarbeiten	91
2.1	Identifikation von psychischen Störungen und Hindernissen beim Zugang zu psychosozialer Versorgung	91
2.2	Analyse von Gesetzen mit Bezug zur psychischen Gesundheit	92
2.3	Untersuchung internationaler Übereinkommen und Rahmenvorschriften	93
2.4	Untersuchung ausländischer Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit	93
2.5	Konsensbildung und Aushandeln von Veränderungen	95
2.6	Sensibilisierung der Öffentlichkeit für psychische Gesundheit und Menschenrechte	95
3.	Ausarbeitung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit	96
3.1	Gesetzesentwurf	96
3.2	Konsultationsbedarf	97
3.3	Einladung zur Stellungnahme	97
3.4	Konsultationsverfahren	99
3.5	Sprachenregelung und Wortwahl im Gesetz	102
4.	Verabschiedung von Gesetzen	103
4.1	Gesetzgebungsverfahren	103
4.1.1	Gesetzgebungskompetenz	103
4.1.2	Erörterung und Verabschiedung von Gesetzesentwürfen	104
4.1.3	Ausfertigung, Verkündung und Veröffentlichung neuer Gesetze	104

4.2	Wichtige begleitende Maßnahmen des Gesetzgebungsverfahrens	105
4.2.1	Mobilisierung der öffentlichen Meinung	105
4.2.2	Lobbyarbeit bei Exekutive und Legislative	105
5.	Umsetzung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit	106
5.1	Bedeutung und Funktion der Umsetzungsorgane	107
5.2	Verbreitung und Schulung	108
5.2.1	Information und Aufklärung der Öffentlichkeit	108
5.2.2	Nutzer, Angehörige und Interessenvertreter	109
5.2.3	Fachkräfte für psychische Gesundheit und für allgemeine Gesundheit und sonstige Fachkräfte	109
5.2.4	Erstellung von Informationsmaterial und Leitfäden	110
5.3	Finanzierung und personelle Ressourcen	110
	Referenzmaterial	113
	Bibliographie	118
	Anhang	
Anhang 1	WHO-Checkliste für Gesetze zur psychischen Gesundheit	119
Anhang 2	Übersicht zu den wichtigsten Bestimmungen und internationalen Instrumenten zu Rechten von Menschen mit psychischen Störungen	155
Anhang 3	Grundsätze der Vereinten Nationen für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung	157
Anhang 4	Auszug aus der PAHO/WHO-Erklärung von Caracas	165
Anhang 5	Auszug aus der Erklärung von Madrid der World Psychiatric Association (Weltpsychiatrische Vereinigung)	166
Anhang 6	Beispiel: Patientenrechte in Connecticut, USA	169
Anhang 7	Beispiel: Rechte der Nutzer psychosozialer Dienste, US-Bundesstaat Maine, Department of Behavioral and Developmental Services, USA	171
Anhang 8	Beispiel: Formulare für nicht freiwillige Einweisung und Behandlung (integriertes Verfahren) und Widerspruchsformular, Victoria, Australien	173
Anhang 9	Beispiel: Neuseeländische Vorsorgeverfügungen für Patienten des Bereichs psychische Gesundheit	178

Vorwort

Es gibt viele Möglichkeiten, die Lebensumstände von Menschen mit psychischen Störungen zu verbessern. Eine wichtige Methode ist die Einführung von Strategien, Plänen und Programmen, mit denen eine bessere Versorgung erzielt wird. Für die Umsetzung solcher Strategien und Pläne sind wirksame Gesetze erforderlich, die die Strategien und Pläne an international anerkannte Menschenrechtsstandards und bewährte Verfahren anbinden. Mit dieser Materialsammlung sollen Staaten bei der Ausarbeitung, Verabschiedung und Umsetzung entsprechender Gesetze unterstützt werden. Den Staaten wird kein bestimmtes Gesetzgebungsmodell auferlegt, sondern sie erhalten eine Darstellung der wichtigsten Fragen und Grundsätze, die bei der Gesetzgebung beachtet werden müssen.

Wie in allen gesundheitlichen Bereichen wirken sich die beschriebenen landesspezifischen Unterschiede hinsichtlich der Verfügbarkeit finanzieller und personeller Ressourcen auf die Art und Weise aus, wie an die Belange der psychischen Gesundheit herangegangen wird. Denn die Bedürfnisse, die von den Nutzern psychosozialer Dienste, deren Familienangehörigen und Betreuern sowie von Gesundheitsfachkräften geäußert werden, sind in hohem Maße an die derzeitige und bisherige Versorgungslage geknüpft, und die Erwartungen der Bevölkerung unterscheiden sich je nach Land erheblich. Dienste und Rechte, die in einigen Staaten als selbstverständlich gelten, sind daher in anderen Staaten Zielvorstellungen, die noch zu verwirklichen sind. Jeder Staat kann sich jedoch für eine Verbesserung der psychosozialen Dienste sowie die Förderung und den Schutz von Menschenrechten einsetzen, damit den Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Störungen besser entsprochen wird.

In den meisten Staaten könnte eine erhebliche Verbesserung des Bereichs psychische Gesundheit erzielt werden, wenn diesem zusätzliche, speziell der psychischen Gesundheit gewidmete Mittel zugewiesen würden. Doch selbst bei beschränkten Mitteln gibt es Möglichkeiten (die von dieser Materialsammlung aufgezeigt werden), die internationalen Menschenrechtsstandards zu berücksichtigen, zu schützen und einzuhalten. Unter Umständen können Reformen mit wenigen oder überhaupt keinen zusätzlichen Ressourcen durchgeführt werden, auch wenn stets ein Minimum an Ressourcen allein zur Erreichung der grundlegendsten Ziele erforderlich ist und selbstverständlich zusätzliche Ressourcen bereitgestellt werden müssen (insbesondere in Staaten mit derzeit nur minimalen oder keinen Ressourcen für psychische Gesundheit), wenn die grundlegenden internationalen Menschenrechtsstandards eingehalten werden sollen.

Die Gesetzgebung selbst kann dazu eingesetzt werden, mehr Ressourcen für psychische Gesundheit bereitzustellen und die in einem Staat vorhandenen Rechte, Standards und Bedingungen im Bereich psychische Gesundheit zu verbessern. Damit sich ein Gesetz jedoch positiv auf die Lebensumstände von Menschen mit psychischen Störungen auswirken kann, muss es realistische und erreichbare Ziele formulieren. Ein unrealistisches Gesetz, das der Staat nicht einhalten kann, verfehlt seinen Zweck und kann unnötige kostspielige Gerichtsverfahren nach sich ziehen, so dass Ressourcen gebunden werden, die der Entwicklung der Versorgungsdienste hätten zugute kommen können. Daher sollte der Gesetzgeber ein Gesetz nur verabschieden, nachdem der damit verbundene Bedarf an Ressourcen untersucht wurde. Die Frage, wie die in dieser Materialsammlung dargelegten Ziele realistischweise in jedem Staat erreicht werden können, sollte allen Lesern ein wichtiges Anliegen sein.

Was bietet diese Materialsammlung?

In den Kapiteln und Anhängen dieses Buches finden sich zahlreiche Beispiele, die auf unterschiedlichen Erfahrungen und Praktiken beruhen, sowie Gesetzesauszüge und sonstige gesetzesbezogene Dokumente verschiedener Staaten. Die Beispiele sind keine Empfehlungen oder „Modelle“, deren Nachahmung nahegelegt wird, vielmehr sollen sie veranschaulichen, was die verschiedenen Staaten im Bereich psychische Gesundheit, Menschenrechte und Gesetzgebung unternehmen.

Drei wesentliche Aspekte wirksamer Gesetzgebung werden herausgestellt: die Rahmenbedingungen, der Inhalt und das Verfahren. Es handelt sich somit um die Fragen: „Warum?“, „Was?“ und „Wie?“ im Hinblick auf die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit. Darüber hinaus enthält Anhang 1 eine Checkliste für Gesetze zur psychischen Gesundheit, die zusammen mit dieser Materialsammlung eingesetzt werden kann. Die Checkliste soll Staaten dabei unterstützen, ihre Gesetze zur psychischen Gesundheit auf die Berücksichtigung wichtiger Faktoren zu überprüfen und sicherzustellen, dass die umfassenden Empfehlungen der Materialsammlung sorgfältig analysiert und umgesetzt werden.

In diesem Buch wird auch auf die Publikation *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package* Bezug genommen. Diese Veröffentlichung enthält zahlreiche aufeinander bezogene Module, die sich u. a. mit Grundsatzentwicklung, Interessenvertretung, Finanzierung und Versorgungsorganisation im Bereich psychische Gesundheit befassen und die Staaten bei der Reformierung zentraler Aspekte der psychischen Gesundheit unterstützen sollen.

An wen richtet sich diese Materialsammlung?

Voraussichtlich werden viele Menschen, Organisationen und Regierungsbehörden aus dieser Materialsammlung Nutzen ziehen können. Sie richtet sich insbesondere an Personen, die unmittelbar mit der Ausarbeitung oder Änderung von Gesetzen mit Bezug zur psychischen Gesundheit befasst sind, sowie an Akteure, die die Verfahren zur Verabschiedung und Umsetzung dieser Gesetze steuern. In den meisten Staaten sind an diesen Prozessen zahlreiche Personen beteiligt. Am produktivsten lässt sich dieses Buch wahrscheinlich nutzen, wenn die Materialsammlung gemeinsam mit dem Team erarbeitet wird und die behandelten Themen und ihre kultur- und länderspezifische Bedeutung erörtert und diskutiert werden.

Neben dieser speziellen Zielgruppe identifiziert die vorliegende Publikation zahlreiche Interessenvertreter mit den unterschiedlichsten Zielen und Motivationen, die alle von der Materialsammlung profitieren können. Hierzu zählen Politiker und Abgeordnete, Entscheidungsträger, Ministerialbeamte (Gesundheit, Soziales, Justiz, Finanzen, Bildung, Arbeit, Polizei und Strafvollzug), Gesundheitsfachkräfte (Psychiater, Psychologen, psychiatrische Krankenschwestern und -pfleger und Sozialarbeiter) und Berufsverbände, Angehörige von Menschen mit psychischen Störungen, Nutzer und Nutzergruppen, Interessenverbände, akademische Einrichtungen, Dienstleister, nichtstaatliche Organisationen (NGO), Bürgerrechtsinitiativen, religiöse Einrichtungen, Verbände wie Arbeitnehmergewerkschaften, Personalvorsorgeeinrichtungen, Arbeitgeberverbände, Anwohnersozialdienste und Glaubensgemeinschaften sowie Organisationen, die Minderheiten und sonstige gefährdete Personengruppen vertreten.

Einige Leser mögen sich von dieser Materialsammlung ein besseres Verständnis der Rahmenbedingungen der menschenrechtsorientierten Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit erhoffen, andere möchten ihre potenzielle Funktion besser verstehen oder suchen Unterstützung bei der Beurteilung und Diskussion der Frage, welche Themen zu berücksichtigen sind. Wieder andere möchten vielleicht internationale Entwicklungen untersuchen oder herausfinden, wie diese bei der Verabschiedung und Umsetzung der Gesetze behilflich sein können. Wir hoffen, dass allen Bedürfnissen Rechnung getragen wird und auf diese Weise durch die Verabschiedung und Umsetzung von Gesetzen, die Menschenrechtsstandards und bewährte Verfahren berücksichtigen, das gemeinsame Ziel der Verbesserung der psychosozialen Versorgung gefördert wird.

Alexander Capron
Direktor, Ethik, Handel, Menschenrechte und Gesundheitsrecht

Dr. Michelle Funk
Kordinatorin, Weiterentwicklung von Politik und Diensten betreffend psychische Gesundheit

Dr. Benedetto Saraceno
Direktor, Psychische Gesundheit und Substanzenmissbrauch

1. Einleitung

Den Gesetzen zur psychischen Gesundheit liegt das fundamentale Ziel zugrunde, die Lebensumstände und das psychische Wohlbefinden der Bürger zu schützen, zu fördern und zu verbessern. Vor dem unstrittigen Hintergrund, dass jede Gesellschaft zur Erreichung ihrer Ziele Gesetze benötigt, unterscheidet sich die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit nicht von der Gesetzgebung in anderen Bereichen.

Menschen mit psychischen Störungen sind besonders gefährdet, Opfer von Rechtsmissbrauch und Rechtsverletzungen zu werden. Eine Gesellschaft, deren Gesetzgebung gefährdete Bürger (einschließlich Menschen mit psychischen Störungen) beschützt, respektiert die Menschen und ist um deren Wohlbefinden bemüht. Progressive Gesetze können wirksame Instrumente zur Erleichterung des Zugangs zu psychosozialer Versorgung sowie zur Förderung und zum Schutz der Rechte von Menschen mit psychischen Störungen sein.

Das bloße Vorhandensein von Gesetzen zur psychischen Gesundheit ist jedoch keine Garantie dafür, dass Menschenrechte eingehalten und geschützt werden. Es ist tragisch, dass in manchen Staaten, insbesondere in denjenigen, in denen die Gesetze seit Jahren unverändert geblieben sind, die Gesetze zur psychischen Gesundheit nicht die Förderung, sondern die Verletzung der Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen zur Folge haben. Dies hat seinen Grund darin, dass zahlreiche ältere Vorschriften zur psychischen Gesundheit das Ziel verfolgten, die Öffentlichkeit vor „gefährlichen“ Patienten zu schützen und Letztere von der Öffentlichkeit fernzuhalten, statt die Rechte, die Menschen mit psychischen Störungen als Personen und Bürgern zukommen, zu fördern. Andere Gesetze ließen die langfristige Verwahrungspflege von Personen mit psychischen Störungen zu, die keine gesellschaftliche Gefahr darstellten, jedoch nicht für sich selbst sorgen konnten, und auch hiermit wurden Menschenrechte verletzt. In diesem Zusammenhang wird auf die bemerkenswerte Tatsache hingewiesen, dass weltweit zwar 75% der Staaten über eine Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit verfügen, jedoch nur die Hälfte (51%) von ihnen nach 1990 Gesetze in diesem Bereich verabschiedet haben und in fast einem Sechstel (15%) der Staaten Gesetze vorliegen, die vor den 1960er Jahren erlassen wurden (WHO, 2001a). Somit sind die Gesetze in vielen Staaten überholt und führen, wie oben erläutert, häufig eher zu einer Beschneidung der Rechte von Personen mit psychischen Störungen, anstatt deren Rechte zu schützen.

Der Bedarf an Gesetzen zur psychischen Gesundheit gründet auf einem zunehmenden Verständnis für die personellen, sozialen und wirtschaftlichen Belastungen, die weltweit mit psychischen Störungen verbunden sind. Schätzungsweise 340 Mio. Menschen sind weltweit von Depressionen betroffen, 45 Mio. Menschen sind an Schizophrenie erkrankt und 29 Mio. Menschen leiden unter Demenz. Psychische Störungen bilden einen hohen Anteil der aufgrund von DALY (disability adjusted life years = um Behinderung bereinigte Lebensjahre) verringerten Lebenserwartung, und dieser Faktor wird sich voraussichtlich in der Zukunft erheblich erhöhen (WHO, 2001b).

Neben dem offensichtlichen Leiden, das mit psychischen Störungen einhergeht, sind die Betroffenen versteckten Belastungen ausgesetzt, die mit Stigmatisierungen und Diskriminierungen zusammenhängen. Sowohl in Ländern mit niedrigem als auch in Ländern mit hohem Volkseinkommen hat die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen eine lange Tradition, die sich durch Stereotypen, Angst, Scham, Groll, Ablehnung und Isolierung manifestiert. Die Verletzung grundlegender Menschenrechte und Freiheiten und der Entzug von Bürgerrechten sowie politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten gegenüber Menschen, die an psychischen Störungen leiden, ist ein weltweit häufig anzutreffendes Phänomen, das sowohl innerhalb der Institutionen als auch in der Gemeinschaft vorzufinden ist. Physischer, sexueller und psychischer Missbrauch ist für viele Menschen mit psychischen Störungen eine alltägliche Erfahrung. Darüber hinaus werden ihnen gleichberechtigte Beschäftigungsmöglichkeiten verweigert und sie werden beim Zugang zu Dienstleistungen, Krankenversicherungen und Wohnraum mit Diskriminierungen konfrontiert. Viele dieser Vorfälle werden nicht gemeldet und daher können die entsprechenden Belastungen nicht quantifiziert werden (Arboleda-Flórez, 2001).

Die Gesetze sind wichtige Instrumente, mit denen eine angemessene und geeignete Versorgung und Behandlung sowie der Schutz der Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen und die Förderung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung gewährleistet werden können.

Dieses Kapitel gliedert sich in fünf Unterabschnitte:

- Schnittstelle Gesetzgebung — Politik im Bereich psychische Gesundheit;
- Schutz, Förderung und Verbesserung von Rechten durch Gesetze zur psychischen Gesundheit;
- Sondergesetzgebung oder integrierte Gesetzgebung zu psychischer Gesundheit;
- Verordnung, Dienstverfügung, Ministerialerlass;
- Wichtige internationale und regionale Menschenrechtsinstrumente zugunsten der Rechte von Menschen mit psychischen Störungen.

2. Schnittstelle Gesetzgebung – Politik im Bereich psychische Gesundheit

Die Gesetze zur psychischen Gesundheit sind wichtige Instrumente zur Untermauerung der politischen Ziele und Zwecksetzungen. Eine umfassende und wohl durchdachte Politik zur psychischen Gesundheit behandelt die folgenden zentralen Themen:

- Errichtung qualitativ hochwertiger psychosozialer Einrichtungen und Dienste;
- Zugang zu qualitativ hochwertiger psychosozialer Versorgung;
- Schutz von Menschenrechten;
- Behandlungsrecht des Patienten;
- Entwicklung stabiler Verfahrensgarantien;
- soziale Integration von Personen mit psychischen Störungen; und
- Förderung der psychischen Gesundheit innerhalb der gesamten Gesellschaft.

Gesetze zur psychischen Gesundheit und sonstige gesetzlich festgelegte Instrumente, z. B. Verordnungen oder Erklärungen, können bei der Verwirklichung dieser Ziele von Nutzen sein, da sie den rechtlichen Rahmen für die Implementierung und Durchsetzung bereitstellen.

Die Gesetze können jedoch auch den Rahmen für die Politikentwicklung bilden. Sie können ein System errichten, das einklagbare Rechte begründet, mit denen Menschen mit psychischen Störungen vor Diskriminierung und sonstigen Menschenrechtsverletzungen durch staatliche und private Einrichtungen geschützt werden und die eine faire und gleichberechtigte Behandlung in allen Lebensbereichen gewährleisten. Per Gesetz können Mindestqualifikationen und -fachkenntnisse für die Zulassung psychosozialer Gesundheitsfachkräfte sowie personelle Mindeststandards für die Zulassung psychosozialer Einrichtungen festgelegt werden. Darüber hinaus können Gleichstellungspflichten begründet werden, die den Zugang zu psychosozialer Versorgung, Behandlung und Unterstützung verbessern. Der gesetzliche Schutz kann durch Gesetze von allgemeiner Geltung oder durch Sondergesetze, die speziell für Menschen mit psychischen Störungen gelten, erweitert werden.

Soweit Entscheidungsträger der Regierung (auf nationaler, regionaler und kommunaler Ebene), des privaten Sektors und der Zivilgesellschaft eine Veränderung des Status Quo bislang abgelehnt haben, können diese durch den Gesetzgeber zu Änderungen verpflichtet werden; dagegen können diejenigen, die bislang an der Entwicklung einer progressiven Politik gehindert wurden, durch Gesetzesänderungen dazu ermächtigt werden. Beispielsweise können gesetzliche Bestimmungen, die die Diskriminierung von Menschen mit psychischen Störungen untersagen, Entscheidungsträger zur Entwicklung einer neuen Antidiskriminierungspolitik veranlassen, während ein Gesetz zur Förderung gemeindenaher Behandlung als Alternative zu nicht freiwilligen Krankenhauseinweisungen den Entscheidungsträgern eine weit größere Flexibilität bei der Gestaltung und Umsetzung neuer gemeindebasierter Programme einräumen kann.

Gesetze zur psychischen Gesundheit können jedoch auch die gegenteilige Wirkung haben und durch den vorgegebenen gesetzlichen Rahmen die Umsetzung neuer Politiken zur psychischen Gesundheit verhindern. Politische Zielsetzungen können durch Gesetze behindert werden, wenn die Gesetze Regelungen beinhalten, die die erwünschten politischen Veränderungen nicht zulassen oder solche Veränderungen wirksam verhindern. So ist die Einführung gemeindenaher Behandlungsformen für Menschen mit psychischen Störungen in vielen Staaten durch die bestehenden Gesetze verhindert worden, da diese keine Bestimmungen zu gemeindenaher Behandlung enthielten. Darüber hinaus kann die Umsetzung der Politik auch bei durchlässigen Gesetzesstrukturen behindert werden, wenn keine Befugnisse zur Durchsetzung der Politik festgelegt wurden.

Politik und Gesetzgebung sind zwei sich ergänzende Ansätze zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung und Dienste, doch ohne politischen Willen, geeignete Ressourcen, ordnungsgemäß funktionierende Institutionen, gemeindenaher Betreuung und gut ausgebildetes Personal können auch die beste Politik und Gesetzgebung nur wenig ausrichten. Beispielsweise kann die oben erwähnte Gesetzgebung zur Integration in die Gemeinschaft nicht erfolgreich umgesetzt werden, wenn die bereitgestellten Ressourcen für die Entwicklung gemeindebasierter Einrichtungen, Dienste und Rehabilitationsprogramme nicht ausreichen. Auch wenn Gesetze Impulse für die Einführung solcher Einrichtungen, Dienste und Programme geben können, so müssen Gesetzgeber und Entscheidungsträger weitergehende Maßnahmen ergreifen, damit von den Bemühungen um eine Integration in die Gemeinschaft umfassend profitiert werden kann. Alle Programme zur psychischen Gesundheit sind auf politische Unterstützung angewiesen, damit die korrekte Umsetzung der Gesetze gewährleistet ist. Politische Unterstützung wird auch benötigt, wenn bereits verabschiedete Gesetze geändert werden sollen, um unbeabsichtigte Konstellationen zu korrigieren, die den politischen Zielen entgegenstehen.

Die Gesetzgebung und Politik zur psychischen Gesundheit sind somit eng miteinander verknüpft. Die Gesetze zur psychischen Gesundheit können die Entwicklung und Umsetzung der Politik beeinflussen und dies gilt umgekehrt genauso. Der gesetzliche Rahmen dient der Politik zur psychischen Gesundheit als Grundlage zur Verwirklichung ihrer Ziele, die den Schutz der Rechte und die Verbesserung der Lebensumstände von Menschen mit psychischen Störungen beinhalten.

3. Schutz, Förderung und Verbesserung von Rechten durch Gesetze zur psychischen Gesundheit

Aus den Zielsetzungen der Charta der Vereinten Nationen und der internationalen Übereinkommen geht hervor, dass die Menschenrechte die fundamentale Basis der Gesetze zur psychischen Gesundheit bilden. Zu den wichtigsten Rechten und Grundsätzen gehören der Gleichheitsgrundsatz und das Diskriminierungsverbot, das Recht auf Privatsphäre und individuelle Autonomie, der Schutz vor unmenschlicher und erniedrigender Behandlung, der Grundsatz des geringst möglichen Eingriffs bei der Wahl des Behandlungsumfelds und das Recht auf Information und Partizipation. Gesetze zur psychischen Gesundheit sind wirkungsvolle Instrumente zur Kodifizierung und Konsolidierung dieser fundamentalen Werte und Grundsätze. Wird einer Person der Zugang zu den Versorgungsdiensten verwehrt, so ist ihr Recht auf Gesundheit verletzt und der Zugang kann gesetzlich festgelegt werden. In diesem Abschnitt werden zahlreiche korrelierende Gründe für die Notwendigkeit einer Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit aufgeführt, wobei den Menschenrechten und dem Zugang zu Dienstleistungen besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird.

3.1 Diskriminierung und psychische Gesundheit

Um Personen mit psychischen Störungen vor Diskriminierungen zu schützen, sind Gesetze erforderlich. Allgemein nehmen Diskriminierungen unterschiedliche Formen an, sie wirken sich in den verschiedensten grundlegenden Lebensbereichen aus und sind (offen oder unbeabsichtigt) allgegenwärtig. Diskriminierungen können den Zugang zu geeigneten Behandlungs- und Versorgungsleistungen erschweren und darüber hinaus weitere Lebensbereiche beeinträchtigen, z. B. Beschäftigung, Bildung und Wohnsituation. Da aufgrund dieser Einschränkungen eine angemessene gesellschaftliche Integration nicht möglich ist, kann dies zu einer verstärkten Ausgrenzung der Betroffenen führen, was wiederum eine Verschlimmerung der psychischen Störung zur Folge haben kann. Eine Politik, die die Stigmatisierung psychischer Störungen verstärkt oder ignoriert, kann solche Diskriminierungen verstärken.

Diskriminierungen können auch von staatlicher Seite ausgehen, wenn Menschen mit psychischen Störungen von zahlreichen staatsbürgerlichen Rechten ausgeschlossen werden, wie z. B. dem Wahlrecht, dem Recht zum Führen eines Fahrzeugs im Straßenverkehr, dem Recht auf Eigentum und zur Nutzung dieses Eigentums, dem Recht zur geschlechtlichen Fortpflanzung und zur Eheschließung und dem Zugang zu den Gerichten. In vielen Fällen enthalten die Gesetze keine unmittelbaren Diskriminierungen von Menschen mit psychischen Störungen, doch bringen sie unangemessene oder unnötige Behinderungen und Belastungen für die Betroffenen mit sich. Während die arbeitsrechtlichen Bestimmungen eines Staates Personen vor nicht selektiven Kündigungen schützen mögen, gibt es hingegen keine zwingenden Vorschriften, nach denen Menschen vorübergehend auf eine weniger belastende Position zu versetzen sind, soweit sie aufgrund eines Rückfalls im Rahmen ihrer psychischen Erkrankung schonungsbedürftig sind. Dies kann dazu führen, dass die Betroffenen Fehler begehen oder die ihnen obliegenden Arbeiten nicht ausführen können und daher aufgrund unzulänglicher fachlicher Leistungen und der Unfähigkeit, die übertragenen Aufgaben zu übernehmen, entlassen werden. Diskriminierungen können auch gegenüber Menschen auftreten, die von keiner psychischen Störung betroffen sind, wenn ihnen fälschlicherweise eine psychische Störung zugeschrieben wird oder sie früher von einer psychischen Störung betroffen waren. Daher umfasst der Schutz vor Diskriminierung im internationalen Recht viel

mehr als die bloße Abschaffung von Gesetzen, die Menschen mit Behinderungen ausdrücklich oder absichtlich ausgrenzen oder diesen gleichberechtigte Chancen verweigern; er erstreckt sich auch auf Gesetze, in deren *Folge* es zu einem Entzug von Rechten und Freiheiten kommt (vgl. etwa Art. 26 *Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte* der Vereinten Nationen).

3.2 Menschenrechtsverletzungen

Einer der wichtigsten Gründe für die Unerlässlichkeit einer menschenrechtsorientierten Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit basiert auf erlittenen und andauernden Verletzungen von Menschenrechten. Teile der Öffentlichkeit, bestimmte Gesundheitsbehörden und sogar einige Gesundheitsfachkräfte haben zu verschiedenen Zeiten und an unterschiedlichen Orten die Rechte von Menschen mit psychischen Störungen auf eklatante und extrem missbräuchliche Art und Weise verletzt – und in einigen Fällen werden fortwährend derartige Verstöße begangen. In vielen Gesellschaften sind Menschen mit psychischen Störungen extrem harten Lebensumständen ausgesetzt. Zum Teil ist die wirtschaftliche Marginalisierung dafür verantwortlich; Diskriminierungen und fehlende gesetzliche Schutzmechanismen gegen unzulässige und missbräuchliche Behandlung sind jedoch wichtige Faktoren. Der Freiheitsentzug von Menschen mit psychischen Störungen erstreckt sich häufig über lange Zeiträume, ohne dass ein gesetzliches Verfahren zugrunde liegt (manchmal liegt sogar ein unfaires gesetzliches Verfahren zugrunde, z. B. wenn Inhaftierungen ohne strenge zeitliche Begrenzungen oder regelmäßige Berichterstattungen zulässig sind). Die Betroffenen werden oft mit Zwangsarbeit belegt, in lebensfeindlichen institutionellen Einrichtungen vernachlässigt und es fehlt ihnen an grundlegender Gesundheitsversorgung. Darüber hinaus werden sie – häufig in psychiatrischen Einrichtungen – gefoltert und anderen grausamen, unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlungen unterzogen, einschließlich sexueller Ausbeutung und körperlichem Missbrauch.

Des Weiteren werden einige Menschen zur Behandlung in psychosoziale Einrichtungen eingewiesen, in denen sie gegen ihren Willen ein Leben lang bleiben müssen. Ob für die Einweisung und Behandlung eine Einwilligung erteilt wurde, wird nicht abgeklärt, und nicht immer finden unabhängige Beurteilungen des Geistesvermögens statt. Das bedeutet, dass viele Menschen zwangsweise in Einrichtungen festgehalten werden können, obgleich sie in der Lage sind, Entscheidungen über ihre Zukunft zu treffen. Dagegen stellt die bei Bettenmangel unterlassene Einweisung stationär behandlungsbedürftiger Menschen sowie deren vorzeitige Entlassung (die zu hohen Wiedereinweisungsquoten und manchmal sogar zum Tod führen kann) eine Verletzung des Rechts auf Behandlung dar.

Menschen mit psychischen Störungen laufen sowohl innerhalb als auch außerhalb des institutionellen Zusammenhangs Gefahr, in ihren Rechten verletzt zu werden. Selbst innerhalb ihrer Gemeinden und Familien gibt es Fälle, in denen Menschen z. B. in geschlossenen Räumen eingesperrt, an Bäume angekettet oder sexuell missbraucht wurden.

Beispiele für unmenschliche und erniedrigende Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen

Von der BBC (1998) wurde aus einem Staat berichtet, in dem Menschen in traditionellen psychischen Krankenhäusern weggeschlossen und dort fortwährend gefesselt und routinemäßig geschlagen werden. Warum? Weil man glaubt, dass psychische Erkrankungen „böse“ sind und die Betroffenen von bösen Geistern heimgesucht werden.

Eine NGO, die sich für die Rechte von Menschen mit psychischen Störungen einsetzt, hat in Einrichtungen auf der ganzen Welt Vernachlässigung und schlechte Behandlung von Kindern und Erwachsenen dokumentiert. Berichte von Kindern, die an ihre Betten gefesselt sind, in schmutziger Bettwäsche bzw. Kleidung ausharren und keine Stimulierungs- oder Rehabilitationsangebote für ihre psychische Verfassung erhalten, sind nicht ungewöhnlich.

Eine andere NGO hat berichtet, dass gewisse Staaten ihre Patienten weiterhin für Stunden, Tage, Wochen und manchmal gar Monate oder Jahre in „Käfigbetten“ einsperren. Einem Bericht zufolge haben einige Patienten während eines Zeitraums von mindestens den letzten 15 Jahren täglich beinahe 24 Stunden in diesen Vorrichtungen verbracht. Menschen in Käfigbetten werden außerdem häufig in keiner Weise behandelt und ihnen kommen weder Medikamente noch Rehabilitationsprogramme zugute.

Darüber hinaus ist hinreichend belegt, dass Menschen mit psychischen Störungen in vielen Staaten bei ihren Familien oder allein leben und keine staatliche Unterstützung erhalten. Die Stigmatisierungen und Diskriminierungen, die psychischen Störungen entgegengebracht werden, haben zur Folge, dass die Betroffenen ihr Leben hinter verschlossenen Türen führen und nicht am öffentlichen Leben teilnehmen können. Fehlende gemeindenahe Versorgung und Unterstützung führt darüber hinaus zu Vereinsamung und gesellschaftlicher Ausgrenzung.

3.3 Autonomie und Freiheit

Ein wichtiges Anliegen bei der Entwicklung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit besteht darin, die Autonomie und Freiheit der Menschen zu schützen. Der Gesetzgeber hat dabei verschiedene Möglichkeiten:

- Förderung der Autonomie, indem gewährleistet wird, dass psychosoziale Dienste allen Menschen zur Verfügung stehen, die auf diese Dienste zurückgreifen möchten;
- Festlegung eindeutiger, objektiver Voraussetzungen für nicht freiwillige Krankenhauseinweisungen und, soweit möglich, Förderung freiwilliger Einweisungen;
- Festlegung besonderer Verfahrensgarantien zum Schutz nicht freiwillig eingewiesener Personen, z. B. Recht auf Überprüfung und Widerspruch hinsichtlich Zwangsbehandlungen oder Entscheidungen über Krankenhauseinweisungen;
- Verbot nicht freiwilliger Krankenhauseinweisungen bei Vorliegen praktikabler Alternativen;
- Schutz vor unangemessenen Beschränkungen von Autonomie und persönlicher Freiheit innerhalb von Krankenhäusern (z. B. können Versammlungsfreiheit, Vertraulichkeit und Mitspracherecht bei Behandlungsplänen geschützt werden); und
- Schutz von persönlicher Freiheit und Autonomie im zivilen und politischen Leben z. B. durch gesetzliche Verankerung des Wahlrechts und verschiedener anderer Freiheitsrechte, die den übrigen Bürgern gewährt werden.

Der Gesetzgeber kann Menschen mit psychischen Störungen, deren Angehörigen oder sonstigen bevollmächtigten Vertretern darüber hinaus ermöglichen, sich an der Ausarbeitung von Behandlungsplänen und sonstigen Entscheidungen als Beistand und Fürsprecher zu beteiligen. Auch wenn die meisten Familienangehörigen zum Wohl des von einer psychischen Störung betroffenen Familienmitglieds handeln werden, kann in Situationen, in denen die Angehörigen keine enge Bindung zum Patienten haben, ihre Urteilsfähigkeit eingeschränkt ist oder sie sich in einem Interessenkonflikt befinden, eine Beteiligung der Angehörigen an wichtigen Entscheidungen oder deren Zugang zu vertraulichen Informationen über den Betroffenen unangebracht sein. Daher sollten die gesetzlichen Regelungen die Ermächtigung der Angehörigen zur Wahrung der Rechte des Betroffenen ausgleichen, indem sie festlegen, dass Angehörige auf etwaige eigennützige Motive oder eingeschränkte Urteilsfähigkeit zu überprüfen sind.

Menschen mit psychischen Störungen sind außerdem bisweilen Opfer von Gewaltanwendungen. Auch wenn die öffentliche Wahrnehmung die Betroffenen häufig als gewalttätige Menschen einstuft, die eine Gefahr für die Mitmenschen darstellen, so sind sie tatsächlich häufiger Opfer als Täter. Manchmal kommt es jedoch zu einem offensichtlichen Konflikt zwischen dem Recht des Einzelnen auf Autonomie und der Verpflichtung der Gesellschaft, alle Menschen vor Schäden zu bewahren. Eine solche Situation kann vorliegen, wenn Menschen mit psychischen Störungen eine Gefahr für sich selbst und ihre Mitmenschen darstellen, da sie aufgrund ihrer psychischen Störungen in ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sind und Verhaltensstörungen aufweisen. Unter diesen Umständen sollten die gesetzlichen Bestimmungen sowohl das Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen und dessen Recht beachten, selbst über die eigene Gesundheit zu verfügen, als auch die Verpflichtungen der Gesellschaft berücksichtigen, denen zufolge Personen, die nicht für sich selbst sorgen können, zu schützen und alle Personen vor Schäden zu bewahren sind und die Volksgesundheit aufrechtzuerhalten ist. Dieses komplexe Zusammenspiel verschiedener Variablen muss bei der Gesetzesentwicklung genau untersucht werden und erfordert eine umsichtige Abwägung bei der Implementierung.

3.4 Rechte für psychisch kranke Straftäter

Ein weiterer Grund für die Unentbehrlichkeit einer Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit ist der Anspruch, sich gegenüber Menschen, die aufgrund einer psychischen Störung eine offensichtliche Straftat begangen haben, rechtlich angemessen zu verhalten und die Misshandlung von Menschen mit psychischen Störungen, die mit dem Strafrechtssystem in Berührung kommen, zu verhindern. Die meisten Gesetze erkennen an, dass für Menschen, die ihr Handeln aufgrund einer psychischen Störung zum Tatzeitpunkt nicht steuern konnten oder die das Gerichtsverfahren wegen einer psychischen Erkrankung nicht verstehen und sich an diesem nicht beteiligen können, für das Hauptverfahren und die Verurteilung Verfahrensgarantien eingerichtet werden müssen. Der Umgang mit den Betroffenen und deren Behandlung ist jedoch häufig nicht in den Gesetzen geregelt oder aber dies erfolgt so unzureichend, dass Menschenrechtsverletzungen die Folge sind.

Gesetze zur psychischen Gesundheit können Verfahren einrichten, durch die der Umgang mit Menschen mit psychischen Störungen in den verschiedenen Phasen des rechtlichen Verfahrens festgelegt wird (s. Unterkapitel 15).

3.5 Erleichterter Zugang zu psychosozialer Versorgung und Integration in die Gemeinschaft

Das grundlegende Recht auf Gesundheitsversorgung, einschließlich psychosoziale Versorgung, wird in zahlreichen internationalen Übereinkommen und Rahmenvorschriften bekräftigt. In vielen Teilen der Welt sind psychosoziale Dienste jedoch finanziell unterversorgt, unzureichend ausgestattet und für die bedürftigen Personen schwer zugänglich. In einigen Staaten sind solche Dienste kaum vorhanden, während andere Staaten die Dienste nur bestimmten Teilen der Bevölkerung zur Verfügung stellen. Psychische Störungen beeinträchtigen bisweilen die Fähigkeit der Betroffenen, Entscheidungen über ihre Gesundheit und ihr Verhalten zu treffen, was die Suche und Akzeptanz hinsichtlich der erforderlichen Behandlung weiter erschwert.

Durch Gesetze kann sichergestellt werden, dass die Gesundheitsdienste und andere soziale Dienste bei Bedarf eine angemessene Versorgung und Behandlung bereitstellen. Auf diese Weise kann der Zugang zur psychosozialen Versorgung erleichtert, dessen Akzeptanz gesteigert und eine angemessene Qualität gewährleistet werden, so dass Menschen mit psychischen Störungen bessere Chancen erhalten, ihr Recht auf angemessene Behandlung zu verwirklichen. Gesetze und/oder begleitende Verordnungen können z. B. Zuständigkeitserklärungen für die folgenden Bereiche enthalten:

- Entwicklung und Aufrechterhaltung gemeindenaher Versorgung;
- Einbindung psychosozialer Versorgung in primäre Gesundheitsversorgung;
- Einbindung psychosozialer Versorgung in sonstige soziale Dienste;
- Versorgungsleistungen für Menschen, die aufgrund psychischer Störungen keine Gesundheitsentscheidungen treffen können;
- Mindestanforderungen für Inhalt, Umfang und Art der Versorgung;
- Koordinierung der verschiedenen Versorgungsdienste;
- Entwicklung personeller Standards;
- Festlegung von Qualitätsstandards und Qualitätssicherungsmechanismen für die Versorgung; und
- Schutz individueller Rechte und Förderung von Aktivitäten zur Interessenvertretung von Nutzern psychosozialer Dienste.

Viele progressive politische Ansätze zur psychischen Gesundheit haben versucht, Menschen mit psychischen Störungen mehr Chancen auf ein erfülltes Leben in der Gemeinschaft zu eröffnen. Die Gesetzgebung kann solche Ansätze unterstützen, indem sie (i) übertriebene Institutionalisierung verhindert und (ii) geeignete Einrichtungen, Dienste, Programme, Mitarbeiter, Schutzmechanismen und Möglichkeiten bereitstellt, mit denen sich Menschen mit psychischen Störungen in der Gemeinschaft entfalten können.

Eine weitere wichtige Rolle der Gesetzgebung besteht darin, Personen mit psychischen Störungen die Teilnahme am gemeinschaftlichen Leben zu garantieren. Zu den Voraussetzungen für eine solche Beteiligung zählen der Zugang zu Behandlung und Versorgung, Unterstützung durch das Umfeld, Wohnraum, Rehabilitationsdienste (z. B. Berufsbildung und das Trainieren praktischer Fertigkeiten für den Alltag), Beschäftigung, Diskriminierungsverbot und Gleichbehandlung sowie bürgerliche und politische Rechte (z. B. Wahlrecht, Recht zum Führen eines Fahrzeugs im Straßenverkehr und Rechtsweggarantie). All diese in der Gemeinschaft verankerten Dienste und Schutzmechanismen können gesetzlich vorgeschrieben werden.

Der Umfang der verfügbaren Dienste ist selbstverständlich an die Ressourcen des jeweiligen Staates geknüpft. Soweit Gesetze undurchsetzbare und unrealistische Bestimmungen enthalten, sind sie wirkungslos und nicht umzusetzen. Psychosoziale Dienste bleiben außerdem häufig hinter den übrigen Gesundheitsdiensten zurück oder sie werden auf ungeeignete oder unrentable Art und Weise bereitgestellt. Die Gesetzgebung kann großen Einfluss darauf nehmen, dass psychosoziale Dienste den übrigen Gesundheitsdiensten gleichgestellt sind und die angebotenen Leistungen den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechen.

Das Angebot von Krankenversicherungen ist ein weiterer Bereich, in dem die Gesetzgebung richtungweisend sein kann. In vielen Staaten werden psychosoziale Dienste von der Krankenversicherung nicht gedeckt bzw. werden niedrigere Deckungssummen für kürzere Zeiträume angeboten. Diese Diskriminierung stellt einen Verstoß gegen den Grundsatz der Barrierefreiheit dar, da wirtschaftliche Barrieren für den Zugang zu psychosozialen Diensten errichtet werden. Durch gesetzliche Bestimmungen zur Krankenversicherung kann sichergestellt werden, dass sich Menschen mit psychischen Störungen die erforderliche Behandlung leisten können.

4. Sondergesetzgebung oder integrierte Gesetzgebung zu psychischer Gesundheit?

Es existieren verschiedene Ansätze im Hinblick auf die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit. In einigen Staaten gibt es keine Sondergesetze zur psychischen Gesundheit und stattdessen werden Bestimmungen zur psychischen Gesundheit in andere einschlägige Gesetze eingefügt. Beispielsweise können Regelungen zur psychischen Gesundheit in allgemeine gesundheitsrechtliche Gesetze sowie in arbeits-, wohn- und strafrechtliche Gesetze aufgenommen werden. Am anderen Ende des Spektrums gibt es Staaten, die über eine konsolidierte Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit verfügen und alle Bereiche, die für die psychische Gesundheit relevant sind, in einem einzigen Gesetz geregelt haben. Viele Staaten haben beide Ansätze kombiniert und weisen sowohl integrierte Komponenten als auch spezifische Gesetze zur psychischen Gesundheit auf.

Beide Ansätze haben sowohl Vor- als auch Nachteile. Bei einem konsolidierten Gesetz sind Erlass und Verabschiedung vereinfacht, da die anderenfalls erforderlichen zahlreichen Änderungen bestehender Gesetze entfallen. Der Prozess der Ausarbeitung, Verabschiedung und Umsetzung konsolidierter Gesetze bietet darüber hinaus eine gute Gelegenheit, das öffentliche Bewusstsein für psychische Störungen zu sensibilisieren sowie die Entscheidungsträger und die Öffentlichkeit über Menschenrechtsfragen, Stigmatisierungen und Diskriminierungen aufzuklären. Eine konsolidierte Gesetzgebung verstärkt jedoch die Trennung zwischen psychischer Gesundheit und Menschen mit psychischen Störungen; dies kann eventuell zu erhöhten Stigmatisierungen und Vorurteilen gegenüber Personen mit psychischen Störungen führen.

Der Vorteil einer Integration von Bestimmungen zu psychischen Störungen in unspezifische einschlägige Gesetze besteht darin, dass auf diese Weise Stigmatisierungen vermieden werden und die Gemeinschaftsintegration von Menschen mit psychischen Störungen betont wird. Die Inkorporation in Gesetze, die einem weitaus größeren Adressatenkreis zugute kommen, erhöht außerdem die Wahrscheinlichkeit, dass die Bestimmungen zugunsten von Menschen mit psychischen Störungen tatsächlich in die Praxis umgesetzt werden. Zu den Nachteilen, die mit einer „verstreuten“ Gesetzgebung in Verbindung gebracht werden, zählt die Schwierigkeit, sämtliche gesetzgeberische Aspekte abzudecken, die für Menschen mit psychischen Störungen relevant sein können; verfahrensrechtliche Vorgehensweisen zum Schutz der Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen können sehr detailliert und komplex und außerhalb einer Sondergesetzgebung zur psychischen Gesundheit unangemessen sein. Darüber hinaus ist das Gesetzgebungsverfahren zeitintensiver, da an den bestehenden Gesetzen zahlreiche Änderungen erforderlich werden.

Der Nachweis für die Überlegenheit einer der beiden Ansätze kann nur schwer geführt werden. Ein kombinierter Ansatz, der sowohl die Integration von Regelungen zur psychischen Gesundheit in andere Gesetze als auch eine Sondergesetzgebung zur psychischen Gesundheit beinhaltet, wird den komplexen Bedürfnissen von Menschen mit psychischen Störungen am besten gerecht. Diese Entscheidung ist jedoch an die Situation des jeweiligen Staates geknüpft.

Bei der Ausarbeitung einer konsolidierten Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit müssen auch bestehende Gesetze (z. B. im Bereich Strafrecht, Soziales, Bildung) geändert werden, damit die Übereinstimmung sämtlicher einschlägiger Gesetze gewährleistet und einander widersprechende Bestimmungen angepasst werden können.

Fallbeispiel: Änderung aller Gesetze zur psychischen Gesundheit in Fidschi

Während der Reform der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit in Fidschi wurden 44 verschiedene Gesetze identifiziert, die darauf überprüft werden mussten, dass keine Unstimmigkeiten zwischen den neuen Gesetzen zur psychischen Gesundheit und der bestehenden Gesetzgebung vorlagen. Außerdem wurden das Strafgesetzbuch und die Geschäftsordnung des Magistrates Court [*erstinstanzliches Gericht*] überprüft und zahlreiche Regelungen identifiziert, die zur Wahrung der rechtlichen Konsistenz geändert werden mussten.

Bericht der WHO-Mission, 2003

5. Verordnung, Dienstverfügung, Ministerialerlass

Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit sollte nicht als einmaliges Ereignis, sondern als laufender Prozess angesehen werden, der Entwicklungen unterworfen ist. Daraus ergibt sich zwangsläufig, dass die Gesetze im Hinblick auf Fortschritte bei der Versorgung, Behandlung und Rehabilitation psychischer Störungen sowie Verbesserungen bei der Entwicklung und Erbringung von Dienstleistungen überprüft, überarbeitet und geändert werden. Wie häufig die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit geändert werden sollte, ist schwer zu sagen; soweit Ressourcen vorhanden

sind, erscheint es jedoch angemessen, nach einem Zeitraum von 5 bis 10 Jahren Änderungen zu erwägen.

Häufige Gesetzesänderungen sind in der Praxis problematisch aufgrund des zeitlichen und finanziellen Aufwands, der mit dem Änderungsverfahren verbunden ist, sowie aufgrund der Notwendigkeit, sämtliche Interessengruppen vor der Gesetzesänderung anzuhören. Eine Lösung besteht darin, für bestimmte Maßnahmen, die voraussichtlich laufende Änderungen erfordern, den Erlass von Verordnungen gesetzlich zu ermöglichen. In diesem Fall werden in dem Gesetz keine genauen Regelungen getroffen, sondern das Gesetz legt fest, was geregelt werden darf und welches Verfahren angewandt wird, um die Verordnung zu erlassen und zu überprüfen. Beispielsweise sind die Bestimmungen zur Zulassung psychosozialer Gesundheitsfachkräfte in Südafrika nicht im Gesetz festgelegt, sondern sie ergeben sich aus Verordnungen. Aus den Gesetzen ergibt sich, wer für den Entwurf der Verordnungen zuständig ist und auf welchen grundlegenden Prinzipien die Verordnungen basieren. Der Vorteil eines solchen Einsatzes von Verordnungen liegt darin, dass häufige Änderungen der Zulassungsregeln möglich werden, ohne dass das langwierige Verfahren durchlaufen werden muss, das zur Änderung primärer Gesetzgebung erforderlich ist. Somit lässt sich die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit mit Verordnungen flexibler gestalten.

Alternativen zu Verordnungen stellen in einigen Staaten der Ministerialerlass und die Dienstverfügung dar. Hierbei handelt es sich oft um kurz- bis mittelfristige Lösungen, wenn aus den verschiedensten Gründen vorübergehende Maßnahmen erforderlich werden. In Pakistan wurde beispielsweise 2001 eine *Ordinance* [besondere Form der Verordnung] zur Änderung der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit erlassen, obgleich Nationalversammlung und Senat aufgrund der Erklärung des Ausnahmezustands vorübergehend außer Kraft gesetzt waren. In der Präambel der *Ordinance* wird auf die Umstände hingewiesen, die ein „sofortiges Handeln“ erforderlich machen (Pakistan Ordinance No. VIII 2001). Angesichts der bestehenden veralteten Gesetzgebung jenes Staates wurde dies von den meisten Personen, die mit psychischer Gesundheit befasst waren, gefordert und für wünschenswert gehalten. Gleichwohl muss – auch in Pakistan – eine solche *Ordinance* innerhalb eines bestimmten Zeitraums von dem gewählten Gremium ratifiziert werden, damit gewährleistet ist, dass potenziell fortschrittsfeindliche und/oder undemokratische Gesetze nicht bestehen bleiben.

6. Wichtige internationale und regionale Menschenrechtsinstrumente zugunsten der Rechte von Menschen mit psychischen Störungen

Die Anforderungen der internationalen Menschenrechtsgesetzgebung, einschließlich der Menschenrechtsinstrumente sowohl der Vereinten Nationen als auch regionaler Organisationen, sollten den Rahmen für die Ausarbeitung nationaler Gesetze bilden, die Menschen mit psychischen Störungen betreffen oder die Regulierung der psychischen Gesundheit und der Sozialversorgungssysteme zum Inhalt haben. Internationale Menschenrechtsdokumente lassen sich grob in zwei Kategorien einteilen: Übereinkommen, die für diejenigen Staaten rechtlich verbindlich sind, die sie ratifiziert haben; und so genannte internationale „Menschenrechtsstandards“, die als Leitlinien angesehen werden und in internationalen Erklärungen, Resolutionen und Empfehlungen verankert sind, die vorwiegend von internationalen Organisationen erlassen werden. Beispiele für die erste Kategorie sind internationale Menschenrechtsübereinkommen wie der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR, 1966) und der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR, 1966). Regelungen, die der zweiten Kategorie angehören, z. B. Resolutionen der Generalversammlung der Vereinten Nationen wie die Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung (MI Principles, 1991), sind zwar nicht rechtsverbindlich, doch sie können und sollten die staatliche Gesetzgebung beeinflussen, da sie einen internationalen Konsens darstellen.

6.1 Internationale und regionale Menschenrechtsinstrumente

Da es sich bei den Menschenrechtsinstrumenten, die sich speziell auf psychische Gesundheit und Behinderungen beziehen, um Resolutionen ohne rechtliche Bindungswirkung und nicht um verbindliche Übereinkommen handelt, ist die irriige Auffassung weit verbreitet, dass Gesetze zur psychischen Gesundheit daher nur dem Gestaltungsspielraum der nationalen Regierungen unterworfen seien. Dies trifft nicht zu, da die Regierungen nach internationalem Menschenrecht verpflichtet sind, die Übereinstimmung ihrer Politiken und Praktiken mit verbindlichen internationalen Menschenrechtsvorschriften zu gewährleisten – und dies schließt den Schutz von Menschen mit psychischen Störungen ein.

Internationale und regionale Organe zur Überwachung der Einhaltung der Verträge überprüfen und beobachten die Vertragstreue der Staaten, die internationale Menschenrechtsverträge ratifiziert haben. Bei der Ratifizierung von Verträgen verpflichten sich die Regierungen, regelmäßig Berichte über die Maßnahmen einzureichen, die sie im Rahmen gesetzlicher, politischer und praktischer Änderungen zur Umsetzung der Verträge auf nationaler Ebene ergriffen haben. Nichtstaatliche Organisationen (NGOs) können ebenfalls Informationen zur Unterstützung der Arbeit der Aufsichtsorgane einreichen. Die Organe zur Überwachung der Vertragstreue stützen sich auf die Berichte, wobei sie etwaige Informationen von NGOs oder sonstigen zuständigen Einrichtungen berücksichtigen, und sie veröffentlichen ihre Empfehlungen und Vorschläge in „abschließenden Beobachtungen“, die Feststellungen zu Vertragsverletzungen der Regierungen beinhalten können. Dieses internationale und regionale Überwachungs- und Berichtsverfahren eröffnet somit die Möglichkeit, die Öffentlichkeit über bestimmte Rechte aufzuklären. Das Verfahren kann wirksam eingesetzt werden, um auf Regierungen Druck auszuüben, damit sie die in den Übereinkommen festgelegten Rechte wahren.

Die Vertragsorgane des europäischen und interamerikanischen Menschenrechtssystems haben darüber hinaus individuelle Beschwerdeverfahren eingerichtet, mit denen individuelle Opfer von Menschenrechtsverletzungen sich Gehör verschaffen und Entschädigungen von ihren Regierungen einfordern können.

Dieser Abschnitt enthält einen Überblick zu einigen zentralen Bestimmungen internationaler und regionaler Menschenrechtsinstrumente, die sich auf die Rechte von Menschen mit psychischen Störungen beziehen.

6.1.1 Internationale Charta der Grundrechte

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (1948) sowie der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR, 1966) und der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR, 1966) bilden zusammen die so genannte „Internationale Charta der Grundrechte“. Gemäß Artikel 1 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, die 1948 von den Vereinten Nationen verabschiedet wurde, sind alle Menschen frei und gleich an Würde und Rechten. Menschen mit psychischen Störungen haben daher ebenfalls einen Anspruch auf Ausübung und Schutz ihrer grundlegenden Menschenrechte.

Im Jahr 1996 verabschiedete der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte die Allgemeine Bemerkung 5, die die Anwendung des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR) auf Menschen mit psychischen und körperlichen Behinderungen im Einzelnen regelte. Allgemeine Bemerkungen, die von den Gremien zur Überwachung der Einhaltung der Menschenrechte verfasst werden, sind eine wichtige Quelle für die Auslegung der Artikel von Menschenrechtsübereinkommen. Allgemeine Bemerkungen sind nicht verbindlich, aber sie geben die offizielle Meinung hinsichtlich der korrekten Auslegung eines Übereinkommens durch das Gremium zur Überwachung der Menschenrechte wieder.

Der Menschenrechtsausschuss der Vereinten Nationen, der zur Überwachung des ICCPR eingerichtet wurde, hat bislang keine allgemeine Bemerkung veröffentlicht, die sich speziell auf die Rechte von Menschen mit psychischen Störungen bezieht. Er hat die Allgemeine Bemerkung 18 verfasst, die Schutz vor Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen gemäß Artikel 26 definiert.

Eine grundlegende menschenrechtliche Verpflichtung, die sich aus allen drei Instrumenten ergibt, ist der Schutz vor Diskriminierung. Darüber hinaus bestimmt die Allgemeine Bemerkung 5, dass das Recht auf Gesundheit das Recht auf Zugang zu Rehabilitationsdiensten beinhaltet. Dieses umfasst auch das Recht auf Zugang und Nutzung von Diensten, die die Autonomie fördern. Das Recht auf Würde ist ebenfalls durch die Allgemeine Bemerkung 5 ICESCR sowie den ICCPR geschützt. Weitere wichtige Rechte, die speziell durch die Internationale Charta der Grundrechte geschützt sind, sind das Recht auf Integration in die Gemeinschaft, das Recht auf angemessene Vorkehrungen (Allgemeine Bemerkung 5 ICESCR), das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit einer Person (Artikel 9 ICCPR) und die Notwendigkeit von Antidiskriminierungsmaßnahmen zum Schutz der Rechte von Behinderten, einschließlich Menschen mit psychischen Störungen.

Artikel 12 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR) erkennt das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an. Das Recht auf Gesundheit wird auch von sonstigen internationalen Übereinkommen anerkannt, z. B. von Artikel 5 Buchstabe e Ziffer iv des Internationalen Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung von 1965, den Artikeln 11.1 Buchstabe f und 12 des Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau von 1979 und Artikel 24 des Übereinkommens über die Rechte des Kindes von 1989. Mehrere regionale Menschenrechtsinstrumente erkennen ebenfalls das Recht auf Gesundheit an, z. B. die Europäische Sozialcharta von 1996 in ihrer überarbeiteten Fassung (Art. 11), die Afrikanische Charta der Menschenrechte und Rechte der Völker von 1981 (Art. 16) und das Zusatzprotokoll zur Amerikanischen Menschenrechtskonvention über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte von 1988 (Art. 10).

Die Allgemeine Bemerkung 14 des Ausschusses für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte soll die Staaten bei der Umsetzung von Artikel 12 ICESCR unterstützen. Gemäß der Allgemeinen Bemerkung 14 folgen aus dem Recht auf Gesundheit sowohl Freiheiten als auch Rechte, und dazu zählen das Recht, frei über die eigene Gesundheit und den eigenen Körper zu verfügen, einschließlich sexueller und reproduktiver Freiheit, sowie das Recht auf Freiheit von Beeinträchtigungen, einschließlich des Rechts auf Freiheit von Folter, nicht freiwilliger medizinischer Behandlung und Versuchen. Ein weiteres Recht ist das Recht auf ein Gesundheitssystem, das den Menschen gleiche Chancen zur Erzielung des für sie erreichbaren Höchstmaßes an körperlicher und geistiger Gesundheit gewährt. Der Ausschuss definiert das Recht auf Gesundheit anhand der folgenden, aufeinander bezogenen Elemente:

- (i) **Verfügbarkeit:** Ein hinreichendes Angebot an Einrichtungen und Diensten der Gesundheitsversorgung muss zur Verfügung stehen.
- (ii) **Zugänglichkeit:**
 - **Diskriminierungsverbot:** Gesundheitsversorgung und -dienste sollten allen Menschen ohne Diskriminierung zur Verfügung stehen;
 - **räumliche Zugänglichkeit:** Gesundheitseinrichtungen und -dienste sollten sich in sicherer räumlicher Reichweite befinden, insbesondere im Hinblick auf benachteiligte und gefährdete Bevölkerungsgruppen;
 - **wirtschaftliche Zugänglichkeit:** bei der Bezahlung ist der Billigkeitsgrundsatz anzuwenden und die Kosten müssen für jeden erschwinglich sein; und
 - **Zugänglichkeit von Informationen:** Sie beinhaltet das Recht auf Anforderung, Erhalt und Weitergabe von Informationen und Ideen zu gesundheitsbezogenen Themen.
- (iii) **Annehmbarkeit:** Gesundheitseinrichtungen und -dienste müssen die Grundsätze ärztlicher Ethik beachten und kulturell angemessen sein.
- (iv) **Qualität:** Gesundheitseinrichtungen und -dienste müssen nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten angemessen und von guter Qualität sein.

Darüber hinaus bestimmt die Allgemeine Bemerkung 14, dass das Recht auf Gesundheit drei Verpflichtungen bzw. Verpflichtungsebenen der Staaten begründet: die Verpflichtung, das Recht auf Gesundheit zu *achten*, zu *schützen* und zu *verwirklichen*. Aufgrund der Verpflichtung zur *Achtung* des Rechts auf Gesundheit ist es den Staaten untersagt, die Ausübung des Rechts unmittelbar oder mittelbar zu beeinträchtigen. Aufgrund der Verpflichtung zum *Schutz* des Rechts auf Gesundheit müssen die Staaten Maßnahmen ergreifen, die eine Beeinträchtigung der gemäß Artikel 12 gewährten Garantien durch Dritte verhindern. Schließlich beinhaltet die Verpflichtung zur *Verwirklichung* des Rechts auf Gesundheit die Pflicht, das Recht zu ermöglichen, auszukleiden und zu fördern. Die Staaten müssen angemessene gesetzgeberische, administrative, finanzielle, justizielle, öffentlichkeitswirksame und sonstige Maßnahmen ergreifen, die der vollen Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit zugute kommen.

Artikel 7 ICCPR bietet Schutz vor Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung und gilt für medizinische Einrichtungen, insbesondere Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung. Die Allgemeine Bemerkung zu Artikel 7 verpflichtet Regierungen, „Informationen zu den in psychiatrischen Kliniken internierten Personen, zu den zum Schutz vor Misshandlungen ergriffenen Maßnahmen, zu den zulässigen Widerspruchsverfahren für Personen, die in psychiatrische Einrichtungen eingewiesen wurden, und zu den während des Berichtszeitraums eingegangenen Beschwerden bereitzustellen“.

Eine Liste der Staaten, die sowohl den ICESCR und als auch den ICCPR ratifiziert haben, kann unter <http://www.unhchr.ch/pdf/report.pdf> abgerufen werden.

6.1.2 Sonstige internationale Übereinkommen zur psychischen Gesundheit

Das rechtsverbindliche UN-Übereinkommen über die Rechte des Kindes enthält Menschenrechtsbestimmungen, die besonders für Kinder und Jugendliche maßgebend sind. Dazu zählt der Schutz vor sämtlichen Formen körperlicher und psychischer Misshandlung; das Diskriminierungsverbot; das Recht auf Leben, Überleben und Entwicklung; das Wohl des Kindes; und die Achtung der Ansichten des Kindes. Einige Artikel sind für die psychische Gesundheit besonders relevant:

- Artikel 23 erkennt an, dass ein geistig oder körperlich behindertes Kind das Recht auf ein erfülltes und menschenwürdiges Leben unter Bedingungen hat, welche die Würde des Kindes wahren, seine Selbstständigkeit fördern und seine aktive Teilnahme am Leben der Gemeinschaft erleichtern.
- Artikel 25 erkennt das Recht auf eine regelmäßige Überprüfung der Behandlung an, die Kindern gewährt wird, die wegen einer körperlichen oder geistigen Erkrankung zur Betreuung, zum Schutz der Gesundheit oder zur Behandlung in Einrichtungen untergebracht worden sind.
- Artikel 27 erkennt das Recht jedes Kindes auf einen seiner körperlichen, geistigen, seelischen, sittlichen und sozialen Entwicklung angemessenen Lebensstandard an.
- Artikel 32 erkennt das Recht von Kindern an, nicht zu einer Arbeit herangezogen zu werden, die Gefahren mit sich bringt, die Erziehung des Kindes behindert oder die Gesundheit des Kindes oder seine körperliche, geistige, seelische, sittliche oder soziale Entwicklung schädigen könnte.

Das UN-Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (1984) ist ebenfalls relevant für Menschen mit psychischen Störungen. Beispielsweise sind die Vertragsstaaten des Übereinkommens gemäß Artikel 16 verpflichtet, Handlungen zu verhindern, die eine grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe darstellen.

In bestimmten psychosozialen Einrichtungen gibt es zahlreiche Beispiele, die den Tatbestand der unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlung darstellen könnten. Zu diesen zählen das Fehlen einer sicheren und hygienischen Umgebung; unzureichende Ernährung und Kleidung; unzureichende Beheizung oder fehlende warme Kleidung; das Fehlen geeigneter Gesundheitseinrichtungen, die die Verbreitung ansteckender Krankheiten verhindern; Personalmangel und eine daraus resultierende Praxis, die Patienten zu unbezahlten oder mit geringfügigen Vergünstigungen vergüteten Wartungsarbeiten zu verpflichten; sowie Zwangsmaßnahmen, unter denen Menschen in ihrem eigenen Urin oder ihren Fäkalien liegen müssen oder während langer Zeiträume nicht aufstehen oder sich frei bewegen dürfen.

Fehlende finanzielle oder professionelle Ressourcen sind keine Entschuldigung für unmenschliche und erniedrigende Behandlung. Die Regierungen sind verpflichtet, ausreichend Mittel zur Verfügung zu stellen, damit die Grundbedürfnisse gedeckt und die Nutzer vor leidvollen Erfahrungen geschützt werden, die auf unzureichende Ernährung, ungeeignete Kleidung, Personalmangel innerhalb einer Institution, fehlende Einrichtungen der Grundhygiene oder ein Umfeld, das die individuelle Menschenwürde missachtet, zurückzuführen sind.

Es gibt kein spezielles UN-Übereinkommen, das sich der besonderen Belange von Behinderten annimmt. Am 28. November 2001 verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen jedoch eine Resolution, mit der die Gründung eines Ad-hoc-Ausschusses „zur Prüfung von Vorschlägen für ein umfassendes und integratives internationales Übereinkommen über den Schutz und die Förderung der Rechte und der Würde von Menschen mit Behinderungen“ gefordert wurde. Derzeit wird an dem Entwurf dieses Übereinkommens gearbeitet. Menschen mit psychischen Störungen würden durch das Übereinkommen geschützt.

Neben den zahlreichen internationalen Systemen zur Überwachung der Menschenrechte gibt es auch mehrere regionale Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte. Diese werden im Folgenden kurz erläutert.

Afrika

Afrikanische (Banjul-) Charta der Menschenrechte und Rechte der Völker (1981) – Es handelt sich um ein rechtsverbindliches Dokument, dessen Einhaltung von der Afrikanischen Kommission für Menschenrechte und Rechte der Völker überwacht wird. Die Charta enthält zahlreiche wichtige Artikel zu bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten. Zu den Bestimmungen betreffend Menschen mit psychischen Störungen zählen Artikel 4, 5 und 16. Diese behandeln das Recht auf Leben und Unversehrtheit, das Recht auf Achtung der Menschenwürde, das Verbot jeder Form der Ausbeutung und Erniedrigung (insbesondere Sklaverei, Sklavenhandel, Folter und grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung) und die Behandlung älterer und behinderter Menschen und deren Recht auf besondere Schutzmaßnahmen. Die Bestimmungen sehen vor, dass „ältere und behinderte Menschen darüber hinaus ein Recht auf besondere Schutzmaßnahmen gemäß ihren körperlichen und sittlichen Bedürfnissen haben“. Die Charta

garantiert jedem das Recht auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit.

Afrikanischer Gerichtshof für Menschenrechte und Rechte der Völker – Die Versammlung der Staats- und Regierungschefs der Organisation der afrikanischen Einheit (OAU) – jetzt Afrikanische Union – hat einen Afrikanischen Gerichtshof für Menschenrechte und Rechte der Völker eingerichtet, der Menschenrechtsverletzungen prüft, einschließlich Verletzungen bürgerlicher und politischer Rechte sowie wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Rechte gemäß der Afrikanischen Charta und sonstigen einschlägigen Menschenrechtsinstrumenten. Gemäß Artikel 34 Absatz 3 trat das Übereinkommen zum Gerichtshof am 25. Januar 2004 nach Ratifikation durch den fünfzehnten Staat in Kraft. Der Afrikanische Gerichtshof entscheidet die ihm vorgelegten Rechtssachen durch verbindliches und vollstreckbares Urteil.

Europa

Europäische Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (1950) – Die Europäische Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten, die durch den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte überwacht wird, bietet verbindlichen Schutz für die Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen und Wohnsitz in einem der Staaten, die die Konvention ratifiziert haben.

In den europäischen Staaten muss die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit Schutz vor nicht freiwilligen Krankenhauseinweisungen bieten und dabei drei Voraussetzungen berücksichtigen, die vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte aufgestellt wurden:

- Die psychische Störung wird durch ein objektives medizinisches Gutachten festgestellt.
- Art und Ausmaß der psychischen Störung rechtfertigen eine Zwangseinweisung.
- Für die fortgesetzte Internierung muss ein Andauern der psychischen Störung nachgewiesen werden (Wachenfeld, 1992).

Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte legt die Bestimmungen der Europäischen Konvention aus, und darüber hinaus wird vom Gerichtshof im Wege der Rechtsfortbildung europäisches Menschenrecht festgesetzt. Die wachsende Rechtsprechung des Gerichtshofs hat zu recht detaillierten Auslegungen der Konvention im Hinblick auf Belange der psychischen Gesundheit geführt.

Europäisches Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin: Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin (1996) – Dieses Übereinkommen, das von den Mitgliedstaaten des Europarats und anderen Staaten der Europäischen Gemeinschaft geschlossen wurde, war das erste internationale rechtsverbindliche Instrument, das den Grundsatz der informierten Einwilligung beinhaltet, gleichberechtigten Zugang zur medizinischen Versorgung und das Recht auf Information vorsieht sowie hohe Schutzstandards im Hinblick auf medizinische Versorgung und Forschung festlegt.

Empfehlung Nr. 1235 über Psychiatrie und Menschenrechte (1994) – Die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit wird in den europäischen Staaten auch durch die Empfehlung Nr. 1235 (1994) über Psychiatrie und Menschenrechte geprägt, die von der Parlamentarischen Versammlung des Europarats verabschiedet wurde. Sie regelt die Voraussetzungen für die nicht freiwillige Einweisung, das Verfahren der nicht freiwilligen Einweisung, Standards für die Versorgung und Behandlung von Personen mit psychischen Störungen und Verbote zur Verhinderung von Missbrauch im Rahmen von psychiatrischer Versorgung und Praxis.

Empfehlung Rec (2004) 10 über den Schutz der Menschenrechte und der Würde von Personen mit psychischen Störungen (2004) – Im September 2004 verabschiedete das Ministerkomitee des Europarats eine Empfehlung, die die Mitgliedstaaten zur Verbesserung des Schutzes der Menschenwürde, Menschenrechte und Grundfreiheiten von Menschen mit psychischen Störungen aufruft, insbesondere im Hinblick auf Personen, die nicht freiwilliger Einweisung oder nicht freiwilliger Behandlung unterliegen.

Sonstige europäische Übereinkommen – *Das Europäische Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (1987)* eröffnet eine weitere Ebene des Menschenrechtsschutzes. Der Europaratsausschuss gegen Folter legte in seinem 8. Jahresbericht Standards fest, die die Misshandlung von Menschen mit psychischen Störungen verhindern sollen.

Die überarbeitete *Europäische Sozialcharta (1996)* bietet verbindlichen Schutz für die Grundrechte von Menschen mit psychischen Behinderungen, die einem der Vertragsstaaten der Sozialcharta angehören. Insbesondere garantiert Artikel 15 der Sozialcharta diesen Menschen das Recht auf Eigenständigkeit, soziale Eingliederung und Teilhabe am Leben der Gemeinschaft. Die vom Ministerkomitee 1983 verabschiedete Empfehlung Nr. R (83) 2 ist eine weitere wichtige Maßnahme zum rechtlichen Schutz von Menschen mit psychischen Störungen, die als nicht freiwillige Patienten in Einrichtungen eingewiesen werden.

Gesamtamerika

Amerikanische Erklärung über die Rechte und Pflichten des Menschen (1948) – Die Erklärung regelt den Schutz bürgerlicher, politischer, wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Rechte.

Amerikanische Menschenrechtskonvention (1978) – Auch diese Konvention beinhaltet eine Vielzahl bürgerlicher, politischer, wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Rechte und legt einen verbindlichen Schutz- und Überwachungsmechanismus unter Einbeziehung der Interamerikanischen Menschenrechtskommission und des Interamerikanischen Gerichtshofs für Menschenrechte fest. Als sich die Menschenrechtskommission kürzlich mit der Rechtssache *Kongo ./. Ecuador* befasste, nahm sie dies zum Anlass, die Konvention im Hinblick auf Belange der psychischen Gesundheit auszulegen.

Zusatzprotokoll zur Amerikanischen Menschenrechtskonvention über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (1988) – Diese Konvention bezieht sich speziell auf die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Die Vertragsstaaten haben sich verpflichtet, behinderten Menschen durch Einführung von Programmen die erforderlichen Ressourcen und Umweltbedingungen zu verschaffen, die zur bestmöglichen Entwicklung ihrer Persönlichkeit benötigt werden, sowie besondere Kurse für Familien anzubieten (auch hinsichtlich spezieller Anforderungen, die sich aus den besonderen Bedürfnissen dieser Gruppe ergeben). Außerdem haben sich die Vertragsstaaten verpflichtet, derartigen Maßnahmen im Rahmen ihrer städtischen Entwicklungspläne Priorität zukommen zu lassen und den Aufbau gesellschaftlicher Gruppen zu fördern, damit Menschen mit Behinderungen ein erfüllteres Leben zuteil wird.

Interamerikanisches Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung von Personen mit Behinderungen (1999) – Ziel dieses Übereinkommens ist die Verhinderung und Beseitigung jeder Form von Diskriminierung von Personen mit psychischen oder körperlichen Behinderungen sowie die Förderung der umfassenden gesellschaftlichen Integration dieser Menschen. Es handelt sich um das erste internationale Übereinkommen, das sich speziell mit den Rechten von Menschen mit psychischen Störungen befasst. Die Interamerikanische Menschenrechtskommission hat 2001 eine Empfehlung zur Förderung und zum Schutz der Menschenrechte von Personen mit psychischen Behinderungen (2001) verabschiedet und die Ratifizierung dieses Übereinkommens empfohlen. Die Empfehlung drängt die Staaten auch, durch Gesetzgebung und nationale Pläne zur psychischen Gesundheit die Organisation der gemeindenahen psychosozialen Dienste zu fördern und umzusetzen, damit eine umfassende gesellschaftliche Integration von Menschen mit psychischen Störungen erreicht wird.

7. Die wichtigsten geltenden Menschenrechtsstandards für psychische Gesundheit

7.1 UN-Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung (MI Principles, 1991)

Durch die UN-Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung (MI Principles, s. Anhang 3) wurden 1991 menschenrechtliche Mindeststandards für die psychosoziale Praxis eingeführt. Internationale Überwachungs- und Vollzugsorgane haben die MI Principles als verbindliche Auslegungsquelle für die Anforderungen internationaler Übereinkommen, z. B. ICESCR, angewendet.

Die MI Principles waren in vielen Staaten auch Grundlage für die Entwicklung der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit. Unter anderem haben Australien, Ungarn, Mexiko und Portugal die MI Principles ganz oder teilweise in ihre nationalen Gesetze aufgenommen. Die MI Principles enthalten Rahmenvorschriften für die Behandlung und die Lebensbedingungen in psychosozialen Einrichtungen, und sie errichten Maßnahmen zum Schutz vor willkürlicher Internierung in diesen Einrichtungen. Die MI Principles gelten allgemein für Menschen mit psychischen Störungen, unabhängig davon, ob diese sich in psychiatrischen Einrichtungen befinden, und sie gelten für alle Menschen, die in psychosoziale Einrichtungen eingewiesen wurden – unabhängig davon, ob bei ihnen eine psychische Störung diagnostiziert wurde. Diese letzte Bestimmung ist von Bedeutung, da in vielen Staaten psychosoziale Langzeiteinrichtungen als Auffanglager für Menschen dienen, bei denen entweder niemals eine psychische Störung diagnostiziert wurde oder zumindest derzeit keine psychische Störung vorliegt, die jedoch in der Einrichtung verbleiben, da es an sonstigen Gemeindeinstitutionen oder -diensten mangelt, die ihre Bedürfnisse decken könnten. Die MI Principles erkennen an, dass alle Menschen mit psychischen Störungen das Recht haben, innerhalb der Gemeinschaft zu leben und zu arbeiten, soweit dies möglich ist.

An den MI Principles ist jedoch auch Kritik geäußert worden. In einem Bericht an die Generalversammlung hat der UNO-Generalsekretär 2003 festgestellt, dass die MI Principles „in einigen Fällen ein geringeres Schutzniveau bieten als die bestehenden Menschenrechtsverträge, z. B. im Hinblick auf die Voraussetzung der vorherigen informierten Zustimmung zur Behandlung. In diesem Zusammenhang haben einige Behindertenorganisationen, einschließlich dem World Network of Users and Survivors of Psychiatry (Weltweites Netzwerk der Psychiatrienutzer und -überlebenden), den durch die MI Principles (und insbesondere die Grundsätze 11 und 16) gewährten Schutz und dessen Übereinstimmung mit bestehenden menschenrechtlichen Standards im Hinblick auf nicht freiwillige Behandlung und Internierung in Frage gestellt.“ (Vereinte Nationen, 2003)

7.2 Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte (Rahmenbestimmungen, 1993)

Auf der Weltkonferenz über Menschenrechte, die 1993 in Wien stattfand, wurde erneut darauf hingewiesen, dass die internationalen Menschenrechtsverträge Personen mit psychischen und körperlichen Behinderungen schützen und die Regierungen nationale Gesetze zur Verwirklichung dieser Rechte erlassen sollten. In der so genannten „Wiener Erklärung“ stellte die Weltkonferenz fest, dass alle Menschenrechte und Grundfreiheiten universell sind und daher ohne Einschränkung auch behinderte Menschen einschließen.

Die *Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte (1993)* wurden am Ende der Behindertendekade (1982-1993) durch die Resolution 48/96 der Generalversammlung verabschiedet. Als politischer Leitfaden bekräftigen die Rahmenbestimmungen die vom Weltaktionsprogramm aufgestellten Ziele: Prävention, Rehabilitation und Herstellung von Chancengleichheit. Die 22 Rahmenbestimmungen sehen in drei Hauptbereichen nationale Maßnahmen vor: Voraussetzungen für gleichberechtigte Teilhabe, Ziele für gleichberechtigte Teilhabe und Umsetzungsmaßnahmen. Bei den Rahmenbestimmungen handelt es sich um ein revolutionär neuartiges internationales Instrument, da die staatsbürgerliche Teilhabe von behinderten Menschen als international anerkanntes Menschenrecht festgelegt wird. Von den Regierungen wird erwartet, dass sie zur Verwirklichung dieses Rechts dafür Sorge tragen, dass behinderte Menschen und Behindertenorganisationen die Chance erhalten, sich an der Ausarbeitung neuer Gesetze, von denen sie betroffen sind, zu beteiligen. Die Rahmenbestimmungen fordern alle Staaten dazu auf, ein nationales Planungsverfahren einzuleiten, mit dem Gesetze, Politik und Programme mit internationalen Menschenrechtsstandards in Einklang gebracht werden.

8. Fachliche Rahmenvorschriften

Neben den Resolutionen der UN-Generalversammlung wurde von UN-Organisationen, Weltkonferenzen und Berufsverbänden, die unter der Schirmherrschaft der Vereinten Nationen tagen, ein breites Spektrum an fachlichen Leitlinien und Grundsatzserklärungen verabschiedet. Diese können als wertvolle Quellen für die Auslegung internationaler Menschenrechtsübereinkommen herangezogen werden.

8.1 Erklärung von Caracas (1990)

Die *Erklärung von Caracas* (1990), die als Resolution im Rahmen einer von der Panamerikanischen Gesundheitsorganisation (PAHO/WHO) einberufenen Konferenz von Gesetzgebern, psychosozialen Gesundheitsfachkräften, Menschenrechtsvertretern und Behindertenaktivisten verabschiedet wurde, hat wichtige Auswirkungen auf die Struktur der psychosozialen Dienste (s. Anhang 4). Die Erklärung weist darauf hin, dass der ausschließliche Einsatz stationärer Behandlung in psychiatrischen Kliniken dazu führt, dass die Patienten von ihrer natürlichen Umgebung isoliert werden und somit die Behinderung verstärkt wird. In der Erklärung wird die Bedeutung des Zusammenhangs zwischen psychosozialen Diensten und Menschenrechten erläutert und daraus wird gefolgert, dass veraltete psychosoziale Dienste die Menschenrechte der Patienten gefährden.

Ziel der Erklärung ist die Förderung gemeindenaher und integrierter psychosozialer Dienste, und zu diesem Zweck wird die Restrukturierung der bestehenden psychiatrischen Versorgung vorgeschlagen. In der Erklärung wird gefordert, dass bei der Bereitstellung von Ressourcen sowie bei der Versorgung und Behandlung von Personen mit psychischen Störungen deren Würde und Menschenrechte gewährleistet sein müssen, vernünftige und geeignete Behandlung angeboten werden muss und Menschen mit psychischen Störungen nach Möglichkeit in ihrer Gemeinschaft verbleiben sollten. Ferner wird hervorgehoben, dass die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit die Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen garantieren muss und Gesundheitsdienste so organisiert werden sollten, dass die Verwirklichung dieser Rechte ermöglicht wird.

8.2 Erklärung von Madrid (1996)

Auch internationale Vereinigungen psychosozialer Gesundheitsfachkräfte haben versucht, durch Erstellen eigener Leitlinien zu beruflichen Verhaltens- und Praxisstandards die Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen zu schützen. Ein Beispiel für solche Leitlinien ist die Erklärung von Madrid, die 1996 von der Generalversammlung der World Psychiatric Association (WPA) verabschiedet wurde (s. Anhang 5). Neben anderen Rahmenvorschriften enthält die Erklärung das Gebot, dass die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen partnerschaftlich zu erfolgen hat und nicht freiwillige Behandlung nur in Ausnahmefällen aufgezwungen werden darf.

8.3 Fachliche Rahmenvorschriften der WHO

Das Dokument „*Mental Health Care Law: Ten Basic Principles*“ [Gesetzgebung zur psychosozialen Versorgung: Zehn Grundsätze, s. Kasten] wurde 1996 von der WHO entwickelt und soll eine weitere Hilfe bei der Auslegung der MI Principles sein und die Staaten bei der Entwicklung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit unterstützen. Darüber hinaus hat die WHO 1996 auch die *Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorders* [Richtlinien zur Förderung der Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen] entwickelt, die beim Verständnis und bei der Auslegung der MI Principles sowie bei der Bewertung der Menschenrechtslage in den Einrichtungen Hilfe bieten sollen.

Mental Health Care Law: Ten Basic Principles

1. Förderung der psychischen Gesundheit und Vermeidung psychischer Störungen
2. Zugang zu psychosozialer Grundversorgung
3. Bewertung der psychischen Gesundheit gemäß international anerkannten Grundsätzen
4. Psychosoziale Versorgung des geringst möglichen Eingriffs
5. Selbstbestimmung
6. Recht auf Unterstützung bei der Ausübung des Selbstbestimmungsrechts
7. Verfügbarkeit von Kontrollverfahren
8. Automatischer regelmäßiger Kontrollmechanismus
9. Qualifizierte Entscheidungsträger
10. Einhaltung des Grundsatzes der Rechtsstaatlichkeit

WHO, 1996

8.4 Salamanca-Erklärung und Rahmenaktionsplan für Sonderpädagogik (1994)

Im Jahr 1994 verabschiedete die Weltkonferenz über Sonderpädagogik die *Salamanca-Erklärung und den Rahmenaktionsplan für Sonderpädagogik*, die Kindern mit psychischen Behinderungen das Recht auf integrierte Bildung zuerkannten. Die *Salamanca-Erklärung* ist besonders wichtig für die Umsetzung der *Welterklärung über Bildung für alle* sowie die Durchsetzung des im ICESCR festgelegten Rechts auf Bildung.

9. Einschränkung von Rechten

Es gibt viele Menschenrechte, bei denen Eingriffe unter keinen Umständen zulässig sind, z. B. im Hinblick auf Freiheit von Folter und Sklaverei sowie Meinungs-, Gewissens- und Religionsfreiheit. In den meisten Menschenrechtsinstrumenten finden sich jedoch einschränkende Bestimmungen und Ausnahmeregelungen, die für bestimmte Fälle das Recht zur Beschränkung von Menschenrechten anerkennen, und im Bereich der psychischen Gesundheit gibt es Situationen, in denen Beschränkungen vorgenommen werden müssen (s. Beispiele in Kapitel 2).

Durch die *Siracusa Principles on the Limitation and Derogation of Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights* [Syrakus-Grundsätze zu Beschränkungen und Ausnahmen hinsichtlich der Bestimmungen des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte, Syrakus-Grundsätze] werden Voraussetzungen festgelegt, die bei der Beschränkung von Rechten einzuhalten sind. Alle fünf Voraussetzungen müssen vorliegen, und ein Eingriff muss zeitlich beschränkt sein und überprüft werden können.

Zusammenfassung der Syrakus-Grundsätze

- **Der Eingriff ist gesetzlich vorgesehen und erfolgt in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen.**
- **Der Eingriff erfolgt im Interesse eines von der Allgemeinheit verfolgten, berechtigten Ziels.**
- **Der Eingriff ist zur Erreichung des Ziels in einer demokratischen Gesellschaft unbedingt erforderlich.**
- **Der Eingriff ist erforderlich, um Belangen der öffentlichen Gesundheit gerecht zu werden.**
- **Der Eingriff ist im Hinblick auf das gesellschaftliche Ziel verhältnismäßig und es stehen keine weniger beeinträchtigenden und weniger restriktiven Mittel zur Verfügung, mit denen das gesellschaftliche Ziel erreicht werden könnte.**
- **Die Planung oder Vornahme des Eingriffs ist nicht willkürlich (d. h. unangemessen oder auf sonstige Art und Weise diskriminierend).**

Eine detailliertere Darstellung der Bedeutung internationaler Menschenrechtsakte für den Schutz der Rechte von Personen mit psychischen Störungen findet sich in *The Role of International Human Rights in National Mental Health Legislation* [Die Bedeutung internationaler Menschenrechte für die nationale Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit, WHO, 2001c], abrufbar unter http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/. Eine Übersicht zu den wichtigsten Bestimmungen und internationalen Instrumenten hinsichtlich der Rechte von Menschen mit psychischen Störungen ist außerdem in Anhang 2 aufgeführt.

Die Gesetze sollten somit das Erreichen der Ziele ermöglichen, die der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitspolitik zugrunde liegen. Aus den verbindlichen internationalen Menschenrechtsinstrumenten ergibt sich, dass die Regierungen verpflichtet sind, die grundlegenden Rechte von Menschen mit psychischen Störungen zu achten, zu fördern und zu verwirklichen. Darüber hinaus können weitere Rahmenvorschriften wie die MI Principles, die internationaler Konsens sind, als Leitlinien für den Erlass von Gesetzen und die Umsetzung von Politiken zur Förderung und zum Schutz der Rechte von Menschen mit psychischen Störungen herangezogen werden. Die Gesetzgebung kann Menschen mit psychischen Störungen dabei unterstützen, angemessen versorgt und behandelt zu werden. Durch gesetzliche Bestimmungen können Rechte geschützt und gefördert und Diskriminierungen vermieden werden. Außerdem können Gesetze bestimmte Rechte verankern, wie das Wahlrecht, das Eigentumsrecht, die Versammlungsfreiheit, das Recht auf ein faires Verfahren, auf gerichtliche Verfahrensgarantien und auf Haftprüfung sowie Schutzrechte im Bereich Wohnungswesen und Beschäftigung. Durch strafrechtliche Bestimmungen kann die angemessene Behandlung und der Schutz der Rechte psychisch kranker Straftäter gewährleistet werden. Dies sind nur einige wenige Beispiele, die verdeutlichen, dass Gesetze zur psychischen Gesundheit über eine bloße „Versorgungs- und Behandlungsgesetzgebung“ hinausgehen, die sich auf Verfahren zur nicht freiwilligen Einweisung und Versorgung innerhalb der Einrichtungen beschränkt.

Auch wenn der Gesetzgebung eine entscheidende Bedeutung zukommt, liegt in ihr jedoch nicht die alleinige, einfache Lösung für die Bewältigung der unzähligen Probleme im Bereich der psychischen Gesundheit. Vielmehr sind die Gesetze Instrumente zur Verwirklichung dieser Ziele. Selbst in Staaten, die über eine gute Gesetzgebung verfügen, können informelle Systeme die Absichten des Gesetzgebers unterlaufen. Beispielsweise können psychosoziale Gesundheitsfachkräfte, denen die Bestimmungen eines neuen Gesetzes nicht vertraut sind, „gewohnheitsmäßige“ Behandlungspraktiken fortsetzen und auf diese Weise die Ziele neuer progressiver Gesetze zur psychischen Gesundheit vereiteln. Ohne geeignete Schulungen und Aufklärungsmaßnahmen – und die umfassende Beteiligung zahlreicher Akteure – können die Gesetze nur beschränkte Wirkung entfalten.

Ein weiterer wichtiger Faktor für alle Systeme ist die ernsthafte Selbstverpflichtung psychosozialer Gesundheitsfachkräfte zur Einhaltung ethischer Standards. Gut gemeinte Gesetze, die zu restriktiv sind, können den Zugang zur psychosozialen Versorgung erschweren, statt ihn zu fördern. Beispielsweise können gesetzliche Bestimmungen zur Einweisung oder nicht freiwilligen Behandlung so restriktiv sein, dass ihre Voraussetzungen in bestimmten Ressourcenszenarien nicht erfüllt sind, was dazu führt, dass die benötigte Versorgung nicht angeboten werden kann. Die Bereitstellung einer angemessenen und geeigneten Versorgung und Behandlung sowie die Förderung und der Schutz der Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen sind von überragender Bedeutung. Die Gesetzgebung kann dabei eine wichtige Rolle spielen.

Rahmenbedingungen der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit: Zusammenfassung

- Die Gesetzgebung ergänzt die Politiken, Pläne und Programme zur psychischen Gesundheit und kann zur Stärkung der politischen Ziele und Zwecksetzungen beitragen.
- Menschen mit psychischen Störungen gehören einem gefährdeten Gesellschaftssegment an und benötigen daher besonderen Schutz.
- Gesetze zur psychischen Gesundheit sind erforderlich, um die Rechte von Personen mit psychischen Störungen im institutionellen Kontext und in der Gemeinschaft zu schützen.
- Die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit geht über eine bloße „Versorgungs- und Behandlungsgesetzgebung“ hinaus. Sie liefert einen gesetzlichen Rahmen zur Regelung wichtiger Belange der psychischen Gesundheit, wie z. B. Zugang zu Versorgung, Rehabilitation und Nachbetreuung, umfassende Gemeinschaftsintegration von Menschen mit psychischen Störungen und Förderung der psychischen Gesundheit in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen.
- Aus den verbindlichen internationalen und regionalen Menschenrechtsinstrumenten ergibt sich, dass die Regierungen verpflichtet sind, die grundlegenden Rechte von Menschen mit psychischen Störungen zu achten, zu fördern und zu verwirklichen.
- Gesetzliche Regelungen zur psychischen Gesundheit können in einem einzigen Gesetz zusammengefasst oder in verschiedenen Rechtsakten niedergelegt werden.
- Progressive Gesetze zur psychischen Gesundheit sollten den Schutz von Menschenrechten gewährleisten, wie er sich aus internationalen und regionalen Menschenrechtsinstrumenten und fachlichen Rahmenvorschriften ergibt. Die Gesetze sollten darüber hinaus das Erreichen der Ziele ermöglichen, die der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitspolitik zugrunde liegen.

1. Einleitung

In diesem Kapitel werden wichtige Themen behandelt, die bei der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit berücksichtigt werden müssen. Häufig konzentrieren sich die Gesetze ausschließlich auf nicht freiwillige Einweisung und Behandlung, während gleichberechtigte Belange der Menschen mit psychischen Störungen vernachlässigt oder übergangen werden. Auch wenn in diesem Kapitel nicht alle Themen abgedeckt werden können, die die psychische Gesundheit betreffen, so wird doch ein breites Spektrum wichtiger gesetzgeberischer Aspekte berücksichtigt. Die behandelten Themen können allgemeinen gesundheitsrechtlichen Bestimmungen entstammen oder sich auf Gesetze beziehen, die dem Sozial-, Behinderten- oder Vormundschaftsrecht, beruflicher Chancengleichheit oder dem Wohnungswesen zuzuordnen sind, oder sie können in Sondergesetzen zur psychischen Gesundheit enthalten sein. Wie in Kapitel 1 erörtert, können die gesetzlichen Bestimmungen zur psychischen Gesundheit sowohl auf verschiedene gesetzgeberische Instrumente verteilt als auch in einem einzigen Gesetz zusammengefasst sein. Art und Form des Gesetzestexts sind von Land zu Land unterschiedlich. Beispielsweise werden in einigen Staaten in Gesetzen zur psychischen Gesundheit nur die wichtigsten Grundsätze aufgeführt, während die genauere Regelung der verfahrenstechnischen Einzelheiten zur praktischen Umsetzung der gesetzgeberischen Ziele in Verordnungen erfolgt; in anderen Staaten dagegen werden die Verfahrensaspekte in den verfügbaren Teil des Gesetzes zur psychischen Gesundheit aufgenommen.

In diesem Kapitel wird ein Praxismodell für den Inhalt der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit vorgestellt. Bestimmte gesetzliche Rahmen eignen sich jedoch besser zur Integration des Modells als andere und es wird darauf hingewiesen, dass es sich hierbei nicht um ein „empfohlenes“ Modell handelt, da die Staaten bei der Ausarbeitung der Gesetze ihre eigenen Gesetzgebungsverfahren befolgen.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Auszüge aus nationalen Gesetzen dienen allein der Veranschaulichung; sie sind Beispiele für unterschiedliche Texte und Terminologien, die von verschiedenen Staaten im Hinblick auf ihre jeweiligen landesspezifischen Umstände und Rahmenbedingungen eingeführt wurden. Es handelt sich nicht um „empfohlene“ Formulierungen oder Begriffe.

2. Präambel und Ziele

Gesetze zur psychischen Gesundheit bestehen im Allgemeinen aus verschiedenen Teilen, und ihnen wird häufig eine Präambel (oder Einleitung) vorausgeschickt, die die Gründe für die Notwendigkeit des Gesetzes erläutert.

Beispiel für eine Präambel

Präambel zum polnischen Gesetz zum Schutz der psychischen Gesundheit

In Anerkennung der Tatsache, dass psychische Gesundheit zu den menschlichen Grundwerten gehört und der Staat zum Schutz der Rechte von Menschen mit psychischen Störungen verpflichtet ist, wird das nachstehende Gesetz verabschiedet:

(Gesetz zum Schutz der psychischen Gesundheit, M284 1994, Polen)

Der nächste Teil (bzw. das nächste Kapitel) eines Gesetzes beschreibt häufig Zweck und Zielsetzungen, die dem Gesetz zugrunde liegen. Eine Beschreibung der Ziele ist wichtig, da sie die Grundlage für die Auslegung der gesetzlichen Bestimmungen bildet. Soweit bei den materiellrechtlichen Bestimmungen des Gesetzes Unklarheiten auftauchen, ziehen die Gerichte und sonstige befassende Stellen zur Auslegung des Gesetzes die Präambel sowie den Zweck und die Zielsetzungen heran.

Beispiel für Ziele

Ziele der Gesetzgebung Südafrikas

Ziel dieses Gesetzes ist

- a) die Regulierung der Rahmenbedingungen der psychosozialen Versorgung durch
 - (i) Ermöglichung der im Rahmen der verfügbaren Ressourcen bestmöglichen psychosozialen Versorgung, Behandlung und Rehabilitation;
 - (ii) Maßnahmen, die eine wirksame psychosoziale Versorgung, Behandlung und Rehabilitation für die Bevölkerung verfügbar machen und gewährleisten, dass diese Dienste gleichberechtigt, wirksam und im Interesse des Nutzers psychosozialer Versorgung gewährt werden;
 - (iii) Koordinierung des Zugangs und Angebots psychosozialer Versorgung, Behandlung und Rehabilitation; und
 - (iv) Integration des Zugangs und Angebots psychosozialer Versorgung in die allgemeine Gesundheitsversorgung;
- b) die Festlegung der Rechte und Pflichten von Nutzern psychosozialer Versorgung sowie der Pflichten von Anbietern psychosozialer Versorgung;
- c) die Regulierung des Zugangs und Angebots psychosozialer Versorgung und Behandlung gegenüber
 - (i) freiwilligen, betreuten und nicht freiwilligen Nutzern psychosozialer Versorgung;
 - (ii) Personen, die aufgrund von Verhandlungs- oder Schuldunfähigkeit in einer psychiatrischen Klinik untergebracht werden; [*State patients*] und
 - (iii) psychisch kranken Gefangenen;
- d) die Regelung eigentumsrechtlicher Belange psychisch Kranker durch die Gerichte; und
- e) die Regelung sonstiger verbundener Angelegenheiten.

(Auszug aus dem *Mental Health Care Act, Act 17 of 2002* [Gesetz zur psychosozialen Versorgung, Gesetz Nr. 17 aus 2002], Republik Südafrika)

Der darauf folgende Teil (bzw. das folgende Kapitel) eines Gesetzes zur psychischen Gesundheit enthält häufig Definitionen der Begriffe, die im Gesetz (d. h. den materiell- und verfahrensrechtlichen Bestimmungen des Gesetzes) verwendet werden. Diese werden nachstehend im Einzelnen erläutert.

3. Definitionen

Aus den gesetzlichen Definitionen folgen Auslegung und Bedeutung der verwendeten Begriffe. Klare und unzweideutige Definitionen sind ausgesprochen wichtig für diejenigen, die das Gesetz verstehen und umsetzen müssen sowie für die Bereiche der Öffentlichkeit, die von dem Gesetz betroffen sein können, wie dies bei Patienten und deren Angehörigen der Fall ist. Auch für die Gerichte sind die Definitionen hilfreich, da sie ihre Urteile auf der Grundlage der festgelegten Definitionen fällen.

Eine wichtige Funktion der Definitionen besteht üblicherweise in der Identifikation der Adressaten oder der Begünstigten des Gesetzes.

3.1 Psychische Krankheit (Mental Illness); Psychische Störung (Mental Disorder)

Die Definition des Begriffs „Psychische Störung“ (Mental Disorder) ist schwierig, da es sich nicht um einen bestimmten Zustand, sondern um verschiedene Störungen handelt, die gewisse Gemeinsamkeiten aufweisen. Welche Störungen von der Definition erfasst werden bzw. erfasst werden sollten, wird intensiv diskutiert. Der Umfang der Definition kann von erheblicher Bedeutung sein, z. B. wenn eine Gesellschaft darüber entscheidet, in welcher Form und Schwere eine psychische Störung vorliegen muss, damit nicht freiwillige Behandlung und Dienste in Frage kommen.

Die von den nationalen Gesetzgebern festgelegten Definitionen der psychischen Störung (Mental Disorder) sind von zahlreichen verschiedenen Faktoren abhängig. Zunächst einmal bestimmt der Gesetzeszweck den genauen Umriss dieser Kategorie. Eine Gesetzgebung, die sich vorwiegend mit nicht freiwilliger Einweisung und Behandlung befasst, mag den Begriff daher auf schwere Fälle einer psychischen Störung beschränken. Dagegen wird eine Gesetzgebung, die sich den positiven Rechten widmet, den Begriff der psychischen Störung möglicherweise so weit wie möglich definieren, damit die gesetzlichen Rechte allen Menschen mit psychischen Störungen zugute kommen. Die Definition von psychischer Störung hängt auch vom sozialen, kulturellen, wirtschaftlichen und rechtlichen Zusammenhang in den verschiedenen Gesellschaften ab. Diese Materialsammlung will keiner bestimmten Definition den Vorzug geben; vielmehr sollen dem Gesetzgeber und sonstigen Personen, die an der Ausarbeitung von Gesetzen beteiligt sind, die zahlreichen Möglichkeiten und die damit verbundenen Vor- und Nachteile der verschiedenen Definitionsansätze vor Augen geführt werden (s. Tabelle 1).

Viele Betroffenenverbände wenden sich gegen die Verwendung der Begriffe „Psychische Krankheit“ (Mental Illness) und „Psychisch gestörter Patient“ (Mental Patient), da diese Begriffe ihrer Meinung nach den dominierenden Einfluss des medizinischen Modells stärken. Die meisten internationalen klinischen Dokumente vermeiden es, den Begriff „Psychische Krankheit“ (Mental Illness) zu verwenden und sprechen stattdessen von „Psychischer Störung“ (Mental Disorder) (s. z. B. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: Klinisch-diagnostische Leitlinien (ICD-10)) (WHO, 1992) (*Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (ICD-10)*) und Materialsammlung für Diagnose und Statistik betreffend geistige Störungen (DSM-IV) (*Diagnostic and Statistical Resource Book on Mental Disorders (DSM-IV)*) (American Psychiatric Association, 1994)). In ICD-10 wird darauf hingewiesen, dass der Begriff „Störung“ (Disorder) verwendet wird, um den problematischen Gebrauch von Begriffen wie „Krankheit“ (Disease) oder „Erkrankung“ (Illness) weitgehend zu vermeiden. „Störung“ ist kein exakter Begriff. *„Seine Verwendung in dieser Klassifikation soll einen klinisch erkennbaren Komplex von Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten anzeigen, die immer auf der individuellen und oft auch auf der Gruppen- oder sozialen Ebene mit Belastung und mit Beeinträchtigung von Funktionen verbunden sind. Soziale Abweichungen oder soziale Konflikte allein, ohne persönliche Beeinträchtigungen sollten nicht als psychische Störung [mental disorder] im hier definierten Sinne angesehen werden“* (WHO, 1992).

Der Begriff „Psychische Störung“ (Mental Disorder) kann geistige Erkrankungen, geistige Entwicklungsstörungen (diese werden auch als geistige und intellektuelle Behinderungen bezeichnet), Persönlichkeitsstörungen und Substanzenabhängigkeit umfassen. Nicht für jeden fallen alle diese Phänomene unter den Begriff „Psychische Störung“, dennoch gelten viele gesetzgeberische Fragestellungen, die sich auf Erscheinungsformen wie Schizophrenie und bipolare Depression beziehen, gleichermaßen für andere Erscheinungen wie z. B. geistige Entwicklungsstörungen, so dass einer weiter gefassten Definition der Vorzug gegeben wird.

Menschen mit geistigen Entwicklungsstörungen sind oft denselben Diskriminierungen und Misshandlungen ausgesetzt wie Menschen mit schweren geistigen Erkrankungen, und die erforderlichen gesetzlichen Schutzmechanismen sind bei den beiden Gruppen häufig deckungsgleich. Dennoch unterscheiden sich beide Gruppen auch deutlich voneinander, z. B. im Hinblick auf die kurz- und langfristige Einwilligungsfähigkeit. Von staatlicher Seite muss daher entschieden werden, ob ein einheitliches Gesetz oder verschiedene Gesetze benötigt werden. Wenn geistige Entwicklungsstörungen in die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit einbezogen werden, müssen ausreichende Schutzmechanismen getroffen werden, damit geistige Entwicklungsstörungen nicht mit „sonstigen“ Formen der psychischen Störung gleichgesetzt werden. Ein einheitliches Gesetz kann insbesondere in solchen Staaten von Bedeutung sein, in denen aufgrund von z. B. knappen Ressourcen keine zwei gesonderten Gesetze ausgearbeitet und erlassen werden können. Von dieser Möglichkeit wurde in Südafrika Gebrauch gemacht. Allerdings wurden zwar sowohl geistige Erkrankungen als auch geistige Entwicklungsstörungen in demselben Gesetz zur psychischen Gesundheit geregelt, doch soweit nur die eine oder die andere Form gemeint war, wurde dies in den entsprechenden Abschnitten präzisiert. In vielen Rechtskreisen (z. B. Indien) sind geistige Entwicklungsstörungen ausdrücklich vom Geltungsbereich der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit ausgeschlossen und stattdessen in Sondergesetzen geregelt.

Die Einbeziehung von Persönlichkeitsstörungen in die Definition von psychischer Störung ist gleichermaßen kompliziert. In klinischer Hinsicht werden Persönlichkeitsstörungen als ein Bereich des Spektrums von psychischer Störung angesehen, und dies geht auch aus deren Einbeziehung in Klassifikationssysteme wie ICD-10 und DSM-IV hervor. Es bestehen jedoch Zweifel an der Gültigkeit und Zuverlässigkeit der Diagnose zahlreicher Unterarten der Persönlichkeitsstörung. Darüber hinaus wirft die Behandlungsfähigkeit von Persönlichkeitsstörungen Fragen auf. Auch wenn es für die meisten Arten von Persönlichkeitsstörungen bislang nur wenige umfassend validierte und breit anerkannte Behandlungsmethoden gibt, so mehren sich doch die Beweise für eine tatsächliche Behandlungsfähigkeit vieler solcher Störungen (Livesley, 2001; Sperry, 2003). Wenn eine bestimmte Erscheinungsform nicht auf die Behandlung reagiert oder keine Behandlung verfügbar ist, sind nicht freiwillige Einweisungen der Betroffenen in psychosoziale Einrichtungen schwer zu rechtfertigen. Es ist jedoch anzumerken, dass die Gesetzgebung vieler Staaten eine Schutzinternierung von Menschen zulässt, die schwere Störungen aufweisen und auf die verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten nicht reagieren; obgleich es zahlreiche Stimmen gibt, denen zufolge dies nicht Zweck der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit sein sollte.

Eine weitere Gefahr der Einbeziehung von Persönlichkeitsstörungen in die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit ist die Tatsache, dass in vielen Staaten Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurden, um diese zum Nachteil gefährdeter Gruppen einzusetzen, insbesondere gegenüber jungen Frauen, wenn diese nicht den vorherrschenden sozialen, kulturellen, moralischen und religiösen Vorgaben entsprachen. Politische Dissidenten und Minderheiten sind ebenfalls der Gefahr ausgesetzt, mit einer Persönlichkeitsstörung diagnostiziert zu werden, wenn sie Positionen beziehen, die den landesüblichen Normen widersprechen.

Wenn Persönlichkeitsstörungen in die Gesetzgebung einbezogen werden, müssen die Staaten wesentliche gesetzliche Bestimmungen zur Vermeidung von Missbrauch einbauen. Ob Persönlichkeitsstörungen besser einzubeziehen oder auszuschließen sind, wird von dieser Materialsammlung offen gelassen. Die Staaten müssen dies unter Berücksichtigung der individuellen Struktur und traditionellen Gegebenheiten ihrer Gesundheitsversorgungs- und Rechtssysteme entscheiden.

Eine weitere diskussionswürdige Frage besteht darin, ob Substanzenabhängigkeit unter den Begriff „psychische Störung“ fallen sollte. Auch wenn Substanzenabhängigkeit in den meisten internationalen Klassifikationssystemen zur psychischen Gesundheit – z. B. ICD-10 -berücksichtigt wird, ist diese Störung in vielen Staaten ausdrücklich von der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit ausgeschlossen. So sieht der England and Wales Mental Health Act [*Gesetz zur psychischen Gesundheit für England und Wales*] von 1983 z. B. vor, dass Menschen von seinem Geltungsbereich ausgeschlossen werden können, soweit „Promiskuität oder sonstiges unmoralisches Verhalten, sexuell abweichende Verhaltensformen oder Alkohol- oder Drogenabhängigkeit vorliegt“ (zusätzliche Hervorhebung). Klinische Erfahrungen deuten darauf hin, dass Menschen, die Alkohol und Drogen missbrauchen, sich im Allgemeinen nicht für eine nicht freiwillige Einweisung und Behandlung eignen, und dass zusätzliche Gesetze erforderlich sein können, um sich dieser Personengruppe wirksam anzunehmen.

Beispiele für Definitionen

Nachstehend folgen Beispiele für die gesetzliche Definition von psychischer Störung in zwei verschiedenen Staaten, die einige Schwierigkeiten bei der Begriffsbestimmung verdeutlichen.

Mauritius: „Psychische Störung“ ist das Vorhandensein einer erheblichen geistigen oder verhaltensbezogenen Störung, die sich durch Symptome äußert, die auf eine Störung der geistigen Funktionen hindeuten, einschließlich Symptome einer Störung der Denkfähigkeit, psychischen Verfassung, Willenskraft, Wahrnehmung, Orientierung oder Gedächtnisleistung, die ein als pathologisch zu betrachtendes Ausmaß erreichen.

(Mental Health Care Act, Act 24 of 1998 [Gesetz zur psychosozialen Versorgung, Gesetz Nr. 24 aus 1998], Mauritius)

Jamaika: „Psychische Störung“ ist (a) eine erhebliche Störung der Denkfähigkeit, Wahrnehmung, Orientierung oder Gedächtnisleistung, die bei der betroffenen Person das Verhalten, die Urteilsfähigkeit, den Realitätssinn oder die Fähigkeit, den Anforderungen des Lebens gerecht zu werden, schwer wiegend beeinträchtigt und zu einer geistigen Krankheit führt; oder (b) eine geistige Entwicklungsstörung, soweit diese mit außergewöhnlich aggressivem oder schwer unverantwortlichem Verhalten einhergeht.

(The Mental Health Act of 1997, Gesetz zur psychischen Gesundheit von 1997, Jamaika)

In den MI Principles wird der Begriff „Psychische Krankheit“ (Mental Illness) verwendet, ohne dass eine Definition angeboten wird. Stattdessen werden Leitlinien für die Bestimmung von einer psychischen Krankheit formuliert. Diese beinhalten die folgenden Grundsätze:

- Die Feststellung einer psychischen Krankheit darf nie aufgrund der politischen, wirtschaftlichen oder sozialen Stellung oder der Zugehörigkeit zu einer kulturellen, rassischen oder religiösen Gruppe oder aus einem sonstigen nicht unmittelbar mit dem Geisteszustand zusammenhängenden Grund erfolgen.
- Konflikte in der Familie oder im Beruf oder mangelnde Anpassung an die in der Gemeinschaft des Betroffenen vorherrschenden ethischen, sozialen, kulturellen oder politischen Wertvorstellungen oder religiösen Überzeugungen dürfen bei der Diagnose der „psychischen Krankheit“ nie ein ausschlaggebender Faktor sein.
- Eine Behandlungs- oder Hospitalisierungsvorgeschichte rechtfertigt allein nicht die gegenwärtige oder künftige Feststellung der „psychischen Krankheit“.
- Eine Person darf weder von einer Einzelperson noch von einer Behörde mit einer psychischen Krankheit diagnostiziert oder sonst eine psychische Krankheit zugeschrieben bekommen, es sei denn zu Zwecken, die unmittelbar mit psychischer Krankheit oder deren Folgen zu tun haben.
- Die Feststellung, dass eine Person eine psychische Krankheit hat, hat in Übereinstimmung mit international akzeptierten medizinischen Normen zu erfolgen.

3.2 Psychische Behinderung (Mental Disability)

Eine Alternative zu dem Begriff „psychische Störung“ ist das Konzept der „psychischen Behinderung“ (Mental Disability). Die *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICIDH-2) (WHO, 2001d) definiert den Begriff „Behinderung“ (Disability) als „Oberbegriff für Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität und gestörte Teilnahmefähigkeit. Der Begriff kennzeichnet die negativen Aspekte der Wechselwirkung zwischen einem Individuum (mit einem Gesundheitsproblem) und den Kontextfaktoren dieses Individuums (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren).

Psychische Behinderung ist nicht gleichbedeutend mit psychische Störung, schließt jedoch Menschen mit psychischer Störung ein. Menschen, die eine psychische Störung überwunden haben, können weiterhin eine psychische Behinderung aufweisen, und bei vielen Menschen führt eine anhaltende psychische Störung zu psychischer Behinderung. In einigen Fällen ist „Behinderung“ ein Indiz für eine bestimmte Krankheit oder ein bestimmtes Syndrom (z. B. ist für die Diagnose bestimmter Fälle der psychischen Störung das Vorliegen einer funktionalen Schädigung erforderlich) und in anderen Fällen ist „Behinderung“ die Folge der Krankheit oder des Syndroms (Bertolote & Sartorius, 1996).

Der Vorteil bei der Verwendung des Begriffs der „psychischen Behinderung“ liegt darin, dass sich das Konzept der „Behinderung“ direkt auf die unmittelbare Wahrnehmung des eigenen Lebens, der eigenen Umgebung, Bedürfnisse und Einschränkungen durch die Betroffenen bezieht (Bertolote & Sartorius, 1996) und Fachkräfte außerhalb des Gesundheitssektors dieses Konzept besser verstehen können. Ein offensichtlicher Nachteil ist die Weite des Begriffs, die dazu führt, dass deutlich mehr Menschen vom Geltungsbereich der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit erfasst werden, als dies bei der Wahl restriktiverer Begriffe wie „psychische Störung“ oder „psychische Krankheit“ der Fall wäre. Darüber hinaus lehnen einige Nutzer psychosozialer Dienste den Begriff „psychische Behinderung“ ab und befürworten stattdessen die Verwendung von „psychosoziale Behinderung“. Sie sind der Auffassung, dass psychiatrische Behinderungen und „psychische Behinderung“ der „medizinischen“ Sphäre zuzuordnen seien, und plädieren daher für eine eindeutigere Unterscheidung zwischen „Krankheit“ und „Behinderung“.

3.3 Geistiges Unvermögen (Mental Incapacity)

Eine weitere Möglichkeit zur Identifikation der Adressaten ist das Konzept des geistigen Unvermögens. Hier basieren die Entscheidungen auf der durch medizinische oder sonstige Fachkräfte beurteilten Fähigkeit des Betroffenen, das Wesen der jeweiligen Fragestellung zu begreifen (z. B. im Hinblick auf Behandlung und Einweisung), die damit verbundenen Vorteile zu bewerten, eine Entscheidung zu treffen und diese zu kommunizieren. Der Begriff „geistiges Unvermögen“ ist enger gefasst als „psychische Störung“. Die Verwendung dieses Begriffs kann von Vorteil sein, wenn sich die betreffenden Gesetze im Wesentlichen auf die mit der Einweisung und Behandlung verbundenen Aspekte der psychischen Gesundheit beziehen. Die begriffliche Einschränkung kann sich jedoch als ungeeignet erweisen, wenn die Bezeichnung in Gesetzen verwendet wird, die vielfältige Belange der psychischen Gesundheit abdecken, da in diesem Fall die meisten Nutzer psychosozialer Dienste vom Geltungsbereich wichtiger Rechte ausgeschlossen wären, z. B. im Hinblick auf Zugang zur Versorgung, Rechte und Lebensumstände in psychosozialen Einrichtungen, Vertraulichkeit und Zugang zu Informationen.

Ein Vorteil bei der Verwendung dieses Begriffs besteht darin, dass psychische Störung und geistiges Unvermögen nicht austauschbar sind. Während es im Bereich von psychischer Störung allgemein anerkannte Erscheinungsformen und Schweregrade gibt, muss das Vorliegen von geistigem Unvermögen ausdrücklich nachgewiesen werden, bevor auf der Grundlage gesetzlicher Bestimmungen in das Leben eines Menschen eingegriffen werden darf. Legen die Gerichte den Begriff jedoch nicht streng genug aus, besteht die Gefahr, dass geistiges Unvermögen angenommen wird, obgleich nur psychische Störung nachgewiesen wurde. Um dies zu vermeiden, kann in den Gesetzen ausdrücklich festgelegt werden, dass geistiges Unvermögen nicht aufgrund des Nachweises von psychischer Störung angenommen werden darf und stattdessen ein gesonderter Nachweis erbracht werden sollte.

Definitionsbeispiel

Der Ontario (Canada) Health Care Consent Act [Gesetz über die Einwilligung in die Gesundheitsversorgung für Ontario (Kanada)] bestimmt: „...eine Person ist im Hinblick auf eine Behandlung, eine Einweisung in eine Einrichtung der Gesundheitsversorgung oder einen persönlichen Betreuungsdienst im Besitz ihrer geistigen Fähigkeiten, wenn sie in der Lage ist, die Informationen zu erfassen, die für eine Entscheidung über die Behandlung, Einweisung bzw. den persönlichen Betreuungsdienst maßgeblich sind, und sie die vernünftigerweise vorhersehbaren Konsequenzen einer Entscheidung oder der Nichtvornahme einer Entscheidung beurteilen kann.“

(Health Care Consent Act of 1996 Ontario, Kanada)

3.4 Geistige Umnachtung (Unsoundness of Mind)

In einigen Rechtsordnungen wird der rechtliche Begriff „Geistige Umnachtung“ als Alternative zu „Psychische Störung“ verwendet, z. B. in der *Europäischen Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten* (1950). Es wird vorausgesetzt, dass alle Menschen „psychisch gesund sind, soweit kein gegenteiliger Nachweis erbracht wird“. „Psychische Krankheit“ wird als Abwesenheit von psychischer Gesundheit definiert, was selbstverständlich die Gefahr eines Zirkelschlusses in sich birgt. Das Konzept, das „geistiger Umnachtung“ zugrunde liegt, ähnelt dem Konzept des „geistigen Unvermögens“, auch wenn die Begriffe nicht deckungsgleich sind. Es gibt keinen gleichwertigen klinischen Begriff zu „geistiger Umnachtung“, und in vielen Fällen umfasst dieses Konzept Phänomene, die nicht unbedingt unter „psychische Störung“ fallen. Nach Auffassung des Europäischen Gerichtshofs sollte der Begriff aufgrund seiner unterschiedlichen Verwendung keine endgültige Auslegung erhalten (Gostin, 2000).

Tabelle 1. Vergleich von Definitionen zu Krankheitsformen der psychischen Gesundheit

Begriff	Psychische Krankheit (Mental Illness)	Psychische Störung (Mental Disorder)
1. Bedeutungsumfang	sehr eng	eng
2. Vorteile	<ul style="list-style-type: none"> • genau definiert • allgemein gebräuchlich und daher für alle Beteiligten verständlich (wenn auch gelegentlich mit unterschiedlichen Bedeutungen) 	<ul style="list-style-type: none"> • mit medizinischen Klassifikationssystemen vereinbar • leicht operationalisierbar
3. Nachteile	<ul style="list-style-type: none"> • Stärkung des „medizinischen Modells“ 	<ul style="list-style-type: none"> • Erfassung vielfältiger, sowohl äußerst harmloser als auch extrem schwerer Erscheinungsformen, was eine Einschränkung darstellen kann, wenn der Geltungsbereich auf die schwersten psychischen Gesundheitsprobleme beschränkt werden soll • Erfassung vielfältiger Erscheinungsformen, die teilweise nicht Schwerpunkt der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit sind, z. B. geistige Entwicklungsstörungen

Psychische Behinderung (Mental Disability)	Geistiges Unvermögen (Mental Incapacity)	Geistige Umnachtung (Unsoundness of Mind)
weit	extrem eng	unterschiedlich, jedoch eher weit
<ul style="list-style-type: none"> • weiter Bedeutungsumfang, der den positiven Schutz von Rechten begünstigt, da die Einbeziehung aller behinderten Menschen unabhängig von der Schwere der Behinderung gewährleistet ist • engere Anbindung an die Art und Weise, wie Betroffene und Laien die Auswirkungen psychischer Gesundheitsprobleme auf ihr Leben wahrnehmen 	<ul style="list-style-type: none"> • weitgehende Übereinstimmung von Definition und Verständnis bei Medizinern und Juristen • keine Gleichsetzung von „Mental Disorder/Mental Illness“ und Geschäftsunfähigkeit • größerer Schutz der Patienten vor Rechtsverlust aufgrund engem Bedeutungsumfang, da nur die schwersten Fälle von „Mental Illness/Mental Disorder“ erfasst werden 	<ul style="list-style-type: none"> • Definitionsspielraum evtl. vorteilhaft für Auslegung im Interesse der Betroffenen
<ul style="list-style-type: none"> • nicht genau definiert • weiter Bedeutungsumfang führt zu breiter Anwendung der Bestimmungen zu nicht freiwilliger Einweisung und Behandlung 	<ul style="list-style-type: none"> • enger Bedeutungsumfang schränkt die Möglichkeiten zum positiven Schutz der Rechte von Personen mit psychischen Störungen ein 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechtsbegriff, der sich nicht mit spezifischen medizinischen Kategorien deckt • Gefahr des Missbrauchs • Gefahr der Beeinträchtigung des Dialogs zwischen Medizinern und Juristen

Die vorstehenden Darlegungen verdeutlichen, dass die Staaten eine Entscheidung darüber treffen müssen, wie weit oder eng sie die Gruppe der Begünstigten bzw. die Adressaten der Gesetzgebung definieren möchten. Die Abwägung zwischen einer weiteren und einer engeren Definition ist eine komplexe Aufgabe. Befasst sich die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit ausschließlich mit „Versorgung und Behandlung“, so wird von den meisten Nutzern psychosozialer Dienste, Interessenvertretern und Menschenrechtsaktivisten eine enge Definition bevorzugt. Bezweckt die Gesetzgebung dagegen den Schutz vielfältiger Rechte von Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen einschließlich z. B. Antidiskriminierungsvorschriften und Bestimmungen zum Schutz vor Missbrauch, so erscheint eine umfassendere Definition der psychischen Gesundheitsprobleme wünschenswert.

Eine andere Herangehensweise könnte darin bestehen, eine weite Definition zu verwenden, soweit gesetzliche Bestimmungen die Berechtigung zur Nutzung von Diensten und sonstige Rechte begründen. Eine engere Definition könnte dann in Bestimmungen zur nicht freiwilligen Einweisung und zu dem Verfahren bei nicht freiwilliger Behandlung eingesetzt werden. Dieser Ansatz kann sich jedoch in vielen Staaten als zu kompliziert erweisen, wenn eine klare und einfache Gesetzgebung bei Gesetzgeber und Rechtsprechung voraussichtlich größere Zustimmung erzielen wird. In diesen Fällen muss unter Berücksichtigung der vorstehenden Überlegungen eine Entscheidung für eine der Alternativen getroffen werden.

Sobald ein bestimmter Begriff festgelegt und definiert wurde, ist dessen einheitliche Verwendung im gesamten Gesetz von großer Bedeutung, und der Begriff darf nicht durch andere Bezeichnungen mit ähnlichem Sinngehalt ersetzt werden, da dies bei der Auslegung des Gesetzes Probleme bereiten kann.

3.5 Definitionen sonstiger Begriffe

In Gesetzestexten werden zahlreiche Fachbegriffe verwendet, die je nach Umfeld und Land unterschiedliche kontextabhängige Bedeutungen haben. Zur Vermeidung von Unklarheiten und zur verbesserten Auslegung der Gesetze sollten diese Begriffe in den Gesetzestexten genau definiert werden. Nachstehend folgen Beispiele aus der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit in zwei verschiedenen Staaten.

Definitionsbeispiele

Pakistan

Patient: eine Person, die behandelt und versorgt wird.

Psychiatrische Einrichtung: Krankenhäuser, Krankenhaus Stationen, Kliniken, Pflegeheime, Tageseinrichtungen, Rehabilitationskliniken des öffentlichen oder privaten Sektors, die sich der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen widmen.

Sicherer Ort: staatliche Gesundheitseinrichtungen, psychiatrische Einrichtungen oder Aufenthaltsorte oder geeignete Angehörige, die sich zur vorübergehenden Aufnahme des Patienten bereit erklären.

(Ordinance No VIII of 2001, Pakistan)

Simbabwe

Patient: eine Person, (a) die von einer psychischen Störung oder geistigen Behinderung betroffen ist; oder (b) bezüglich derer die in diesem Gesetz vorgesehenen Maßnahmen zur Feststellung des Vorliegens einer psychischen Störung oder geistigen Behinderung für erforderlich gehalten werden.

Einrichtung: alle psychischen Krankenhäuser, die der Minister durch Bekanntmachung im Amtsblatt [Gazette] zu einer Einrichtung im Sinne dieses Gesetzes erklärt hat.

Aufnahmeverfügung: richterliche Verfügung gemäß Section 8 oder 26 betreffend die Überweisung, Aufnahme und Internierung eines Patienten in eine Einrichtung oder eine Institution der Einzelversorgung.

(Mental Health Act of 1996 [Gesetz zur psychischen Gesundheit von 1996], Simbabwe)

Anhand der vorstehenden Beispiele wird deutlich, wie unterschiedlich genaue Begriffsdefinitionen ausfallen. Definitionen verweisen manchmal auch auf weitere Gesetzestexte eines Landes. Letztendlich ist die genaue Definition der Begriffe von den sozialen, kulturellen, medizinischen und rechtlichen Rahmenbedingungen des Landes abhängig. Wie bereits erläutert, ist die einheitliche Verwendung des verabschiedeten und definierten Begriffs im gesamten Gesetz von großer Bedeutung, damit keine Unklarheiten bei der Auslegung des Gesetzes aufkommen.

Definition "psychischer Erkrankungen" und sonstiger Begriffe: Zusammenfassung

- Der Gesetzgeber kann bei der Regelung von Rechten weite Definitionen verwenden und bei der Regelung nicht freiwilliger Einweisung und Behandlung auf engere Definitionen zurückgreifen.
- Die Staaten können beschließen, Menschen mit geistigen Entwicklungsstörungen von den materiellrechtlichen Bestimmungen der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit auszunehmen. Dabei darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass Menschen mit geistigen Entwicklungsstörungen manchmal auch an psychischen Störungen leiden. Viele Rechte, die gesetzlich verankert werden müssen, gelten sowohl für Menschen mit geistigen Entwicklungsstörungen als auch für Menschen mit sonstigen psychischen Störungen.
- Die Gesetze müssen sicherstellen, dass psychische Störungen nicht aus den folgenden Umständen abgeleitet werden:
 - (i) politische, wirtschaftliche oder soziale Stellung oder Zugehörigkeit zu einer kulturellen, ethnischen oder religiösen Gruppe oder sonstige Gründe, die nicht unmittelbar mit dem psychischen Gesundheitszustand zusammenhängen;
 - (ii) familiäre oder berufliche Konflikte oder die fehlende Übereinstimmung mit den moralischen, sozialen, kulturellen oder politischen Wertvorstellungen oder religiösen Überzeugungen, die in der Gemeinschaft der betreffenden Person vorherrschen;
 - (iii) allein aufgrund bereits erfolgter Behandlungen oder Krankenhauseinweisungen.
- Zur Vermeidung von Unklarheiten und zur verbesserten Auslegung der Gesetze sollten alle verwendeten Fachbegriffe in den Gesetzestexten genau definiert werden.
- Sobald ein bestimmter Begriff festgelegt und definiert wurde, ist dessen einheitliche Verwendung im gesamten Gesetz von großer Bedeutung, und der Begriff darf nicht durch andere Bezeichnungen mit ähnlichem Sinngehalt ersetzt werden.

4. Zugang zu psychosozialer Versorgung

Die Gesetzgebung kann bei der Verbesserung des Zugangs zur psychosozialen Versorgung eine wichtige Rolle spielen (s. auch Kapitel 1 Unterkapitel 3.5). Unter einem verbesserten Zugang versteht man eine erhöhte Verfügbarkeit von Dienstleistungen, eine verbesserte finanzielle und geografische Zugänglichkeit sowie die Bereitstellung von Diensten, die eine akzeptable und angemessene Qualität aufweisen. Im folgenden Abschnitt werden Rahmenbedingungen zur Erreichung dieser Ziele erörtert, damit die Zugangshindernisse vieler Staaten beseitigt werden können.

MI Principles: Zugang zu psychosozialer Versorgung

Die in den MI Principles aufgeführten Grundsätze 1 (Grundfreiheiten und -rechte) und 8 (Versorgungsstandards) regeln den Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung. Grundsatz 1 begründet das Recht aller Menschen auf die beste verfügbare psychiatrische Versorgung als Bestandteil des Systems zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Grundsatz 8 begründet das Recht auf eine den Bedürfnissen des Patienten angemessene gesundheitliche und soziale Versorgung, die den Patienten vor Schaden schützt.

4.1 Finanzierung psychosozialer Versorgung

Einige gesetzliche Rahmen bzw. Länder sehen die Möglichkeit vor, besondere Bestimmungen zu den Ressourcen und der Finanzierung der psychosozialen Dienste einzufügen. Soweit dies möglich ist, sollte angegeben werden, wo die Ressourcen einzusetzen sind, damit eine angemessene Bereitstellung in Bereichen wie gemeindenaher psychosozialer Versorgung sowie Präventions- und Förderprogrammen erreicht wird.

In den meisten Fällen enthält die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit keine unmittelbare Bestimmungen zur Finanzierung. Entsprechende Regelungen werden den Bereichen Haushalts- und Grundsatzzpolitik überlassen. Das bedeutet jedoch nicht, dass der Gesetzgeber die Zuteilung von Finanzmitteln nicht unmittelbar beeinflussen könnte.

Nachstehend wird anhand von vier Beispielen erläutert, wie der Gesetzgeber die Finanzierung steuern kann, indem er die folgenden Ziele festlegt:

- *Gleichstellung mit körperlicher Gesundheit* – In vielen Staaten bleiben die Versorgungsstandards der psychischen Gesundheit hinter denen der körperlichen Gesundheit zurück. Der Gesetzgeber kann feststellen, dass Menschen mit psychischen Störungen so behandelt werden sollten, dass sie Menschen mit körperlichen Gesundheitsproblemen gleichgestellt sind. Beispielsweise kann gesetzlich festgelegt werden, dass Menschen mit psychischen Gesundheitsstörungen das Recht auf eine Behandlung haben sollten, die den Qualitätsanforderungen und Standards entspricht, die für sonstige medizinische Behandlungen gelten. Ohne dass unmittelbar auf die Finanzierung eingegangen wird, können Behörden mit dieser scheinbar schlichten und harmlosen Erklärung dazu gebracht werden, dem Bereich der psychischen Gesundheit zusätzliche Ressourcen zuzuweisen, um dem gesetzlichen Erfordernis der Gleichstellung der psychosozialen Versorgung mit der körperlichen Gesundheitsversorgung gerecht zu werden. Ebenso können im privaten Gesundheitssektor Krankenversicherungen aufgrund einer solchen gesetzlichen Bestimmung verpflichtet sein, auf Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen dieselben Finanzierungsgrundsätze anzuwenden wie auf Menschen mit körperlichen Gesundheitsproblemen. Dies ist derzeit nur in wenigen Staaten der Fall.
- *Zusätzliche Finanzierung* – Soweit eine Dienstleistung gesetzlich vorgeschrieben ist, folgt hieraus eine rechtliche Verpflichtung, die Dienstleistung bereitzustellen. Wenn ein Gesetz beispielsweise bestimmt, dass Menschen mit akuten psychischen Störungen, die sich freiwillig in Behandlung begeben, in einem allgemeinen Krankenhaus behandelt werden *müssen*, so hat der Staat für die Realisierung zu sorgen. Wird ein bestimmtes Recht, das öffentliche Gesundheitseinrichtungen betrifft (z. B. das Recht auf Privatsphäre), gesetzlich festgelegt, so sind die Behörden dafür verantwortlich, dass die Infrastrukturen und Ressourcen, die für die Verwirklichung dieses Rechts benötigt werden, verfügbar sind.
- *Neuverteilung von Finanzmitteln* – Der Gesetzgeber kann eine neue Form der Bereitstellung psychosozialer Versorgung festlegen, die von der bisherigen Norm oder den geltenden rechtlichen Bestimmungen abweicht. Wenn die bisherige Gesetzgebung z. B. vorgeschrieben hat, dass die meisten Menschen in psychiatrischen Einrichtungen versorgt werden, kann ein neues Gesetz bestimmen, dass die psychosoziale Versorgung mehrheitlich in den örtlichen Gemeinden erbracht werden sollte. Das Gesetz impliziert somit eine finanzielle Umverteilung von den Krankenhäusern zu den Gemeinden, ohne dass eine unmittelbare Aussage zur Finanzierung getroffen wird.
- *Finanzierung gesetzlich vorgeschriebener Organe* – Schreibt ein Gesetz die Einrichtung eines Gremiums vor, z. B. eines Nachprüfungsorgans der psychischen Gesundheit oder eines Beschwerdegerichts, so begründet dies eine gesetzliche Verpflichtung und die Behörden *müssen* das entsprechende Organ einrichten. Bevor das entsprechende Gesetz verabschiedet wird, sollte das zuständige Ministerium jedoch mit Hilfe der in dem jeweiligen Staat vorhandenen Mechanismen sicherstellen, dass zusätzliche Finanzmittel für die Nachprüfungsorgane verfügbar sind. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass die Behörden möglicherweise gezwungen sind, für die Errichtung der gesetzlich vorgeschriebenen Strukturen Finanzmittel zuzuweisen, die den psychosozialen Diensten gewidmet sind, was die Bereitstellung dieser Dienste unterminiert.

An diesen Beispielen lässt sich leicht nachvollziehen, weshalb Gesetzgeber die Gesetzestexte im Hinblick auf potenzielle finanzielle Implikationen genau prüfen, bevor sie einen Gesetzesentwurf verabschieden.

4.2 Psychische Gesundheit und Primärversorgung

Getreu dem Grundsatz, dass psychosoziale Gesundheitsleistungen den allgemeinen Gesundheitsleistungen gleichgestellt sein sollten, können die Staaten Gesetze formulieren, die die Einbeziehung psychosozialer Interventionen in die Primärversorgung gewährleisten. In Ländern mit niedrigem Volkseinkommen und akutem Mangel an psychosozialen Gesundheitsfachkräften ist die Erbringung psychosozialer Dienste durch die allgemeine Gesundheitsversorgung die brauchbarste Strategie, um für unterversorgte Bevölkerungsgruppen den Zugang zur psychosozialen Versorgung zu verbessern. Die integrierte Versorgung kann auch Stigmatisierungen vorbeugen, die beim Aufsuchen vertikal strukturierter psychosozialer Dienste auftreten, und auf diese Weise die Zugänglichkeit weiter verbessern.

Es ist jedoch offensichtlich, dass die Gesetzgebung allein nicht zu einer Verwirklichung der Vorschriften führen kann, wenn nicht die notwendige Infrastruktur und die erforderlichen personellen Ressourcen vorbereitet und eingeführt wurden. Beispielsweise muss das Personal für den Umgang mit psychischen Störungen geschult werden und es müssen Medikamente zur Verfügung stehen.

Beispiel: Psychische Gesundheit und Primärversorgung

Das albanische Gesetz zur psychischen Gesundheit (1991) bestimmt:

Artikel 5: Psychosoziale Versorgung für Menschen mit psychischen Störungen erfolgt durch psychosoziale Versorgungsdienste, durch die primäre Gesundheitsversorgung durch den Hausarzt und insbesondere durch den psychiatrischen Gesundheitsdienst, einschließlich Notfallbehandlung, Ambulanzdienst, Krankenhausversorgung, Rehabilitationseinrichtungen, gemeindenahe Gesundheitsversorgung und psychosoziale Dienste durch Psychosozialen und Sozialarbeiter. (zusätzliche Hervorhebung)

(Gesetz zur psychischen Gesundheit von 1991, Albanien)

4.3 Mittelzuweisung für unterversorgte Bevölkerungsgruppen

Die angebotenen Leistungen sind innerhalb der Staaten ungleich verteilt. Es kann ein geografisches Ungleichgewicht (in bestimmten Regionen ist der Zugang zu psychosozialen Diensten erschwert) oder ein Ungleichgewicht zwischen verschiedenen Gesellschaftssegmenten vorliegen (bestimmte Bevölkerungsgruppen, z. B. gesellschaftliche Minderheiten, haben nur eingeschränkten Zugang zu kulturell angemessenen psychosozialen Diensten). Der Gesetzgeber kann diese Ungleichheiten abbauen, indem er Kriterien für eine bedürfnisorientierte Zuweisung von Dienstleistungen festlegt (in Unterkapitel 17 wird erläutert, wie Gesetze dem Schutz von Minderjährigen, Frauen, Minderheiten und Flüchtlingen dienen können). Die Gesetze können auch ganz einfach festlegen, dass die psychosoziale Gesundheitsversorgung auf der Grundlage der Gleichberechtigung zu gewähren ist (s. Kasten in Unterkapitel 2 zu den Zielen der Gesetzgebung Südafrikas im Hinblick auf psychosoziale Versorgung).

4.4 Zugang zu Medikamenten und psychosozialen Interventionen

Psychotrope Substanzen sind für die Behandlung bestimmter psychischer Störungen von entscheidender Bedeutung und sie spielen eine wichtige Rolle bei der Sekundärprävention. Häufig sind jedoch selbst grundlegende psychotrope Substanzen in vielen Staaten nicht verfügbar. Durch gesetzgeberische Maßnahmen kann die Verfügbarkeit von Medikamenten in der Primär- und Sekundärversorgung verbessert werden. Der Gesetzgeber kann den Zugang zu Medikamenten darüber hinaus in Staaten verbessern, in denen es keine oder nur wenige Psychiater gibt, indem z. B. Allgemeinärzte und sonstige medizinische Spezialisten, die angemessen geschult wurden, psychotrope Substanzen verschreiben dürfen.

Die Medikamentenversorgung ist in vielen Entwicklungsländern und in vielerlei Hinsicht ein Problem. Der Gesetzgeber kann jedoch sicherstellen, dass psychiatrische Medikamente zumindest genauso verfügbar und zugänglich sind wie die Medikamente für sonstige medizinische Probleme. Dies kann durch Einfügen einer Bestimmung zur „Gleichstellung mit körperlicher Gesundheit“ erfolgen (s. o.) und/oder durch die ausdrückliche Vorgabe, dass eine angemessene Bereitstellung psychiatrischer Medikamente über die Liste der unentbehrlichen Arzneimittel des jeweiligen Staates zu gewährleisten ist, wie in Brasilien geschehen (Dienstverfügung Nr. 1.077, 2001).

Bei den meisten psychischen Störungen ist eine medikamentöse Behandlung nicht ausreichend. Anderen psychosozialen Interventionen wie Beratung, spezifischen Psychotherapien und beruflicher Rehabilitation kommt eine gleich hohe Bedeutung zu. Für einen verbesserten Zugang zu diesen Interventionen sind politische Initiativen und gesetzgeberische Maßnahmen erforderlich. Zum Beispiel hat der Gesetzgeber in Tunesien festgelegt: „Menschen mit psychischen Störungen haben das Recht auf angemessene medizinische Versorgung und physische Behandlung und, soweit möglich, auf Ausbildungs-, Schulungs- und Rehabilitationsmaßnahmen, die sie bei der Entwicklung ihrer Kenntnisse und Fähigkeit unterstützen“ (Gesetz zur psychischen Gesundheit, 1992, Tunesien).

4.5 Zugang zu Krankenversicherungen und sonstigen Versicherungen

In vielen Staaten ist die Gesundheitsversorgung an den Abschluss einer Krankenversicherung gebunden. Die Gesetze dieser Staaten sollten Bestimmungen enthalten, die Personen mit psychischen Störungen davor schützen, beim Abschluss geeigneter Krankenversicherungen für die Versorgung und Behandlung körperlicher und psychischer Gesundheitsprobleme von privaten und gesetzlichen Krankenversicherern diskriminiert zu werden. In den Vereinigten Staaten von Amerika (USA) schützt der Mental Health Parity Act [*Gesetz zur Gleichstellung im Bereich psychische Gesundheit*] (1996) vor Diskriminierungen durch Krankenversicherungen bei der Festlegung der Jahresobergrenzen für psychosoziale Gesundheitsleistungen im Vergleich zu Entschädigungsleistungen für Körperverletzungen (s. auch Unterkapitel 4.1 mit Anmerkungen zur Gleichstellung mit körperlicher Gesundheit).

In jüngster Zeit neigen Krankenversicherer dazu, auf der Grundlage des genetischen Profils von Patienten den Versicherungsschutz zu verweigern. Artikel 6 der *Allgemeinen Erklärung über das menschliche Genom und Menschenrechte* bestimmt: „Niemand darf einer Diskriminierung aufgrund genetischer Eigenschaften ausgesetzt werden, die darauf abzielt, Menschenrechte, Grundfreiheiten oder die Menschenwürde zu verletzen, oder dies zur Folge hat.“

Um solchen Praktiken entgegenzuwirken, hat der Kongress der Vereinigten Staaten z. B. im Jahr 1996 den Health Insurance Portability and Accountability Act [*Gesetz zur Übertragbarkeit von Krankenversicherungen und zur Rechenschaftspflicht der Krankenversicherer*, HIPAA] verabschiedet, der es Versicherern untersagt, auf der Grundlage genetischer Tests, die eine Disposition zur Entwicklung bestimmter psychischer oder körperlicher Störungen nachweisen, Antragstellern den Krankenversicherungsschutz zu verweigern.

In einigen Staaten haben Menschen mit psychischen Störungen Schwierigkeiten, Versicherungsschutz zu erhalten, z. B. Einkommens- oder Hypothekentilgungsversicherungen. Wie bei der Krankenversicherung können solche Diskriminierungen einen gesetzlichen Schutz erforderlich machen.

4.6 Förderung von gemeindenaher Versorgung und Enthospitalisierung

Eine wichtige Rolle des Gesetzgebers besteht in der Förderung gemeindenaher Versorgung für psychische Störungen und in der Reduzierung nicht freiwilliger Einweisungen in psychosoziale Einrichtungen, insbesondere im Hinblick auf Langzeiteinweisungen in psychosoziale Einrichtungen. Der Gesetzgeber kann den „Grundsatz des geringst möglichen Eingriffs“ festlegen (Behandlungsumfeld und -methode werden nach dem geringst möglichen Eingriff bei gleichzeitiger Einhaltung der Behandlungsanforderungen ausgewählt).

Es können gesetzliche Bestimmungen getroffen werden, nach denen Krankenhauseinweisungen nur zulässig sind, wenn nachgewiesen wird, dass keine gemeindenahen Versorgungsoptionen existieren oder diese gescheitert sind. So wurde in Italien bereits 1978 die folgende Vorschrift erlassen: „... der Antrag auf nicht freiwillige Gesundheitsbehandlung darf eine Krankenhausbehandlung nur dann vorsehen, wenn die psychischen Störungen eine therapeutische Intervention dringend erforderlich machen, wenn der Patient solche Interventionen nicht akzeptiert und *wenn die Voraussetzungen und Bedingungen für sofortige und rechtzeitige Maßnahmen der Gesundheitsversorgung außerhalb des Krankenhauses nicht vorliegen*“ (zusätzliche Hervorhebung) (Freiwillige und nicht freiwillige Gesundheitsbehandlungen, Gesetz Nr. 180, 1978, Italien).

Zwanzig Jahre später wurde in Portugal die folgende Regelung erlassen, die sich nicht nur auf nicht freiwillige Einweisungen bezieht: „Die Bereitstellung psychosozialer Versorgung erfolgt vorwiegend auf Gemeindeebene, damit die Patienten ihre vertraute Umgebung nicht verlassen müssen und ihre Rehabilitation und soziale Integration gefördert wird“ (Gesetz zur psychischen Gesundheit Nr. 36, 1998, Portugal).

In Brasilien sieht eine knapp formulierte Bestimmung vor, dass die Menschen das Recht „auf Behandlung haben, bevorzugt in gemeindenahen psychosozialen Einrichtungen“ (Gesetz zur psychischen Gesundheit Nr. 10.216, 2001, Brasilien), während die Vorschrift in Rio Negro (Argentinien) lautet: „Die Krankenhauseinweisung ist das letzte Mittel, das eingesetzt wird, nachdem alle anderen Behandlungsoptionen versagt haben. ... In jedem Fall ist der Aufenthalt so kurz wie möglich zu gestalten.“ Im Hinblick auf bereits eingewiesene Patienten sieht das Gesetz vor: „Die Wiederherstellung der Identität und Würde und die Achtung von Patienten mit psychischen Störungen durch deren Reintegration in die Gemeinschaft sind die übergeordneten Ziele dieses Gesetzes und aller darin vorgeschriebenen Maßnahmen“. (Gesetz zur Förderung der Gesundheitsversorgung und sozialen Dienste zugunsten von psychisch Kranken Nr. 2440, 1991, Rio Negro, Argentinien). Die Bestimmung verpflichtet die Gesundheitsbehörden, die für die psychosozialen Dienste zuständig sind, zahlreiche gemeindenahe Einrichtungen zu gründen, die eine angemessene Qualität aufweisen und Menschen mit psychischen Störungen zugänglich sind. Geschieht dies nicht, können die Gerichte angerufen werden.

Durch die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit kann somit die Entwicklung gemeindenaher Behandlungseinrichtungen in Staaten oder Regionen gefördert werden, in denen solche Einrichtungen kaum oder überhaupt nicht vorhanden sind. Viele Staaten schreiben vor, welche Gemeindedienste verfügbar sein müssen. In Jamaika sieht der Gesetzgeber beispielsweise vor: „Der kommunale psychosoziale Dienst hat die folgenden Leistungen bereitzustellen:

- a) Dienste für ambulante psychiatrische Kliniken in Gesundheitszentren und allgemeinen Krankenhäusern;
- b) Rehabilitationsangebote nach der Entlassung aus einer psychiatrischen Einrichtung;
- c) betreute Heimversorgung und Unterstützung von Personen mit psychischen Störungen; und
- d) Dienste zur Förderung der psychischen Gesundheit“ (Mental Health Act, 1997, Jamaika).

Gemeindenaher Versorgung und Rehabilitation lassen sich auch durch Gesetze fördern, mit denen untersagt wird, nicht freiwillig eingewiesene Personen länger zu internieren, als im Einzelfall absolut notwendig ist (s. Unterkapitel 8.3). In außergewöhnlichen Ausnahmefällen kann es erforderlich sein, nicht freiwillige Internierungen länger als normalerweise erforderlich auszudehnen, dann muss jedoch schlüssig nachgewiesen werden, dass die ursprünglichen Umstände, die zur nicht freiwilligen Einweisung geführt haben, weiterhin offenkundig sind. Fehlende Nachbetreuungseinrichtungen können allgemein keine Rechtfertigung für die Fortsetzung der nicht freiwilligen Internierung sein. Nachbetreuungs- und Rehabilitationsdienste sind integraler Bestandteil der psychosozialen Versorgung und Behandlung und daher bedarf es gesetzlicher Bestimmungen, die die Entwicklung solcher Dienste im Rahmen der Förderung des Zugangs zur Versorgung regeln.

Zugang zu psychosozialer Versorgung: Zusammenfassung

- Eine wichtige Aufgabe der Gesetzgebung liegt in der Verbesserung des Zugangs zu psychosozialer Versorgung. Dies beinhaltet die erhöhte Verfügbarkeit von Dienstleistungen, verbesserte finanzielle und geografische Zugänglichkeit und die Bereitstellung von Diensten, die eine akzeptable und angemessene Qualität aufweisen.
- Einige Länder sehen die Möglichkeit vor, besondere Bestimmungen zur Ressourcenzuweisung und Finanzierung der psychosozialen Dienste einzufügen. Soweit dies möglich ist, sollte angegeben werden, wo die Ressourcen einzusetzen sind, damit eine angemessene Bereitstellung in Bereichen wie gemeindenaher psychosozialer Versorgung sowie Präventions- und Förderprogrammen erreicht wird.
- In den meisten Fällen enthält die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit keine unmittelbaren Bestimmungen zur Finanzierung. Die Gesetze können jedoch die Ressourcenverteilung beeinflussen, z. B. durch Bestimmungen, die sich auf die erforderliche Gleichstellung mit der körperlichen Gesundheit beziehen und neue Anforderungen an Dienstleistungen festlegen, wodurch eine zusätzliche Finanzierung oder eine Neuverteilung bestehender Mittel erforderlich werden kann, und/oder durch Bestimmungen, die die Errichtung eines Nachprüfungsorgans der psychischen Gesundheit oder eines Beschwerdegerichts vorschreiben.
- Der Gesetzgeber kann die Einbindung psychosozialer Interventionen in die primäre Gesundheitsversorgung fördern und auf diese Weise den Zugang für unterversorgte Bevölkerungsgruppen erleichtern und die Stigmatisierungen reduzieren, die psychischen Störungen entgegengebracht werden.
- Gesetze zur psychischen Gesundheit können dazu beitragen, dass Dienstleistungen gerechter unter den verschiedenen Regionen und Gesellschaftssegmenten verteilt werden, indem gesetzliche Kriterien für eine bedürfnisorientierte Zuweisung von Dienstleistungen festgelegt werden.
- Der Gesetzgeber kann darüber hinaus den Zugang zu psychotropen Stoffen verbessern, indem er z. B. die Gleichstellung mit körperlicher Gesundheit vorschreibt; ausdrücklich festlegt, dass eine angemessene Bereitstellung psychiatrischer Medikamente über die Liste der unentbehrlichen Arzneimittel des jeweiligen Staates zu gewährleisten ist; und Allgemeinärzten und sonstigen medizinischen Spezialisten, die angemessen geschult wurden, die Verschreibung dieser Medikamente erlaubt.
- Die Gesetze zur psychischen Gesundheit sollten außerdem den Zugang zu psychosozialen Interventionen – z. B. Beratung, unterschiedliche Psychotherapien und berufliche Rehabilitation – fördern.
- Nachbetreuungs- und Rehabilitationsdienste sind integraler Bestandteil der psychosozialen Versorgung und Behandlung und daher bedarf es gesetzlicher Bestimmungen, die die Entwicklung solcher Dienste im Rahmen der Förderung des Zugangs zur Versorgung regeln.
- In Staaten mit gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungssystemen sollte der Gesetzgeber sicherstellen, dass Personen mit psychischen Störungen geeigneten Versicherungsschutz für die Behandlung sowohl psychischer als auch körperlicher Gesundheitsprobleme erhalten.
- Durch Umsetzung des „Grundsatzes des geringst möglichen Eingriffs“ kann der Gesetzgeber die gemeindenaher Versorgung psychischer Störungen fördern und die Zahl nicht freiwilliger Einweisungen in psychosoziale Einrichtungen reduzieren, insbesondere im Hinblick auf Langzeiteinweisungen in psychosoziale Einrichtungen.

5. Rechte der Nutzer psychosozialer Dienste

In diesem Abschnitt werden wichtige Rechte der Nutzer psychosozialer Dienste erörtert, die formal durch die Gesetzgebung geschützt werden sollten. Einige dieser Rechte (z. B. Vertraulichkeit) beziehen sich nicht speziell auf Nutzer psychosozialer Dienste, sondern gelten ebenso für die Nutzer sonstiger Gesundheitsdienste. Angesichts von Menschenrechtsverletzungen, Stigmatisierungen und Diskriminierungen und zum Teil auch aufgrund der Besonderheiten psychischer Störungen benötigen die Betroffenen bisweilen jedoch einen besonderen und zusätzlichen Schutz. Menschen mit psychischen Störungen werden manchmal als „Unpersonen“ behandelt, ähnlich wie dies mit Kindern – oder sogar Tieren – geschieht. Häufig geht man davon aus, dass sie nicht über die

Entscheidungsfähigkeit von Erwachsenen verfügen, was zu einer völligen Missachtung ihrer Gefühle und menschlichen Würde führt.

Die im Folgenden erörterten Rechte gelten gleichermaßen für alle Nutzer psychosozialer Dienste. In vielen Gesetzen zur psychischen Gesundheit werden die Rechte von Menschen mit psychischen Störungen ausdrücklich erwähnt (z. B. Brasilien, Litauen, Portugal, Russische Föderation, Südafrika, ehemalige jugoslawische Republik Mazedonien und viele andere). In diesem Abschnitt werden zwar bei weitem nicht alle, jedoch einige der wichtigsten Rechte hervorgehoben und diskutiert.

5.1 Vertraulichkeit

MI Principles: Vertraulichkeit

Das Recht auf die vertrauliche Behandlung von Informationen über alle Personen, für die diese Grundsätze gelten, ist zu achten.

(Grundsatz 6, MI Principles)

Menschen mit psychischen Störungen haben das Recht, dass Informationen über sie und ihre Krankheit sowie deren Behandlung vertraulich behandelt werden; solche Informationen sollten ohne ihre Zustimmung nicht gegenüber Dritten offengelegt werden.

Psychosoziale Gesundheitsfachkräfte sind an professionelle Verhaltenskodizes gebunden, die üblicherweise Bestimmungen zur Vertraulichkeit enthalten. Alle Fachkräfte, die mit der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen befasst sind, müssen dafür sorgen, dass nicht gegen das Vertraulichkeitsgebot verstoßen wird. Es ist von großer Bedeutung, dass alle Mitglieder von Teams, die sich mit psychischer Gesundheit befassen, die Geheimhaltungsvorschriften kennen. Außerdem sollten die zuständigen Behörden für psychosoziale Einrichtungen sicherstellen, dass angemessene Verfahren zur Gewährleistung der Vertraulichkeit im Hinblick auf Menschen mit psychischen Störungen beachtet werden. Dies hat zur Folge, dass ein effektives System eingeführt werden muss, das den Zugriff auf die klinischen Aufzeichnungen zu den Patienten sowie auf sonstige Datenspeicher, z. B. elektronische Datenbanken, ausschließlich an befugte Personen freigibt.

Gesetze zur psychischen Gesundheit können zum Schutz der Vertraulichkeit auch Sanktionen und Strafen für Verstöße gegen das Vertraulichkeitsgebot durch Fachkräfte oder psychosoziale Einrichtungen einführen. Soweit dies möglich ist, sollten bei Missachtung des patientenbezogenen Vertraulichkeitsgebots jedoch statt einer gerichtlichen Ahndung andere Maßnahmen ergriffen werden, z. B. Schulung der betreffenden Person und geeignete Verwaltungsverfahren. Dennoch können in bestimmten Ausnahmefällen strafrechtliche Sanktionen geboten sein.

Es gibt einige wenige Ausnahmesituationen, in denen das Vertraulichkeitsgebot nicht beachtet werden muss. Der Gesetzgeber kann die Umstände festlegen, in denen Informationen zu Patienten mit psychischen Störungen ohne deren vorherige Zustimmung gegenüber Dritten offengelegt werden dürfen. Zu solchen Ausnahmen können lebensbedrohliche Notfälle zählen oder Situationen, in denen die Wahrscheinlichkeit besteht, dass Dritte Schaden nehmen. Der Gesetzgeber kann auch Fälle erfassen, mit denen die Gefahr einer erheblichen Morbidität oder eines erheblichen Leidens abgewendet wird. Es sollten jedoch nur solche Informationen weitergegeben werden, die für den jeweiligen Zweck erforderlich sind. Soweit Gerichte die Freigabe klinischer Informationen an Justizbehörden verlangen (z. B. in Strafsachen) und die Informationen für die jeweilige Rechtssache maßgeblich sind, müssen psychosoziale Gesundheitsfachkräfte die angeforderten Informationen bereitstellen. Darüber hinaus gibt es weitere komplizierte Fragestellungen, die das Vertraulichkeitsgebot und die notwendige Weitergabe von Informationen an Primärversorger – häufig Angehörige – betreffen (nähere Darstellung in Unterkapitel 6). Per Gesetz kann sichergestellt werden, dass Patienten und ihre persönlichen Vertreter berechtigt sind, Entscheidungen zur Freigabe von Informationen gerichtlich überprüfen zu lassen bzw. dagegen Widerspruch zu erheben.

5.2 Zugang zu Informationen

Menschen mit psychischen Störungen sollten durch gesetzliche Bestimmungen das Recht erhalten, freien und umfassenden Zugang zu ihren klinischen Daten zu erhalten, die von psychosozialen Einrichtungen und psychosozialen Gesundheitsfachkräften gespeichert werden. Das Recht wird durch allgemeine Menschenrechtsvorschriften geschützt, z. B. Artikel 19 ICCPR und die MI Principles.

1. Ein Patient ... hat ein Zugangsrecht zu den ihn betreffenden Informationen in den Krankenakten und persönlichen Akten, die in einer psychiatrischen Klinik geführt werden. Dieses Recht kann eingeschränkt werden, um zu verhindern, daß der Gesundheit des Patienten schwerer Schaden zugefügt und die Sicherheit Dritter gefährdet wird. Soweit nach innerstaatlichem Recht vorgesehen, sollten alle solche Informationen, die dem Patienten nicht gegeben werden, dem persönlichen Vertreter und dem Rechtsberater des Patienten mitgeteilt werden, sofern dies vertraulich geschehen kann. Werden einem Patienten Informationen vorenthalten, so ist der Patient oder gegebenenfalls der Rechtsberater des Patienten über die Entscheidung und deren Begründung zu unterrichten und unterliegt die Entscheidung der Nachprüfung durch ein Gericht.

2. Etwaige schriftliche Stellungnahmen des Patienten oder des persönlichen Vertreters oder des Rechtsberaters des Patienten sind auf Ersuchen in die Akte des Patienten aufzunehmen.

(Grundsatz 19 (1) und (2), MI Principles)

In außergewöhnlichen Situationen kann die Offenlegung der klinischen Daten einer Person die Sicherheit Dritter gefährden oder die psychische Gesundheit des Betroffenen schwer schädigen. Beispielsweise enthalten klinische Daten manchmal Informationen von Dritten, z. B. Angehörigen oder Fachkräften, zu schwer gestörten Patienten, und die Weitergabe an die Patienten kann zu bestimmten Zeitpunkten zu schweren Rückfällen führen oder die Patienten sogar dazu veranlassen, sich selbst oder Dritten Schaden zuzufügen. In vielen Rechtsordnungen sind Fachkräfte daher berechtigt (und verpflichtet), solche Daten zurückzuhalten. Normalerweise darf die Zurückhaltung der Informationen nur vorübergehend erfolgen, bis die Betroffenen mit den Informationen rational umgehen können. Per Gesetz kann sichergestellt werden, dass Patienten und ihre persönlichen Vertreter berechtigt sind, Entscheidungen zur Zurückhaltung von Informationen gerichtlich überprüfen zu lassen bzw. dagegen Widerspruch zu erheben.

Patienten und ihre persönlichen Vertreter sind darüber hinaus berechtigt, die Aufnahme ihrer Bemerkungen in die medizinischen Akten zu verlangen, ohne dass die bestehenden Aufzeichnungen geändert werden.

Gesetze (oder Verordnungen) können das Verfahren beschreiben, mit dem Patienten von ihrem Recht auf Zugang zu Informationen Gebrauch machen können. Dazu gehören die folgenden Aspekte:

- das Verfahren, mit dem Zugang zu Informationen beantragt wird;
- der Kreis der berechtigten Antragsteller;
- die Frist nach Antragseingang, innerhalb derer die psychosoziale Einrichtung die Daten verfügbar machen muss;
- die Fachkräfte, die die Daten vor deren Weitergabe an den Patienten und/oder dessen persönlichen Vertreter überprüfen und festlegen, welche Teile nicht offenzulegen sind und mit welcher Begründung diese (etwaige) Vorenthaltung erfolgt;
- Begründung der Vorenthaltung von Daten, soweit dem Patienten und/oder dessen persönlichem Vertreter nur Auszüge aus den Daten offengelegt werden;
- außergewöhnliche Umstände, in denen der Zugang zu Informationen verweigert werden darf.

Außerdem ist es wichtig, dass Gesundheitseinrichtungen über Mitarbeiter verfügen, die die Informationen in den Patientenakten oder -datensätzen überprüfen und den Patienten und/oder deren gesetzlichen Vertretern erläutern.

5.3 Rechte und Lebensumstände in psychosozialen Einrichtungen

Menschen mit psychischen Störungen, die in psychosozialen Einrichtungen wohnen, sind häufig unzulänglichen Lebensbedingungen ausgesetzt. Dazu gehören fehlende oder ungeeignete Kleidung, schlechte sanitäre Einrichtungen und unzureichende Hygiene, Unter- und Fehlernährung, fehlende Privatsphäre, Zwangsarbeit sowie körperlicher, psychischer und sexueller Missbrauch durch andere Patienten und das Personal (s. Kapitel 1 Unterkapitel 3.2). Solche Lebensumstände verstoßen gegen die international geltenden Bestimmungen zu den Rechten und Lebensumständen in psychosozialen Einrichtungen.

1. Jeder Patient in einer psychiatrischen Klinik hat insbesondere das Recht auf volle Achtung
 - (a) seines Rechts, überall als rechtsfähig anerkannt zu werden;
 - (b) seines Privatlebens;
 - (c) seines Rechts auf freien Verkehr, einschließlich des Rechts auf freien Verkehr mit anderen Personen in der Anstalt; seines Rechts, private Mitteilungen unzensuriert zu senden und zu erhalten; seines Rechts, Besuche unter vier Augen von einem Rechtsberater oder einem persönlichen Vertreter sowie zu allen zumutbaren Zeiten von anderen Besuchern zu erhalten; sowie seines Rechts auf Zugang zu Post- und Fernsprechkonversationen sowie zu Zeitungen, Rundfunk und Fernsehen;
 - (d) seiner Religions- oder Überzeugungsfreiheit.
2. Die Umwelt- und die Lebensbedingungen in psychiatrischen Kliniken sollen denjenigen, die im Leben von Personen ähnlichen Alters normalerweise anzutreffen sind, möglichst weitgehend entsprechen und sollen insbesondere umfassen:
 - (a) Erholungs- und Freizeiteinrichtungen;
 - (b) Bildungseinrichtungen;
 - (c) Einrichtungen zum Erwerb oder Erhalt von täglichen Bedarfsgegenständen sowie für den Erholungs- und Kommunikationsbedarf;
 - (d) Einrichtungen, die es dem Patienten gestatten, sich aktiv in einer Weise zu betätigen, die seinen sozialen und kulturellen Traditionen entspricht, sowie Einrichtungen für geeignete berufliche Rehabilitationsmaßnahmen zur Förderung einer Wiedereingliederung in die Gemeinschaft und die Ermutigung zur Nutzung dieser Einrichtungen. Diese Maßnahmen sollten Berufsberatung, Berufsausbildung und Arbeitsplatzvermittlung umfassen und die Patienten in die Lage versetzen, einen Arbeitsplatz in der Gemeinschaft zu finden und zu halten.
3. Ein Patient darf unter keinen Umständen zur Zwangsarbeit herangezogen werden. Innerhalb der mit den Bedürfnissen des Patienten und den Erfordernissen der Klinikverwaltung vereinbarten Grenzen muß der Patient die Art der Arbeit wählen können, die er verrichten will.
4. Die Arbeitskraft eines Patienten in einer psychiatrischen Klinik darf nicht ausgenutzt werden. Jeder Patient hat das Recht, die gleiche Bezahlung für von ihm verrichtete Arbeit zu erhalten, wie sie ein Nichtpatient nach innerstaatlichem Recht oder Brauch erhalten würde. Auf jeden Fall hat jeder Patient das Recht auf einen gerechten Anteil an jeder Bezahlung, die die psychiatrische Klinik für seine Arbeit erhält.

(Grundsatz 13, MI Principles)

5.3.1 Umwelt

Patienten, die in psychosoziale Einrichtungen eingewiesen werden, haben gemäß Artikel 7 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR) das Recht, vor grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung geschützt zu werden.

Das Vorhandensein einer sicheren und hygienischen Umgebung ist ein gesundheitliches Anliegen und von entscheidender Bedeutung für das allgemeine Wohlbefinden einer Person. Im Rahmen der psychosozialen Behandlung sollten die Betroffenen keinen unsicheren oder unhygienischen Bedingungen ausgesetzt sein.

In einigen Einrichtungen werden die Bewohner nur unzureichend ernährt und bekleidet, im Winter wird nicht ausreichend geheizt oder es fehlt an warmer Bekleidung, die Räumlichkeiten schützen nicht vor Verletzungen, es fehlt an geeigneter Gesundheitsversorgung und entsprechenden Einrichtungen zur Verhütung ansteckender Krankheiten und die sanitären und hygienischen Vorrichtungen halten die Mindeststandards nicht ein. Personelle Engpässe führen mitunter dazu, dass Patienten zu Wartungsarbeiten verpflichtet werden, die unentgeltlich oder gegen geringfügige Vorteile zu erbringen sind. Solche Praktiken stellen eine unmenschliche und erniedrigende Behandlung dar und verstoßen gegen Artikel 7 ICCPR.

Aus den MI Principles ergibt sich, dass die Umweltbedingungen in psychosozialen Einrichtungen den normalen Lebensbedingungen möglichst weitgehend entsprechen müssen. Dies gilt für Freizeit- und Ausbildungseinrichtungen sowie für Orte der Religionsausübung und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen.

Die Gesetze (oder begleitenden Verordnungen) sollten Mindeststandards für psychosoziale Einrichtungen festlegen, mit denen angemessen sichere, therapeutische und hygienische Lebensbedingungen gewährleistet werden. Der Gesetzgeber kann auch ein „Inspektionsgremium“ einführen, das die Einrichtungen vor Ort aufsucht, um die Einhaltung dieser Rechte und Bedingungen sicherzustellen (s. Unterkapitel 13). Es ist wichtig, dass das Gesetz die Maßnahmen festlegt, die das Inspektionsgremium bei Nichteinhaltung der Bedingungen ergreifen kann, denn ohne gesetzliche Befugnisse kommt derartigen Gremien lediglich eine untergeordnete Rolle innerhalb eines missbräuchlichen Systems zu.

5.3.2 Privatsphäre

Die Privatsphäre ist ein umfassender Begriff, mit dem geregelt wird, in welchem Umfang die Gesellschaft in persönliche Angelegenheiten eingreifen darf. Er umfasst das Recht auf informationelle Privatsphäre, körperliche Privatsphäre, kommunikative Privatsphäre und räumliche Privatsphäre. Diese Rechte werden häufig, insbesondere in psychiatrischen Einrichtungen, gegenüber Menschen mit psychischen Störungen verletzt. Beispielsweise werden Patienten gezwungen, jahrelang in Schlafräumen oder „Menschenlagern“ zu leben, in denen sie kaum Privatsphäre haben. Oft fehlen Regale oder ähnliche Vorrichtungen zur Aufbewahrung persönlicher Gegenstände. Auch wenn Patienten in Einzel- oder Doppelzimmern leben, ist es Pflegepersonal oder anderen Patienten häufig möglich, die Privatsphäre zu verletzen.

Per Gesetz kann die Einhaltung der räumlichen Privatsphäre von Patienten vorgeschrieben werden, und psychosoziale Einrichtungen können zur Ergreifung entsprechender Maßnahmen verpflichtet werden. Dies kann sich jedoch in Staaten mit niedrigem Volkseinkommen und beschränkten Ressourcen als schwierig erweisen; in solchen Fällen sollte der oben erläuterte Grundsatz der Gleichstellung mit der übrigen Gesundheitsversorgung ein erster Schritt sein. Auch wenn der Gleichstellungsgrundsatz verwirklicht ist, sind die Probleme häufig noch nicht beseitigt. Die Ursache liegt darin, dass die Bedingungen vieler allgemeiner Krankenhäuser in den Entwicklungsländern weit unter den annehmbaren Standards für die Privatsphäre liegen und sich die Anforderungen, die an chronische Pflegefälle (bei denen die Wahrung der Privatsphäre am schwierigsten ist) zu stellen sind, deutlich von akuten Fällen unterscheiden. In Einrichtungen, die den Patienten ein dauerhaftes „Zuhause“ bieten, sind offenkundig völlig andere Anforderungen an die Privatsphäre zu stellen, als dies bei kurzfristigen Krankenhausaufenthalten der Fall ist.

Soweit in einem Staat zahlreiche Menschen in Pflegeeinrichtungen und Krankenhäusern untergebracht sind, müssen die Vorgaben an die Privatsphäre eingehalten und die schrittweise Verwirklichung der entsprechenden Rechte überwacht werden. In Einrichtungen, in denen sich mehrere Personen ein Zimmer teilen, ist z. B. schon die Bereitstellung eines privaten Raums zum Empfang von Gästen eine Maßnahme zum verbesserten Schutz der Privatsphäre. Erbringt die Gemeinschaft geeignete Dienstleistungen, so kann die Enthospitalisierung bei vielen Menschen zu einem besseren Privatsphärenschutz beitragen, indem sie die überfüllten und unpersönlichen Krankenhäuser verlassen können.

Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass das Recht auf Privatsphäre in psychosozialen Einrichtungen nicht bedeutet, dass im Einzelfall die Betroffenen – z. B. suizidgefährdete Patienten – nicht zu ihrem eigenen Schutz durchsucht oder laufend beobachtet werden dürfen. In solchen Fällen muss der Eingriff sorgfältig vor dem Hintergrund des international anerkannten Rechts auf Privatsphäre abgewogen werden.

5.3.3 Kommunikation

Die Patienten, insbesondere nicht freiwillig eingewiesene Patienten, haben ein Recht auf Kommunikation mit der Außenwelt. Viele Einrichtungen lassen vertrauliche Treffen mit der Familie, einschließlich Ehegatten und Freunden, nur eingeschränkt zu. Die Kommunikation wird häufig überwacht, Briefe werden geöffnet und manchmal zensiert. Der Gesetzgeber kann solche Praktiken psychosozialer Einrichtungen unterbinden. Wie bei der Vertraulichkeit und dem Zugang zu Informationen (s.o.) können aber auch hier außergewöhnliche Umstände vorliegen, in denen die Kommunikation eingeschränkt werden muss. Ist hinreichend nachgewiesen, dass die Kommunikation die Gesundheit oder Zukunftschancen des Patienten schädigen oder die Rechte und Freiheiten anderer Menschen beeinträchtigen würde, wenn sie nicht beschränkt wird, so kann eine Beschränkung angemessen sein. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn ein Patient andere Personen mehrfach mit unerfreulichen Telefonaten oder Briefen belästigt oder ein depressiver Patient ein Kündigungsschreiben verfasst und an seinen Arbeitgeber versenden möchte. Der Gesetzgeber kann solche Ausnahmefälle definieren und den Betroffenen im Hinblick auf diese Beschränkungen ein Widerspruchsrecht einräumen.

5.3.4 Arbeit

Der Gesetzgeber kann Zwangsarbeit in psychosozialen Einrichtungen unterbinden. Hierunter fallen Sachverhalte, in denen Patienten gegen ihren Willen zur Arbeit gezwungen werden (z. B. wegen personeller Engpässe innerhalb der Einrichtung) oder für ihre Arbeit nicht angemessen und ordnungsgemäß bezahlt werden, sowie Fälle, in denen Patienten dazu gebracht werden, gegen geringwertige Vorteile die persönlichen Aufgaben der Mitarbeiter der Einrichtung zu verrichten.

Zwangsarbeit darf nicht mit Beschäftigungstherapie verwechselt werden. Sie sollte auch nicht mit Situationen verglichen werden, in denen Patienten im Rahmen eines Rehabilitationsprogramms ihr Bett selbst machen oder für andere Menschen in ihrer Einrichtung kochen müssen. Es gibt jedoch gewisse Grauzonen, und der Gesetzgeber sollte sich in diesen Fragen um ein Höchstmaß an Eindeutigkeit bemühen.

5.4 Rechtsbelehrung

Auch wenn der Gesetzgeber Menschen mit psychischen Störungen viele Rechte einräumen mag, so kennen die Betroffenen ihre Rechte häufig nicht und sind daher an deren Ausübung gehindert. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Gesetze Bestimmungen vorsehen, denen zufolge Patienten im Umgang mit psychosozialen Diensten über ihre Rechte aufzuklären sind.

MI Principles: Belehrung über die Rechte

- 1. Ein Patient in einer psychiatrischen Klinik ist so bald wie möglich nach der Aufnahme in einer ihm verständlichen Form und Sprache über alle seine Rechte gemäß diesen Grundsätzen und nach innerstaatlichem Recht zu belehren, einschließlich einer Erläuterung dieser Rechte und ihrer Ausübungsmodalitäten.**
- 2. Soweit und solange der Patient nicht in der Lage ist, diese Belehrung zu verstehen, sind die Rechte des Patienten gegebenenfalls und soweit angebracht seinem persönlichen Vertreter beziehungsweise der Person oder den Personen mitzuteilen, die am besten in der Lage und bereit sind, die Interessen des Patienten zu vertreten.**

(Grundsatz 12 (1) und (2), MI Principles)

Der Gesetzgeber kann sicherstellen, dass die Rechtsbelehrung von Patienten bei ihrer Einweisung in eine psychosoziale Einrichtung erfolgt oder baldmöglichst nach Einweisung, sobald der Zustand des Patienten dies zulässt. Im Rahmen der Belehrung sollte erläutert werden, was die Rechte bedeuten und wie sie ausgeübt werden können, und die Belehrung hat in einer Weise zu erfolgen, die von den Patienten verstanden wird. Werden in einem Staat mehrere Sprachen gesprochen, sollte die Rechtsbelehrung in der Sprache erfolgen, die der Patient auswählt.

Ein Beispiel für eine Rechtsbelehrung findet sich in Anhang 6: *Ihre Rechte als Klient oder Patient*, Connecticut Department of Mental Health & Addiction Services. Anhang 7 enthält die Zusammenfassung eines Dokuments zur Patientenrechten, das an alle Patienten mit psychischen Störungen im US-Bundesstaat Maine ausgegeben wird.

Es wird jedoch hervorgehoben, dass der Alphabetisierungsgrad und das Verständnis von Fachbegriffen und Verfahren von entscheidender Bedeutung sind und die angeführten Beispiele für viele Staaten ungeeignet sein mögen. Allerdings können die Staaten z. B. Flugblätter, Plakate und Tonbandaufnahmen entwickeln oder auf sonstige Verfahren zurückgreifen, die leicht verstanden werden und die Rechte der Menschen in dem jeweiligen Staat wiedergeben. Der Gesetzgeber kann festlegen, dass die Rechte den persönlichen Vertretern und/oder Angehörigen mitgeteilt werden, soweit Patienten die Informationen nicht verstehen können.

Rechte der Nutzer psychosozialer Dienste: Zusammenfassung

Vertraulichkeit

- Der Gesetzgeber hat dafür zu sorgen, dass das Recht des Patienten auf Vertraulichkeit gewahrt wird.
- Der Gesetzgeber sollte festlegen, dass alle im klinischen Kontext (d. h. im Zusammenhang mit Versorgung und Behandlung in einem beliebigen Umfeld) gewonnenen Informationen vertraulich behandelt werden und alle Beteiligten für die Wahrung der Vertraulichkeit verantwortlich sind. Hiervon sind notwendigerweise alle Personen erfasst, die im Rahmen der Einrichtungen und Dienste gegenüber Personen mit psychischen Störungen Versorgungs- und Behandlungsleistungen erbringen.
- Der Gesetzgeber kann Sanktionen und Strafen für absichtliche Verstöße gegen das Vertraulichkeitsgebot durch Fachkräfte und/oder psychosoziale Einrichtungen einführen.
- Die gesetzlichen Vertraulichkeitsbestimmungen sind gleichermaßen auf elektronisch/digital gespeicherte Informationen anwendbar, einschließlich nationaler und regionaler Datenbanken sowie Materialsammlungen mit persönlichen Informationen zu Menschen mit psychischen Störungen.
- Der Gesetzgeber kann Ausnahmesituationen definieren, in denen das Vertraulichkeitsgebot nicht beachtet werden muss. Diese könnten die folgenden Fälle beinhalten:
 - a) lebensbedrohliche Notfälle, in denen die Informationen dringend zur Rettung von Menschenleben benötigt werden;
 - b) erhebliche Wahrscheinlichkeit einer schweren Schädigung oder Verletzung der betreffenden Person oder Dritter;
 - c) Abwendung der Gefahr einer erheblichen Morbidität und eines erheblichen Leidens;
 - d) Interessen der öffentlichen Sicherheit;
 - e) gerichtliche Anordnung (z. B. in Strafsachen).
- Der Gesetzgeber kann sicherstellen, dass Patienten und ihre persönlichen Vertreter berechtigt sind, Entscheidungen zur Freigabe von Informationen gerichtlich überprüfen zu lassen bzw. dagegen Widerspruch zu erheben.

Zugang zu Informationen

- Der Gesetzgeber sollte sicherstellen, dass Menschen mit psychischen Störungen das Recht auf freien und umfassenden Zugang zu ihren klinischen Daten erhalten.
- Der Gesetzgeber sollte darüber hinaus Ausnahmefälle definieren, in denen der Zugang zu diesen Informationen beschränkt werden darf (wenn die Offenlegung klinischer Daten die Sicherheit Dritter gefährden oder die psychische Gesundheit des Betroffenen schwer schädigen kann).
- Die Zurückhaltung von Informationen sollte nur vorübergehend erfolgen, bis die Person in der Lage ist, rationaler mit den Informationen umzugehen.
- Der Gesetzgeber kann festlegen, dass Patienten und ihre persönlichen Vertreter berechtigt sind, Entscheidungen zur Zurückhaltung von Informationen gerichtlich überprüfen zu lassen bzw. dagegen Widerspruch zu erheben.
- Patienten und ihre persönlichen Vertreter sind darüber hinaus berechtigt, die Aufnahme ihrer Bemerkungen in die medizinischen Akten zu verlangen, ohne dass die bestehenden Daten geändert werden.
- Die Gesetze (oder Verordnungen) können das Verfahren beschreiben, mit dem Patienten ihr Recht auf Zugang zu Informationen ausüben.
- Außerdem ist es wichtig, dass Gesundheitseinrichtungen über Mitarbeiter verfügen, die die Informationen in den Patientenakten oder -datensätzen überprüfen und den Patienten und/oder deren gesetzlichen Vertretern erläutern.

Rechte und Lebensumstände in psychosozialen Einrichtungen

Der Gesetzgeber sollte Patienten psychosozialer Einrichtungen Schutz vor grausamer, unmenschlicher und erniedrigender Behandlung gewährleisten. Der Gesetzgeber kann insbesondere die folgenden Regelungen treffen:

- a) Bereitstellung einer sicheren und hygienischen Umgebung;
- b) Gewährleistung angemessener Sanitärbedingungen innerhalb der Einrichtungen;
- c) Schaffung eines Lebensumfelds mit Freizeit-, Erholungs-, Ausbildungseinrichtungen und Orten der Religionsausübung;
- d) angemessenes Angebot beruflicher Rehabilitation (dies würde die Patienten bei der Vorbereitung auf ein Leben in der Gemeinschaft nach Verlassen der Einrichtung unterstützen);
- e) Recht auf Austausch mit gleich- und andersgeschlechtlichen Menschen;
- f) Strukturierung des Patientenumfelds im Hinblick auf größtmöglichen Schutz der Privatsphäre der Patienten;
- g) freie und unbeschränkte Kommunikation der Patienten mit der Außenwelt, einschließlich Besuchen, Briefen und sonstiger Kommunikation mit Freunden, Angehörigen und Dritten (Ausnahmefälle, in denen die Kommunikation beschränkt werden kann, sollten gesetzlich festgelegt werden);
- h) keine Zwangsarbeit gegen den Willen der Patienten sowie angemessene Vergütung der Arbeitsleistung von Patienten.

Rechtsbelehrung

- Der Gesetzgeber sollte Bestimmungen vorsehen, denen zufolge Patienten im Umgang mit psychosozialen Diensten frühestmöglich über ihre Rechte aufzuklären sind. Die Rechtsbelehrung sollte innerhalb kürzester Frist erfolgen.
- Die Belehrung sollte in einer Weise erfolgen, die von den Patienten verstanden wird.
- Der Gesetzgeber sollte darüber hinaus festlegen, dass die Rechte den persönlichen Vertretern und/oder Angehörigen mitgeteilt werden, soweit Patienten die Informationen nicht verstehen können.

6. Rechte der Familienangehörigen und Betreuer von Personen mit psychischen Störungen

Die Bedeutung der Familienangehörigen und sonstigen Betreuer von Menschen mit psychischen Störungen ist in den verschiedenen Staaten und Kulturen sehr unterschiedlich. Auf jeden Fall übernehmen Familienangehörige und Betreuer üblicherweise zahlreiche Aufgaben, die mit der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen einhergehen. Dazu zählt das Bereitstellen einer Unterkunft, die Bekleidung und Ernährung der Betroffenen und die Überwachung ihrer Medikamenteneinnahme. Darüber hinaus sorgen sie dafür, dass die Betroffenen in Pflege- und Rehabilitationsprogramme eingebunden werden, und sie unterstützen sie bei der Durchführung dieser Programme. Häufig sind sie die Leidtragenden des Verhaltens der Betroffenen, wenn diese erkranken oder einen Rückfall erleiden, und es sind gewöhnlich die Pfleger/Familienangehörigen, die die an einer psychischen Störung leidenden Menschen von Herzen lieben und betreuen und die um deren Wohl besorgt sind. Manchmal sind auch sie Stigmatisierungen und Diskriminierungen ausgesetzt. In einigen Staaten haften Familienangehörige und Betreuer außerdem gegenüber Dritten für die Handlungen der Personen mit psychischen Störungen. Die wichtige Rolle, die der Familie zukommt, muss gesetzlich anerkannt werden.

Familienangehörige und Betreuer brauchen Informationen über die Krankheit und die Behandlungspläne, um sich besser um ihre kranken Verwandten kümmern zu können. Der Gesetzgeber sollte die Offenlegung von Informationen nicht willkürlich allein aufgrund des Vertraulichkeitsgebots verweigern – auch wenn der Umfang des Rechts auf vertrauliche Behandlung von Informationen je nach Kulturkreis unterschiedlich sein kann. Während z. B. in einigen Kulturkreisen der Wille eines Patienten, Informationen nicht an Familienangehörige oder Betreuer weiterzugeben, uneingeschränkt respektiert werden müsste, kann die Familie in anderen Kulturen als zusammengefasste, strukturierte Einheit angesehen werden, so dass sich die Vertraulichkeitsebene auf die von dieser Kultur festgelegten Familienangehörigen erstreckt. In den letztgenannten Fällen sind die Patienten selbst wahrscheinlich eher dazu bereit, die Bedeutung der Information von Familienangehörigen anzuerkennen. In Staaten, in denen das Individuum gegenüber der Familie einen höheren Stellenwert hat, wird der Betreffende wahrscheinlich weniger geneigt sein, die Informationen weiterzugeben. Je nach kulturell anerkannter Praxis sind zahlreiche Variationen und Abstufungen möglich. Ein Ansatz könnte z. B. darin liegen, dass Familienangehörige, die laufend für die Pflege eines Patienten verantwortlich sind, gewisse Informationen erhalten, die für ihre unterstützende Funktion im Leben des Patienten erforderlich sind, jedoch klinische oder psychotherapeutische Informationen nicht an sie weitergegeben werden.

Das Recht auf Wahrung der Vertraulichkeit steht jedoch außer Frage. Im Rahmen der Gesetzgebung sollte das Recht auf Landesebene ausgelegt werden, und dabei sind die örtlichen kulturellen Realitäten zu berücksichtigen. In Neuseeland sieht der Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Amendment Act [*Änderungsgesetz zur psychischen Gesundheit (Nicht freiwillige Beurteilung und Behandlung)*] 1999 in Section 2 vor: "... die Ausübung der Gesetzgebungsbefugnisse und die Durchführung der Verfahren erfolgt unter Beachtung der folgenden Grundsätze: (a) angemessene Berücksichtigung der Bedeutung und des Stellenwerts, den die Bindung der betreffenden Person an ihre Familie, *Whanau, Hapu, Iwi*,¹ und ihren Familienverband hat; (b) angemessene Berücksichtigung des Einflusses, den diese Bindungen auf das Wohlergehen der betreffenden Person haben; und (c) angemessene Achtung der kulturellen und ethnischen Identität, der Sprache, religiösen Überzeugungen und Wertvorstellungen der betreffenden Person."

Familien können bei der Formulierung und Umsetzung eines Behandlungsplans für den Patienten eine wichtige Rolle spielen, insbesondere wenn der Patient hierzu allein nicht in der Lage ist. In Mauritius sieht das Gesetz vor, dass „der Patient ... oder der nächste Verwandte sich an der Formulierung des Behandlungsplans beteiligen darf“ (Mental Health Care Act, Act 24 of 1998 [*Gesetz zur psychosozialen Versorgung, Gesetz Nr. 24 aus 1998*], Mauritius).

¹ Whanau (Großfamilienverband), Hapu (Teilstamm bestehend aus mehreren Whanau) und Iwi (Stamm bestehend aus mehreren Hapu).

Der Gesetzgeber kann außerdem sicherstellen, dass Familienangehörige in viele Bereiche der psychosozialen Dienste und rechtlichen Verfahren einbezogen werden. So können Familienangehörige das Recht haben, im Namen des erkrankten Verwandten gegen nicht freiwillige Einweisung und Behandlungsentscheidungen Widerspruch einzulegen, wenn die erkrankte Person dazu nicht selbst in der Lage ist. Ebenso können sie berechtigt sein, die Entlassung eines psychisch kranken Straftäters zu beantragen. Die Staaten können darüber hinaus gesetzlich festlegen, dass in den Nachprüfungsorganen auch Familienverbände vertreten sind (s. Unterkapitel 13.2.1).

Außerdem kann der Gesetzgeber sicherstellen, dass Familienangehörige in die Ausarbeitung einer Politik und Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit sowie in die Planung psychosozialer Dienste einbezogen werden. In den Vereinigten Staaten bestimmt der Health Care Quality Improvement Act [Gesetz zur qualitativen Verbesserung der Gesundheitsversorgung, 1986, Public Law 99-660], dass jeder Bundesstaat einen „Planungsrat“ einrichten muss, der aus mindestens 51% Nutzern und Familienangehörigen besteht. Der Planungsrat ist für die Erarbeitung und laufende Überwachung eines von ihm zu genehmigenden Jahresplans für das Dienstleistungssystem des gesamten Bundesstaats zuständig.

Die umfassende Abdeckung sämtlicher Situationen, in denen eine Beteiligung von Familienangehörigen erforderlich wird, ist unmöglich. Der Gesetzgeber kann jedoch den Grundsatz kodifizieren, dass Familienangehörige und Familienorganisationen wichtige Interessenvertreter innerhalb des psychosozialen Gesundheitssystems sind und daher in allen Foren und Organen vertreten sein müssen, in denen strategische Entscheidungen zu psychosozialen Diensten getroffen werden.

Familienangehörige und Betreuer von Personen mit psychischen Störungen: Zusammenfassung

- **Familienangehörige und Betreuer übernehmen üblicherweise zentrale Aufgaben, die mit der Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen einhergehen, und dies ist in den Gesetzen zu berücksichtigen.**
- **Der Gesetzgeber sollte die Offenlegung von Informationen nicht willkürlich allein aufgrund des Vertraulichkeitsgebots verweigern – auch wenn der Umfang des Rechts auf vertrauliche Behandlung von Informationen je nach Kulturkreis unterschiedlich sein kann.**
- **Familien und Betreuer können bei der Formulierung und Umsetzung eines Behandlungsplans für den Patienten eine wichtige Rolle spielen, insbesondere wenn der Patient hierzu allein nicht in der Lage ist.**
- **Der Gesetzgeber kann sicherstellen, dass Familienangehörige und Betreuer Zugang zu den Unterstützungsangeboten und Dienstleistungen haben, die sie für die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen benötigen.**
- **Der Gesetzgeber kann sicherstellen, dass Familienangehörige und Betreuer in viele Bereiche der psychosozialen Dienste sowie in rechtliche Verfahren, z. B. nicht freiwillige Einweisung und Widerspruchsverfahren, einbezogen werden.**
- **Außerdem kann der Gesetzgeber sicherstellen, dass Familienangehörige und Betreuer in die Ausarbeitung einer Politik und Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit sowie in die Planung psychosozialer Dienste einbezogen werden.**

7. Geschäftsfähigkeit, Geistesvermögen und Vormundschaft

Die meisten Menschen mit psychischen Störungen sind weiterhin in der Lage, informierte Entscheidungen über wichtige persönliche Belange zu treffen. Bei schweren psychischen Störungen kann diese Fähigkeit jedoch beeinträchtigt sein. In diesen Fällen sind geeignete gesetzliche Bestimmungen erforderlich, die die Regelung der Belange von Menschen mit psychischen Störungen unter bestmöglicher Wahrung ihrer Interessen ermöglichen.

Bei der Beurteilung der Fähigkeit einer Person, in bestimmten Angelegenheiten Entscheidungen zu treffen, kommt zwei Begriffen eine zentrale Bedeutung zu: Geschäftsfähigkeit und Geistesvermögen. Diese beiden Begriffe werden herangezogen, wenn im Rahmen von zivil- und strafrechtlichen Fällen über Behandlungsformen entschieden wird und wenn die Ausübung staatsbürgerlicher Rechte durch Personen mit psychischen Störungen in Frage steht. Daher ist es unter Umständen erforderlich, dass gesetzliche Definitionen und Kriterien für Geistesvermögen und Geschäftsfähigkeit festgelegt werden und dass der Gesetzgeber bestimmt, mit welchem Verfahren diese Fähigkeiten beurteilt werden sollen und welche Maßnahmen zu ergreifen sind, wenn geistiges Unvermögen und/oder Geschäftsunfähigkeit vorliegen.

7.1 Definitionen

Die Begriffe „Geistesvermögen“ und „Geschäftsfähigkeit“ werden im Bereich der psychischen Gesundheit häufig unterschiedslos für die gleichen Situationen verwendet, tatsächlich haben sie jedoch nicht dieselbe Bedeutung. Allgemein bezieht sich Geistesvermögen speziell auf das Vorliegen

der geistigen Fähigkeiten, die zur Vornahme von Entscheidungen oder Handlungen erforderlich sind (s. Unterkapitel 3.3 zum Begriff „Mental Incapacity“ [*geistiges Unvermögen*]), während sich die Geschäftsfähigkeit auf die rechtlichen Konsequenzen geistigen Unvermögens bezieht.

Im Rahmen dieser Definitionen ist „Geistesvermögen“ ein Begriff aus dem Gesundheitswesen, wohingegen „Geschäftsfähigkeit“ ein Rechtsbegriff ist. Geistesvermögen bezieht sich auf den individuell vorhandenen Grad an Funktionsfähigkeit, und Geschäftsfähigkeit bezieht sich auf die Auswirkungen, die die Funktionsfähigkeit auf den rechtlichen und sozialen Status hat. Beispielsweise kann bei einer Person aufgrund einer schweren psychischen Störung geistiges Unvermögen festgestellt werden, so dass sie in der Folge im Hinblick auf finanzielle Entscheidungen für geschäftsunfähig angesehen wird.

Die dargelegte Unterscheidung zwischen Geistesvermögen und Geschäftsfähigkeit ist nicht allgemein anerkannt. In einigen Rechtsordnungen wird geistiges Unvermögen zur Bezeichnung fehlender rechtlicher Handlungsfähigkeit verwendet, z. B. wenn Minderjährige bis zu einem bestimmten Alter gewisse Ansprüche oder Rechte nicht ausüben dürfen. Geschäftsfähigkeit wird dagegen als Rechtsbegriff auf Personen angewendet, die nicht in der Lage sind, den Inhalt und den zugrunde liegenden Zweck der zu treffenden Entscheidung zu verstehen. In diesen Fällen werden beide Konzepte als Rechtsbegriffe aufgefasst.

In dieser Materialsammlung wird bei der Erörterung von Fragen zu Geistesvermögen und Geschäftsfähigkeit zwischen Geistesvermögen als gesundheitsbezogenem Begriff und Geschäftsfähigkeit als Rechtsbegriff unterschieden.

7.2 Beurteilung des Geistesvermögens

Gewöhnlich wird das Vorliegen von Geistesvermögen und daraus folgend Geschäftsfähigkeit vorausgesetzt. Soweit nicht das Gegenteil bewiesen wird, ist somit davon auszugehen, dass alle Menschen über das erforderliche Geistesvermögen und die notwendige Geschäftsfähigkeit verfügen, um Entscheidungen treffen zu können. Das Vorliegen einer erheblichen psychischen Störung impliziert für sich genommen noch kein geistiges Unvermögen im Hinblick auf die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen. Bei der Beurteilung des Geistesvermögens und erst recht der Geschäftsfähigkeit ist das Vorliegen einer psychischen Störung daher kein ausschlaggebender Faktor.

Denn auch wenn eine Person von einer Störung betroffen ist, die das Geistesvermögen beeinträchtigt, so kann ihr Geistesvermögen dennoch ausreichen, um ein gewisses Maß an Entscheidungsfunktionen wahrzunehmen. Geistesvermögen und Geschäftsfähigkeit sind daher funktionsspezifisch. Da das Geistesvermögen zeitlichen Schwankungen unterliegt und es nicht nach absoluten Maßstäben beurteilt werden kann, muss es im Zusammenhang mit der spezifisch in Frage stehenden Entscheidung oder Funktion betrachtet werden.

Im Folgenden werden anhand einiger Beispiele spezifische (in den einzelnen Staaten unterschiedlich regelte) Fähigkeiten erläutert, für die die Beurteilung des Geistesvermögens eine Rolle spielt.

7.2.1 Fähigkeit zur Wahl einer Behandlungsmethode

Der Betroffene muss in der Lage sein, (a) das Wesen des Gesundheitsproblems zu verstehen, für das die Behandlung vorgeschlagen wird; (b) das Wesen der vorgeschlagenen Behandlung zu verstehen; und (c) die Folgen einer erteilten oder verweigerten Zustimmung zur Behandlung zu beurteilen.

7.2.2 Fähigkeit zur Ernennung eines Vertreters

Der Betroffene muss in der Lage sein, (a) die Bedeutung der Ernennung des Vertreters und dessen Aufgaben zu verstehen; (b) seine Beziehung zum vorgeschlagenen Vertreter zu verstehen; und (c) die Folgen der Ernennung eines Vertreters zu beurteilen.

7.2.3 Fähigkeit zu finanziellen Entscheidungen

Der Betroffene muss in der Lage sein, (a) den Inhalt der finanziellen Entscheidung sowie die möglichen Optionen zu verstehen; (b) die Beziehungen der Beteiligten und/oder potenziellen Begünstigten der Transaktion zu verstehen; und (c) die Folgen der finanziellen Entscheidung zu beurteilen.

Die Feststellung geistigen Unvermögens sollte zeitlich begrenzt erfolgen (d. h. sie sollte regelmäßig überprüft werden), da die Betroffenen ihre Funktionsfähigkeit im Laufe der Zeit ganz oder teilweise wiedererlangen können, unabhängig davon, ob ihre psychische Störung behandelt wird.

7.3 Feststellung von geistigem Unvermögen und Geschäftsunfähigkeit

Die Feststellung von *geistigem Unvermögen* kann durch eine Gesundheitsfachkraft erfolgen, für die Feststellung der *Geschäftsunfähigkeit* ist jedoch eine gerichtliche Entscheidung erforderlich. Die Geschäftsfähigkeit wird auf der Grundlage des Geistesvermögens beurteilt, und Geschäftsunfähigkeit sollte nur festgestellt werden, wenn die Betroffenen tatsächlich nicht in der Lage sind, zu einem bestimmten Zeitpunkt bestimmte Arten von Entscheidungen zu treffen.

Die Gesetze zur psychischen Gesundheit (oder sonstige einschlägige Gesetze) können das Verfahren festlegen, mit dem die Geschäftsfähigkeit beurteilt wird. Dieses könnte die folgenden Gesichtspunkte berücksichtigen:

- a) Da Geschäftsfähigkeit ein Rechtsbegriff ist, würde deren Beurteilung durch gerichtliche Feststellung erfolgen.
- b) Im Idealfall sollte der Person, deren Geschäftsfähigkeit in Frage steht, regelmäßig ein Rechtsbeistand zur Verfügung stehen. Kann sich der Betroffene keinen Rechtsbeistand leisten, so kann gesetzlich vorgeschrieben werden, dass ihm kostenfrei ein Rechtsbeistand gestellt wird.
- c) Es sollte gesetzlich sichergestellt werden, dass sich der Rechtsbeistand in keinem Interessenkonflikt befindet. Daher sollte der Rechtsbeistand des Betroffenen keine anderen Beteiligten vertreten, z. B. die klinischen Dienstleister, die an der Versorgung des Betroffenen beteiligt sind, und/oder die Angehörigen des Betroffenen.
- d) Die Gesetze können dem Betroffenen, dem Rechtsbeistand, den Angehörigen und dem Krankenhauspersonal die Möglichkeit einräumen, bei einem höheren Gericht Rechtsbehelf einzulegen.
- e) Gesetzliche Bestimmungen sollten die automatische, in bestimmten regelmäßigen Abständen erfolgende Überprüfung der festgestellten Geschäftsunfähigkeit vorschreiben.

Weniger entwickelte Staaten sind möglicherweise nicht in der Lage, sämtliche dieser Gesichtspunkte sofort in ihrer Gesetzgebung festzuschreiben; sie sollten sie jedoch im Rahmen der verfügbaren Ressourcen so weit wie möglich gesetzlich berücksichtigen.

7.4 Vormundschaft

Wenn eine Person aufgrund einer psychischen Störung nicht in der Lage ist, wichtige Entscheidungen zu treffen und ihr Leben zu organisieren, kann es unter bestimmten Umständen erforderlich sein, jemand zu benennen, der im Namen und im Interesse des Betroffenen tätig wird. Der New South Wales Guardianship Act (No 257 of 1987) [*Vormundschaftsgesetz für New South Wales, Nr. 257, 1987*] enthält die folgende Bestimmung: „Eine Person bedarf eines Vormunds, wenn sie behindert ist und aufgrund dieser Behinderung überhaupt nicht oder nur teilweise in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen.“ Zwar können die Betroffenen selbst einen Vormund beantragen, doch meist sind es Familienangehörige oder sonstige, die psychisch erkrankten Menschen versorgende Personen, die die Notwendigkeit eines Vormunds feststellen und den erforderlichen Antrag auf Bestellung eines Vormunds einreichen.

Ob ein Vormund bestellt wird, ist eine komplexe Entscheidung, und dabei muss berücksichtigt werden, dass alle Menschen das Recht haben, ihr Leben so weit wie möglich selbst zu bestimmen. Die Bestellung eines Vormunds impliziert nicht, dass der Betroffene alle Entscheidungsbefugnisse verliert, ihm in jeder Hinsicht die Handlungsfähigkeit entzogen und er somit in seiner Menschenwürde verletzt wird. Nach dem New South Wales Guardianship Act (No 257 of 1987) sind z. B. alle Personen, die die in diesem Gesetz aufgeführten Funktionen wahrnehmen, u. a. verpflichtet, „das Wohlergehen und die Interessen der unter Vormundschaft stehenden Personen zur Kenntnis zu nehmen; [und sicherzustellen,] dass die Entscheidungs- und Handlungsfreiheit so wenig wie möglich eingeschränkt wird; dass die Betroffenen so weit wie möglich ermutigt werden, ein normales Leben innerhalb der Gemeinschaft zu führen; dass die Ansichten der Betroffenen berücksichtigt werden; dass die familiären Beziehungen sowie das kulturelle und sprachliche Umfeld der Betroffenen anerkannt werden; dass die Betroffenen ihre persönlichen, häuslichen und finanziellen Angelegenheiten so weit wie möglich selbständig regeln und vor Vernachlässigung, Missbrauch und Ausbeutung geschützt werden.“

Alternativen zur Vormundschaft, die unter bestimmten Umständen in Erwägung gezogen werden können, sind u. a. Vollmachten und Vorsorgeverfügungen (s. a. Unterkapitel 8.3.6, in dem die Behandlung mit Zustimmung des Bevollmächtigten diskutiert wird).

Jede Entscheidung dahin gehend, daß eine Person wegen psychischer Krankheit geschäftsunfähig ist beziehungsweise daß infolge dieser Geschäftsunfähigkeit ein persönlicher Vertreter zu bestellen ist, darf erst nach einer fairen Anhörung durch ein unabhängiges, unparteiisches und auf innerstaatlichem Recht beruhendes Gericht getroffen werden. Die Person, deren Geschäftsfähigkeit zur Entscheidung steht, hat Anspruch auf Vertretung durch einen Rechtsberater. Trägt die Person, deren Geschäftsfähigkeit zur Entscheidung steht, nicht für ihre Vertretung Sorge, so ist ihr diese beizustellen, und zwar unentgeltlich, soweit ihr die Mittel zu deren Bezahlung fehlen. Der Rechtsberater darf in demselben Verfahren weder eine psychiatrische Klinik oder deren Personal noch ein Familienmitglied der Person vertreten, deren Geschäftsfähigkeit zur Entscheidung steht, es sei denn, das Gericht hat sich davon überzeugt, daß keine Interessenkollision besteht. Entscheidungen hinsichtlich der Geschäftsfähigkeit und der Notwendigkeit der Stellung eines persönlichen Vertreters sind in sinnvollen, im innerstaatlichen Recht festgelegten Zeitabständen nachzuprüfen. Die Person, deren Geschäftsfähigkeit zur Entscheidung steht, gegebenenfalls ihr persönlicher Vertreter und alle sonstigen in Frage kommenden Personen haben das Recht, eine solche Entscheidung vor einem höheren Gericht anzufechten.

(Grundsatz 1(6), MI Principles)

Ob die Bestimmungen zur Vormundschaft Teil der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit sein sollten oder in Sondergesetzen zu regeln sind, bleibt wiederum jedem Staat selbst überlassen. In Australien gibt es z. B. ein Sondergesetz, den Guardianship Act (No 257 of 1987) [Vormundschaftsgesetz, Nr. 257, 1987], während in Kenia der Mental Health Act (248 of 1991) [Gesetz zur psychischen Gesundheit, 248, 1991] einen Abschnitt zur Vormundschaft enthält.

Werden Personen als geschäftsunfähig eingestuft und/oder wird festgestellt, dass sie ihre Angelegenheiten nicht selbst regeln können, so bedarf es gesetzlicher Bestimmungen über die Bestellung einer oder mehrerer Personen (Vormund/Treuhänder), die die Interessen der Betroffenen wahren. Da es sich bei der Feststellung der Geschäftsunfähigkeit um eine rechtliche Frage handelt, sollte der Vormund durch ein Gericht bestellt werden.

Das Verfahren, das bei der Bestellung eines Vormunds einzuhalten ist, der Zeitraum, für den die Bestellung erfolgt, und das Verfahren zur Überprüfung der Entscheidung sowie die Pflichten und Zuständigkeiten des Vormunds können in den gesetzlichen Bestimmungen aufgeführt werden. Darüber hinaus kann der Gesetzgeber Umfang und Ausmaß der Entscheidungsbefugnisse des Vormunds festlegen. In vielen Staaten beschränkt sich die Vollmacht des Vormunds auf die Bereiche oder Inhalte, in denen die Betroffenen nachweislich geschäftsunfähig sind. Diese Gesetze verfolgen das Ziel, Menschen mit psychischen Störungen die Möglichkeit zu eröffnen, Entscheidungen über ihr Leben weitgehend selbst zu treffen, auch wenn sie nicht alle Entscheidungen treffen können. Die Gesetze können außerdem speziell so verfasst werden, dass die Interessen der Betroffenen berücksichtigt und diese ermutigt werden, ihre Fähigkeiten so gut wie möglich zu entwickeln (z. B. New Zealand Protection of Personal and Property Rights Act [Neuseeländisches Gesetz zum Schutz von Persönlichkeits- und Eigentumsrechten], 1988).

Die Festlegung von Sanktionen für den Fall, dass ein Vormund seine Pflichten verletzt, würde die Wirkung der gesetzlichen Bestimmungen erhöhen. Darüber hinaus kann der Gesetzgeber den Betroffenen das Recht einräumen, die Entscheidung über die Bestellung eines Vormunds gerichtlich überprüfen zu lassen. Schließlich sollten die Gesetze Regelungen und Verfahren enthalten, die die Beendigung der Vormundschaft vorsehen, wenn die Betroffenen zu einem späteren Zeitpunkt wieder geschäftsfähig werden.

Geschäftsfähigkeit, Geistesvermögen und Vormundschaft: Zusammenfassung

Geschäftsfähigkeit und Geistesvermögen

- Der Gesetzgeber muss gegebenenfalls gesetzliche Definitionen und Kriterien für Geistesvermögen und Geschäftsfähigkeit festlegen und bestimmen, mit welchem Verfahren diese Fähigkeiten beurteilt werden sollen und welche Maßnahmen zu ergreifen sind, wenn geistiges Unvermögen und/oder Geschäftsunfähigkeit vorliegen.
- Allgemein bezieht sich Geistesvermögen speziell auf das Vorliegen der geistigen Fähigkeiten, die zur Vornahme von Entscheidungen oder Handlungen erforderlich sind, während sich die Geschäftsfähigkeit auf die rechtlichen Konsequenzen geistigen Unvermögens bezieht.
- Das Vorliegen einer erheblichen psychischen Störung impliziert für sich genommen noch kein geistiges Unvermögen im Hinblick auf die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, und daher ist eine psychische Störung kein ausschlaggebender Faktor für die Beurteilung des Geistesvermögens und der Geschäftsfähigkeit.

- Auch wenn eine Person von einer Störung betroffen ist, die das Geistesvermögen beeinträchtigt, so kann ihr Geistesvermögen dennoch ausreichen, um ein gewisses Maß an Entscheidungsfunktionen wahrzunehmen.
- Da das Geistesvermögen zeitlichen Schwankungen unterliegt und im Laufe der Zeit zum Teil oder vollständig wiederhergestellt werden kann, muss es zu der spezifisch in Frage stehenden Entscheidung oder Funktion in Bezug gesetzt werden.
- Die Feststellung von geistigem Unvermögen kann durch eine Gesundheitsfachkraft erfolgen, für die Feststellung der Geschäftsunfähigkeit ist jedoch eine gerichtliche Entscheidung erforderlich.
- Die Geschäftsfähigkeit wird auf der Grundlage des Geistesvermögens beurteilt, und Geschäftsunfähigkeit sollte nicht allein aufgrund der Tatsache festgestellt werden, dass die Betroffenen nicht in der Lage sind, zu einem bestimmten Zeitpunkt bestimmte Arten von Entscheidungen zu treffen.

Vormundschaft

Der Gesetzgeber kann die folgenden Bereiche regeln:

- a) Zuständigkeit für die Bestellung eines Vormunds. Dies kann der gerichtliche Spruchkörper sein, der über die Geschäftsfähigkeit entscheidet, (s. o.) oder ein gesonderter gerichtlicher Spruchkörper, z. B. ein höheres Gericht.
- b) Verfahren zur Bestellung eines Vormunds.
- c) Zeitliche Befristung der Bestellung.
- d) Pflichten und Zuständigkeiten des Vormunds.
- e) Zivil-, straf- und verwaltungsrechtliche Sanktionen bei Verstoß des Vormunds gegen seine gesetzlichen Pflichten.
- f) Umfang und Ausmaß der Entscheidungsbefugnisse des Vormunds. Alle Anordnungen müssen so verfasst sein, dass die Interessen des Betroffenen bestmöglich gewahrt werden. Auf diese Weise können Menschen mit psychischen Störungen Entscheidungen über ihr Leben weiterhin größtenteils selbst fassen, auch wenn sie nicht alle Entscheidungen treffen können.
- g) Rechtsbehelf des Patienten gegen die Bestellung eines Vormunds.
- h) Überprüfung der Vormundschaft und Beendigung der Vormundschaft bei Wiedererlangung der Geschäftsfähigkeit mit und ohne Behandlung.

8. Freiwillige und nicht freiwillige psychosoziale Versorgung

8.1 Freiwillige Einweisung und freiwillige Behandlung

Eine aus freiem Willen getroffene und informierte Zustimmung sollte der Behandlung und Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen in den meisten Fällen zugrunde liegen. Bevor nicht freiwillige Maßnahmen zum Einsatz kommen, sollten alle Anstrengungen unternommen werden, damit Patienten eine Einweisung bzw. Behandlung freiwillig akzeptieren, und bei allen Patienten ist zunächst davon auszugehen, dass sie über das erforderliche Geistesvermögen verfügen.

MI Principles: Informierte Einwilligung

Vorbehaltlich der Absätze 6, 7, 8, 13 und 15 [dieser Grundsätze] darf ein Patient nur nach seiner in Kenntnis der Sachlage erteilten Einwilligung einer Behandlung unterzogen werden.

(Grundsatz 11(1), MI Principles)

Für die Wirksamkeit der Einwilligung müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllt sein (Grundsatz 11 der MI Principles, s. Anhang 3):

- a) Die einwilligende Person bzw. der einwilligende Patient muss über die für eine Einwilligung erforderliche Geschäftsfähigkeit verfügen, und soweit nichts Gegenteiliges nachgewiesen wird, ist von der Geschäftsfähigkeit auszugehen.
- b) Die Einwilligung muss frei erteilt werden und darf nicht aufgrund von Drohungen oder ungebührlicher Überredung erfolgen.
- c) Informationen sollten auf angemessene und geeignete Art und Weise offengelegt werden. Es ist über Zweck, Methode, voraussichtliche Dauer und zu erwartenden Nutzen der vorgeschlagenen Behandlung zu informieren.
- d) Mögliche Schmerzen oder Beschwerden sowie die Risiken der vorgeschlagenen Behandlung und wahrscheinliche Nebenwirkungen sollten mit dem Patienten angemessen besprochen werden.
- e) Soweit verfügbar, sollten Wahlmöglichkeiten geboten werden, die im Rahmen der bewährten klinischen Verfahren liegen; andere Behandlungsweisen, so auch weniger eingreifende Behandlungsweisen, sollten mit dem Patienten diskutiert und diesem angeboten werden.

- f) Die Information des Patienten sollte in einer Sprache und Form erfolgen, die von diesem verstanden wird.
- g) Der Patient sollte das Recht haben, die Behandlung zu verweigern oder abzubrechen.
- h) Die Folgen einer Verweigerung der Behandlung, die zu einer Entlassung aus dem Krankenhaus führen kann, sollten dem Patienten erläutert werden.
- i) Die Einwilligung sollte in den medizinischen Patientenakten dokumentiert werden.

Das Recht auf Zustimmung zur Behandlung beinhaltet auch das Recht auf Verweigerung der Behandlung. Wenn die Beurteilung eines Patienten ergibt, dass sein Geistesvermögen für eine Zustimmung ausreicht, dann muss die Verweigerung einer solchen Zustimmung ebenfalls respektiert werden.

Im Hinblick auf notwendige Einweisungen sollten die gesetzlichen Bestimmungen das Ziel verfolgen, freiwillige Einweisungen in psychosoziale Einrichtungen, die nach informierter Zustimmung erfolgen, zu fördern und zu erleichtern. Dieses Ziel kann auf zwei Wegen erreicht werden: (i) durch die ausdrückliche gesetzliche Vorgabe, dass Menschen, die psychosoziale Dienste benötigen (einschließlich Einweisung, soweit erforderlich), diese zur Verfügung zu stellen sind; oder (ii) ohne gesetzliche Regelung, indem Störungen und Erkrankungen der psychischen Gesundheit wie sonstige Störungen und Erkrankungen behandelt werden. Beide Möglichkeiten haben sowohl Vor- als auch Nachteile. Da die erste Variante das Recht auf Behandlung und Einweisung festschreibt, besteht bei dieser Lösung kein Zweifel im Hinblick auf die Frage, ob Menschen mit psychischen Störungen freiwillig behandelt/ingewiesen werden können. Außerdem erhalten Patienten die Gelegenheit, die tatsächliche Freiwilligkeit ihres Handelns zu bekräftigen. In Anbetracht der bisherigen zu Tage getretenen Versäumnisse und der geringen Reichweite psychosozialer Versorgung könnte dieser Ansatz mehr Menschen dazu bewegen, Versorgung und Behandlung in Anspruch zu nehmen.

MI Principles: Freiwillige Einweisung und Behandlung

Muß eine Person in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden, so sind alle Anstrengungen zu unternehmen, um eine zwangsweise Einweisung zu vermeiden.

(Grundsatz 15(1), MI Principles)

Andererseits kann die Trennung psychischer und sonstiger Gesundheitsprobleme zu einer Stigmatisierung der Nutzer führen und die Forderung unterlaufen, dass psychische Störungen so zu behandeln sind wie sonstige gesundheitliche Probleme. Führen die Gesetze freiwillige psychosoziale Versorgung und Behandlung nicht gesondert auf, so hat dies eine Gleichstellung mit sonstiger Gesundheitsversorgung zur Folge.

Verbunden mit der freiwilligen Einweisung ist das Recht zur freiwilligen Entlassung aus Einrichtungen der psychosozialen Gesundheitsversorgung. Die Gesetzgebung zur Entlassung wird jedoch durch die Tatsache erschwert, dass die Behörden in vielen Rechtsordnungen befugt sind, unter bestimmten Umständen das Recht zum Verlassen der Einrichtung auszuhebeln. Patienten, die nicht zwangsweise eingewiesen wurden, haben gemäß den MI Principles das Recht, die Einrichtung jederzeit zu verlassen, es sei denn, die Voraussetzungen für eine nicht freiwillige Einweisung liegen vor.

Der Gesetzgeber sollte den Behörden nur dann die Möglichkeit einräumen, freiwillige Patienten am Verlassen der Einrichtung zu hindern, wenn alle Voraussetzungen für nicht freiwillige Einweisung vorliegen. Alle Verfahrensgarantien, die für die nicht freiwillige Einweisung gelten, sind anzuwenden. Es wird empfohlen, freiwilligen Patienten durch gesetzliche Bestimmungen das Recht zuzusichern, bei der Einweisung darüber informiert zu werden, dass ihnen das Recht zum Verlassen der Einrichtung nur versagt werden darf, wenn sie zum Zeitpunkt ihres Entlassungswunsches die Voraussetzungen für eine nicht freiwillige Einweisung erfüllen.

Bisweilen kommt es zu der schwierigen Situation, dass Patienten, deren Geistesvermögen für eine Zustimmung nicht ausreicht, „freiwillig“ in ein Krankenhaus eingewiesen werden, da sie nicht gegen die Einweisung protestieren (s. a. Unterkapitel 8.2). Ein Beispiel dafür wäre ein Patient, der „freiwillig“ eingewiesen wird, jedoch weder die Tatsache der Einweisung noch deren Zweck versteht. Menschen mit geistigen Entwicklungsstörungen bilden eine weitere Patientengruppe, die von der Gefahr einer derartigen, so genannten „freiwilligen“ Einweisung betroffen ist. In anderen Fällen „akzeptieren“ die Betroffenen die Behandlung oder Einweisung, ohne zu protestieren, da sie eingeschüchtert sind oder nicht erkennen, dass sie berechtigt sind, sich zu weigern. In diesen Fällen sollte der unterbliebene Widerspruch nicht als Zustimmung ausgelegt werden, da eine Zustimmung auf freiwilliger und informierter Grundlage erfolgen muss.

Der Begriff der „Freiwilligkeit“ schließt den Einsatz von Zwangsmitteln aus; er impliziert Wahlmöglichkeiten und die Fähigkeit und Berechtigung des Betroffenen, eine Wahl zu treffen. In den oben dargelegten Beispielen sind eine oder mehrere dieser Bedingungen nicht erfüllt. In Brasilien sieht das Gesetz vor: „Eine Person, die eine freiwillige Internierung beantragt oder einer Internierung zustimmt, muss bei ihrer Einweisung eine Erklärung unterzeichnen, mit der sie bestätigt, diese Behandlungsform gewählt zu haben.“ (Gesetz zur psychischen Gesundheit Nr. 10.216, 2001, Brasilien).

Freiwillige Einweisung und freiwillige Behandlung: Zusammenfassung

- Soweit es notwendig ist, eine Person stationär zu behandeln, sollten die gesetzlichen Bestimmungen eine freiwillige Einweisung fördern und es sollten alle Anstrengungen unternommen werden, um eine nicht freiwillige Einweisung zu vermeiden.
- Räumt der Gesetzgeber den Behörden die Möglichkeit ein, freiwillige Patienten am Verlassen der Einrichtung zu hindern, so sollte dies nur zulässig sein, wenn die Voraussetzungen für eine nicht freiwillige Einweisung vorliegen.
- Bei der Einweisung in die psychosoziale Einrichtung sollten freiwillige Patienten darüber informiert werden, dass die psychosozialen Gesundheitsfachkräfte der Einrichtung sie aufgrund ihrer Befugnisse am Verlassen der Einrichtung hindern können, wenn die Voraussetzungen für eine nicht freiwillige Einweisung vorliegen.
- Freiwillige Patienten dürfen erst behandelt werden, nachdem eine informierte Zustimmung erteilt wurde.
- Soweit das Geistesvermögen eines Patienten für eine informierte Zustimmung ausreicht, ist die Zustimmung eine Behandlungsvoraussetzung.

Da in vielen Staaten nicht alle Menschen, die als freiwillige Patienten eingewiesen wurden, streng genommen freiwillig in der Einrichtung sind, kann der Gesetzgeber ein unabhängiges Gremium vorsehen (s. Unterkapitel 13), das Langzeitpatienten regelmäßig überprüft, ihren Zustand und ihre Situation beurteilt und entsprechende Empfehlungen abgibt.

8.2 „Nicht protestierende Patienten“

In einigen Staaten hat der Gesetzgeber Regelungen für Nutzer getroffen, die aufgrund ihres psychischen Gesundheitszustands nicht in der Lage sind, einer Behandlung und/oder Einweisung zuzustimmen, *die sich jedoch nicht gegen psychosoziale Interventionen wehren*. Hierunter würden auch Personen fallen, die nach den Ausführungen des vorigen Abschnitts nicht als freiwillige Patienten anzusehen sind und ebenso wenig die Voraussetzungen für eine nicht freiwillige Einweisung erfüllen (z. B. Menschen mit schweren geistigen Entwicklungsstörungen). Während einige Staaten in der Lage sind, durch ihre Gesetzgebung zum „geistigen Unvermögen“ in Verbindung mit umfassenden Vormundschaftsbestimmungen angemessene Regelungen für Menschen mit psychischen Störungen zu treffen, die zwar nicht zustimmungsfähig sind, sich jedoch nicht gegen eine Einweisung/Behandlung wehren, haben andere Staaten Schwierigkeiten, diesen Bereich gesetzlich zu erfassen. Die oben genannte Kategorie soll Verfahrensgarantien für „nicht protestierende Patienten“ festlegen und gleichzeitig dafür sorgen, dass Personen, *die keine informierte Zustimmung erteilen können*, erforderlichenfalls eingewiesen und behandelt werden können. Der entscheidende Vorteil einer solchen Kategorie besteht darin, dass Menschen, die sich nicht gegen eine Behandlung wehren, nicht ungerechtfertigt entweder zu nicht freiwilligen oder zu freiwilligen Patienten gemacht werden; darüber hinaus wird auf diese Weise verhindert, dass unzählige Menschen ungerechtfertigt als nicht freiwillige Patienten eingewiesen werden.

Die Anforderungen, die hier an die Zulässigkeit von Einweisung und/oder Behandlung gestellt werden, sind normalerweise nicht so hoch wie bei nicht freiwilligen Nutzern. Auf diese Weise kann Nutzern, die nicht in der Lage sind, eine informierte Zustimmung zu erteilen, die jedoch aus gesundheitlichen (psychischen) Gründen behandelt und eingewiesen werden müssen, die notwendige Versorgung und Behandlung gewährt werden, selbst wenn sie z. B. kein Sicherheitsrisiko für sich oder andere darstellen. Manchmal wird die „Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung“ als ausreichendes Kriterium angesehen. Dieses Kriterium sowie die Voraussetzung der „Erforderlichkeit für das gesundheitliche Wohlbefinden einer Person“ ist häufig einfacher zu erfüllen als die Voraussetzungen für eine nicht freiwillige Einweisung (s. Unterkapitel 8.3.2). Üblicherweise wird die Versorgung eines nicht protestierenden Patienten von nahe stehenden Angehörigen oder Menschen, denen die Interessen der Nutzer am Herzen liegen, beantragt. In vielen Staaten ist es üblich, für nicht protestierende Patienten einen Vertreter zu bestellen. Widersprechen die Nutzer ihrer Einweisung oder Behandlung, dürfen sie nicht länger als „nicht protestierende Patienten“ eingestuft werden, und sämtliche Kriterien für die Entscheidung über nicht freiwillige Einweisung und Behandlung sind anzuwenden.

Es ist wichtig, dass die Rechte nicht protestierender Patienten ebenso geschützt werden wie die Rechte nicht freiwilliger Nutzer. Beispielsweise kann es erforderlich sein, dass mehrere Fachkräfte das Geistesvermögen und die Fähigkeiten übereinstimmend beurteilen. Nicht protestierende Patienten sollten – wie nicht freiwillige Nutzer – einen Anspruch auf obligatorisch durchzuführende, automatische Überprüfungen haben. Dies kann eine anfängliche Bestätigung der Beurteilung ihres Zustands sowie laufende regelmäßige Beurteilungen beinhalten, mit denen überprüft wird, ob sich ihr Zustand verändert hat. Bessert sich ihr Geistesvermögen nach der Einweisung bzw. im Laufe der Behandlung dahin gehend, dass sie wieder informierte Entscheidungen treffen können, muss die Beurteilung abgeändert werden. Darüber hinaus sollten nicht protestierende Patienten das Recht haben, einen Rechtsbehelf gegen ihren Status einzulegen. Nicht protestierenden Patienten stehen außerdem alle sonstigen Rechte zu, die den übrigen Patienten gewährt werden, z. B. das Recht auf Rechtsbelehrung, Vertraulichkeit, angemessene Versorgungsstandards und sonstige Rechte (s. Unterkapitel 5).

Die fundamentalen Grundsätze des „geringst möglichen Eingriffs“ bei der Wahl des Behandlungsumfelds und des Handelns „im Interesse des Patienten“ gelten gleichermaßen für nicht protestierende Patienten.

Gesetzliche Bestimmungen zu nicht protestierenden Patienten finden sich in Australien in Form einer Regelung zu „informeller Behandlung nicht zustimmungsfähiger Patienten“ (Mental Health Act [Gesetz zur psychischen Gesundheit], 1990, New South Wales, Australien) sowie in Südafrika, wo „betreute Nutzer“ im Mental Health Care Act (2002) geregelt sind. Der Gesetzgeber kann wählen, ob sich die Versorgung nicht protestierender Patienten auf stationäre Behandlung beschränkt oder auch auf ambulante Behandlung anwendbar ist.

Nicht protestierende Patienten: Zusammenfassung

- In einigen Staaten hat der Gesetzgeber Regelungen für Nutzer getroffen, die aufgrund ihres psychischen Gesundheitszustands nicht in der Lage sind, einer Behandlung und/oder Einweisung zuzustimmen, die sich jedoch nicht gegen psychosoziale Interventionen wehren.
- Die Anforderungen, die hier an die Zulässigkeit von Einweisung und/oder Behandlung gestellt werden, sind normalerweise nicht so hoch wie bei nicht freiwilligen Nutzern (Kriterien sind z. B. „Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung“ und „Erforderlichkeit für das gesundheitliche Wohlbefinden einer Person“).
- Widersprechen die Nutzer ihrer Einweisung oder Behandlung, dürfen sie nicht länger als „nicht protestierende Patienten“ eingestuft werden, und sämtliche Kriterien für die Entscheidung über nicht freiwillige Einweisung und Behandlung sind anzuwenden. Bessert sich ihr Geistesvermögen nach der Einweisung bzw. im Laufe der Behandlung dahin gehend, dass sie wieder informierte Entscheidungen treffen können, muss die Beurteilung abgeändert werden.
- Es ist wichtig, dass die Rechte nicht protestierender Patienten ebenso geschützt werden wie die Rechte nicht freiwilliger Nutzer (z. B. das Recht auf Beurteilung des Geistesvermögens, das Recht auf automatische Überprüfungsverfahren sowie das Recht, einen Rechtsbehelf gegen den zugewiesenen Status einzulegen).
- Nicht protestierenden Patienten sollten außerdem alle sonstigen Rechte zustehen, die den übrigen Patienten gewährt werden, z. B. das Recht auf Rechtsbelehrung, Vertraulichkeit, angemessene Versorgungsstandards und sonstige Rechte.

8.3 Nicht freiwillige Einweisung und nicht freiwillige Behandlung

Nicht freiwillige oder zwangsweise erfolgende Einweisung in psychosoziale Einrichtungen sowie nicht freiwillige Behandlung gehören zu den kontrovers diskutierten Fragestellungen des Bereichs psychische Gesundheit, da sie die Beschränkung der persönlichen Freiheit und des Wahlrechts sowie die Gefahr des Missbrauchs aus politischen, sozialen und sonstigen Gründen mit sich bringen. Allerdings kann nicht freiwillige Einweisung und Behandlung verhindern, dass die Betroffenen sich selbst und anderen Schäden zufügen, und einige Menschen können auf diese Weise bei der Verwirklichung ihres Rechts auf Gesundheit unterstützt werden, soweit sie dies aufgrund ihrer psychischen Störung nicht freiwillig umsetzen können.

Verschiedene internationale Menschenrechtsakte, z. B. die MI Principles (1991), die Europäische Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (1950) und die Erklärung von Hawaii (1983) erkennen an, dass es bisweilen notwendig ist, Menschen mit psychischen Störungen unfreiwillig einzuweisen oder zu behandeln. Es ist jedoch hervorzuheben, dass nicht freiwillige Einweisung und Behandlung nur bei den wenigsten Patienten mit psychischen Störungen erforderlich ist; in vielen Fällen, in denen Patienten unfreiwillig eingewiesen und behandelt werden, könnten eine menschenwürdige Behandlung und ein angemessenes Angebot freiwilliger Versorgung dazu führen, dass die Zahl der nicht freiwilligen Einweisungen und Behandlungen weiter zurückgeht.

Einige Nutzer- und Interessengruppen, z. B. MindFreedom Support Coalition International, wenden sich in jeder Hinsicht entschieden gegen das Konzept der nicht freiwilligen Behandlung einschließlich nicht freiwilliger Verabreichung psychotroper Medikamente.

In diesem Zusammenhang besteht die Hauptaufgabe der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit darin, die Voraussetzungen für eine nicht freiwillige Einweisung und Behandlung und die geeigneten Verfahren zu definieren. Um einen angemessenen Rechtsschutz zu erzielen, ist in diesen Gesetzen gewöhnlich eine recht genaue und bisweilen sehr ausführliche Darlegung der rechtlichen Verfahren erforderlich.

In dieser Materialsammlung soll keiner bestimmten Haltung gegenüber nicht freiwilliger Einweisung und Behandlung der Vorzug gegeben werden. Vielmehr werden die regionalen und kulturellen Unterschiede anerkannt, und im Hinblick auf nicht freiwillige Einweisung und Behandlung wird hervorgehoben, dass es maßgeblich auf den jeweiligen Kulturkreis, die Traditionen, wirtschaftlichen Verhältnisse und personellen Ressourcen ankommt. Den Grundsätzen der nicht freiwilligen Einweisung und Behandlung kommt jedoch eine entscheidende Bedeutung zu, und es können Rahmen entwickelt werden, die die Staaten dabei unterstützen, unter Berücksichtigung der regionalen Gegebenheiten angemessene gesetzgeberische Entscheidungen zu treffen.

MI Principles: Zwangsweise Einweisung und Behandlung

1. Eine Person kann nur dann als Patient in eine psychiatrische Klinik zwangsweise eingewiesen beziehungsweise nach ihrer freiwilligen Einweisung zwangsweise untergebracht werden, wenn eine gesetzlich dazu befugte qualifizierte psychiatrische Fachkraft im Einklang mit Grundsatz 4 feststellt, daß die betreffende Person psychisch krank ist, und die Auffassung vertritt,

- (a) daß wegen dieser psychischen Krankheit die ernste Gefahr eines unmittelbaren oder unmittelbar drohenden Schadens für diese Person oder für andere Personen besteht; oder**
- (b) daß bei einer psychisch schwer kranken und in ihrer Urteilsfähigkeit beeinträchtigten Person das Versäumnis, diese Person einzuweisen beziehungsweise unterzubringen voraussichtlich eine ernste Zustandsverschlechterung verursacht oder verhindert, daß ihr eine geeignete Behandlung zuteil wird, die nur durch die Einweisung in eine psychiatrische Klinik im Einklang mit dem Grundsatz der am wenigsten restriktiven Alternative möglich ist.**

2. In dem in Buchstabe (b) erwähnten Fall sollte, wenn möglich, eine zweite, von der ersten unabhängige psychiatrische Fachkraft konsultiert werden. Findet eine solche Konsultation statt, so darf der Patient nur mit Zustimmung der zweiten psychiatrischen Fachkraft zwangsweise eingewiesen beziehungsweise untergebracht werden.

3. Eine psychiatrische Klinik kann zwangsweise eingewiesene Patienten nur dann aufnehmen, wenn sie von einer nach innerstaatlichem Recht vorgesehenen zuständigen Behörde dazu bestimmt worden ist.

(Grundsatz 16 (1) und (3), MI Principles)

8.3.1 Integrierte und getrennte Verfahren für nicht freiwillige Einweisung und nicht freiwillige Behandlung

Die Gesetze zur psychischen Gesundheit können die nicht freiwillige Einweisung und die nicht freiwillige medizinische Behandlung entweder in einem Verfahren kombinieren oder gesondert behandeln (s. Unterkapitel 8.3.7, Abb. 1).

Beim „integrierten“ Ansatz können Patienten, sobald sie nicht freiwillig eingewiesen wurden, auf nicht freiwilliger Grundlage behandelt werden, ohne dass ein gesondertes Verfahren für die Bewilligung der Behandlung zu durchlaufen ist. Einige Familienverbände, Fachkräfte und sonstige Personen haben vorgetragen, dass der Zweck der nicht freiwilligen Einweisung in den meisten Fällen darin bestehe, der Verschlechterung eines klinischen Zustands Einhalt zu gebieten. Es wird geltend gemacht, dass die Krankenhauseinweisung sinnlos sei, wenn keine Behandlung durchgeführt werde. In der Tat sieht der Gesetzgeber in Portugal vor, dass „zwangsweise Internierung *ausschließlich* in Fällen angeordnet werden darf, in denen *ausschließlich* auf diese Weise gewährleistet werden kann, dass der internierte Patient einer Behandlung unterzogen wird...“ (zusätzliche Hervorhebung) (Gesetz zur psychischen Gesundheit Nr. 36, 1998, Portugal), und in Pakistan beziehen sich die gesetzlichen Bestimmungen stets auf die „Einweisung zur Behandlung“ (Mental Health Ordinance for Pakistan [*Ordinance Psychische Gesundheit für Pakistan*], 2001). Selbstverständlich ist es möglich, dass ein Patient keine medikamentöse Behandlung benötigt, sondern weniger einschränkende Therapien nutzen kann (z. B. Psychotherapie, Selbsthilfegruppen oder Beschäftigungstherapie). Gleichwohl ist es im Rahmen des integrierten Ansatzes nach Bewilligung der Einweisung jedoch auf

jeden Fall *möglich*, eine medikamentöse Behandlung vorzunehmen, unabhängig davon, ob von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wird.

Dies bedeutet nicht, dass der Patient im Rahmen des integrierten Ansatzes keine Gelegenheit hat, auf den Behandlungsplan einzuwirken. In Albanien sieht der Gesetzgeber z. B. vor, dass Personen, die ohne ihr Einverständnis in psychiatrische Einrichtungen eingewiesen wurden, „mit den notwendigen medizinischen Verfahren zu behandeln sind“; außerdem hat die betreffende Person oder ihr gesetzlicher Vertreter „das Recht auf vollständige Information über die vorgeschlagene therapeutische Behandlung, einschließlich Belehrung über Nebenwirkungen und *verfügbare Alternativen*“ (zusätzliche Hervorhebung) (Gesetz zur psychischen Gesundheit, 1991). Auch bei nicht freiwilligen Nutzern, die einem einheitlichen integrierten Verfahren unterliegen, sollten sich Ärzte aus berufsethischen Gründen bei der Behandlung stets um die Kooperation und Zustimmung des Patienten bemühen.

Bei einem absolut „getrennten“ Modell sind die Verfahren zur Einweisung und Behandlung unabhängig voneinander. Zuerst wird der Betroffene im Hinblick auf eine nicht freiwillige Einweisung beurteilt, und soweit anschließend bei dem nicht freiwillig eingewiesenen Patient eine nicht freiwillige Behandlung erforderlich wird, muss die Notwendigkeit der Behandlung geprüft werden und es wird ein gesondertes Verfahren zur Bewilligung der Behandlung durchgeführt (s. Unterkapitel 8.3.7, Abb. 1).

Viele Einzelpersonen und Organisationen, insbesondere Nutzergruppen, widersprechen einer integrierten Lösung für nicht freiwillige Einweisung und nicht freiwillige Behandlung und machen geltend, dass die Zustimmung oder Verweigerung von Einweisung und Behandlung gesonderte Fragestellungen seien. In bestimmten Fällen könne eine nicht freiwillige Einweisung, nicht aber eine nicht freiwillige Behandlung erforderlich sein, in anderen Fällen wiederum sei eine nicht freiwillige Behandlung erforderlich, ohne dass die Betroffenen ihr Zuhause und ihre Gemeinschaft verlassen müssten. Darüber hinaus wird geltend gemacht, dass das Geistesvermögen im Hinblick auf die spezifische Fragestellung zu beurteilen sei und Personen, denen das Geistesvermögen für die Entscheidung über die Einweisung in eine psychosoziale Einrichtung abgesprochen werde, dennoch in der Lage sein (über ausreichend Geistesvermögen verfügen) könnten, um über ihre Behandlung zu entscheiden. Nicht freiwillige Behandlung verstoße gegen fundamentale Menschenrechtsgrundsätze. Beispielsweise ergebe sich aus der Allgemeinen Bemerkung 14 zu Artikel 12 ICESCR, dass das Recht auf Gesundheit das Recht beinhalte, nicht ohne Zustimmung medizinisch behandelt zu werden. Es sei möglich, dass unabhängige öffentliche Stellen, z. B. Gerichte oder Nachprüfungsorgane, Menschen aufgrund psychischer Erkrankungen in psychiatrische Einrichtungen einweisen und gleichwohl dieselbe oder eine dritte Stelle zu dem Schluss gelangen könne, dass die Betroffenen in der Lage seien, Entscheidungen über die Behandlung zu treffen. Daher müsse geprüft werden, ob das Geistesvermögen für eine Zustimmung zur Behandlung ausreiche. Die Befürworter einer getrennten Lösung weisen außerdem darauf hin, dass die Anwendung von zwei unabhängigen Verfahren für nicht freiwillige Einweisung und nicht freiwillige Behandlung einen zusätzlichen Rechtsschutz für Menschen mit psychischen Störungen biete.

Dagegen machen die Anhänger eines integrierten Verfahrens geltend, eine getrennte Lösung berge die Gefahr, dass sich der Behandlungsbeginn erheblich verzögere, wenn zu viel Zeit zwischen den beiden Verfahren verstreiche, was sich negativ auf den Zustand des Betroffenen auswirke und bei äußerst aggressiven Patienten möglicherweise auch zu Schäden beim Gesundheitspersonal und anderen Patienten führe. Da außerdem die personellen und finanziellen Ressourcen in vielen Staaten mit niedrigem Volkseinkommen nicht ausreichen, könne die Einrichtung von zwei gesonderten Verfahren für nicht freiwillige Einweisung und nicht freiwillige Behandlung schwierig sein. Eine „integrierte“ Lösung stehe Grundsatz 16(2) der MI Principles nicht entgegen, da dieser bestimme: „Die zwangsweise Einweisung oder Unterbringung erfolgt zunächst für einen kurzen Zeitraum, je nach innerstaatlichem Recht, zur *Beobachtung und vorläufigen Behandlung*, bis die Einweisung oder Unterbringung durch das Nachprüfungsorgan nachgeprüft worden ist“ (zusätzliche Hervorhebung).

Bei einer weiteren denkbaren Variante der integrierten und getrennten Lösung, bei der die Vorteile beider Ansätze kombiniert würden, wird die *Notwendigkeit* der Einweisung und Behandlung getrennt bewertet, die *Verfahren* zur Feststellung und Bewilligung werden jedoch kombiniert. Mit anderen Worten wird die Bewertung, ob eine Person über das erforderliche Geistesvermögen verfügt, um einer Behandlung zustimmen zu können, und ob tatsächlich eine nicht freiwillige Behandlung erforderlich ist, von derselben Fachkraft bzw. denselben Fachkräften und möglicherweise demselben Nachprüfungsorgan (bzw. unabhängigen öffentlichen Stelle) vorgenommen, die (in derselben Sitzung) die Notwendigkeit einer Einweisung bewertet. Dies kann zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen (in Unterkapitel 8.3.5 wird darauf näher eingegangen).

Im Folgenden werden die Voraussetzungen und Verfahren für nicht freiwillige Einweisung und Behandlung erörtert. Soweit von einem „integrierten“ Verfahren die Rede ist, d. h. eine (notwendige)

Behandlung als integraler Bestandteil nicht freiwilliger Einweisung und Behandlung erfolgt, sollte die Behandlung in die Einweisung „hineingelesen“ werden. Mit anderen Worten wird eine Behandlung automatisch bewilligt, wenn die Einweisung bewilligt wurde, auch wenn eine Behandlung stets nur erfolgen sollte, wenn sie klinisch erforderlich ist. Soweit die Behandlung im Rahmen eines Verfahrens erfolgt, das von der Einweisung zu trennen ist, sind die Voraussetzungen und das Verfahren für die *Einweisung* weitgehend dieselben wie beim „integrierten“ Verfahren; die nicht freiwillige *Behandlung* wird jedoch gesondert beurteilt.

8.3.2 Voraussetzungen für nicht freiwillige Einweisung

Vorliegen einer psychischen Störung

Alle Gesetze zur psychischen Gesundheit, die sich an den Menschenrechten orientieren und die nicht freiwillige Behandlung regeln, fordern zunächst den Nachweis einer bestehenden psychischen Störung gemäß international anerkannter Standards. Die Rechtsordnungen unterscheiden sich jedoch im Hinblick auf die Anforderungen, die an Art, Schwere und Ausmaß der psychischen Störung zu stellen sind, damit diese eine nicht freiwillige Einweisung rechtfertigt. In einigen Staaten ist die nicht freiwillige Einweisung nur bei bestimmten psychischen Störungen wie z. B. psychotischen Störungen zulässig; andere Staaten beziehen sich auf eine „schwere psychische Störung (Erkrankung)“, während wieder andere die weitere Definition der psychischen Störung als qualifizierendes Kriterium für nicht freiwillige Einweisung verwenden. Eine wichtige Entscheidung, die der nationale Gesetzgeber zu treffen hat, ist die Frage nach der Anwendbarkeit nicht freiwilliger Einweisung auf bestimmte Gesundheitsprobleme. Die umstrittenen Diagnosen beziehen geistige Entwicklungsstörungen, Substanzenmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen mit ein (s. Unterkapitel 3). Derlei Entscheidungen spiegeln die Wertvorstellungen des jeweiligen Staats bzw. der jeweiligen Gemeinschaft wider.

Ernstzunehmende Wahrscheinlichkeit einer unmittelbaren oder unmittelbar drohenden Gefahr und/oder „Notwendigkeit der Behandlung“

Die zwei meistverwendeten – und wahrscheinlich auch die wichtigsten – Gründe für die Bewilligung der nicht freiwilligen Einweisung von Personen mit psychischen Störungen sind die „ernstzunehmende Wahrscheinlichkeit einer unmittelbaren oder unmittelbar drohenden Gefahr“ und die „Notwendigkeit der Behandlung“.

- *Ernstzunehmende Wahrscheinlichkeit einer unmittelbaren oder unmittelbar drohenden Gefahr* – Diese Voraussetzung kann entweder im Interesse des Patienten, der vor einer Selbstschädigung geschützt werden soll, oder zum Schutz Dritter angewendet werden. Das Vermeiden einer Selbstschädigung des Patienten, der Betreuer, Familienangehörigen und allgemein der Gesellschaft ist eine wichtige staatliche Verpflichtung und daher häufig zentrales Element der Gesetzgebung (Informationen zur Einschätzung der Gefährlichkeit finden sich bei Livesley, 2001; Sperry, 2003).
- *Notwendigkeit der Behandlung* – Wie das Kriterium der Gefährlichkeit/Sicherheit ist auch dieses Kriterium hochumstritten. Zahlreiche Organisationen und Einzelpersonen, einschließlich Nutzer psychosozialer Dienste und Nutzergruppen, lehnen dieses Kriterium ab. Gemäß den MI Principles (Grundsatz 16) kommt nicht freiwillige Einweisung in Fällen in Betracht, in denen „bei einer psychisch schwer kranken und in ihrer Urteilsfähigkeit beeinträchtigten Person das Versäumnis, diese Person einzuweisen beziehungsweise unterzubringen voraussichtlich eine ernste Zustandsverschlechterung verursacht oder verhindert, dass ihr eine geeignete Behandlung zuteil wird, die nur durch die Einweisung in eine psychiatrische Klinik ... möglich ist“.

Dieser Grundsatz setzt normalerweise das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Faktoren voraus. Erstens muss die Erkrankung „schwer“ sein (Stichwort: Definition); zweitens muss nachgewiesen werden, dass das „Urteilsvermögen eingeschränkt ist“ (Stichwort: Geistesvermögen); und drittens müssen hinreichende Gründe für die Vermutung vorliegen, dass die unterlassene Einweisung der Person zu einer ernsthaften Verschlechterung ihres Zustands führen oder eine angemessene Behandlung verhindern wird (Stichwort: Behandlungsprognose).

Einweisung zu therapeutischen Zwecken

Personen sollten nur dann unfreiwillig eingewiesen werden, wenn die Einweisung zu therapeutischen Zwecken erfolgt. Dies bedeutet nicht, dass in jedem Fall Medikamente verabreicht werden müssen, da eine Vielzahl von Rehabilitationsmaßnahmen und psychotherapeutischen Ansätzen zur Verfügung stehen. Das Fehlen therapeutischer Zwecke kann nicht aus der Erfolglosigkeit der Therapie gefolgert werden, und die nicht freiwillige Einweisung kann durch therapeutische Versorgung gerechtfertigt werden, auch wenn die verfügbaren Behandlungsmethoden die Gesundheitsprobleme des Betroffenen nicht vollständig heilen können. Soweit Menschen lediglich eine Betreuung benötigen, sollten sie nicht als nicht freiwillige Patienten in psychiatrischen Einrichtungen untergebracht werden.

Bei der Anwendung der dargestellten Kriterien ist es außerdem wichtig, den Grundsatz des „geringst möglichen Eingriffs“ im Rahmen der Wahl des Behandlungsumfelds zu beachten. Dies bedeutet, dass Menschen nicht eingewiesen werden dürfen, wenn weniger einschränkende Alternativen, wie z. B. gemeindenahere Versorgung, verfügbar sind.

8.3.3 Verfahren bei nicht freiwilliger Einweisung

Die Gesetze zur psychischen Gesundheit enthalten gewöhnlich eine Beschreibung der Verfahren, die bei der nicht freiwilligen Einweisung einzuhalten sind. Die Verfahren sind von Land zu Land unterschiedlich. Der folgende Abschnitt (wie auch die übrigen Erläuterungen dieser Materialsammlung) sollte als allgemeine Anleitung und nicht als Empfehlung verstanden werden.

Wer sollte die Beurteilung durchführen?

Als zusätzliche Maßnahme zum Schutz der Rechte nicht freiwillig internierter Personen empfehlen die MI Principles, dass zwei *unabhängige Ärzte* die Beurteilung durchführen und den Patienten gesondert und voneinander unabhängig untersuchen. Dies ist ein wichtiger Grundsatz. In Staaten mit niedrigem Volkseinkommen, die nur über wenige Psychiater und Allgemeinmediziner verfügen, und selbst in entwickelten Staaten lässt sich dies jedoch häufig nicht realisieren oder die Realisierung wird für wenig praktikabel erachtet, so dass die gesetzliche Festlegung gangbarer Alternativen berechtigt sein kann. Beispielsweise kann es erforderlich sein, sonstige zugelassene psychosoziale Fachkräfte (z. B. psychiatrische Sozialarbeiter, psychiatrische Krankenschwestern und -pfleger und Psychologen) zu schulen und zuzulassen, wie dies in Südafrika praktiziert wurde. In den meisten kanadischen Provinzen gibt es nur einen Arzt pro Gemeinde, der für einen kurzen befristeten Zeitraum (24-72 Stunden) Einweisungen bewilligt. Anschließend untersucht ein unabhängiger Arzt den Betroffenen im Krankenhaus, und wenn der Arzt eine längere Internierung nicht für erforderlich hält, wird die Person entlassen.

Es gibt keine festgelegten Regeln hinsichtlich der Frage, wie viele Fachkräfte eine Person untersuchen müssen, bevor sie eingewiesen oder behandelt wird, und über welche Qualifikationen diese Fachkräfte verfügen müssen. *Mehrere Untersuchungen durch höher qualifizierte Personen* können zwar den größtmöglichen Schutz für die Patienten gewährleisten, doch wenn die gesetzliche Festschreibung und Umsetzung dieser Vorgaben dazu führt, dass andere versorgungsbedürftige Patienten nicht behandelt werden, weil die knappen Ressourcen zur Beurteilung einer einzigen Person eingesetzt werden, oder Personen überhaupt nicht beurteilt werden, weil sie aus einer Region kommen, in der keine oder nicht genügend Fachkräfte mit der erforderlichen gesetzlich festgeschriebenen Qualifikation verfügbar sind, dann wird der Schutz hierdurch eindeutig *nicht* verbessert.

Darüber hinaus sind scheinbar besser qualifizierte Fachkräfte bisweilen weniger dazu befähigt, den psychischen Gesundheitszustand zu untersuchen, als Fachkräfte, bei denen eine geringere Qualifikation angenommen wird. Beispielsweise werden die Ärzte in vielen Entwicklungsländern in dem Bereich psychische Gesundheit nur rudimentär ausgebildet und verfügen über sehr wenig Erfahrung auf diesem Gebiet, während bestimmte psychiatrische Krankenschwestern und -pfleger sehr gut ausgebildet und erfahren sind. Allerdings sind viele psychiatrische Symptome Anzeichen für körperliche Erkrankungen, und daher ist es wichtig, dass mindestens eine Untersuchung von einem Arzt durchgeführt wird. Lösungen, die die örtlichen Gegebenheiten angemessen berücksichtigen, sind in jedem Fall entscheidender als die in dieser Materialsammlung dargelegten Regeln. Dennoch sollte das Gebot der Unabhängigkeit und der Durchführung von zwei Beurteilungen, von denen eine durch eine qualifizierte Fachkraft durchgeführt wird, stets beachtet werden.

Kann aufgrund der in einem Staat herrschenden Gegebenheiten eine zweite Beurteilung unter keinen Umständen vor der anfänglichen Einweisung durchgeführt werden, sollte dies bei der Einweisung und vor Beginn der Behandlung nachgeholt werden. Weichen die erste und die zweite Beurteilung voneinander ab, muss eine dritte unabhängige Fachkraft den Betroffenen untersuchen und Empfehlungen abgeben, woraufhin eine Empfehlung in Form einer Mehrheitsentscheidung ergeht.

Wer sollte den Antrag stellen?

Die Frage, wer den Antrag auf nicht freiwillige Einweisung stellen sollte, ist ebenfalls schwierig zu beantworten und hochumstritten. In einigen Staaten wird auf der Grundlage der Empfehlungen einer psychosozialen Fachkraft entweder von einem Familienmitglied, einem nahen Verwandten oder einem Vormund oder von einer sonstigen staatlich bestellten Person (z. B. im Vereinigten Königreich einem Sozialarbeiter) bei der zuständigen psychosozialen Einrichtung (psychisches Krankenhaus oder Psychiatrieabteilung in einem allgemeinen Krankenhaus) ein Antrag auf Einweisung des Patienten gestellt. In anderen Staaten wird der Antrag auf Einweisung sogar vor der medizinischen Untersuchung gestellt und die Untersuchung erfolgt auf der Grundlage des Antrags.

Manchmal sind Familien der Ansicht, dass allein sie darüber zu entscheiden haben, ob und wann ein Familienmitglied unfreiwillig versorgt und behandelt werden muss, und dass sie bei der Frage, ob und wann Hilfe von außen benötigt wird, ein Mitspracherecht haben. In anderen Staaten wiederum sind Familienangehörige überhaupt nicht an der Antragstellung beteiligt, da man der Auffassung ist, dass die meisten Familien nicht Gefahr laufen möchten, später von dem Familienmitglied, das von der psychischen Störung betroffen ist, für die Einweisung und Behandlung verantwortlich gemacht zu werden. Diese Unterschiede spiegeln die kulturellen Besonderheiten und die in den jeweiligen Staaten eingeführten unterschiedlichen Verfahren wider und keine der Alternativen kann als die einzig „richtige“ angesehen werden.

Wohin sollte der Patient eingewiesen werden?

Die Staaten müssen eine Entscheidung darüber treffen, wohin nicht freiwillige Patienten eingewiesen werden. Soweit dies möglich ist, sollte wie bei sonstigen gesundheitsbedingten Einweisungen eine Einrichtung gewählt werden, die sich möglichst nah am Wohnort des Patienten befindet. Die Unterbringungsmöglichkeiten allgemeiner Krankenhäuser können so ausgebaut werden, dass die meisten nicht freiwilligen Patienten dort aufgenommen werden können. Da eine geringe Zahl der nicht freiwilligen Patienten jedoch aggressiv oder schwer zu betreuen sein kann, müssen bestimmte Einrichtungen gegebenenfalls über die erforderliche Sicherheitsausstattung verfügen, damit diese Patienten aufgenommen werden können. Bevor der psychosozialen Einrichtung die Aufnahme nicht freiwilliger Patienten gestattet wird, sollte sie jedoch in jedem Fall über eine Zulassung verfügen, mit der ihr bescheinigt wird, dass sie eine angemessene und geeignete Versorgung und Behandlung anbietet.

Wer sollte das Vorhaben und die fortgesetzte Internierung überprüfen?

In den meisten Staaten wird die nicht freiwillige Einweisung, die gemäß den obigen Erläuterungen (s. a. Unterkapitel 13) auf der Grundlage eines medizinischen/psychiatrischen/fachlichen Gutachtens erfolgt, durch eine unabhängige öffentliche Stelle bestätigt, z. B. ein Nachprüfungsorgan, Gericht oder einen sonstigen Spruchkörper. Die Entscheidung der unabhängigen Einrichtung sollte nicht durch Anweisungen Dritter beeinflusst werden. Wie oben erläutert, sollte auch hier anhand der verfügbaren Ressourcen und örtlichen Gegebenheiten ermittelt werden, was für ein Nachprüfungsorgan benötigt wird und welches Verfahren von diesem einzuhalten ist. Die Staaten müssen auch hier Prioritäten setzen und einen Ausgleich zwischen den bestehenden Rechten suchen. Angesichts der Voraussetzungen, die bei nicht freiwilligen Einweisungen vorliegen müssen (s. o.), sollten z. B. zeitliche Verzögerungen bei der Einweisung und Behandlung von Patienten vermieden werden, auch wenn die meisten nicht freiwilligen Einweisungen nicht als „Notfälle“ (s. Unterkapitel 8.4) einzuordnen sind. Zwischen der Verpflichtung, eine Selbstschädigung des Betroffenen oder die Schädigung Dritter zu verhindern, und dem Recht des Betroffenen auf Behandlung (soweit eine Behandlung erforderlich ist) bzw. dessen Recht auf Verweigerung der Behandlung muss ein angemessener Ausgleich gefunden werden.

In einigen Staaten ist es eventuell nicht möglich, dass eine unabhängige Einrichtung alle Fälle vor Einweisung der Betroffenen überprüft. Statt einer verzögerten Einweisung kann der Gesetzgeber eine Frist festlegen (die kurz sein muss), innerhalb derer der Fall zu überprüfen ist. Sobald das Nachprüfungsorgan eine Entscheidung getroffen hat, sollten die entsprechenden Maßnahmen umgesetzt werden. Anschließend sollten laufende, automatische, obligatorische und regelmäßige Statusüberprüfungen durchgeführt werden.

In der Praxis sind die meisten nicht freiwilligen Einweisungen von kurzer Dauer und erstrecken sich über wenige Tage oder mehrere Wochen, da sich die meisten Patienten gut erholen und/oder die Voraussetzungen für eine nicht freiwillige Einweisung entfallen. In den meisten Fällen gibt es kaum Anlass, die nicht freiwillige Internierung über diesen Zeitraum hinaus fortzusetzen. Entweder haben sich die Patienten so weit erholt, dass sie entlassen werden können, oder sie sind nun in der Lage, selbst zu entscheiden, dass sie freiwillig länger in der Einrichtung verbleiben möchten. In einigen Staaten sieht der Gesetzgeber bei nicht freiwilligen Einweisungen, die einen bestimmten Zeitraum nicht überschreiten, keine Überprüfung durch ein Nachprüfungsorgan vor. Diese anfängliche Frist ist z. B. in Südafrika auf 72 Stunden beschränkt (Mental Health Care Act, Act 17, 2002). Für Staaten mit niedrigem Volkseinkommen und knappen personellen und finanziellen Ressourcen kann diese Lösung von Vorteil sein, da so vermieden wird, dass das Prüfverfahren unverhältnismäßig viele Ressourcen verbraucht und dies zu einer Beeinträchtigung des gesundheitlichen Leistungsangebots führt. Diese spezielle Lösung steht auch im Einklang mit Grundsatz 16(2) der MI Principles, da dieser empfiehlt: „Die zwangsweise Einweisung oder Unterbringung erfolgt zunächst für einen kurzen Zeitraum, je nach innerstaatlichem Recht, zur *Beobachtung und vorläufigen Behandlung*, bis die Einweisung oder Unterbringung durch das Nachprüfungsorgan nachgeprüft worden ist“ (zusätzliche Hervorhebung).

Soweit dies möglich ist, sollte die unabhängige Einrichtung den Patienten die Gelegenheit geben, ihre Ansichten und Auffassungen zur nicht freiwilligen Einweisung zu äußern (einschließlich der

Frage, ob sie ihrer Meinung nach zu Unrecht eingewiesen wurden und wo sie eingewiesen werden möchten), und diese Stellungnahme sollte bei allen Entscheidungen berücksichtigt werden. Außerdem sollte die unabhängige Einrichtung Familienangehörige (und sonstige Personen, die dem Patienten nahe stehen), die beteiligten Gesundheitsfachkräfte und/oder einen vom Patienten ernannten gesetzlichen Vertreter (soweit vorhanden) konsultieren.

Der Gesetzgeber kann sicherstellen, dass die Patienten unverzüglich über die Gründe der nicht freiwilligen Einweisung informiert werden und diese Informationen gegebenenfalls auch den gesetzlichen Vertretern und Familienangehörigen der Patienten umgehend übermittelt werden.

Darüber hinaus ist das Recht auf Einlegung eines Rechtsbehelfs bei quasigerichtlichen oder gerichtlichen Spruchkörpern ein wichtiges Element, das in die gesetzlichen Bestimmungen zu nicht freiwilliger Einweisung aufgenommen werden muss. Die Gesetze zur nicht freiwilligen Einweisung sollten dieses Recht festschreiben und ein Verfahren vorsehen, das von Patienten, ihren Familien und/oder gesetzlichen Vertretern einzuhalten ist, wenn sie bei einem Nachprüfungsorgan der psychischen Gesundheit und/oder einem Gericht einen Rechtsbehelf gegen die Ausgangsentscheidung einlegen.

Nicht freiwillige Einweisung: Zusammenfassung

- **Nicht freiwillige Einweisung ist generell nur zulässig, wenn alle nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sind und der Patient eine freiwillige Einweisung ablehnt:**
 - a) **eine psychische Störung, die einen bestimmten Schweregrad aufweist, ist nachgewiesen; und**
 - b) **es besteht die ernstzunehmende Wahrscheinlichkeit unmittelbaren oder unmittelbar drohenden Schadens für den Betroffenen oder Dritte und/oder einer Verschlechterung des Zustands des Patienten, wenn keine Behandlung erfolgt; und**
 - c) **die Einweisung erfolgt zu therapeutischen Zwecken; und**
 - d) **die Behandlung kann nur durch Einweisung in eine psychosoziale Einrichtung vorgenommen werden.**
- **Verfahren bei nicht freiwilliger Einweisung:**
 - a) **Zwei zugelassene psychosoziale Fachkräfte (darunter sollte sich möglichst ein Arzt befinden) sollten bescheinigen, dass die Voraussetzungen für eine nicht freiwillige Einweisung vorliegen, und sie sollten die nicht freiwillige Einweisung empfehlen.**
 - b) **Der Antrag auf nicht freiwillige Einweisung sollte in Übereinstimmung mit den örtlichen kulturellen Gegebenheiten und Rahmenbedingungen gestellt werden.**
 - c) **Die psychosoziale Einrichtung sollte über eine Zulassung verfügen, mit der ihr bescheinigt wird, dass sie eine angemessene und geeignete Versorgung und Behandlung anbietet, und auf dieser Grundlage sollte ihr die Aufnahme nicht freiwilliger Patienten gestattet werden.**
 - d) **Eine unabhängige öffentliche Stelle (Nachprüfungsorgan, Gericht oder sonstiger Spruchkörper) sollte die nicht freiwillige Einweisung bewilligen. Dies sollte schnellstmöglich nach Antragstellung oder, wenn dies nicht möglich ist, schnellstmöglich nach Einweisung erfolgen; der Gesetzgeber sollte den zeitlichen Rahmen festlegen, innerhalb dessen die Prüfung durchgeführt werden muss. Der Betroffene sollte bei der Anhörung Anspruch auf einen gesetzlichen Vertreter haben.**
 - e) **Patienten, Angehörige und gesetzliche Vertreter sollten unverzüglich über die Gründe der nicht freiwilligen Einweisung und die Rechte des Patienten informiert werden.**
 - f) **Patienten, Angehörige und/oder gesetzliche Vertreter sollten das Recht haben, bei einem Nachprüfungsorgan und/oder Gericht einen Rechtsbehelf gegen die nicht freiwillige Einweisung einzulegen.**
- **Regelmäßige, zeitlich festgelegte Überprüfungen der nicht freiwilligen Einweisungen durch ein unabhängiges Nachprüfungsorgan müssen vorgeschrieben werden.**
- **Sobald die Voraussetzungen für eine nicht freiwillige Einweisung bei einem Patienten nicht mehr vorliegen, muss die nicht freiwillige Internierung beendet werden. Im Anschluss kann eine freiwillige Behandlung durchgeführt werden.**

Die Verfahren zur Beendigung nicht freiwilliger Internierung und Behandlung sollten so flexibel wie möglich gestaltet werden, damit die zwangsweise Unterbringung der Betroffenen nicht länger als notwendig andauert. Eine fortgesetzte Internierung ist nur gerechtfertigt, wenn die psychische Störung andauert und dasselbe Ausmaß und Erscheinungsbild aufweist, das zur nicht freiwilligen Einweisung geführt hat. Ist die nicht freiwillige Internierung nicht mehr gerechtfertigt, kann der Patient ohne weitere Versorgung entlassen werden. Dies geschieht je nach den gesetzlichen Bestimmungen entweder durch einen Arzt oder durch eine Fachkraft oder aber durch das Nachprüfungsorgan, wenn es den Fall geprüft hat. Die Patienten können sich für einen freiwilligen Status entscheiden, um weiterhin stationär oder ambulant versorgt und behandelt zu werden. Dies bedeutet, dass ein gesetzliches Verfahren zur regelmäßigen Überprüfung der Patienten eingeführt

werden muss. Bleiben Patienten über den empfohlenen Zeitraum hinaus nicht freiwillig interniert, so sollten sie das Recht haben, in festgelegten wiederkehrenden Abständen Rechtsbehelfe gegen die zugrunde liegende Entscheidung einzulegen.

Zur Erleichterung dieses Verfahrens ist es hilfreich, wenn die Staaten Standardformulare einführen, die zu verschiedenen Zeitpunkten auszufüllen sind (s. Anhang 8 mit Beispielformularen).

8.3.4 Voraussetzungen für nicht freiwillige Behandlung (bei getrennten Einweisungs- und Behandlungsverfahren)

Die Voraussetzungen für nicht freiwillige Einweisung überschneiden sich in vielen Bereichen mit den Voraussetzungen für nicht freiwillige Behandlung. Der größte Unterschied besteht jedoch darin, dass festgestellt werden muss, dass die Betroffenen im Hinblick auf die *Behandlung* nicht über das Geistesvermögen verfügen, das für eine informierte Zustimmung erforderlich ist. Behandlung ohne Zustimmung sollte nur in Erwägung gezogen werden, wenn die nachstehenden Voraussetzungen kumulativ vorliegen:

1. Bei dem Patienten ist in Übereinstimmung mit international anerkannten medizinischen Standards das Vorliegen einer psychischen Störung festgestellt worden.
2. Das Geistesvermögen des Patienten reicht nicht aus, um eine informierte Zustimmung zur vorgeschlagenen Behandlung zu erteilen oder zu verweigern.
3. Eine Behandlung ist notwendig,
 - (i) um die psychische Störung des Patienten zu mildern; und
 - (ii) um eine Verschlechterung der psychischen Verfassung des Patienten zu verhindern; und/oder
 - (iii) um zu verhindern, dass sich der Patient selbst Schaden zufügt; und/oder
 - (iv) um Dritte vor erheblichen Schäden zu schützen.

Eine Behandlung ohne Zustimmung und ohne Einwilligung eines rechtmäßigen Organs sollte ausschließlich in Notfällen und nur für die Dauer des Notfalls erfolgen (s. Unterkapitel 8.4).

8.3.5 Verfahren bei nicht freiwilliger Behandlung eingewiesener Personen

Es gibt viele verschiedene Arten, ein Verfahren zur Einleitung einer Behandlung – in Abgrenzung zum Einweisungsverfahren – umzusetzen. Mit Hilfe der folgenden Faktoren kann gewährleistet werden, dass die Entscheidung über die Behandlung unabhängig erfolgt:

- a) *Zeitfaktor* – über eine nicht freiwillige Behandlung wird erst nach Einweisung des Patienten entschieden;
- b) *Voraussetzungen* – der psychische Gesundheitszustand, der eine nicht freiwillige Einweisung notwendig macht, unterscheidet sich vom Geistesvermögen, das für die Entscheidung über eine Behandlung beurteilt wird;
- c) *fachliche Kompetenz und Bewilligungsbefugnis* – die Entscheidung über eine nicht freiwillige Einweisung wird von anderen Personen getroffen als die Entscheidung über nicht freiwillige Behandlung, und beide Personengruppen verfügen über unterschiedliche Fachkenntnisse.

Jeder dieser Faktoren bietet dem Nutzer zusätzlichen Schutz, doch ähnlich wie bei der Einweisung sollten diese Verfahren nicht zu einer unangemessenen Verzögerung der Behandlung führen, da dies ebenso eine Menschenrechtsverletzung darstellen kann.

Auch bei knappen Ressourcen ist es möglich, die *Voraussetzungen* für nicht freiwillige Einweisung und nicht freiwillige Behandlung voneinander zu trennen, obgleich in diesen Fällen die Beurteilung, ob eine Behandlung durchzuführen ist, zum *selben Zeitpunkt* von *derselben/denselben Person(en)* durchgeführt werden sollte wie die Beurteilung der Notwendigkeit einer Einweisung.

Sowohl im Rahmen eines integrierten Verfahrens als auch bei getrennten Verfahren sollte eine nicht freiwillige Behandlung stets von einer angemessen qualifizierten und zugelassenen psychosozialen Fachkraft vorgeschlagen werden. Welcher Berufsgruppe diese Fachkraft angehört, ist von den Ressourcen und Gegebenheiten des jeweiligen Staats abhängig. Wie bei der Einweisung kann zur Bestätigung des Behandlungsplans eine zweite unabhängige, zugelassene psychosoziale Fachkraft hinzugezogen werden, die den Patienten unabhängig untersucht und alle medizinischen und behandlungsbezogenen Patientendaten geprüft hat. Die Fachkräfte dürfen Behandlungsentscheidungen nur im Rahmen ihrer beruflichen Praxis treffen. Es wird noch einmal besonders darauf hingewiesen, dass die ausgewählten Fachkräfte angesichts ihrer Funktion über ausreichende Ausbildung, Kompetenz und Erfahrung verfügen müssen – und der Gesetzgeber sollte entsprechende Kriterien festlegen.

Auf der Grundlage dieser Empfehlungen – ähnlich wie bei Empfehlungen zur Einweisung – kann der Behandlungsplan von einer unabhängigen öffentlichen Stelle (z. B. dem Nachprüfungsorgan) bewilligt werden. Die unabhängige Stelle kann verpflichtet werden, den Patienten darauf zu überprüfen, ob sein Geistesvermögen tatsächlich nicht für eine Zustimmung zur Behandlung ausreicht und ob die vorgeschlagene Behandlung im Interesse des Patienten ist (Letzteres wird nicht in allen Rechtsordnungen geprüft). Wie bei der Einweisung kann es sich bei der unabhängigen Stelle um einen quasigerichtlichen oder einen gerichtlichen Spruchkörper handeln. Entscheidend ist, dass die unabhängige Stelle sich von der Person bzw. den Personen unterscheidet, die die Behandlung vorgeschlagen haben, und dass sie sich aus Personen zusammensetzt, die über die nötigen Fähigkeiten und Kenntnisse verfügen, um die Geschäftsfähigkeit des Patienten beurteilen zu können.

Auch wenn dies in einigen Fällen nicht dieselbe Stelle ist, die die Einweisung bewilligt, so wird sich in anderen Fällen eine Überschneidung nicht vermeiden lassen. Ist nur ein einziges Gremium verfügbar, müssen sich dessen Mitglieder über die unterschiedlichen Voraussetzungen für Einweisung und Behandlung im Klaren sein. Dem Gremium stehen sodann zahlreiche Möglichkeiten offen: Beispielsweise kann entschieden werden, dass eine Person unfreiwillig eingewiesen werden muss, jedoch nur mit ihrer Zustimmung behandelt werden darf, oder dass ein Patient sowohl einzuweisen als auch zu behandeln ist oder dass der Patient weder unfreiwillig eingewiesen noch unfreiwillig behandelt werden darf.

Entscheidet dieselbe Stelle über Einweisung und Behandlung, besteht die Möglichkeit, eine Behandlung in der Gemeinschaft zu empfehlen (d. h. nicht freiwillige Behandlung ohne Einweisung), wenn diese Option in dem betreffenden Staat besteht (s. Unterkapitel 8.3.7). Eine weitere Alternative, die sich bei der unabhängigen Bewilligung nicht freiwilliger Behandlung bietet, ist die Festlegung bestimmter Behandlungsmodalitäten, für die ein gesondertes Prüfverfahren durchzuführen ist. Beispielsweise kann für Behandlungsformen, bei denen psychotrope Depotmedikamente verabreicht werden, ein gesondertes Bewilligungsverfahren festgelegt werden, welches jedoch nicht für die orale Verabreichung von Medikamenten gilt.

Wird eine nicht freiwillige Behandlung im Rahmen eines integrierten oder gesonderten Verfahrens empfohlen, muss der Patient in jedem Fall vor vermeidbaren Schäden geschützt werden, und es ist wichtig, dass die vorgeschlagene Behandlung zum Wohl des Patienten durchgeführt wird. Allgemein sollte eine Behandlung stets aufgrund eines anerkannten klinischen Symptoms durchgeführt werden, ein therapeutisches Ziel verfolgen und die Realisierung eines echten klinischen Erfolgs (statt bloßer Auswirkungen auf die administrative, strafrechtliche, familiäre oder sonstige Situation des Patienten) sollte wahrscheinlich sein. Nicht freiwillige Behandlung muss in Übereinstimmung mit den nationalen und/oder internationalen Behandlungsrichtlinien für das spezifische psychische Gesundheitsproblem erfolgen – je nachdem, welche Vorschriften den größtmöglichen Schutz vor Missbrauch bieten.

Nicht freiwillige Behandlung darf nicht länger als notwendig durchgeführt werden, und sie sollte systematisch von der behandelnden Gesundheitsfachkraft und regelmäßig von einem unabhängigen Nachprüfungsorgan überprüft werden. Einige Gesetze lassen eine Behandlung nur zeitlich befristet zu. Eines der wichtigsten Ziele der vorgeschlagenen Behandlung muss die Wiederherstellung des Geistesvermögens des Patienten sein, und sobald dieses Ziel erreicht ist, sollte die nicht freiwillige Behandlung eingestellt werden. In vielen Fällen beginnt anschließend eine freiwillige Behandlung. Ist eine zeitliche Befristung vorgeschrieben, muss die nicht freiwillige Behandlung sowohl nach Ablauf dieser Frist als auch bei Wiederherstellung des Geistesvermögens des Patienten beendet werden – *je nachdem, welcher Zeitpunkt früher eintritt*.

Der Gesetzgeber kann Fachkräfte dazu auffordern, Patienten und/oder ihre Angehörigen (oder sonstige Betroffene) an der Ausarbeitung des vorgeschlagenen Behandlungsplans zu beteiligen, selbst wenn die Behandlung nicht freiwillig erfolgt. Die Patienten und die Personen, die die Patienten versorgen, müssen zu Beginn der nicht freiwilligen Behandlung unverzüglich über ihre Rechte informiert werden.

Patienten, Angehörige und/oder persönliche Vertreter müssen das Recht haben, bei einem Nachprüfungsorgan, Gericht und/oder sonstigen Spruchkörper einen Rechtsbehelf gegen nicht freiwillige Behandlung einzulegen. Auch in diesem Zusammenhang ist es hilfreich, Standardformulare für die Einlegung eines Rechtsbehelfs bei einem Nachprüfungsorgan einzuführen (s. Anhang 8 mit Formularbeispiel).

Fallbeispiel: Erfolgreicher Rechtsbehelf eines eingewiesenen Patienten gegen nicht freiwillige Behandlung in Ontario, Kanada

Im kanadischen Ontario wurde Professor Starson in ein Krankenhaus eingewiesen, nachdem seine strafrechtliche Unzurechnungsfähigkeit bezüglich von ihm ausgesprochener Todesdrohungen festgestellt worden war, und das Review Board [*Nachprüfungsorgan*] ordnete eine 12-monatige Internierung an. Der behandelnde Arzt schlug eine medizinische Behandlung seiner bipolaren Störung vor. Starson lehnte eine Behandlung mit der Begründung ab, dass die Medikamente zu einer Trübung seiner geistigen Fähigkeiten und einer Beeinträchtigung seiner Kreativität führten, doch der behandelnde Arzt war der Ansicht, dass er nicht in der Lage sei, über eine Zustimmung zur medizinischen Behandlung zu entscheiden. Starson beantragte beim Consent and Capacity Board [*Rat zur Überprüfung von Zustimmung und Geistesvermögen*] eine Überprüfung der ärztlichen Entscheidung. Das Board bestätigte die ärztliche Entscheidung. Die Entscheidung des Board wurde jedoch anschließend im Rahmen einer gerichtlichen Überprüfung durch den Superior Court [*einzelstaatliches Gericht*] aufgehoben. Die Entscheidung ging sodann an den Court of Appeal [*Berufungsgericht*], der die Entscheidung des erstinstanzlichen Gerichts aufrechterhielt. Daraufhin wurde das höchste Gericht des Landes, der Supreme Court of Canada, mit der Sache befasst. Im Juni 2003 entschied der Supreme Court, dass die Entscheidung des Court of Appeal for Ontario aufrechtzuerhalten ist.

Gemäß dem Ontario Health Care Consent Act (s. Unterkapitel 3.3) muss der Betroffene in der Lage sein, die Informationen zu erfassen, die für eine Entscheidung über die Behandlung maßgeblich sind, und er muss in der Lage sein, die vernünftigerweise vorhersehbaren Konsequenzen einer Entscheidung oder der Nichtvornahme einer Entscheidung beurteilen zu können.

Nach Auffassung des Gerichts hatte das Board die gesetzlich vorgeschriebene Prüfung des Geistesvermögens fehlerhaft durchgeführt und darüber hinaus die unzutreffende Feststellung getroffen, dass Professor Starson nicht in der Lage sei, die Konsequenzen seiner Entscheidung zu beurteilen.

Aus diesem Fall lassen sich die folgenden wichtigen Grundsätze ableiten:

- Wird eine Person ohne ihre Zustimmung eingewiesen, so impliziert dies nicht notwendigerweise, dass die betreffende Person nicht über das erforderliche Geistesvermögen verfügt, um Behandlungsentscheidungen treffen zu können.
- Prüfungen des Geistesvermögens sind auslegungsfähig.
- Ausgangsentscheidungen zur Behandlung können nach Einlegung eines Rechtsbehelfs durch höhere Instanzen revidiert werden.
- Die Unversehrtheit und Unverletzlichkeit der Person ist ein wichtiger Menschenrechtsgrundsatz.

(*Starson v. Swayze, 2003, SCC 32*)

Im Rahmen der regelmäßigen Überprüfungen nicht freiwilliger Behandlung muss die unabhängige öffentliche Stelle sicherstellen, dass die Gründe für eine fortgesetzte nicht freiwillige Behandlung weiterhin gegeben sind. Ist die Bewilligung nicht freiwilliger Behandlung zeitlich befristet, so muss das Verfahren zur Bewilligung der Behandlung erneut durchgeführt werden, wenn die Behandlung nach Fristende fortgesetzt werden soll. Die Tatsache, dass ein Patient die Behandlung verweigert, sollte für sich genommen nicht zur Rechtfertigung einer erneuten Bewilligung der nicht freiwilligen Behandlung ausreichen.

Nicht freiwillige Behandlung: Zusammenfassung

- Die Voraussetzungen für die nicht freiwillige Behandlung müssen erfüllt sein, bevor die Behandlung durchgeführt wird.
- Verfahren bei nicht freiwilliger Behandlung:
 - a) Der Behandlungsplan sollte von einer zugelassenen psychosozialen Fachkraft vorgeschlagen werden, die über ausreichend Erfahrung und Fachwissen verfügt, um die vorgeschlagene Behandlung durchzuführen.
 - b) Die Hinzuziehung einer zweiten, unabhängigen, zugelassenen psychosozialen Fachkraft und deren Zustimmung zum Behandlungsplan sollte vorgeschrieben werden.
 - c) Nachdem die nicht freiwillige Behandlung empfohlen wurde, sollte eine unabhängige öffentliche Stelle (Nachprüfungsorgan) den Behandlungsplan schnellstmöglich überprüfen. Die Stelle sollte die Notwendigkeit einer fortgesetzten, nicht freiwilligen Behandlung zu festgelegten Zeitpunkten überprüfen.
 - d) Wird eine nicht freiwillige Behandlung zeitlich befristet bewilligt, so kann die Behandlung nur fortgesetzt werden, wenn das Bewilligungsverfahren erneut durchgeführt wird.
 - e) Nicht freiwillige Behandlung sollte nicht fortgesetzt werden, wenn festgestellt wird, dass die Patienten wieder über das Geistesvermögen verfügen, das für Behandlungsentscheidungen erforderlich ist, wenn eine Behandlung nicht mehr erforderlich ist oder wenn der Geltungszeitraum der Bewilligung abgelaufen ist – je nachdem, welcher Zeitpunkt früher eintritt.
 - f) Patienten, Angehörige und/oder persönliche Vertreter sollten unverzüglich über Entscheidungen zu nicht freiwilliger Behandlung informiert werden, und soweit dies praktikabel ist, sollten sie in die Entwicklung des Behandlungsplans einbezogen werden.
 - g) Sobald eine nicht freiwillige Behandlung bewilligt wird, sind Patienten, Angehörige und persönliche Vertreter darüber zu belehren, dass ihnen das Recht zusteht, bei einem Nachprüfungsorgan, Gericht und/oder sonstigen Spruchkörper einen Rechtsbehelf gegen die Entscheidung über die nicht freiwillige Behandlung einzulegen.

Hinweis: Das vorstehende Verfahren gilt nicht für Notfälle, besondere Behandlungsmethoden und Forschung. Die entsprechenden Verfahren werden weiter unten erörtert.

8.3.6 Behandlung mit Zustimmung des Bevollmächtigten

Einige Rechtsordnungen ermöglichen die Benennung eines persönlichen Vertreters, Familienangehörigen oder Vormunds und ermächtigen diese, einer Behandlung im Namen des Patienten zuzustimmen. Die Zustimmung durch einen Bevollmächtigten kann selbstverständlich nur dann in Betracht gezogen werden, wenn nachgewiesen wurde, dass das Geistesvermögen des Betroffenen nicht für eine Zustimmung zur Behandlung ausreicht.

Die Zustimmung durch einen „Bevollmächtigten“ stellt in vielen Fällen eine nicht freiwillige Behandlung dar. Für alle Bevollmächtigten und Stellvertreter sollte ein verbindlicher „Stellvertreterstandard“ festgelegt werden, der bei Entscheidungen zu berücksichtigen ist, die für Personen mit unzureichendem Geistesvermögen getroffen werden. Stellvertreter sollten in diesem Zusammenhang verpflichtet werden, dass sie diejenige Entscheidung treffen, die der Vertretene ihrer Ansicht nach träge, wenn sein Geistesvermögen für eine solche Entscheidung ausreichen würde. Soweit der Betroffene das erforderliche Geistesvermögen nie besessen hat (dies ist z. B. bei einigen Menschen mit geistigen Entwicklungsstörungen der Fall), deckt sich der Standard mit der Vorgabe, im Interesse des Betroffenen zu handeln. Selbst dann sollten sich Stellvertreter jedoch genau mit der individuellen Situation des Betroffenen befassen, damit sie eine Entscheidung treffen können, die ihrem Verständnis nach die bekannten Wünsche und Bedürfnisse der geistig unzureichend befähigten Person so gut wie möglich berücksichtigt.

Werden Familienangehörige zur Entscheidung bevollmächtigt, so hat dies den Vorteil, dass ihnen die Interessen des Patienten wahrscheinlich am meisten am Herzen liegen und sie dessen Wertvorstellungen wahrscheinlich am besten kennen. Gleichzeitig sollte bedacht werden, dass die Entscheidungen von bevollmächtigten Personen – insbesondere wenn sie von Familienangehörigen getroffen werden – nicht immer wirklich unabhängig gefällt werden. Innerhalb von Familien kann es Interessenkonflikte geben, und die Angehörigen setzen bisweilen ihre eigenen Interessen mit denen des Patienten gleich. Daher sollten die Schutzmechanismen, die in die Bestimmungen zu nicht freiwilliger Behandlung aufgenommen werden, auch für die Zustimmung durch Bevollmächtigte gelten und Patienten sollten z. B. auch bei der Zustimmung durch Bevollmächtigte das Recht haben, einen Rechtsbehelf einzulegen.

Die Gesetze einiger Staaten enthalten Regelungen zu „Vorsorgeverfügungen“, mit denen Menschen mit psychischen Störungen in Phasen, in denen es ihnen gesundheitlich „gut“ geht, festlegen können, was für sie in Phasen, in denen sie keine informierte Entscheidung treffen können, akzeptabel ist und was sie ablehnen. Darüber hinaus können sie festlegen, wer in den Phasen, in denen sie keine informierte Entscheidung treffen können, in ihrem Namen entscheidet (s. Anhang 9 mit dem Beispiel der neuseeländischen Vorsorgeverfügung für Patienten mit psychischen Störungen).

Eine neuere Untersuchung hat gezeigt, dass ein gemeinsamer, von Patienten und psychosozialen Teams ausgearbeiteter Krisenplan, einschließlich Vorsorgeverfügungen mit bevorzugten Behandlungsmethoden, zu einer Verringerung der nicht freiwilligen Einweisungen von Patienten mit schweren psychischen Störungen führen kann (Henderson, 2004).

Problematischer ist es dagegen, wenn Personen mit psychischen Störungen Vorsorgeverfügungen erteilen, mit der sie die Behandlung ablehnen. Einige psychosoziale Fachkräfte tun sich schwer damit, die Geltung einer solchen Vorsorgeverweigerung zu akzeptieren, wenn der Patient später die Voraussetzungen für nicht freiwillige Behandlung erfüllt und wenn die Berücksichtigung der vorsorglichen Behandlungsverweigerung dazu führen würde, dass einem schwer kranken Patient die erforderliche Behandlung vorenthalten würde, oder wenn der Patient sich selbst oder Dritten Schaden zufügen könnte.

Behandlung mit Zustimmung des Bevollmächtigten: Zusammenfassung

- Die Zustimmung durch einen Bevollmächtigten erfolgt durch einen persönlichen Vertreter, Familienangehörigen oder Vormund, der ermächtigt ist, einer Behandlung im Namen des Patienten zuzustimmen.
- Die Vorschriften, die die nicht freiwillige Behandlung aufgrund von Zustimmung durch Bevollmächtigte regeln, sollten Schutzmechanismen enthalten. Der Patient sollte z. B. berechtigt sein, einen Rechtsbehelf einzulegen.
- Durch „Vorsorgeverfügungen“ können Patienten in Phasen, in denen sie in der Lage sind, eine informierte Zustimmung zu erteilen, selbständige Entscheidungen im Hinblick auf Phasen treffen, in denen es ihnen am erforderlichen Geistesvermögen fehlt. Soweit Vorsorgeverfügungen oder sonstige ersatzweise oder in Stellvertretung getroffene Entscheidungen gesetzlich vorgesehen sind, sollte der Gesetzgeber eindeutige und einheitliche Regelungen treffen.

8.3.7 Nicht freiwillige Behandlung im gemeindenahen Umfeld

MI Principles: Behandlung in der am wenigsten restriktiven Umgebung

Jeder Patient hat das Recht, in einer so wenig restriktiven Umgebung und mit so wenig restriktiven beziehungsweise eingreifenden Methoden behandelt zu werden, wie dies im Hinblick auf die gesundheitlichen Bedürfnisse des Patienten und den gebotenen Schutz der körperlichen Sicherheit Dritter angemessen ist.

(Grundsatz 9(1), MI Principles)

Getreu dem Grundsatz des geringst möglichen Eingriffs haben einige Staaten Gesetze erlassen, die die nicht freiwillige Behandlung von Patienten erlauben, die in einem gemeindenahen Umfeld untergebracht sind. Gegenüber der Unterbringung im Krankenhaus wird ein gemeindenahes Umfeld gewöhnlich als der geringere Eingriff angesehen (auch wenn stark einschränkende Lebensbedingungen und Eingriffe in Form von medizinischen Interventionen, die Teil der Anordnung von gemeindenaher Behandlung sein können, bisweilen einen größeren Eingriff darstellen als z. B. ein kurzer Krankenhausaufenthalt).

Beispiele für weniger einschränkende Umgebungen sind ambulante Behandlung, Behandlung in einer Tagesklinik, Teilhospitalisierungsprojekte und Hausbehandlung. Auch aus anderen Gründen haben einige Staaten Regelungen für die nicht freiwillige Behandlung in der Gemeinde geschaffen. Erstens sind Fachkräfte und andere Beteiligte über Situationen beunruhigt, in denen es zu einem Teufelskreis kommt, indem Menschen mit psychischen Störungen unfreiwillig eingewiesen und behandelt werden, bei der Entlassung ihre Medikamente absetzen und sodann einen Rückfall erleiden, was zu laufenden nicht freiwilligen Einweisungen und Behandlungen führt. Zweitens ist in der Öffentlichkeit – und in Fachkreisen – die Auffassung weit verbreitet, dass die Enthospitalisierung in vielen Staaten versagt habe und die Zahl der Personen, die mit psychischen Störungen in der Gemeinschaft leben, eine öffentliche Gefahr darstelle (Harrison, 1995; Thomas, 1995).

Einige Staaten sehen die Anordnung einer gemeindenahen Beaufsichtigung vor, bei der die Betroffenen verpflichtet werden, an einem bestimmten Ort zu wohnen und an genau festgelegten Behandlungsprogrammen teilzunehmen (z. B. Beratung, Ausbildung und Schulung). Außerdem können die Betroffenen auf eine Heimversorgung durch psychosoziale Fachkräfte zurückgreifen, wobei sie jedoch nicht ohne ihre Zustimmung zur Medikamentenbehandlung gezwungen werden können. In den Gesetzen anderer Staaten ist die Anordnung gemeindenaher Behandlung vorgesehen, die auch nicht freiwillige medizinische Behandlung zulässt.

In Neuseeland wurde die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit überarbeitet, um den Grundsatz des geringst möglichen Eingriffs umzusetzen. Gemäß Section 28 Absatz 2 des Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Amendment Act muss das Gericht, wenn es entschieden hat, dass die Voraussetzungen für eine Bescheinigung (der Erforderlichkeit einer nicht freiwilligen Behandlung) vorliegen, „eine gemeindenahe Behandlung anordnen, es sei denn, das Gericht ist der Auffassung, dass eine ambulante Behandlung des Patienten nicht angemessen ist, in diesem Fall ist eine stationäre Behandlung anzuordnen“. Mit solchen gesetzlichen Bestimmungen soll einer gemeindenahen Behandlung gegenüber einem veralteten Krankenhauseinweisungssystem der Vorzug gegeben werden. Einige andere Staaten haben in Übereinstimmung mit dem Grundsatz des geringst möglichen Eingriffs die Option einer Entlassung unter Auflagen eingeführt, um die gemeinschaftliche Reintegration von Patienten zu fördern, die unfreiwillig in Krankenhäusern behandelt wurden.

Derzeit gibt es erst wenig Erfahrungswerte, mit denen die Wirksamkeit zwangsweise angeordneter gemeindenaher Beaufsichtigung und/oder Behandlung beurteilt werden kann. Es hat den Anschein, dass solche Anordnungen zu einer geringeren Rehospitalisierung und insgesamt zu einer Reduzierung der Krankenhaustage führen, wenn sie von intensiver gemeindenaher Behandlung begleitet werden, was eine erhebliche Zuweisung personeller und finanzieller Ressourcen erforderlich macht (Swartz et al., 1999).

Die gesetzliche Einführung einer gemeindenahen Beaufsichtigung und Behandlung sollte nur im Zusammenhang mit zugänglichen und qualitativ hochwertigen gemeindenahen psychosozialen Diensten erfolgen, die die freiwillige Versorgung und Behandlung als bevorzugte Option hervorheben. Es besteht die erhebliche Gefahr, dass die zwangsweise Anordnung von gemeindenaher Beaufsichtigung die psychosozialen Dienste veranlasst, sich auf die Anordnung gemeindenaher Versorgung zu verlassen, statt sich darauf zu konzentrieren, dass ihre Dienste für die Nutzer annehmbarer werden, und ihre Kapazitäten und Ressourcen so einzusetzen, dass die Nutzer die Dienste freiwillig in Anspruch nehmen.

Die Kritiker – insbesondere aus den Reihen der Nutzerverbände – wenden ein, dass zwangsweise angeordnete Beaufsichtigung und Behandlung die „Institutionalisierung“ in der Gemeinde verstärke, und daher lehnen sie derartige Maßnahmen entschieden ab.

Der Gesetzgeber sowie sonstige Stellen, die die zwangsweise Anordnung von gemeindenaher Behandlung in Erwägung ziehen, müssen dafür sorgen, dass dieser Ansatz nicht das Ziel der Deinstitutionalisierung unterläuft und die zahlreichen Errungenschaften zunichtemacht, die bei der menschenwürdigen Behandlung von Personen mit psychischen Störungen in den letzten fünfzig Jahren erzielt wurden.

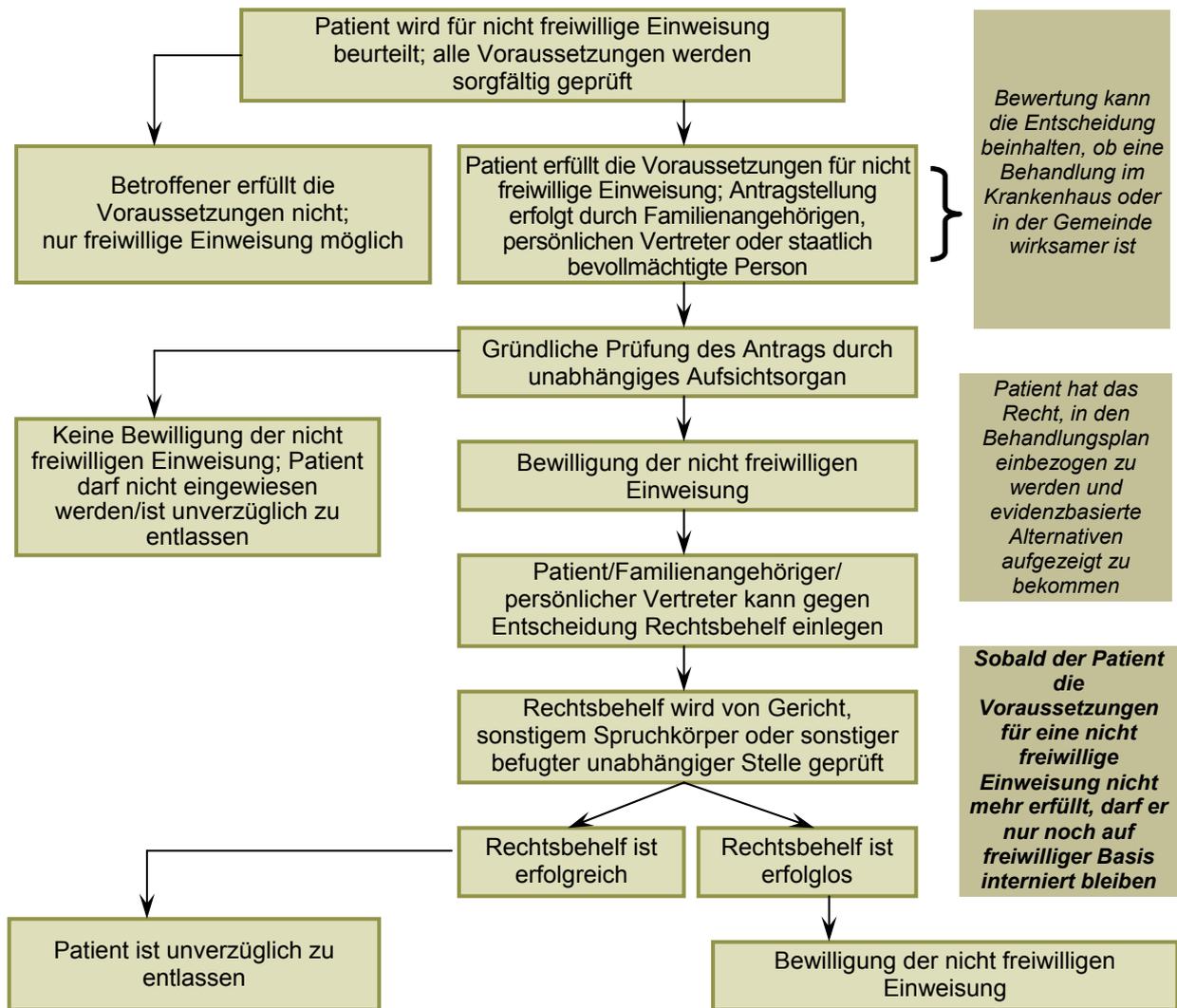
Wie bei der nicht freiwilligen Einweisung und Behandlung muss die Umsetzung angeordneter gemeindenaher Beaufsichtigung und Behandlung regelmäßig überprüft werden, und die Anordnungen sind aufzuheben, wenn die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen. Außerdem sollten Personen, die unfreiwillig in der Gemeinde versorgt werden, ebenfalls das Recht haben, einen Rechtsbehelf gegen ihren Status einzulegen.

Die nicht freiwillige Versorgung in der Gemeinde sollte als Alternative zur nicht freiwilligen Einweisung in eine psychosoziale Einrichtung angesehen werden und nicht als Alternative zu freiwilliger gemeindenaher Versorgung. Die oben aufgeführten Voraussetzungen für nicht freiwillige Behandlung sollten daher für alle Fälle nicht freiwilliger Versorgung und Behandlung gelten.

Gemeindenaher nicht freiwillige Versorgung: Zusammenfassung

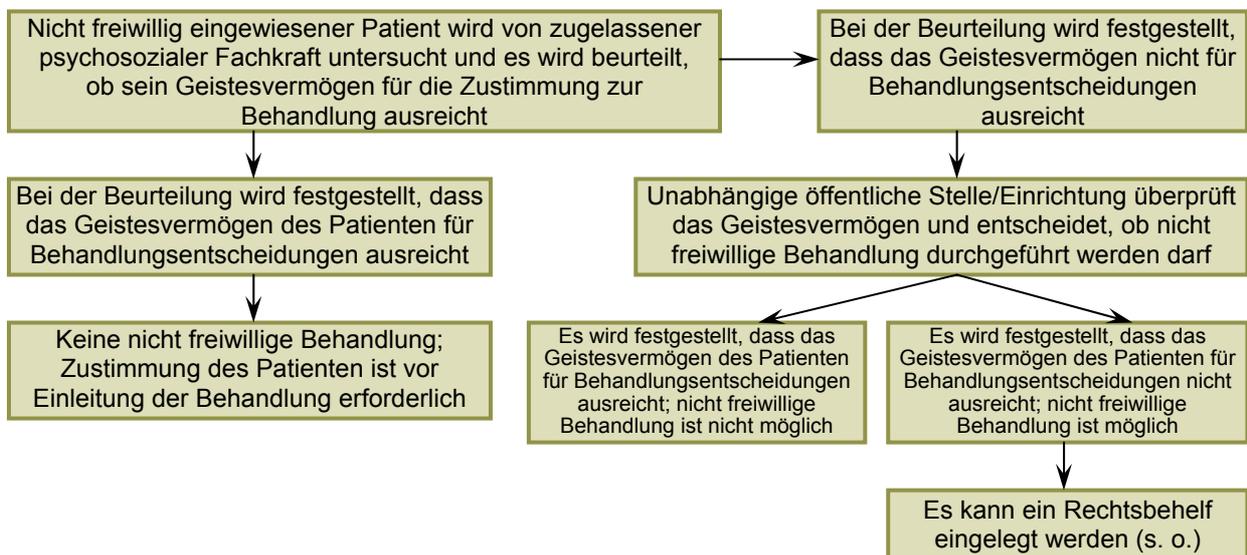
- **Gemeindenaher nicht freiwillige Behandlung (Anordnung gemeindenaher Behandlung) und die Anordnung gemeindenaher Beaufsichtigung können generell weniger einschränkende Alternativen zu stationärer nicht freiwilliger Behandlung darstellen. Die Verfahrensvoraussetzungen für die gemeindenaher Beaufsichtigung sollten mit den Voraussetzungen für das Verfahren zur Anordnung nicht freiwilliger Krankenhausbehandlung übereinstimmen (s. o.)**
- **Die gesetzliche Einführung einer gemeindenahen Beaufsichtigung und Behandlung sollte nur im Zusammenhang mit zugänglichen und qualitativ hochwertigen gemeindenahen psychosozialen Diensten erfolgen, die die freiwillige Versorgung und Behandlung als bevorzugte Option hervorheben.**
- **Wie bei der nicht freiwilligen Einweisung und Behandlung muss die Umsetzung angeordneter gemeindenaher Beaufsichtigung und Behandlung regelmäßig überprüft werden, und die Anordnungen sind aufzuheben, wenn die Voraussetzungen nicht mehr vorliegen.**
- **Personen, die nicht freiwillig in der Gemeinde versorgt werden, sollten das Recht haben, einen Rechtsbehelf gegen ihren Status einzulegen.**
- **Die nicht freiwillige Versorgung in der Gemeinde sollte als Alternative zur nicht freiwilligen Einweisung in eine psychosoziale Einrichtung angesehen werden und nicht als Alternative zu freiwilliger gemeindenaher Versorgung.**

Abbildung 1. Integriertes Verfahren für nicht freiwillige Einweisung und Behandlung
(In dieser Abbildung umfasst die nicht freiwillige Einweisung stets auch nicht freiwillige Behandlung.)



Bei gesondertem Verfahren für nicht freiwillige Behandlung

(Bei einer getrennten Bewilligung von Einweisung und Behandlung ist zunächst das obige Verfahren und anschließend das nachstehende Verfahren für nicht freiwillige Behandlung durchzuführen.)



8.4 Notfälle

In bestimmten Situationen ist eine nicht freiwillige Einweisung und/oder eine nicht freiwillige Behandlung dringend erforderlich. Dies ist beispielsweise bei akut suizidgefährdeten Patienten oder von einer akuten Störung betroffenen Patienten, die gewalttätig oder aggressiv sind, der Fall. Unter diesen Umständen ist es möglicherweise nicht praktikabel oder angemessen, die Einhaltung der wesentlichen Verfahren für nicht freiwillige Einweisung und Behandlung vorzusetzen. Der Gesetzgeber muss für solch eine Notfallbehandlung daher ausreichende Schutzmechanismen festlegen. In bestimmten Situationen kann auch eine polizeiliche Unterstützung erforderlich sein (s. Unterkapitel 14).

Der Gesetzgeber sollte definieren, unter welchen Voraussetzungen ein Notfall gegeben ist. In den meisten Rechtsordnungen wird ein Notfall bejaht, wenn eine *unmittelbare oder unmittelbar drohende* Gefahr für die Gesundheit und Sicherheit des Betroffenen und/oder Dritter vorliegt. Für einen Notfall muss zunächst nachgewiesen werden, dass die Einhaltung der wesentlichen Verfahren zu einer hinreichenden Verzögerung führen würde und eine Schädigung des Betroffenen oder Dritter zur Folge hätte. Auf der Grundlage der Beurteilung durch einen qualifizierten Arzt und/oder eine sonstige zugelassene psychosoziale Fachkraft, die im Rahmen ihrer beruflichen Praxis handeln, kann der Gesetzgeber in einem solchen Fall die unverzügliche, nicht freiwillige Krankenhauseinweisung und/oder die unverzügliche, nicht freiwillige Behandlung zulassen. Eine Notfalleinweisung und/oder -behandlung sollte nicht verlängert und nur für kurze Zeit zugelassen werden. Stellt sich während dieses Zeitraums heraus, dass der Betroffene weiterhin eine nicht freiwillige Versorgung benötigen wird, sollten die wesentlichen Verfahren für nicht freiwillige Einweisung oder Behandlung eingeleitet werden. In vielen Staaten ist eine Notfalleinweisung und -behandlung nur für maximal 72 Stunden zulässig, da dieser Zeitraum ausreichend ist, um alle Voraussetzungen für die Einhaltung der wesentlichen Verfahren für nicht freiwillige Maßnahmen zu erfüllen. Eine Notfallbehandlung sollte EKT-Behandlungen, Depotneuroleptika und irreversible Behandlungen wie Psychochirurgie und Sterilisierungen ausschließen.

8.4.1 Verfahren bei nicht freiwilliger Notfalleinweisung und -behandlung

Der Patient sollte von einer qualifizierten Fachkraft darauf untersucht werden, ob ein Notfall vorliegt. Angesichts der Notfallsituation sollte die Fachkraft insbesondere in der Lage sein, eine nicht freiwillige Einweisung zu rechtfertigen.

Wird die Person zur Behandlung in eine zugelassene psychosoziale Einrichtung eingewiesen, sollte die Behandlung in Übereinstimmung mit einem Behandlungsplan erfolgen, der von einem qualifizierten Arzt oder einer qualifizierten psychosozialen Fachkraft (im Idealfall sollte dies nicht dieselbe Fachkraft sein, die die Erforderlichkeit der Einweisung und/oder Behandlung bescheinigt hat) ausgearbeitet und überwacht wird.

Ist eine nicht freiwillige Internierung/Behandlung nach Ablauf des zulässigen Notfallzeitrahmens weiterhin erforderlich, sollten die Einweisungs- und/oder Behandlungsverfahren (s. Unterkapitel 8.3) innerhalb einer festgelegten Frist eingeleitet und abgeschlossen werden. Sind die Voraussetzungen für nicht freiwillige Einweisung/Behandlung bei dem Patienten nicht gegeben oder wurden die Verfahren für eine Einbehaltung/Behandlung des Betroffenen als nicht freiwilligem Patient nicht eingehalten, sollte der Betroffene unverzüglich entlassen werden, sobald kein Notfall mehr gegeben ist. Eingewiesene Patienten, bei denen die Voraussetzungen für eine nicht freiwillige Einweisung/Behandlung nach der Notfalleinweisung nicht mehr vorliegen, die jedoch weiterhin von einer Behandlung profitieren könnten, sollten als freiwillige Nutzer angesehen werden und eine Behandlung ist nur mit ihrer informierten Zustimmung zulässig.

Wird eine Person nach einer notfallbedingten nicht freiwilligen Einweisung entlassen und ihre nicht freiwillige Internierung und/oder Behandlung wird nicht bewilligt, wäre die sofortige erneute Anwendung der Notfallbefugnisse zur neuerlichen Einweisung der Person unangemessen, es sei denn, die Art des Notstands hat sich wesentlich verändert und erfordert den Rückgriff auf die Notfallbefugnisse. Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass die Notfallbefugnisse dahin gehend missbraucht werden, dass nicht freiwillige Einweisung oder nicht freiwillige Behandlung laufend verlängert werden.

Die Angehörigen der Patienten und/oder deren persönliche Vertreter sollten unverzüglich über den Rückgriff auf Notfallbefugnisse informiert werden. Außerdem sollten sie das Recht haben, bei den Gerichten, die für die psychische Gesundheit zuständig sind, bei Nachprüfungsorganen und sonstigen Spruchkörpern Rechtsbehelfe gegen die Notfalleinweisung und -behandlung einzulegen.

Notfälle: Zusammenfassung

- Für einen Notfall muss zunächst nachgewiesen werden, dass die Einhaltung der wesentlichen Verfahren zu einer beträchtlichen Verzögerung führen würde und eine Schädigung des Betroffenen oder Dritter zur Folge hätte.
- Bei Notfällen sollte die nicht freiwillige Einweisung und Behandlung aufgrund der Beurteilung und Empfehlung eines qualifizierten Arztes oder einer sonstigen geeigneten Fachkraft erfolgen.
- Die Notfallbehandlung muss zeitlich befristet sein (normalerweise maximal 72 Stunden), und wenn die nicht freiwillige Einweisung und Behandlung erforderlich ist, müssen die wesentlichen Verfahren für nicht freiwillige Einweisung und Behandlung so schnell wie möglich innerhalb dieser Frist eingeleitet und abgeschlossen werden.
- Die folgenden Behandlungsmethoden sollten von der Notfallbehandlung ausgeschlossen sein:
 - > Depotneuroleptika
 - > EKT
 - > Sterilisierung
 - > Psychochirurgie und sonstige irreversible Behandlungsmethoden
- Verfahren bei Notfalleinweisung und -behandlung:

Eine qualifizierte Fachkraft sollte die Person untersuchen und bescheinigen, dass die Art des Notfalls eine unverzügliche nicht freiwillige Einweisung und Behandlung erforderlich macht.

 - a) Unter Aufsicht eines Arztes oder einer psychosozialen Fachkraft sollte ein Behandlungsplan ausgearbeitet werden.
 - b) Wird festgestellt, dass bei einer Person wahrscheinlich über die festgelegte Notfallbehandlungsfrist hinaus eine nicht freiwillige Versorgung erforderlich wird, so sollten die Verfahren für nicht freiwillige Einweisung und/oder nicht freiwillige Behandlung unverzüglich eingeleitet werden.
 - c) Wird ein Patient entlassen, nachdem das Verfahren für nicht freiwillige Einweisung durchgeführt wurde, so ist die erneute Anwendung der Notfallbefugnisse unangemessen, es sei denn, die Art des Notfalls hat sich wesentlich verändert.
 - d) Die Angehörigen der Patienten, deren persönliche Vertreter und/oder ein gesetzlicher Vertreter sollten unverzüglich über den Rückgriff auf Notfallbefugnisse informiert werden.
 - e) Patienten, Angehörige und/oder persönliche Vertreter haben das Recht, bei einem Gericht, das für psychische Gesundheit zuständig ist, und bei sonstigen Spruchkörpern einen Rechtsbehelf gegen Notfalleinweisung und -behandlung einzulegen.

9. Qualifikationsanforderungen zur Beurteilung psychischer Störungen durch Fachkräfte

Es ist internationaler Konsens, dass sich klinisch qualifizierte Sachverständige bei der Beurteilung von psychischen Störungen auf objektive Tatsachen stützen müssen.

Per Gesetz (oder Verordnung) sollten die folgenden Regelungen getroffen werden:

- Definition der Erfahrungen und Fachkenntnisse, die zur Feststellung einer psychischen Störung erforderlich sind; und
- Eingrenzung der Berufsgruppen, die für diese Aufgabe zugelassen sind.

9.1 Fachliche Kenntnisse

Es sollte ein Zulassungssystem eingeführt werden, durch das Fachkräfte, die an der Feststellung psychischer Störungen beteiligt sind, eine unabhängige Zulassung erhalten, die ihnen auf diesem Gebiet eine erwiesene Kompetenz bescheinigt. Die Zulassung sollte

- gesetzlich geregelt sein;
- bei der zuzulassenden Fachkraft einen bestimmten Grad an Kompetenz voraussetzen, der durch den maßgeblichen Berufsverband oder die einschlägige Zertifizierungsstelle nachgewiesen wird;
- daran gebunden sein, dass die zuzulassende Fachkraft die einschlägigen Gesetze zur psychischen Gesundheit versteht.

Soweit in einem Staat nicht alle diese Voraussetzungen erfüllt werden können, muss der Gesetzgeber die Einführung eines Verfahrens vorschreiben, mit dem sichergestellt wird, dass die Fachkräfte, die das Vorliegen psychischer Störungen feststellen, über die erforderliche Kompetenz verfügen.

9.2 Berufsgruppen

Die Entscheidung darüber, welche Berufsgruppen über das Vorliegen einer psychischen Störung entscheiden dürfen, obliegt dem jeweiligen Staat und ist an die Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Finanzierbarkeit, Ausbildung und Kompetenz der verschiedenen Berufsgruppen geknüpft. In einigen entwickelten Staaten sind ausschließlich Psychiater (Ärzte, die für psychische Gesundheit und psychische Störungen besonders ausgebildet sind und über einen entsprechenden Nachweis verfügen) für diese Aufgabe qualifiziert, während in anderen Staaten Allgemeinärzte für kompetent gehalten werden. In den MI Principles ist diese Frage nicht geregelt, sie schreiben lediglich die „Übereinstimmung mit international akzeptierten medizinischen Normen“ vor. Andererseits hat die Europäische Kommission für Menschenrechte anerkannt, dass der medizinische Nachweis von einem Allgemeinarzt statt von einem Psychiater erbracht werden kann (*Schuurs v. die Niederlande*, 1985).

In vielen Staaten mit niedrigem Volkseinkommen und wenigen Psychiatern und Allgemeinärzten kann es angemessen sein, sonstige psychosoziale Fachkräfte zur Feststellung psychischer Störungen zuzulassen, z. B. Psychologen, psychiatrische Sozialarbeiter und psychiatrische Krankenschwestern und -pfleger. Soweit auf eine solche Lösung zurückgegriffen wird, sollten die Gesetze (oder begleitenden Verordnungen) eindeutig festlegen, welche fachlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Ausbildungen für die Zulassung erforderlich sind.

Qualifikationsanforderungen zur Beurteilung psychischer Störungen: Zusammenfassung

- **Per Gesetz (oder Verordnung) sollten die folgenden Regelungen getroffen werden:**
 - > **Definition der Erfahrungen und Fachkenntnisse, die zur Feststellung einer psychischen Störung erforderlich sind;**
 - > **Eingrenzung der Berufsgruppen, die für diese Aufgabe zugelassen sind.**
- **Es sollte ein Zulassungssystem eingeführt werden, das Fachkräften, die an der Feststellung psychischer Störungen beteiligt sind, eine erwiesene Kompetenz auf diesem Gebiet bescheinigt.**
- **Die Entscheidung darüber, welche Berufsgruppen über das Vorliegen einer psychischen Störung entscheiden dürfen, obliegt dem jeweiligen Staat. In Staaten, die nur über wenige Psychiater und Allgemeinärzte verfügen, kann es angemessen sein, sonstige psychosoziale Fachkräfte zur Feststellung psychischer Störungen zuzulassen. Soweit auf eine solche Lösung zurückgegriffen wird, sollten die Gesetze (oder begleitenden Verordnungen) eindeutig festlegen, welche fachlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Ausbildungen für die Zulassung erforderlich sind.**

10. Besondere Behandlungsmethoden

Die Staaten können Gesetze erlassen, die die Menschen vor missbräuchlichem Einsatz bestimmter Behandlungsmethoden schützen, z. B. erhebliche medizinische und chirurgische Eingriffe, Psychochirurgie und sonstige irreversible Behandlungsmethoden. In einigen Staaten kann es darüber hinaus erforderlich sein, bestimmte Eingriffe ausdrücklich zu verbieten, wenn sie ungerechtfertigt zur Behandlung psychischer Störungen vorgenommen werden. Ein Beispiel hierfür ist die Sterilisierung zur Behandlung psychischer Erkrankungen. Außerdem sollte das bloße Vorliegen einer psychischen Störung keine Rechtfertigung für eine Sterilisierung oder Abtreibung sein, die ohne die informierte Zustimmung der betroffenen Person vorgenommen wird.

MI Principles: Sterilisierung

Zur Behandlung von psychischer Krankheit darf nie eine Sterilisierung vorgenommen werden.

(Grundsatz 11(12), MI Principles)

10.1 Erhebliche medizinische und chirurgische Eingriffe

MI Principles: Erhebliche medizinische oder chirurgische Eingriffe

Ein größerer ärztlicher oder chirurgischer Eingriff darf an einem psychisch Kranken nur vorgenommen werden, soweit es das innerstaatliche Recht erlaubt und die Auffassung besteht, daß den gesundheitlichen Bedürfnissen des Patienten dadurch am besten gedient wäre und der Patient in Kenntnis der Sachlage seine Einwilligung erteilt; ist der Patient nicht in der Lage, in Kenntnis der Sachlage seine Einwilligung zu erteilen, so ist der Eingriff nur nach einer unabhängigen Nachprüfung zu genehmigen.

(Grundsatz 11(13), MI Principles)

Erhebliche medizinische oder chirurgische Eingriffe sollten bei Patienten mit psychischen Störungen allgemein nur durchgeführt werden, wenn eine freie und informierte Zustimmung erteilt wurde. Für diese Behandlungen gelten bei Patienten mit psychischen Störungen dieselben ethischen Standards, die bei allen anderen Patienten einzuhalten sind. Reicht das Geistesvermögen eines Patienten nicht für eine informierte Zustimmung aus, sind solche Eingriffe gesetzlich nur zulässig, wenn außergewöhnliche Umstände vorliegen und angemessene Schutzmechanismen eingerichtet wurden.

Medizinische und chirurgische Eingriffe sind ohne Zustimmung des Betroffenen nur zulässig, soweit sie als lebensrettende Maßnahmen angesehen werden und das Leben des Patienten durch die zeitliche Verzögerung, die das Warten auf die Wiedererlangung der Zustimmungsfähigkeit des Patienten mit sich brächte, gefährdet würde. Bei einigen wenigen psychischen Erkrankungen oder schwerwiegenden geistigen Entwicklungsstörungen, bei denen das Geistesvermögen wahrscheinlich auch künftig nicht für eine Zustimmung ausreichen wird, können medizinische und chirurgische Eingriffe auch ohne Zustimmung erforderlich sein. In diesen Fällen kann der vorgeschlagene medizinische oder chirurgische Eingriff entweder durch ein unabhängiges Nachprüfungsorgan oder, soweit dies in dem jeweiligen Staat gesetzlich vorgesehen ist, durch Zustimmung eines bevollmächtigten Vormunds, Angehörigen oder persönlichen Vertreters autorisiert werden. In anderen Fällen müssen medizinische und chirurgische Behandlungen verschoben werden, bis sich die psychische Verfassung des Patienten so weit bessert, dass dessen Geistesvermögen wieder für eine Behandlungsentscheidung ausreicht.

Ist aufgrund eines Notfalls eine medizinische oder chirurgische Behandlung erforderlich, um das Leben eines Patienten zu retten oder eine nicht wiedergutzumachende körperliche Schädigung des Patienten zu verhindern, sollte der Betroffene ein Recht auf die gleiche Behandlung haben, die anderen Menschen ohne psychische Störungen zur Verfügung steht, wenn diese nicht zustimmungsfähig sind (z. B. bewusstlose Patienten). Die gesetzlichen Bestimmungen, die für alle Menschen gelten, die ohne Zustimmung einer medizinischen oder chirurgischen Notfallbehandlung unterzogen werden, sollten daher auch auf Menschen mit psychischen Störungen angewendet werden. Die medizinischen Dienste sind dafür verantwortlich, dass die medizinische und chirurgische Notfallbehandlung angemessen ist und dies begründet werden kann.

10.2 Psychochirurgie und sonstige irreversible Behandlungsmethoden

MI Principles: Psychochirurgie und sonstige beeinträchtigende und irreversible Behandlungsmethoden

Psychochirurgische oder sonstige mit einem erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit verbundene irreversible Behandlungen dürfen niemals an einem in einer psychiatrischen Klinik untergebrachten Patienten vorgenommen werden; soweit sie nach innerstaatlichem Recht erlaubt sind, dürfen sie bei einem anderen Patienten nur dann vorgenommen werden, wenn dieser in Kenntnis der Sachlage seine Einwilligung erteilt hat und eine unabhängige, externe Stelle befunden hat, daß eine echte Einwilligung in Kenntnis der Sachlage vorliegt und die Behandlung den gesundheitlichen Bedürfnissen des Patienten am besten gerecht wird.

(Grundsatz 11(14), MI Principles)

Psychochirurgie und sonstige irreversible Methoden zur Behandlung der psychischen Gesundheit sollten allgemein für Fälle, in denen die Betroffenen nicht in der Lage sind, eine informierte Zustimmung zu erteilen, untersagt werden. Angesichts der Unumkehrbarkeit bestimmter Behandlungen kann der Gesetzgeber Patienten, die ihre Zustimmung erteilen, zusätzlich schützen, indem festgelegt wird, dass ein unabhängiges Nachprüfungsorgan oder eine ähnliche schützende Einrichtung die Behandlung bewilligen muss. Das Nachprüfungsorgan (bzw. die sonstige schützende Einrichtung) sollte den Patienten befragen, sich davon überzeugen, dass das Geistesvermögen des

Patienten für eine informierte Zustimmung ausreicht und der Patient tatsächlich eine informierte Zustimmung erteilt hat, sowie die medizinische/psychiatrische Vorgeschichte und die entsprechenden Patientendaten prüfen. Das Nachprüfungsorgan/die schützende Einrichtung muss davon überzeugt sein, dass die vorgeschlagene beeinträchtigende Behandlung im Interesse des Patienten ist. Die Patienten sollten auch auf alle Risiken sowie die kurz- und langfristigen Auswirkungen der vorgeschlagenen Behandlung hingewiesen werden.

10.3 Elektrokonvulsionstherapie (EKT)

Auch wenn die Elektrokonvulsionstherapie (EKT) sehr umstritten ist und teilweise deren Abschaffung gefordert wird, so wurde und wird diese Behandlungsmethode dennoch in vielen Staaten für bestimmte psychische Störungen eingesetzt. EKT sollte nur angewandt werden, nachdem eine informierte Zustimmung erteilt wurde. Außerdem sollte diese Therapie nur in abgewandelter Form eingesetzt werden, d. h. unter Narkose und Verwendung von Muskelrelaxantien. Der unmodifizierte EKT-Einsatz sollte unterbunden werden.

Für den EKT-Einsatz bei Minderjährigen gibt es keine Indikation und daher sollte der Gesetzgeber ein entsprechendes Verbot aussprechen.

Besondere Behandlungsmethoden: Zusammenfassung

- **Sterilisierung stellt keine Methode zur Behandlung psychischer Störungen dar, und das Vorliegen einer psychischen Störung sollte keine Rechtfertigung für eine Sterilisierung (oder Abtreibung) sein, die ohne die informierte Zustimmung der betroffenen Person vorgenommen wird.**
- **Ethische Standards, die für erhebliche, auf alle Patienten anwendbare medizinische und chirurgische Eingriffe gelten, sollten auch bei Menschen mit psychischen Störungen angewendet werden.**
- **Erhebliche medizinische oder chirurgische Eingriffe sollten nur mit informierter Zustimmung durchgeführt werden, es sei denn, es liegen außergewöhnliche Umstände vor. Bei Vorliegen außergewöhnlicher Umstände sollte die vorgeschlagene medizinische oder chirurgische Behandlung als nicht freiwillige Behandlung entweder durch ein unabhängiges Nachprüfungsorgan oder durch Zustimmung eines Bevollmächtigten autorisiert werden.**
- **Medizinische und chirurgische Notfallbehandlungen sollten bei Menschen mit psychischen Störungen auf dieselbe Art und Weise wie bei allen anderen Patienten, bei denen eine Notfallbehandlung ohne Zustimmung erforderlich ist, vorgenommen werden.**
- **Psychochirurgie und sonstige irreversible Behandlungen sollten nicht für unfreiwillige Behandlungen zugelassen werden, und als zusätzlicher Schutz sollte vorgeschrieben werden, dass diese Behandlungen durch ein unabhängiges Nachprüfungsorgan zu prüfen und zu bewilligen sind.**
- **EKT sollte nur angewandt werden, nachdem eine informierte Zustimmung erteilt wurde. EKT sollte in abgewandelter Form eingesetzt werden. Der Gesetzgeber sollte den EKT-Einsatz bei Minderjährigen verbieten.**

11. Isolation und Zwangsmaßnahmen

Die Begriffe „Isolation“ und „Zwangsmaßnahmen“ müssen gegebenenfalls gesetzlich definiert werden, da die Auslegung dieser Begriffe variieren kann. Außerdem können je nach Situation unterschiedliche Isolationsformen und Zwangsmaßnahmen anwendbar sein.

Der Gesetzgeber sollte sich dafür einsetzen, dass in psychosozialen Einrichtungen keine Zwangs- und Isolationsmaßnahmen ergriffen werden. Zur Förderung dieses Ziels müssen die Staaten ihre psychosoziale Infrastruktur entwickeln, da Mitarbeiter oftmals aufgrund fehlender Ressourcen auf diese Maßnahmen zurückgreifen. Um Missbrauch zu verhindern, kann der Gesetzgeber die Ausnahmesituationen definieren, in denen die Maßnahmen zulässig sind. Zwangs- und Isolationsmaßnahmen können zugelassen werden, wenn sie das *einzig*e verfügbare Mittel darstellen, mit dem eine unmittelbare oder unmittelbar drohende Schädigung des Betroffenen oder Dritter verhindert werden kann, und sie nicht länger als notwendig eingesetzt werden. Sie dürfen ausschließlich von zugelassenen psychosozialen Fachkräften bewilligt werden. Soweit von Zwangs- oder Isolationsmaßnahmen Gebrauch gemacht wird, muss laufender aktiver und persönlicher Kontakt zu der Person gehalten werden, die von den Maßnahmen betroffen ist, und dieser Kontakt muss über eine passive Überwachung hinausgehen. Der Gesetzgeber kann sicherstellen, dass Zwangs- und Isolationsmaßnahmen nur als letztes Mittel eingesetzt werden, wenn alle anderen Methoden, mit denen Schäden bei dem Betroffenen oder Dritten verhindert werden sollten, versagt haben. Insbesondere muss gesetzlich verboten werden, dass Zwangs- und Isolationsmaßnahmen zur Bestrafung eingesetzt werden.

MI Principles: Isolation und Zwangsmaßnahmen

Ein Patient darf keiner Beschränkung seiner körperlichen Bewegungsfreiheit oder unfreiwilligen Isolierung unterworfen werden, außer nach Maßgabe der offiziell genehmigten Verfahren der psychiatrischen Klinik und nur dann, wenn dies das einzige verfügbare Mittel ist, um unmittelbaren oder unmittelbar drohenden Schaden von dem Patienten oder von Dritten abzuwenden. Diese Maßnahmen sind nicht über den streng für diesen Zweck erforderlichen Zeitraum hinaus auszudehnen. Jede Beschränkung der Bewegungsfreiheit beziehungsweise jede unfreiwillige Isolierung, die Gründe dafür sowie Art und Umfang dieser Maßnahmen ist in das Krankenblatt des Patienten einzutragen. In ihrer körperlichen Bewegungsfreiheit eingeschränkte beziehungsweise der Isolierung unterworfenen Patienten sind unter humanen Bedingungen zu verwahren und von sachkundigem Personal zu pflegen sowie laufend sorgfältig zu überwachen. Besitzt der Patient einen persönlichen Vertreter, so ist dieser gegebenenfalls umgehend von einer Beschränkung der körperlichen Bewegungsfreiheit beziehungsweise unfreiwilligen Isolierung des Patienten in Kenntnis zu setzen.

(Grundsatz 11(11), MI Principles)

Jeder Einsatz körperlicher Zwangsmaßnahmen und jede Isolation von Patienten sollte in ein Register eingetragen werden, das dem Nachprüfungsorgan zu Prüfzwecken zur Verfügung gestellt wird, damit Einrichtungen identifiziert werden können, die diese Maßnahmen missbräuchlich einsetzen. Die Informationen sollten die genauen Umstände auführen, die die Zwangs- und Isolationsmaßnahmen veranlasst haben, sowie die Dauer und Art der Behandlung darlegen, die für eine schnelle Beendigung der Zwangs- und Isolationsmaßnahmen angewendet wird.

Soweit dies möglich ist, sollte eine gesetzliche Verpflichtung zur unverzüglichen Information der Angehörigen und/oder persönlichen Vertreter der Patienten, die von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen betroffen sind, festgelegt werden.

Isolation und Zwangsmaßnahmen: Zusammenfassung

- Zwangs- und Isolationsmaßnahmen können gesetzlich zugelassen werden, wenn sie das einzige verfügbare Mittel darstellen, mit dem eine unmittelbare oder unmittelbar drohende Schädigung des Betroffenen oder Dritter verhindert werden kann.
- Zwangs- und Isolationsmaßnahmen sind so schnell wie möglich zu beenden (nach wenigen Minuten oder Stunden).
- Nach Beendigung einer Zwangs- oder Isolationsmaßnahme sollte nicht unmittelbar mit der Einleitung einer weiteren Zwangs- oder Isolationsmaßnahme begonnen werden.
- Personen, die von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen betroffen sind, sind ständig aktiv und persönlich zu betreuen, und dieser Kontakt muss über eine passive Überwachung hinausgehen.
- Der Gesetzgeber sollte verbieten, dass Zwangs- und Isolationsmaßnahmen zum Zwecke der Bestrafung oder zur Erleichterung der Aufgaben des Personals eingesetzt werden.
- Außerdem sollte der Gesetzgeber den Ausbau von Infrastruktur und Ressourcen fördern, damit Isolation und Zwangsmaßnahmen nicht aufgrund fehlender Kapazitäten eingesetzt werden.
- Verfahren für den außergewöhnlichen Einsatz von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen:
 - a) Sie sollten von einer zugelassenen psychosozialen Fachkraft bewilligt werden.
 - b) Die psychosoziale Einrichtung sollte über eine Zulassung verfügen, die ihr bescheinigt, dass ihre Ausstattung angemessen ist und die sichere Durchführung der Maßnahmen ermöglicht.
 - c) Die Gründe und Dauer der Zwangs- und Isolationsmaßnahmen sowie die Behandlung, die für eine schnelle Beendigung der Zwangs- und Isolationsmaßnahmen angewendet wird, sollten von der psychosozialen Fachkraft, die die Maßnahmen bewilligt, in die klinische Patientenakte aufgenommen werden.
- Jeder Einsatz von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen sollte in einem Register vermerkt werden, das dem Nachprüfungsorgan zugänglich ist.
- Die Angehörigen und/oder persönlichen Vertreter der Patienten müssen unverzüglich informiert werden, wenn Patienten Zwangs- und Isolationsmaßnahmen unterzogen werden.

12. Klinische und experimentelle Forschung

ICCPR: Klinische und experimentelle Forschung

Folter und grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe ist untersagt. Insbesondere dürfen Menschen nicht ohne ihre freie Zustimmung einem medizinischen oder wissenschaftlichen Experiment unterzogen werden.

(Artikel 7, Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR))

Artikel 7 ICCPR (1996) untersagt klinische und experimentelle Forschung, soweit sie ohne informierte Zustimmung stattfindet. Dieser Artikel enthält einen wichtigen Grundsatz des ICCPR und gilt als unveräußerliches Recht; es darf selbst bei einem nationalen Notstand nicht beschränkt werden. Der Menschenrechtsausschuss der Vereinten Nationen hat erklärt: „Artikel 7 (ICCPR) lässt keinen Eingriff zu ... eine Verletzung von Artikel 7 kann nicht durch Rechtfertigungsgründe oder mildernde Umstände entschuldigt werden.“ Somit ist es gemäß Artikel 7 untersagt, dass Menschen, deren Geistesvermögen für eine Zustimmung nicht ausreicht, zu Forschungszwecken eingesetzt werden.

Allerdings bestimmt Grundsatz 11 der MI Principles: „Klinische Versuche und experimentelle Behandlungen dürfen an einem Patienten niemals ohne seine in Kenntnis der Sachlage erteilte Einwilligung vorgenommen werden, und an einem Patienten, der nicht in der Lage ist, in Kenntnis der Sachlage seine Einwilligung zu erteilen, nur nach Genehmigung durch ein eigens zu diesem Zweck geschaffenes zuständiges und unabhängiges Nachprüfungsorgan.“

Die *Internationalen ethischen Richtlinien für die biomedizinische Forschung am Menschen* des Rates für internationale Organisationen der medizinischen Wissenschaften (CIOMS, 2002) erlauben biomedizinische Forschung an Personen, deren Geistesvermögen nicht für eine informierte Zustimmung ausreicht, soweit die Zustimmung eines Bevollmächtigten oder die Zustimmung eines ordnungsgemäß ermächtigten Stellvertreters vorliegt. Kann eine informierte Zustimmung nicht erlangt werden, sollte die Erlaubnis durch einen Ethikkontrollausschuss erteilt werden (Richtlinie 4). Richtlinie 15 der CIOMS Richtlinien (2002) enthält eine ausdrückliche Aufzählung der Voraussetzungen, die bei der Forschung an Personen mit psychischen Störungen erfüllt sein müssen (s. Kasten).

CIOMS Richtlinien: Forschung

Forschung an Personen, deren Geistesvermögen aufgrund psychischer oder Verhaltensstörungen nicht für eine angemessene informierte Zustimmung ausreicht

Vor der Durchführung von Forschungsvorhaben an Personen, deren Geistesvermögen aufgrund psychischer oder Verhaltensstörungen nicht für eine angemessene informierte Zustimmung ausreicht, muss sich der Versuchsleiter vom Vorliegen der folgenden Voraussetzungen überzeugen:

- Die betreffenden Personen werden keinen Forschungsvorhaben unterzogen, die ebenso gut an Personen durchgeführt werden könnten, deren Geistesvermögen für eine angemessene informierte Zustimmung ausreicht.
- Ziel des Forschungsvorhabens ist es, Informationen zu den spezifischen gesundheitlichen Belangen von Menschen mit psychischen oder Verhaltensstörungen zu erlangen.
- Soweit das Geistesvermögen der betroffenen Person dazu ausreicht, hat sie ihre Zustimmung erteilt, und die Weigerung, an einem geplanten Forschungsvorhaben teilzunehmen, wird stets respektiert, es sei denn, es liegen außergewöhnliche Umstände vor, in denen keine vernünftige medizinische Alternative vorhanden ist und nach örtlichem Recht die Möglichkeit besteht, sich über die Weigerung hinwegzusetzen.
- Soweit das Geistesvermögen der Betroffenen für eine Zustimmung nicht ausreicht, wird die Erlaubnis gemäß den einschlägigen rechtlichen Bestimmungen von einem verantwortlichen Familienmitglied oder einem gesetzlich ermächtigten Vertreter eingeholt.

(Richtlinie 15, Forschung an Personen mit psychischen und Verhaltensstörungen, Internationale ethische Richtlinien für die biomedizinische Forschung am Menschen (2002))

Somit lassen die MI Principles und die CIOMS Richtlinien die Forschung an Personen zu, die mangels Geistesvermögens nicht zustimmungsfähig sind, wenn (i) das Forschungsvorhaben zur Förderung der Gesundheit der repräsentierten Bevölkerungsgruppe notwendig ist; (ii) das Forschungsvorhaben nicht stattdessen an Menschen durchgeführt werden kann, die aufgrund ihres Geistesvermögens zustimmungsfähig sind; und (iii) angemessene Verfahrensgarantien eingehalten werden.

Es wird die Auffassung vertreten, auch wenn der ICCPR für die Staaten, die ihn ratifizierten, rechtlich bindend sei und den CIOMS Richtlinien und MI Principles hingegen keine Bindungswirkung zukomme, so könne es für Menschen mit besonderen Gesundheitsproblemen vorteilhaft sein, wenn Forschung und Versuche nicht an eine Zustimmung gebunden seien, soweit nur eine minimale Gefahr der Schädigung der Person bestehe; z. B. bei Menschen mit (gegenwärtigen oder wahrscheinlich in der Zukunft auftretenden) Gesundheitsproblemen in Fällen, in denen *alle* Betroffenen aufgrund ihres Gesundheitsproblems nicht in der Lage seien, eine informierte Zustimmung zu erteilen. Unter diesen Umständen könnte ein Absehen von Forschungsvorhaben mit dieser Gruppe zu einer Schmälerung der Chance führen, jemals Behandlungs- oder Eingriffsmethoden zu entdecken, mit denen das Gesundheitsproblem geheilt oder verhindert werden könnte.

Soweit Staaten gesetzlich die Möglichkeit vorsehen, Forschung und Versuche an Menschen zuzulassen, die nicht in der Lage sind, eine informierte Zustimmung zu erteilen, sollten die CIOMS Richtlinien genau eingehalten werden.

Klinische und experimentelle Forschung: Zusammenfassung

- **Die informierte Zustimmung zur Teilnahme an klinischer oder experimenteller Forschung muss von allen Patienten vorliegen, deren Geistesvermögen für eine Zustimmung ausreicht. Dies gilt sowohl für freiwillige als auch für nicht freiwillige Patienten.**

Soweit ein Staat die klinische und experimentelle Forschung an nicht zustimmungsfähigen Patienten zulässt, müssen die folgenden Verfahrensgarantien gesetzlich vorgeschrieben werden:

1. Sind Patienten mangels Geistesvermögens nicht in der Lage, eine informierte Zustimmung zu erteilen, können sie dennoch klinischen und experimentellen Forschungsvorhaben unterzogen werden, soweit die Zustimmung eines Vormunds und/oder Familienangehörigen und/oder persönlichen Vertreters erteilt wurde oder ein unabhängiges und speziell für diesen Zweck eingerichtetes Nachprüfungsorgan seine Zustimmung erteilt.
2. Die Forschung an Patienten, die mangels Geistesvermögens nicht zustimmungsfähig sind, aufgrund von Zustimmungen durch bevollmächtigte Personen oder ein unabhängiges Nachprüfungsorgan sollte nur bei Vorliegen der folgenden Voraussetzungen in Erwägung gezogen werden:
 - a) Das Forschungsvorhaben kann nicht an Patienten durchgeführt werden, deren Geistesvermögen für eine Zustimmung ausreicht.
 - b) Das Forschungsvorhaben ist zur Förderung der Gesundheit des individuellen Patienten und der repräsentierten Bevölkerungsgruppe notwendig.
 - c) Angemessene Verfahrensgarantien sind vorhanden und werden eingehalten.

13. Aufsicht und Kontrollmechanismen

Die meisten modernen Gesetzgebungen zur psychischen Gesundheit enthalten Schutzbestimmungen, die die Errichtung von Nachprüfungsorganen zum Schutz der Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen vorsehen. Die Nachprüfungsorgane lassen sich grob in zwei Kategorien einteilen: (i) Aufsicht und Kontrolle der Verfahren im Hinblick auf Menschen, die nicht freiwillig eingewiesen/behandelt werden; und (ii) Aufsicht und Kontrolle des Wohlbefindens von Menschen mit psychischen Störungen innerhalb und außerhalb psychosozialer Einrichtungen. Die Nachprüfungsorgane der ersten Kategorie haben eine gerichtliche oder quasigerichtliche Funktion. Auch wenn die Nachprüfungsorgane der zweiten Kategorie gesetzlich verankert sind und die Nichteinhaltung ihrer Anordnungen in bestimmten Fällen sanktioniert werden kann, so kommt ihnen keine „gerichtliche“ Funktion zu, mit der sie z. B. Eingriffe in die persönliche Freiheit oder die Entlassung nicht freiwilliger Patienten beschließen könnten. In vielen Staaten handelt es sich um zwei voneinander völlig unabhängige Organe, deren Mitglieder über unterschiedliches Fachwissen und verschiedene Befugnisse und Funktionen verfügen. Andere Staaten sehen in ihren gesetzlichen Bestimmungen die Schaffung eines einzigen Organs vor, das alle Funktionen ausübt.

Ganz gleich, ob ein oder zwei Organe eingerichtet werden – entscheidend ist letztendlich deren Unabhängigkeit. Jedes Nachprüfungsorgan sollte seine Entscheidungen ausschließlich auf der Grundlage des ihm vorliegenden Sachverhalts treffen und keinen politischen Einflussnahmen ausgesetzt sein oder von seiner Einrichtung oder den Gesundheitsdienstleistern unter Druck gesetzt werden.

Personelle Besetzung, Befugnisse und Ausstattung dieser maßgebenden Organe sollten gesetzlich festgelegt werden. Außerdem muss entschieden werden, ob ein einziges Organ mit nationaler Zuständigkeit errichtet wird oder zahlreiche Nachprüfungsorgane geschaffen werden, die im Rahmen der bestehenden Verwaltungszuständigkeiten für Kommunen, Bezirke und Regionen verantwortlich sind.

13.1 Gerichtliche oder quasigerichtliche Aufsicht über nicht freiwillige Einweisung/Behandlung und sonstige Beschränkungen von Rechten

Die meisten Staaten setzen unabhängige öffentliche Stellen ein, z. B. Nachprüfungsorgane, Gerichte oder sonstige Spruchkörper, die die nicht freiwillige Einweisung und Behandlung auf der Grundlage medizinischer/psychiatrischer/fachlicher Gutachten bewilligen. Dies ist eine wichtige Aufgabe, denn auch wenn die untersuchende zugelassene Gesundheitsfachkraft darüber entscheidet, ob eine Person die Voraussetzungen für eine nicht freiwillige Einweisung/Behandlung erfüllt, so können im Allgemeinen nur gerichtliche oder quasigerichtliche Behörden entscheiden, ob Personen gegen ihren Willen eingewiesen/behandelt werden dürfen. In vielen Rechtsordnungen überträgt man diese Aufgabe vorzugsweise den Gerichten, da sie leicht zugänglich sind und ihr rechtlicher Status eindeutig ist. Die Rolle der Gerichte ist jedoch in zahlreichen Staaten in Frage gestellt worden, da einige Gerichte die medizinische Entscheidung lediglich „absegnen“. Häufig treffen Richter ihre Entscheidungen, ohne dass der Patient, dessen Stellvertreter oder Zeugen anwesend sind, und ärztliche Empfehlungen werden ohne unabhängige Prüfung und Analyse des Verfahrens bestätigt.

Eine Alternative zum gerichtlichen Verfahren ist die Einrichtung eines unabhängigen und unparteiischen gerichtsähnlichen Organs mit gerichtlichen Funktionen. Ein solches gesetzlich vorgesehene Organ entscheidet verbindlich über Angelegenheiten, die in seinen Zuständigkeitsbereich fallen. Da das Organ speziell zu diesem Zweck errichtet wird und aus besonders ausgewählten und fachkundigen Mitgliedern besteht, sind einige Staaten der Ansicht, ein derartiges Organ sei zweckdienlicher als ein Gericht.

Die genauen Aufgaben, die dieses gerichtliche oder quasigerichtliche Organ im Hinblick auf nicht freiwillige Einweisung und Behandlung wahrnimmt, werden wahrscheinlich in jedem Land anders ausgestaltet sein, und in einigen Rechtsordnungen werden die Aufgaben dieses Organs die Funktion des Gerichts möglicherweise eher ergänzen statt ersetzen. Nachstehend werden wichtige Aufgaben des Organs erläutert:

Entscheidung über alle nicht freiwilligen Einweisungen/Behandlungen – Viele gesetzliche Rahmen schreiben kategorisch vor, dass alle Fälle, in denen die nicht freiwillige Einweisung/Behandlung einer Person empfohlen wird, dem Nachprüfungsorgan vorzulegen sind. Die Betroffenen sollten von einem Rechtsbeistand vertreten werden und Gelegenheit zur Äußerung erhalten. Soweit erforderlich, sollten sie – sowie die Behörden, die die nicht freiwillige Einweisung/Behandlung beantragen – Zeugen benennen. Das Nachprüfungsorgan ist ermächtigt, nicht freiwillige Einweisungen/Behandlungen nach sorgfältiger Prüfung zu bestätigen oder aufzuheben.

Es ist eingewendet worden, dass Staaten mit beschränkten Ressourcen möglicherweise nicht in allen Fällen in der Lage seien, die Prüfung durch das Nachprüfungsorgan unter Anwesenheit der Betroffenen durchzuführen, und dass in bestimmten unproblematischeren Fällen eine „Prüfung nach Aktenlage“ vorgenommen werden könne. Bei allen umstritteneren Fällen sowie in Fällen, in denen eine umfassende Anhörung aus einem besonderen Grund erforderlich ist, würde das Nachprüfungsorgan jedoch Anhörungen durchführen.

Entscheidung über Rechtsbehelfe, die von Patienten, Familienangehörigen und/oder persönlichen Vertretern gegen nicht freiwillige Einweisung und/oder nicht freiwillige Behandlung eingelegt werden. Selbst in Ländern mit beschränkten Ressourcen müssen alle Patienten über das grundlegende Menschenrecht zur Einlegung eines Rechtsbehelfs informiert werden, und über Rechtsbehelfe ist innerhalb einer angemessenen Frist zu entscheiden (s. Anhang 8 mit Beispiel für ein Widerspruchsformular). Das Nachprüfungsorgan muss das Recht haben, die Entscheidung über nicht freiwillige Einweisung oder Behandlung im Rahmen des Rechtsbehelfs aufzuheben.

Regelmäßige *Überprüfung* von Fällen, in denen Patienten nicht freiwillig eingewiesen wurden (sowie von freiwilligen Langzeitpatienten), damit Patienten nur so lange im Krankenhaus verbleiben müssen, wie dies für ihren Schutz und ihre Behandlung erforderlich ist. Die Nachprüfungsorgane können auch ermächtigt werden, Patienten zu entlassen, wenn die Betroffenen ihrer Ansicht nach zu Unrecht festgehalten werden.

Regelmäßige Überwachung von Patienten, die gegen ihren Willen behandelt werden. Für alle Fälle, in denen kein Notfall vorliegt, sollte das Nachprüfungsorgan ein Verfahren einführen, mit dem eine ohne Zustimmung fortgesetzte Behandlung nicht freiwilliger Patienten bewilligt oder untersagt wird. Das Nachprüfungsorgan sollte darüber hinaus auch nicht freiwillige Behandlungen überwachen, die in der Gemeinde durchgeführt werden (z. B. Anordnung gemeindenaher Beaufsichtigung und Behandlung).

Bewilligung und Untersagung beeinträchtigender und irreversibler Behandlungsmethoden, wie z. B. sämtlicher Formen von Psychochirurgie und Elektrokonvulsionstherapie (EKT). Auch wenn diese Behandlungsmethoden nur auf freiwilliger Basis vorgenommen werden sollten, kann ein Nachprüfungsorgan die Patienten dennoch vor unnötigen Behandlungen schützen, indem es den jeweiligen Sachverhalt sorgfältig prüft und die Behandlung anschließend bewilligt oder untersagt.

Soweit die jeweilige Rechtsordnung nicht protestierende Patienten einbezieht, müsste das Nachprüfungsorgan die Mehrzahl der dargelegten Aufgaben zugunsten dieser Patientengruppe wahrnehmen.

Rechtsbehelfe gegen die Entscheidungen eines Nachprüfungsorgans sollten direkt vor Gericht zugelassen werden.

13.1.1 Personelle Besetzung

Die Staaten entscheiden über die personelle Besetzung und die Anzahl der Mitglieder des quasigerichtlichen Organs und berücksichtigen dabei die Aufgaben des Organs und die verfügbaren personellen und finanziellen Ressourcen. Angesichts der rechtlichen und gesundheitlichen Fragestellungen, mit denen sich das quasigerichtliche Organ befassen muss, ist es jedoch wahrscheinlich ratsam, zumindest einen erfahrenen Juristen und einen erfahrenen Gesundheitsexperten zu ernennen. Darüber hinaus sollte mindestens ein „Laie“ benannt werden, der die „Gemeindeperspektive“ vertritt. Angesichts der Tragweite der Entscheidungen, die das Organ zu treffen hat, erscheint es ferner angemessen, allgemein anerkannte Personen zu ernennen, die über einen reichhaltigen Erfahrungsschatz verfügen.

Beispiel: Personelle Besetzung des Nachprüfungsorgans

Im australischen New South Wales werden die Mitglieder des Mental Health Review Tribunal [Nachprüfungsgericht für psychische Gesundheit] aus den folgenden Personengruppen ernannt:

- (a) Barrister und Solicitor [vor den höheren (Barrister) bzw. unteren (Solicitor) Gerichten zugelassene Rechtsanwälte]**
- (b) Psychiater**
- (c) Personen, die nach Auffassung des Gouverneurs über andere geeignete Qualifikationen oder Erfahrungen verfügen, einschließlich mindestens einer Person aus einer Personengruppe, die von Betroffenenverbänden ernannt wird.**

(New South Wales Mental Health Act [Gesetz zur psychischen Gesundheit von New South Wales] 1990)

13.2 Regulierungs- und Aufsichtsorgan

Zur Wahrung der Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen müssen zahlreiche Aufsichts- und Regulierungsaufgaben wahrgenommen werden. Diese umfassen die folgenden Bereiche:

Regelmäßige Überprüfung psychosozialer Einrichtungen – Das unabhängige Organ kann in regelmäßigen Abständen Überprüfungen sämtlicher psychosozialer Einrichtungen vornehmen und ohne vorherige Ankündigung zusätzliche Inspektionen durchführen, soweit dies erforderlich erscheint (andere Bezeichnung: Inspektionsgremium). Im Rahmen dieser Inspektionen sollte das Organ unbeschränkten Zutritt zu allen Bereichen der Einrichtung erhalten und auf alle medizinischen Patientenakten zugreifen können. Außerdem sollte es berechtigt sein, beliebige Patienten in der Einrichtung vertraulich zu befragen. Die Mitglieder des Nachprüfungsorgans müssen bei diesen Inspektionen die Qualität der Lebensumstände sowie die Dokumentation in den medizinischen Akten überprüfen und darüber hinaus sowohl freiwillig als auch unfreiwillig in die Einrichtung eingewiesene Patienten persönlich befragen. Die Inspektionen verschaffen dem Nachprüfungsorgan und seinen Mitgliedern die Möglichkeit, die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass die Menschen in der Einrichtung die benötigte Behandlung und Versorgung erhalten, deren Menschenrechte nicht verletzt werden und die psychosozialen Einrichtungen die Verfahrensgarantien einhalten, die in den Gesetzen zur psychischen Gesundheit festgelegt sind. Die einzuhaltenden Verfahren und die Sanktionen, die bei Verstößen anzuwenden sind, sollten vom Gesetzgeber vorgegeben werden.

Regelmäßige Entgegennahme und Überprüfung von Abschriften der Berichte über ungewöhnliche Vorfälle und der eingetragenen Todesfälle in psychosozialen Einrichtungen zur Überprüfung der institutionellen Praktiken.

Leitlinien zur Minimierung beeinträchtigender Behandlungen, z. B. Zwangs- und Isolationsmaßnahmen – Das Nachprüfungsorgan sollte Leitlinien für die Bewilligung solcher Maßnahmen erstellen und dafür sorgen, dass die Leitlinien eingehalten werden. Dieser Schutzmechanismus muss sowohl nicht freiwilligen als auch freiwilligen Patienten zugute kommen.

Erstellen von Statistiken, z. B. zum prozentualen Anteil der nicht freiwillig eingewiesenen und behandelten Patienten, zur Dauer nicht freiwilliger Internierungen und nicht freiwilliger Behandlungen, zu beeinträchtigenden und irreversiblen Behandlungsmethoden sowie Zwangs- und Isolationsmaßnahmen, zum Auftreten physischer Komorbidität (insbesondere Epidemien, die auf eine schlechte Hygiene- oder Ernährungssituation in der Einrichtung hindeuten könnten), zu Suizidfällen sowie natürlichen und unfallbedingten Todesfällen.

Erstellen von Verzeichnissen zu Einrichtungen und Fachkräften, die für die Einweisung und Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen zugelassen sind, sowie Festlegung und Durchsetzung der erforderlichen Mindeststandards für eine solche Zulassung.

Unmittelbare *Berichterstattung* an das/die zuständige(n) Ministerium/Ministerien, das/die für die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit verantwortlich ist/sind.

Empfehlungen an das/die Ministerium/Ministerien im Hinblick auf notwendige Verbesserungen, entweder in Form von Gesetzesänderungen oder in Form von geänderten Verhaltensregeln.

Regelmäßige *Veröffentlichung* der Ergebnisse gemäß den gesetzlichen Anforderungen.

13.2.1 Personelle Besetzung

Um einen wirksamen Schutz zu gewährleisten, könnte eine minimale personelle Besetzung aus Fachkräften (z. B. aus dem psychischen Gesundheitswesen, aus dem juristischen und dem sozialen Arbeitsfeld), Vertretern der Nutzer psychosozialer Einrichtungen, Vertretern der Familienangehörigen von Menschen mit psychischen Störungen, Interessenvertretern und Laien bestehen. In einigen Staaten kann es geboten sein, auch Vertreter religiöser Einrichtungen einzubeziehen. Frauen und Minderheiten sollten angemessen vertreten sein. Die Anzahl der Personen, die im Aufsichts- und Regulierungsorgan vertreten sind, sowie die Bandbreite der vertretenen Personengruppen hängt vor allem von den verfügbaren Ressourcen ab. Im Rahmen eines integrierten Lösungsansatzes müsste eine angemessene Vertretung sowohl in den quasigerichtlichen Organen als auch in den Aufsichts- und Regulierungsorganen abgestimmt werden.

13.2.2 Zusätzliche Befugnisse

Nachprüfungsorgane für psychische Gesundheit sollten gesetzlich ermächtigt werden, die Einhaltung der rechtlichen Bestimmungen zur psychischen Gesundheit durchzusetzen. Zusätzlich zu den oben beschriebenen Aufgaben sollten sie die folgenden Befugnisse erhalten:

- Zulassung von Fachkräften und psychosozialen Einrichtungen (alternativ können jedoch auch berufsständische Gremien für die professionelle Zulassung zuständig sein)
- Entzug der Zulassung von Einrichtungen und Fachkräften bei Gesetzesverstößen
- Verhängung administrativer und finanzieller Sanktionen bei Gesetzesverstößen
- Schließung von Einrichtungen, die anhaltend gegen die Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen verstoßen.

13.3 Beschwerden und Abhilfen

Patienten sowie deren Familienangehörige und persönliche Vertreter sollten das Recht haben, über jegliche Aspekte der psychosozialen Versorgung und Behandlung Beschwerden einzureichen.

Damit die Rechte der Nutzer geschützt werden und gleichzeitig eine faire Behandlung der Dienstleister gewährleistet wird, sollte ein Beschwerdeverfahren eingerichtet werden, das gewisse Leitlinien einhält. Diese können je nach den Umständen unterschiedlich ausgeprägt sein. Die wichtigsten Grundsätze lauten:

- zunehmende Offenheit und Transparenz bei der Beratung
- Steigerung der Qualität
- Unparteilichkeit
- Zugänglichkeit
- Schnelligkeit und Bedarfsgerechtigkeit
- Höflichkeit
- Rechenschaftspflicht
- Vertraulichkeit
- unabhängige Interessenvertretung
- menschenwürdige Versorgung und Behandlung
- transparentes Verfahren.

Der Gesetzgeber sollte das Verfahren festlegen, mit dem Beschwerden eingereicht, geprüft und entschieden werden. Ein wirksames Beschwerdeverfahren sollte in einfach verständlicher Sprache geschrieben und an prominenter Stelle ausgehängt werden, damit sich die Nutzer psychosozialer Versorgung sowie deren Familienangehörige über Bedeutung und Anwendungsbereich des Verfahrens informieren können und erfahren, wie und wo Beschwerden eingereicht werden. Das Verfahren sollte die Frist festlegen, die maximal zwischen dem streitigen Vorfall und der Beschwerde verstreichen darf, sowie die Frist, innerhalb der über die Beschwerde entschieden werden muss, und es sollte bestimmt werden, wer für die Entscheidung über die Beschwerde zuständig ist und wie diese Entscheidung zu treffen ist. Für den Fall, dass ein Nutzer mit der Entscheidung nicht einverstanden ist, sollte das Beschwerdeverfahren auch die nächste bzw. höhere Ebene benennen, an die die Sache verwiesen werden kann. Im Idealfall sollte eine Beschwerde zunächst bei der Gesundheitseinrichtung eingereicht werden. Wird der Beschwerde nicht abgeholfen, ist sie an das Aufsichtsorgan weiterzuleiten.

Es kann zweckdienlich sein, einen Ombudsmann zu ernennen, der ermächtigt wird, Beschwerden gegen psychosoziale Dienste entgegenzunehmen und zu prüfen. Wird ein Ombudsmann ernannt, so sollte dieser dem Aufsichtsorgan einen Prüfungsbericht sowie eine Entscheidungsempfehlung zukommen lassen, damit das Aufsichtsorgan die gebotenen Maßnahmen und gegebenenfalls Sanktionen vornimmt. Das Nachprüfungsorgan sollte ein Verfahren einrichten, mit dem verhindert wird, dass Patienten für die Einreichung von Beschwerden bestraft werden.

13.4 Verfahrensgarantien

Patienten sollten das Recht erhalten, einen persönlichen Vertreter und/oder einen Rechtsbeistand auszuwählen und zu ernennen, der sie in Rechtsbehelfs- oder Beschwerdeverfahren vertritt. Darüber hinaus sollten Patienten bei Bedarf auf Dolmetschleistungen zurückgreifen können. Verfügen Patienten nicht über die finanziellen Mittel, um Rechtsbeistände und/oder Dolmetscher zu bezahlen, so sollte der Staat diese Kosten übernehmen.

Patienten (und ihre Rechtsbeistände) sollten berechtigt sein, während des Rechtsbehelfs- oder Beschwerdeverfahrens auf Abschriften ihrer medizinischen Akten und sonstige maßgeblichen Berichte und Dokumente zuzugreifen. Außerdem sollten sie berechtigt sein, während des Rechtsbehelfs- oder Beschwerdeverfahrens einen unabhängigen Bericht zur psychischen Gesundheit und weitere maßgebliche Berichte sowie mündliche, schriftliche und sonstige Beweismittel zu beantragen und vorzulegen. Ferner sollten Patienten und ihre Rechtsbeistände das Recht erhalten, für das Rechtsbehelfs- oder Beschwerdeverfahren die Anwesenheit bestimmter Personen zu beantragen, wenn deren Anwesenheit für erheblich und notwendig erachtet wird.

Die Patienten und ihre Rechtsbeistände sollten berechtigt sein, im Rahmen von Rechtsbehelfs- und Beschwerdeverfahren allen Anhörungen beizuwohnen und an diesen teilzunehmen. Die Entscheidungen, die auf der Grundlage der Anhörungen getroffen werden, sollten schriftlich niedergelegt werden und sind den Patienten sowie deren Rechtsbeiständen in Abschriften auszuhändigen. Bei der Veröffentlichung der Entscheidungen von Rechtsbehelfen oder Beschwerden sollte die Privatsphäre des Patienten und dritter Personen sowie die Notwendigkeit, den Patienten vor ernsthaften gesundheitlichen Schäden zu schützen, und die Gefährdung der Sicherheit von Dritten angemessen berücksichtigt werden. Patienten und ihre Rechtsbeistände sollten außerdem berechtigt sein, Entscheidungen gerichtlich überprüfen zu lassen.

Nachprüfungsorgane: Zusammenfassung

Zum Schutz der Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen sollte ein unabhängiges Nachprüfungsorgan (oder mehrere Nachprüfungsorgane) eingerichtet werden. Für quasigerichtliche Belange einerseits und für sonstige Aufsichts- und Regulierungsaufgaben andererseits können die Staaten entweder gesonderte Organe einrichten oder eine kombinierte Struktur wählen.

- Im Hinblick auf Patienten, die nicht freiwillig oder auf sonstige Weise ohne ihre Zustimmung eingewiesen/behandelt werden, sollte das quasigerichtliche Organ die folgenden Aufgaben wahrnehmen: Entscheidung über alle nicht freiwilligen Einweisungen/Behandlungen; Entscheidung über Rechtsbehelfe; regelmäßige Überprüfung nicht freiwillig eingewiesener Patienten; regelmäßige Überwachung von Patienten, die gegen ihren Willen behandelt werden; und Bewilligung oder Untersagung beeinträchtigender und irreversibler Behandlungsmethoden.

- Das Regulierungs- und Aufsichtsorgan könnte die folgenden Aufgaben wahrnehmen: regelmäßige Überprüfung psychosozialer Einrichtungen; regelmäßige Überwachung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Patienten; Erstellung von Leitlinien zur Minimierung beeinträchtigender Behandlungen; Führung von Akten und Statistiken; Erstellen von Verzeichnissen mit zugelassenen Einrichtungen und Fachkräften; Veröffentlichung von Berichten; unmittelbare Abgabe von Empfehlungen an die zuständigen Ministerien im Hinblick auf die gewonnenen Erkenntnisse.
- Die personelle Zusammensetzung der Nachprüfungsorgane richtet sich nach den übertragenen Aufgaben und danach, ob zwei gesonderte Organe oder ein einziges Gremium eingerichtet werden. Das quasigerichtliche Organ könnte sich aus mindestens einem Juristen und einer Gesundheitsfachkraft sowie einem geeigneten Gemeindevertreter zusammensetzen. Ein Aufsichts- und Regulierungsorgan könnte sich aus Fachkräften (aus dem psychischen Gesundheitswesen, aus dem juristischen und dem sozialen Arbeitsfeld), Vertretern der Nutzer psychosozialer Einrichtungen, Vertretern der Familienangehörigen von Menschen mit psychischen Störungen, Interessenvertretern und Laien zusammensetzen.
- Nachprüfungsorgane für psychische Gesundheit sollten gesetzlich ermächtigt werden, die Einhaltung der rechtlichen Bestimmungen zur psychischen Gesundheit durchzusetzen.
- Rechtsbehelfe gegen die Entscheidungen eines Nachprüfungsorgans sollten direkt vor Gericht zugelassen werden.
- Patienten sowie deren Familienangehörige, persönliche Stellvertreter und Interessenvertreter sollten das Recht haben, beim Nachprüfungsorgan über jegliche Aspekte der psychosozialen Versorgung und Behandlung Beschwerden einzureichen.
- Der Gesetzgeber sollte das Verfahren festlegen, mit dem Beschwerden eingereicht, geprüft und entschieden werden.
- Patienten sollten das Recht erhalten, einen persönlichen Vertreter und/oder einen Rechtsbeistand auszuwählen und zu ernennen, der sie in Rechtsbehelfs- oder Beschwerdeverfahren vertritt. Darüber hinaus sollten sie das Recht haben, Zugang zu Abschriften ihrer Akten zu erhalten und Anhörungen beizuwohnen und an diesen teilzunehmen.

14. Polizeiliche Aufgaben hinsichtlich Personen mit psychischen Störungen

Der Gesetzgeber kann sich dafür einsetzen, dass die Polizei im Hinblick auf Menschen mit psychischen Störungen eine konstruktive und hilfreiche Rolle einnimmt.

14.1 Polizeiliche Befugnisse

Die Polizei ist für die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung zuständig. Gleichzeitig ist sie verpflichtet, die Rechte von Personen, die aufgrund psychischer Störungen gefährdet sind, zu schützen und zu wahren und ein fürsorgliches und einfühlsames Verhalten an den Tag zu legen. Wenn Menschen mit psychischen Störungen sich selbst oder die Allgemeinheit durch ihr Verhalten gefährden, ist die Polizei häufig gesetzlich zum Eingreifen verpflichtet. Dies umfasst die folgenden Maßnahmen:

- Betreten von Privatgrundstücken, Festnahme des Betroffenen und dessen Verbringung an einen sicheren Ort, soweit hinreichende Gründe für die Vermutung bestehen, dass der Betroffene sich selbst oder andere gefährdet. In diesen Fällen sollte die Polizei vor Betreten des Grundstücks über eine entsprechende gerichtliche Anordnung verfügen. Der Gesetzgeber kann die Polizei ermächtigen, in Notfällen ohne gerichtliche Anordnung einzuschreiten, soweit eine Gefahr für die Gesundheit und Sicherheit des Betroffenen und/oder der Personen in seinem Umfeld besteht, die nur durch sofortiges Handeln beseitigt werden kann.
- Verbringung von Personen, die die Voraussetzungen für eine nicht freiwillige Einweisung erfüllen, in eine ausgewiesene psychosoziale Einrichtung. Dies gilt z. B. für Personen, die in eine psychosoziale Einrichtung verbracht werden müssen, nachdem eine psychosoziale Fachkraft in der Notaufnahme eines Krankenhauses entschieden hat, dass die nicht freiwillige Einweisung erforderlich ist. Ein weiteres Beispiel sind Personen, die unter Auflagen entlassen wurden und gegen die Auflagen verstoßen, so dass sie wieder in die psychosoziale Einrichtung verbracht werden müssen.
- Rückführung nicht freiwilliger Patienten, die eine psychosoziale Einrichtung ohne Erlaubnis verlassen haben, in ihre Einrichtung.

14.2 Angeforderte Unterstützung

In Notfällen werden Familienangehörige und Pfleger manchmal Zeugen und/oder Opfer eines äußerst aggressiven oder unkontrollierten Verhaltens. Der Gesetzgeber sollte ihnen die Möglichkeit eröffnen, in solchen Fällen die Polizei zu benachrichtigen, damit diese notfalls einschreiten kann. In einer derartigen Situation sollte die Polizei nach eigenem Ermessen entscheiden können, ob eine unmittelbare oder unmittelbar drohende Gefahr vorliegt und ob eine psychische Störung für das Verhalten der betreffenden Person ursächlich sein kann. Die Polizei oder die Mitarbeiter des Notfalldienstes müssen in solchen Fällen außerdem schnell auf die Beratungsleistungen eines professionellen psychosozialen Dienstleisters zurückgreifen können.

Auch Gesundheitsfachkräfte und sonstige Personen, die in Gesundheitseinrichtungen beschäftigt sind, können in bestimmten Umständen polizeiliche Unterstützung anfordern. In solchen Fällen darf die Polizei nicht nach eigenem Ermessen über das Vorliegen einer psychischen Störung entscheiden.

14.3 Schutz von Personen mit psychischen Störungen

Der Gesetzgeber kann gewisse Schranken für das polizeiliche Handeln definieren, die vor der rechtswidrigen Festnahme und Internierung von Menschen mit psychischen Störungen schützen sollen. Diese umfassen die folgenden Bereiche:

14.3.1 Sicherer Ort

Greift die Polizei eine Person auf, weil diese eine öffentliche Störung verursacht und der Verdacht besteht, dass dies auf die psychische Gesundheit der Person zurückzuführen ist, so können die polizeilichen Befugnisse darauf beschränkt werden, die Person an einen sicheren Ort zu verbringen, an dem eine qualifizierte psychosoziale Fachkraft den Zustand der Person beurteilt. Ist die betreffende Person jedoch bekanntermaßen in psychiatrischer Behandlung und benötigt sie dem Anschein nach keine Behandlung oder Versorgung, so kann die Polizei die Person auch einfach in deren Wohnung zurückbringen.

Ein „sicherer Ort“ können ausgewiesene psychosoziale Einrichtungen, private Räumlichkeiten (z. B. die Praxis eines Psychiaters) oder sonstige geschützte Lokalitäten sein. Die Polizei ist in diesen Fällen nicht befugt, die betreffende Person in eine Haftanstalt einzuweisen (oder in Polizeigewahrsam zu nehmen). Ist es jedoch – wie z. B. in einigen Entwicklungsländern – nicht möglich, die Person sofort an einen sicheren Ort zu verbringen, sollte der Gesetzgeber eine kurze Frist festlegen, während der der polizeiliche Gewahrsam von Personen, bei denen eine psychische Störung vermutet wird, zulässig ist. Sobald die Polizei die Person zum Zwecke der Beurteilung an einen sicheren Ort verbracht hat, gilt diese als nicht mehr im Polizeigewahrsam befindlich, so dass eine anschließende Inhaftierung nicht möglich ist. Eine derartige Ausgestaltung der polizeilichen Befugnisse kann Schwierigkeiten bereiten, wenn der sichere Ort die betreffende Person nicht für eine Beurteilung aufnehmen kann (oder will), z. B. weil der sichere Ort nicht über geeignete Mitarbeiter verfügt, die eine Beurteilung durchführen könnten, oder weil für die betreffende Person kein Raum vorhanden ist. Solche Situationen führen eindeutig vor Augen, dass der Gesundheitssektor ausreichende Ressourcen für die psychosozialen Dienste bereitstellen muss (s. Kapitel 2 Unterkapitel 4.1).

Wurde eine Person wegen einer Straftat festgenommen und hat die Polizei hinreichende Gründe für die Vermutung, dass die Person an einer psychischen Störung leidet, sollte diese Person an einen sicheren Ort verbracht werden, damit sie von einer psychosozialen Fachkraft beurteilt wird. Gefährdet eine Person sich selbst oder Dritte, sollte sie zur Beurteilung in eine sichere psychosoziale Einrichtung verbracht werden. Wird bei der Beurteilung keine psychische Störung festgestellt, ist die Polizei ermächtigt, die Person wieder zu inhaftieren bzw. in Gewahrsam zu nehmen.

14.3.2 Behandlungsmöglichkeiten

Ergibt die Beurteilung der psychischen Gesundheit, dass die Person behandelt werden muss, sollte ihr die (stationäre oder ambulante) Teilnahme an einem Programm ermöglicht werden. Dem Patienten sollten die Bedeutung seines Gesundheitsproblems sowie die Vor- und Nachteile der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten erläutert werden. Verweigert die betreffende Person die Einweisung/Behandlung, muss sie entlassen werden, es sei denn, die Voraussetzungen für eine nicht freiwillige Einweisung/Behandlung (s. o.) liegen vor – in diesem Fall sind die einschlägigen Verfahren einzuhalten. Die ordnungsgemäßen Verfahren für nicht freiwillige Einweisung und Behandlung sollten in jedem Fall beachtet werden, unabhängig davon, ob die betreffende Person von der Polizei, einem Familienangehörigen oder Dritten vorgeführt wurde (s. Unterkapitel 8.3).

14.3.3 Dauer des Gewahrsams

Die betreffende Person darf nicht unverhältnismäßig lange für eine Beurteilung festgehalten werden. Der Gesetzgeber kann Verfahren definieren, die die Beurteilung innerhalb einer festgelegten Frist vorschreiben (z. B. 24-72 Stunden). Findet innerhalb dieser Frist keine Beurteilung statt, ist die Person zu entlassen.

14.3.4 Unverzügliche Benachrichtigung

Bevor die Polizei eine Person, die sich in ihrem Gewahrsam befindet, einer Beurteilung zuführt, sollte sie die Person unverzüglich darüber informieren, aus welchem Grund die Internierung erfolgt und welche Maßnahmen ergriffen werden. Unter bestimmten Umständen kann mit Zustimmung der internierten Person auch ein Familienangehöriger oder ein sonstiger bevollmächtigter Vertreter von der Internierung benachrichtigt werden.

14.3.5 Überprüfung der Vorgänge

In allen Fällen, in denen Personen aufgrund einer vermuteten psychischen Störung festgehalten wurden, können die entsprechenden Aktenvorgänge einem Nachprüfungsorgan oder einer unabhängigen Überwachungsstelle vorgelegt werden (s. Unterkapitel 13).

Polizeiliche Aufgaben und Pflichten: Zusammenfassung

Es gibt verschiedene Situationen, in denen die Polizei veranlasst ist, gegenüber Menschen mit psychischen Störungen und psychosozialen Diensten tätig zu werden. In allen Fällen ist die Polizei verpflichtet, die Rechte der Menschen mit psychischen Störungen zu schützen und zu wahren und ein fürsorgliches und einfühlsames Verhalten an den Tag zu legen.

- a) *Im öffentlichen Raum* – Wurde eine Person wegen Störung der öffentlichen Ordnung festgenommen und hat die Polizei hinreichende Gründe für die Vermutung, dass die Person an einer psychischen Störung leidet, kann die Polizei gesetzlich verpflichtet sein, die Person an einen sicheren Ort zu verbringen, damit sie von einer psychosozialen Fachkraft beurteilt wird. Die Beurteilung muss zügig abgeschlossen werden (z. B. innerhalb von 24-72 Stunden nach erster Festnahme).
- b) *Im privaten Raum* – Betritt die Polizei Privatgrundstücke und nimmt sie Personen fest, die an schweren psychischen Störungen leiden und bei denen die Wahrscheinlichkeit besteht, dass sie sich selbst oder Dritten erheblichen Schaden zufügen, sollte sie über eine entsprechende gerichtliche Anordnung verfügen. Die gerichtliche Anordnung kann von einem Familienangehörigen oder einer unabhängigen Stelle, z. B. einem Sozialarbeiter, beantragt werden. Personen, die auf diese Weise festgenommen wurden, sollten unverzüglich an einen sicheren Ort verbracht werden, damit sie von einer psychosozialen Fachkraft beurteilt werden. Die Beurteilung muss zügig abgeschlossen werden (z. B. innerhalb von 24-72 Stunden nach erster Festnahme). In äußerst dringenden Fällen kann die Polizei das Erfordernis einer gerichtlichen Anordnung umgehen, soweit eine unmittelbar drohende Gefahr vorliegt und unmittelbare polizeiliche Maßnahmen erforderlich sind.
- c) *Festnahmen und polizeilicher Gewahrsam aufgrund von Straftaten* – Wurde eine Person aufgrund einer strafbaren Handlung festgenommen und hat die Polizei hinreichende Gründe für die Vermutung, dass die Person an einer psychischen Störung leidet, kann die Polizei gesetzlich verpflichtet sein, die Person an einen sicheren Ort zu verbringen, damit sie von einer psychosozialen Fachkraft beurteilt wird. In diesem Fall ist die Polizei, nachdem sie die Person an den sicheren Ort verbracht hat, weiterhin zu deren Inhaftierung ermächtigt.
- d) *Nicht freiwillig in eine psychosoziale Einrichtung eingewiesene Personen* – Die Polizei ist verpflichtet, alle Personen, die im Rahmen eines ordnungsgemäßen Verfahrens unfreiwillig in psychosoziale Einrichtungen eingewiesen wurden, in die ausgewiesenen psychosozialen Einrichtungen zu verbringen. Dies gilt z. B. wenn eine psychosoziale Fachkraft in der Notaufnahme eines Krankenhauses entschieden hat, dass eine Person unfreiwillig eingewiesen werden muss, sowie in Fällen, in denen eine Person unfreiwillig in eine psychosoziale Einrichtung eingewiesen werden muss, da sie gegen die Entlassungsauflagen verstoßen hat.
- e) *Nicht freiwillig eingewiesene Patienten, die ihre psychosoziale Einrichtung ohne Erlaubnis verlassen haben* – Die Polizei ist verpflichtet, diese Personen aufzufinden und zurück in die psychosoziale Einrichtung zu verbringen, die sie ohne Erlaubnis verlassen haben.

15. Gesetzliche Bestimmungen zu psychisch kranken Straftätern

Die gesetzlichen Bestimmungen zu psychisch kranken Straftätern sind äußerst komplex und beziehen sich sowohl auf das Strafrecht als auch auf den forensischen Bereich psychosozialer Gesundheitssysteme. Politik und Praxis weichen in den einzelnen Staaten stark voneinander ab, und der forensische Bereich der psychischen Gesundheit ist häufig in die strafrechtlichen (oder strafverfahrensrechtlichen) Bestimmungen eingebettet und nicht Teil der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit.

Das Strafrecht hat die Funktion, die Öffentlichkeit zu schützen, Straftäter zu bestrafen und die Gesetze fair und gerecht anzuwenden. Die Polizei, die Staatsanwaltschaft und die Gerichte sollten bei ihren Maßnahmen nicht nur die Rechte der Opfer von Straftaten, sondern auch die Rechte besonders gefährdeter Bevölkerungsgruppen, einschließlich Menschen mit psychischen Störungen, schützen. Ein wichtiges Ziel des Strafrechtssystems sollte es sein, ungerechtfertigten polizeilichen Gewahrsam oder ungerechtfertigte Inhaftierungen von Menschen mit psychischen Störungen zu verhindern. Derzeit wird dieses Ziel selten erreicht. Bei weitem zu viele Menschen mit psychischen Störungen werden angeklagt und inhaftiert, häufig für relativ geringfügige Vergehen. Weltweit nimmt die Besorgnis darüber zu, dass Menschen mit psychischen Störungen in Gefängnissen inhaftiert werden, statt dass man sie in psychosozialen Einrichtungen versorgt. In einigen Staaten ist die Zahl der an Schizophrenie erkrankten und in Haftanstalten internierten Menschen genauso hoch wie die Zahl der Menschen, die sich wegen Schizophrenie im Krankenhaus befinden (Torrey, 1995).

Dass so viele Menschen mit psychischen Störungen in Haftanstalten interniert sind, ist unter anderem ein Nebeneffekt der folgenden Faktoren: mangelnde oder reduzierte Verfügbarkeit öffentlicher psychosozialer Einrichtungen; Umsetzung von Gesetzen, die Störverhalten kriminalisieren; die weit verbreitete Fehleinschätzung, dass alle Menschen mit psychischen Störungen gefährlich seien; sowie gesellschaftliche Intoleranz gegenüber schwierigem oder störendem Verhalten. Außerdem gibt es in einigen Staaten keine rechtliche Tradition, die die Behandlung (anstelle der Bestrafung) von Straftätern mit psychischen Störungen fördert.

Haftanstalten sind nicht der richtige Ort für Menschen, die psychosoziale Behandlung benötigen, da das Strafrechtssystem den Schwerpunkt auf Abschreckung und Bestrafung und nicht auf Behandlung und Versorgung legt. Soweit Besserungseinrichtungen der Rehabilitation den Vorrang einräumen, sind sie normalerweise nur unzureichend für die Unterstützung von Menschen mit psychischen Störungen ausgerüstet. Leider sind in vielen Staaten Haftanstalten de facto psychische Krankenhäuser. Häufig werden Gefangene mit schweren psychischen Störungen – absichtlich oder unbeabsichtigt – ungerecht behandelt.

Die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit kann dazu beitragen, diese Entwicklung zu stoppen und rückgängig zu machen, indem Menschen mit psychischen Störungen dem Strafrechtssystem entzogen und der psychosozialen Gesundheitsversorgung zugeführt werden. Der Gesetzgeber sollte derartige Maßnahmen in jeder Phase eines strafrechtlichen Verfahrens zulassen: bereits ab der ersten Festnahme und Verhaftung durch die Polizei, während des gesamten Zeitraums der strafrechtlichen Ermittlungen und Verfahren und sogar nach Beginn des Vollzugs der Strafe, die der Betroffene für die Straftat verbüßen muss.

In zahlreichen Phasen des Strafverfahrens kann sich der Gesetzgeber entscheidend einbringen. Soweit Menschen, bei denen eine psychische Störung vermutet wird, geringfügige „Straftaten“ begehen, wie z. B. Störung der öffentlichen Ordnung, ist es besser, wenn die Polizei die Betroffenen unverzüglich in Behandlungseinrichtungen verbringt, als wenn sie diese Personen einem Strafverfahren unterzieht (s. Unterkapitel 14).

Die gesetzlichen Regelungen zu psychisch kranken Straftätern – die häufig in die strafverfahrensrechtlichen Bestimmungen eingebettet und nicht Teil der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit sind – weichen in den einzelnen Staaten stark voneinander ab. Die Ausführungen dieses Unterkapitels sollten daher in enger Zusammenschau mit den bestehenden rechtlichen Verfahren des jeweiligen Staates gelesen, entsprechend angepasst und unter Berücksichtigung jener Verfahren übernommen werden. Stets gilt jedoch der Grundsatz, dass sich Menschen mit psychischen Störungen in geeigneten Einrichtungen aufhalten sollten, in denen eine angemessene Behandlung angeboten wird.

Nachstehend werden die verschiedenen Phasen aufgeführt, in denen festgenommene Personen auf der Grundlage unterschiedlicher Gesetze dem strafrechtlichen Verfahren entzogen und stattdessen in psychosoziale Einrichtungen eingewiesen und dort behandelt werden können:

- Ermittlungsverfahren
- Hauptverfahren
- Verurteilung
- Strafvollzug

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass diese Verfahrensabschnitte nicht in allen Staaten anzutreffen sind und es Abweichungen von diesem Modell gibt. Die Staaten sollten die Verfahren einführen, die für ihre jeweilige Situation am besten geeignet sind.

15.1 Das strafrechtliche Ermittlungsverfahren

15.1.1 Anklageerhebung

In den meisten Staaten entscheidet die Polizei und/oder die Staatsanwaltschaft, ob eine Person wegen einer bestimmten Straftat strafrechtlich zu verfolgen ist. Gesetzliche Bestimmungen oder Verwaltungsvorschriften können die Kriterien festlegen, anhand derer entschieden wird, ob – oder unter welchen Umständen – Menschen mit psychischen Störungen angeklagt oder dem psychosozialen Gesundheitssystem zugeführt werden. Den Kriterien sollte die Vermutung zugrunde liegen, dass im Zweifelsfall eine Behandlung und nicht eine Anklage sachdienlich und zu befürworten ist. Dabei sind die folgenden Faktoren zu berücksichtigen:

- die Schwere der Straftat;
- frühere psychiatrische Behandlungen des Betroffenen und deren Dauer; z. B. kann die Staatsanwaltschaft bei Personen, die von einer behandlungsfähigen psychischen Störung betroffen sind, statt einer Anklage die Fortsetzung der Behandlung befürworten;
- die psychische Verfassung des Betroffenen zum Tatzeitpunkt;
- die derzeitige psychische Verfassung des Betroffenen;
- die Gefahr einer Schädigung der psychischen Gesundheit des Betroffenen infolge der Anklage;
- das Interesse der Gemeinschaft an einer Anklage (d. h. das Risiko, das der Betroffene für die Gemeinschaft darstellt).

Durch den Verzicht auf eine Anklageerhebung zugunsten der freiwilligen Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen, die kein ernsthaftes öffentliches Sicherheitsrisiko darstellen, unterstützen Polizei und Staatsanwaltschaft sowohl den Betroffenen als auch die Gesellschaft. Menschen mit psychischen Störungen werden keinen unnötigen Stigmatisierungen ausgesetzt, und sie können sofort mit der notwendigen Behandlung beginnen, ohne dem Strafrechtssystem ausgeliefert zu sein.

15.2 Das strafrechtliche Hauptverfahren

Soweit entschieden wurde, die strafrechtliche Verfolgung aufrechtzuerhalten, gibt es zwei mögliche Verfahren, die auf Menschen mit psychischen Störungen anwendbar sind. Das erste Verfahren findet Anwendung, wenn der Betroffene verhandlungsunfähig ist, und das zweite Verfahren ist anzuwenden, wenn dem Betroffenen seine zum Tatzeitpunkt begangenen Handlungen strafrechtlich nicht zugerechnet werden können. Bisweilen kann es hier zu Überschneidungen kommen, wenn die psychische Störung, von der eine Person zum Tatzeitpunkt betroffen war, bis zum Hauptverfahren andauert.

15.2.1 Verhandlungsfähigkeit

In den meisten Staaten ist es eine gesetzliche Voraussetzung, dass Menschen körperlich und psychisch verhandlungsfähig sein müssen. Allgemein wird die psychische Verhandlungsfähigkeit danach beurteilt, ob der Betroffene in der Lage ist, (i) Wesen und Gegenstand des rechtlichen Verfahrens zu verstehen; (ii) die möglichen Folgen des Verfahrens zu verstehen; und (iii) wirksam mit seinem Rechtsbeistand zu kommunizieren.

Liegen hinreichende Gründe für die Vermutung vor, dass ein Angeklagter an einer psychischen Störung leidet, so muss das Gericht die Beurteilung der psychischen Gesundheit durch eine qualifizierte psychosoziale Fachkraft (üblicherweise – wenn auch nicht immer – durch einen Psychiater) anfordern. Dies geschieht häufig vor Beginn des Hauptverfahrens, eine solche Maßnahme kann jedoch auch zu jedem beliebigen Zeitpunkt während des Hauptverfahrens getroffen werden. Die Beurteilung sollte am besten in einer ausgewählten psychosozialen Einrichtung oder an einem anderen sicheren Ort gemäß gerichtlicher Verfügung vorgenommen werden. Die Frist, innerhalb der die psychiatrische Beobachtung stattfinden muss, sollte festgelegt werden, damit der Betroffene nicht unnötig interniert wird und sich das Hauptverfahren nicht unangemessen verzögert. In vielen Staaten beträgt die Frist 30 Tage. Wird eine Person aufgrund einer schweren psychischen Störung für nicht verhandlungsfähig angesehen, so darf das Hauptverfahren erst beginnen, wenn der Betroffene wieder verhandlungsfähig ist. In diesen Fällen sollte der Gesetzgeber das Gericht ermächtigen, den Betroffenen zur Behandlung an eine psychosoziale Einrichtung zu überstellen. Darüber hinaus sollte der Betroffene das Recht haben, einen Rechtsbehelf gegen seine fortgesetzte Inhaftierung einzulegen.

Bei geringfügigen Straftaten könnte das Gericht die Eröffnung des Hauptverfahrens ablehnen oder aussetzen, bis der Betroffene die stationäre oder ambulante Behandlung abgeschlossen hat. Die Ablehnung oder Aussetzung der Eröffnung des Hauptverfahrens wäre z. B. wünschenswert, wenn der Angeklagte aufgrund einer schweren psychischen Störung eindeutig behandelt werden muss und weder sich selbst noch Dritte gefährdet. Handelt es sich um eine schwere Straftat und/oder gefährdet der Angeklagte sich selbst oder Dritte, so kann das Gericht die Einweisung in eine ausgewählte psychosoziale Einrichtung zwecks Behandlung anordnen.

Es müssen Verfahrensgarantien zum Schutz der Rechte von Personen mit psychischen Störungen eingerichtet werden, damit die Betroffenen nicht länger als nötig in psychosozialen Einrichtungen ausharren müssen. Der Gesetzgeber sollte eine regelmäßige Überprüfung der gerichtlich angeordneten Unterbringung der Betroffenen vorsehen, z. B. durch regelmäßige psychiatrische Berichte. Außerdem gelten für alle Angeklagten, die bis zu ihrem Hauptverfahren in einer psychosozialen Einrichtung interniert sind, dieselben Rechte, Verfahren und Verfahrensgarantien wie für Personen, die nicht freiwillig eingewiesen wurden. Folglich haben sie auch das Recht, ihre Internierung durch ein unabhängiges Nachprüfungsorgan, z. B. ein Gericht oder einen sonstigen Spruchkörper, gerichtlich überprüfen zu lassen.

15.2.2 Unzurechnungsfähigkeit (psychische Störung zum Tatzeitpunkt)

Weltweit haben die Staaten Gesetze erlassen, mit denen der Grad der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit von Angeklagten ermittelt wird. Laut Gesetz spielt die psychische Verfassung, die ein Angeklagter zum Tatzeitpunkt aufweist, bei der Frage nach der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit eine entscheidende Rolle.

Damit das Gericht feststellt, dass die Voraussetzungen der Schuldfähigkeit beim Angeklagten nicht vorliegen, muss der Angeklagte die folgenden Umstände nachweisen:

1. Beeinträchtigung der psychischen Fähigkeiten des Angeklagten aufgrund einer zum Tatzeitpunkt vorliegenden psychischen Störung und
2. hinreichende Schwere der Störung, die dazu führt, dass der Angeklagte die Voraussetzungen der strafrechtlichen Zurechnungsfähigkeit nur teilweise oder überhaupt nicht erfüllt.

Für Personen, die zum Tatzeitpunkt nicht über das erforderliche Geistesvermögen verfügten, sollte die Einweisung in eine geeignete Einrichtung gesetzlich vorgeschrieben werden. Dieser Ansatz dient dem Ziel, bei Straftätern, die psychosoziale Gesundheitsversorgung benötigen, Behandlungsoptionen einer Bestrafung vorzuziehen.

Unter diesen Umständen können Gerichte zu dem Schluss kommen, dass der Angeklagte „unzurechnungsfähig aufgrund psychischer Behinderung“ (NRDMD, not responsible due to mental disability) ist.¹ Dieser Ansatz findet sich in vielen Staaten unter Verwendung unterschiedlicher Terminologien. Der Gesetzgeber kann die Voraussetzungen definieren, die für ein NRDMD-Urteil vorliegen müssen.² Ein NRDMD-Urteil sollte bei Personen angewendet werden, deren psychische Störung so schwer ist, dass ihre Einsichtsfähigkeit, Auffassungsgabe oder Steuerungsfähigkeit zum Tatzeitpunkt beeinträchtigt war. Im Falle eines solchen Urteils kann das Gericht entweder entscheiden, dass der Betroffene zurück in die Gemeinschaft entlassen wird, oder die Einweisung/Behandlung des Betroffenen anordnen. Was Einweisungen und Entlassungen betrifft, so weichen die Gesetze der einzelnen Staaten erheblich voneinander ab. In einigen Staaten muss der Betroffene entlassen werden, soweit nicht das Gericht des Hauptverfahrens oder ein anderer Spruchkörper entschieden hat, dass bei dem Betroffenen alle Voraussetzungen für eine nicht freiwillige Einweisung vorliegen, und die gebotenen Verfahrenserfordernisse zur nicht freiwilligen Einweisung des Betroffenen eingehalten werden. In anderen Staaten gibt es besondere rechtliche

¹ Die Kategorie NRDMD entspricht der in einigen Staaten verwendeten Formulierung „nicht schuldig aufgrund von Geisteskrankheit“ (NGRI, not guilty by reason of insanity) sowie in eingeschränktem Maße der Formulierung „schuldig, jedoch geisteskrank“. NRDMD ist eine weniger stigmatisierende Bezeichnung für die Auffassung, dass die Handlungen einer Person dieser nicht strafrechtlich zugerechnet werden können, da sich ihre psychische Behinderung auf die Handlungen ausgewirkt hat. Einige Kommentatoren sind der Ansicht, dass das Urteil „schuldig, jedoch geisteskrank“ einer Bestrafung gleichkomme und ungerecht gegenüber psychisch schwer kranken Menschen sei. Das Urteil birgt auch konzeptionelle Schwierigkeiten, da eine Person logischerweise nicht für „schuldig“ angesehen werden kann, wenn ihr der erforderliche strafrechtliche Vorsatz nicht nachgewiesen wurde.

² Die Definition sollte weiter gefasst sein als die Definition von Geisteskrankheit gemäß den McNaughten Rules. In vielen Staaten werden noch immer die McNaughten Rules angewendet, denen zufolge sich ein Angeklagter nur dann unter Berufung auf eine psychische Störung verteidigen kann, wenn er nicht wusste, was er tat, als er die strafbare Handlung beging, oder wenn ihm zwar die Handlung bewusst war, es ihm jedoch am Unrechtsbewusstsein fehlte. Viele psychisch schwer kranke Menschen haben zwar ein Unrechtsbewusstsein, aufgrund einer schweren psychischen Störung ist ihre Wahrnehmung allerdings äußerst verzerrt. Daher wird kritisiert, dass nach den McNaughten Rules selbst psychisch schwerst kranke Menschen als „geistig gesund“ angesehen und daher in vielen Systemen ungerechtfertigt inhaftiert würden. Nach Auffassung dieser Kritiker sollten Menschen, die zwar einsichtsfähig sind, deren Steuerungsfähigkeit jedoch aufgrund einer schweren psychischen Störung eingeschränkt ist, als „unzurechnungsfähig aufgrund psychischer Behinderung“ (NRDMD) angesehen werden.

Kategorien (neben der Kategorie der nicht freiwilligen Patienten), die auf Personen anwendbar sind, die aufgrund von NRDMD-Urteilen eingewiesen werden. In Australien werden solche Patienten z. B. als „forensische Patienten“ [forensic patients] bezeichnet; in Mauritius lautet die Bezeichnung „Sicherheitspatienten“ [security patients] und in Südafrika ist die Rede von „staatlichen Patienten“ [State patients].

Ebenso wie andere, nicht straffällig gewordene Menschen mit psychischen Störungen haben auch Personen, die aufgrund eines NRDMD-Urteils interniert werden, ein Recht auf eine ordnungsgemäße und regelmäßige Überprüfung ihrer Internierung sowie ein Recht auf eine geeignete Versorgung und Behandlung in einer therapeutischen Umgebung. Außerdem können Menschen, die aufgrund einer strafrechtlichen Unzurechnungsfähigkeit eingewiesen wurden, dennoch über ausreichend Geistesvermögen verfügen, um Behandlungsentscheidungen treffen zu können.

Hat sich die psychische Verfassung des Betroffenen hinreichend verbessert, so sollte er entlassen werden. In einigen Staaten ist es zulässig, dass die Entlassung von Personen, die als psychisch gestörte Straftäter eingewiesen wurden, durch Gesundheitsfachkräfte erfolgt. In anderen Staaten kann eine solche Entlassung jedoch nur durch einen Richter oder eine sonstige gerichtliche Behörde angeordnet werden. Wichtig ist vor allem, dass Patienten, Familienangehörige und sonstige Dritte einen Antrag auf Entlassung stellen können. Es kann vernünftig sein, für einen festgelegten Zeitraum eine unter Zwang durchzusetzende gemeindenahere Behandlung der entlassenen Person anzuordnen mit der Auflage, dass der Betroffene bei einem Rückfall oder bei Verstoß gegen den vereinbarten Behandlungsplan zurück in das Krankenhaus zu verbringen ist. Wahrscheinlich wird eine zwangsweise gemeindenahere Behandlung jedoch bei einigen Nutzergruppen Widerstände auslösen. Die Staaten müssen hier ihre eigene Lösung finden.

15.3 Das strafrechtliche Urteil

Menschen mit psychischen Störungen, die die Voraussetzungen für eine Verhandlungsunfähigkeit oder für das Vorliegen einer psychischen Störung zum Tatzeitpunkt nicht erfüllen, können trotz gerichtlicher Feststellung ihrer Schuld in einigen Staaten noch bei der Verurteilung in das psychosoziale Gesundheitssystem überstellt werden. Dies kann sowohl durch Freiheitsstrafen, die in einer psychosozialen Einrichtung abzuleisten sind (Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus), als auch durch Nichtfreiheitsstrafen (Bewährungsstrafen und Anordnung gemeindenaherer Behandlung) erfolgen. Die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus kann sich auf eine offene Einrichtung oder auf eine abgesicherte Einrichtung beziehen, je nachdem, welchem Risiko die Allgemeinheit ausgesetzt ist.

15.3.1 Bewährungsstrafen und Anordnung gemeindenaherer Behandlung

Bei geringfügigen Vergehen, die von Menschen mit psychischen Störungen begangen werden, sollte der Gesetzgeber den Einsatz von Nichtfreiheitsstrafen anstelle von Gefängnisstrafen zulassen und fördern. In einigen Staaten sind die Gerichte bereits ermächtigt, Bewährungsstrafen oder gemeindenahere Behandlung unter der Bedingung anzuordnen, dass die Betroffenen weiterhin durch psychosoziale Dienste behandelt werden. Durch die Anordnung gemeindenaherer Behandlung können Menschen mit psychischen Störungen weiter in ihrer Gemeinschaft leben, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Die Betroffenen müssen unter anderem:

- an einem bestimmten Ort leben;
- an Behandlungs- und Rehabilitationsaktivitäten teilnehmen, einschließlich Beratung, Ausbildung und Schulung;
- psychosozialen Fachkräften Zugang zu ihren Wohnungen gewähren;
- regelmäßig einem Bewährungshelfer Bericht erstatten; und
- sich gegebenenfalls nicht freiwilliger psychiatrischer Behandlung unterziehen.

15.3.2 Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus

Die Anordnung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus ist eine weitere Möglichkeit, mit der sichergestellt werden kann, dass eine für schuldig befundene Person die notwendige psychosoziale Behandlung erhält. Soweit der Gesetzgeber die Anordnung der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus vorsieht, sind die Gerichte ermächtigt, psychisch gestörte Straftäter nicht in ein Gefängnis einzuweisen, sondern zur Behandlung in einem Krankenhaus unterzubringen, wenn die Betroffenen zum Zeitpunkt der Verurteilung Krankenhausversorgung benötigen.

Der Zeitraum, für den die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus angeordnet wird, sollte die Dauer der ansonsten verhängten Strafe nicht überschreiten. Sind das Gericht und die psychosozialen Krankenhausfachkräfte der Auffassung, dass der Betroffene über die Dauer der ansonsten verhängten Strafe hinaus eine Behandlung benötigt, so müssen sie die fortgesetzte Krankenhausbehandlung im Rahmen der üblichen Verfahren für nicht freiwillige Einweisung rechtfertigen.

Straftäter, die von einer psychischen Störung betroffen sind und in eine psychosoziale Einrichtung eingewiesen werden, da ihre Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus angeordnet wurde, haben wie alle sonstigen, nicht freiwillig eingewiesenen Patienten ein Recht auf regelmäßige Überprüfung durch ein unabhängiges Nachprüfungsorgan (z. B. ein Gericht oder einen sonstigen Spruchkörper).

15.4 Der Strafvollzug

Bisweilen entwickeln Angeklagte erst nach ihrer Inhaftierung eine psychische Störung. Der Gesetzgeber bzw. die Behörden sollten Regelungen einführen, die eine angemessene Versorgung und Behandlung der psychischen Störungen von Gefangenen vorsehen. Können Gefangene mit schweren psychischen Störungen in der Haftanstalt nicht angemessen behandelt werden, so muss der Gesetzgeber die Überstellung der Betroffenen in eine psychosoziale Einrichtung zwecks Behandlung vorsehen. In vielen Staaten finden sich in den Haftanstalten besonders ausgewiesene Krankenstationen, in die Gefangene überwiesen werden, wenn man sie für krank hält. Diese Stationen sollten durch ein Nachprüfungsorgan überwacht werden, damit gewährleistet wird, dass die Qualität und Versorgung dem Angebot psychosozialer Einrichtungen außerhalb von Haftanstalten entspricht. Außerdem muss der Gesetzgeber sicherstellen, dass die Krankenstationen der unmittelbaren Aufsicht qualifizierter psychosozialer Mitarbeiter und nicht den Haftanstalten unterstehen.

Die Rechte von Gefangenen, die in die Krankenstationen von Haftanstalten oder in sonstige psychosozialen Einrichtungen überwiesen werden, müssen geschützt werden, und es gelten dieselben Schutzmaßnahmen, wie sie sonstigen Menschen mit psychischen Störungen zugute kommen. Insbesondere sind die Straftäter berechtigt, einer Behandlung entweder zuzustimmen oder sie zu verweigern. Wird eine nicht freiwillige Behandlung für erforderlich erachtet, müssen die ordnungsgemäßen Verfahren zur Bewilligung nicht freiwilliger Behandlung eingehalten werden. Wichtige Rechte sind u. a. das Recht auf Schutz vor unmenschlicher und erniedrigender Behandlung, der Vorbehalt der wirksamen, informierten Zustimmung für eine Teilnahme an Forschungsvorhaben und der Grundsatz der Vertraulichkeit. Werden Gefangene von einer Haftanstalt in ein Krankenhaus und anschließend zurück in die Haftanstalt verbracht, so sollte die Zeit im Krankenhaus auf ihre Strafe angerechnet werden.

Außerdem dürfen solche Gefangene nur für die Dauer ihrer Strafe im Krankenhaus interniert sein. Ist eine weitere nicht freiwillige Einweisung nach Ablauf der Strafe aufgrund der psychischen Verfassung der Betroffenen gerechtfertigt, können sie nur gemäß den nicht-strafrechtlichen Gesetzen zur psychischen Gesundheit interniert werden. Darüber hinaus steht Gefangenen in solchen Behandlungseinrichtungen in demselben Maße das Recht auf Haftprüfung und etwaige Strafaussetzung zur Bewährung zu, als wenn sie nicht aufgrund von psychischen Störungen behandelt würden. Geeignete Informationen zum jeweiligen Fall und zur Behandlung können – in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen – den für Bewährungsstrafen zuständigen Stellen im Rahmen einer Zugangsberechtigung oder mit Zustimmung des Gefangenen zugänglich gemacht werden.

15.5 Einrichtungen für psychisch kranke Straftäter

Bei den Bemühungen, psychisch kranke Straftäter nicht in Haftanstalten zu internieren, besteht eine der Schwierigkeiten darin, dass viele Staaten keine geeigneten Einrichtungen besitzen, in denen Personen untergebracht werden könnten, die als „kriminell und gefährlich“ gelten. Dieser Umstand führt nicht nur dazu, dass Straftäter mit psychischen Störungen in Haftanstalten bleiben müssen, sondern er hat auch zur Folge, dass den Betroffenen die notwendige Behandlung verwehrt wird. Es kann erforderlich sein, gesetzliche Bestimmungen für sichere psychosoziale Einrichtungen zu erlassen. Anhand gesetzlicher Kriterien können die Sicherheitsvorkehrungen, die für die Patienten erforderlich sind, in Form von Sicherheitsstufen festgelegt werden, und die Sicherheitsstufen sollten regelmäßig überprüft werden. Außerdem sollten die Sicherheitsstufen, die für Patienten im Krankenhaus festgelegt werden, nicht strenger sein als erforderlich.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Gesetze zur psychischen Gesundheit einen Rahmen für Behandlung und Unterstützung – und nicht für Bestrafung – bieten können und sollen. Dieser Rahmen soll es ermöglichen, dass Menschen mit psychischen Störungen zu jedem Zeitpunkt dem Strafrechtssystem entzogen und der psychosozialen Gesundheitsversorgung zugeführt werden. Der Gesetzgeber kann für das Strafrechtssystem Vorkehrungen treffen, durch die Menschen mit psychischen Störungen geschützt werden und die nur in sehr seltenen Ausnahmefällen zulassen, dass die Betroffenen in Haftanstalten interniert werden. Auf diese Weise trägt der Gesetzgeber gleichzeitig zum Schutz der Allgemeinheit und zur menschenwürdigen Behandlung von Straftätern mit psychischen Störungen bei, indem er deren angemessene Versorgung und Rehabilitation ermöglicht.

Auf den nachstehenden Webseiten finden sich Informationen zu den Grundsätzen und Richtlinien der Vereinten Nationen über Gefangene, einschließlich psychisch kranker Gefangener:

http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp36.htm

http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm

Psychisch kranke Straftäter: Zusammenfassung

Wo immer dies möglich ist, sollte das Strafrechtssystem Straftäter mit psychischen Störungen vorzugsweise einer Behandlung unterziehen und sie nicht in Haftanstalten internieren. Das Strafrechtssystem sollte strukturell so angelegt sein, dass Straftäter in jeder Phase des Strafverfahrens in ein Behandlungsprogramm überwiesen werden können.

1. *Anklage* – Bei der Entscheidung darüber, ob gegen eine Person mit einer psychischen Störung Anklage zu erheben ist, sollte die Staatsanwaltschaft die folgenden Faktoren berücksichtigen: die Schwere der Straftat; die psychiatrische Vorgeschichte des Betroffenen, dessen psychische Verfassung zum Tatzeitpunkt und zum gegenwärtigen Zeitpunkt; die Wahrscheinlichkeit eines Gesundheitsschadens des Betroffenen; und das Interesse der Gemeinschaft an einer Anklage.

2. *Hauptverfahren:*

- a) *Verhandlungsfähigkeit* – Personen, die psychisch dazu in der Lage sind, sind gesetzlich zur Teilnahme am Hauptverfahren verpflichtet. Es muss geprüft werden, inwieweit der Angeklagte das gerichtliche Verfahren und dessen Folgen versteht und ob er in der Lage ist, wirksam mit seinem Rechtsbeistand zu kommunizieren. Wird eine Person als verhandlungsunfähig angesehen, kann das Verfahren während der Behandlung des Betroffenen eingestellt oder ausgesetzt werden. Personen, die während eines schwebenden Verfahrens in einer psychosozialen Einrichtung interniert sind, haben dieselben Rechte wie sonstige nicht freiwillig eingewiesene Personen, einschließlich des Rechts auf gerichtliche Überprüfung durch ein unabhängiges Nachprüfungsorgan.
- b) *Unzurechnungsfähigkeit* – Personen, die zum Tatzeitpunkt nicht über das erforderliche Geistesvermögen verfügten, sollten nicht inhaftiert, sondern behandelt werden. Die meisten Gerichte lassen die Beurteilung „unzurechnungsfähig aufgrund psychischer Behinderung“ (NRDMD) als Verteidigungsmittel zu, wenn die Einsichtsfähigkeit, Auffassungsgabe oder Steuerungsfähigkeit des Betroffenen zum Tatzeitpunkt beeinträchtigt war. Wird eine Person für unzurechnungsfähig aufgrund psychischer Behinderung gehalten, so kann sie entlassen werden, sobald sich die psychische Störung hinreichend gebessert hat.

3. *Verurteilung:*

- a) *Bewährungsstrafen* – Die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen kann im Rahmen von Bewährungsstrafen und der Anordnung gemeindenaher Behandlung erfolgen. Bei diesen Maßnahmen findet kein Freiheitsentzug statt. Die Behandlung in der Gemeinde ist an bestimmte Bedingungen geknüpft. Erfüllt der Betroffene die festgelegten Bedingungen nicht, kann er zur Fortsetzung der Behandlung zurück in die Haftanstalt überwiesen werden.
- b) *Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus* – Die Behandlung kann durch Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus erfolgen (d. h. in Form einer Freiheitsstrafe, die in einer psychosozialen Einrichtung abgeleistet wird). Soweit die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus angeordnet wird, darf die Internierung des Betroffenen zu Behandlungszwecken nicht länger andauern, als die ansonsten verhängte Strafe angedauert hätte, es sei denn, anschließend wird das Verfahren zur nicht freiwilligen Einweisung eingehalten. Personen, die auf Anordnung in einem psychiatrischen Krankenhaus untergebracht wurden, sind berechtigt, ihre Internierung regelmäßig durch ein unabhängiges Nachprüfungsorgan überprüfen zu lassen.

4. *Strafvollzug:*

- a) *Überstellung von Gefangenen* – Menschen, die nach ihrer Inhaftierung eine psychische Störung entwickeln, können zur psychosozialen Behandlung in die Krankenstation einer Haftanstalt oder eine sonstige sichere psychosoziale Einrichtung überstellt werden. Die überstellten Gefangenen haben dieselben Rechte wie sonstige, nicht freiwillig internierte Personen, z. B. das Recht auf Zustimmung zur Behandlung, auf Vertraulichkeit und auf Schutz vor unmenschlicher und erniedrigender Behandlung. Außerdem steht Gefangenen das Recht auf Haftprüfung und eine etwaige Strafaussetzung zur Bewährung zu. Ein Gefangener darf nicht länger zur Behandlung interniert werden, als die ansonsten verhängte Strafe angedauert hätte, es sei denn, anschließend wird das Verfahren zur nicht freiwilligen Einweisung eingehalten.

Einrichtungen für psychisch kranke Straftäter

Es kann erforderlich sein, gesetzliche Bestimmungen für sichere psychosoziale Einrichtungen zu erlassen. Anhand gesetzlicher Kriterien können die Sicherheitsvorkehrungen, die für die Patienten erforderlich sind, in Form von Sicherheitsstufen festgelegt werden, und die Sicherheitsstufen sollten regelmäßig überprüft werden. Die Sicherheitsstufen, die für Patienten im Krankenhaus festgelegt werden, sollten nicht strenger sein als erforderlich.

16. Weitere wesentliche Bestimmungen zur psychischen Gesundheit

Gesundheit und Wohlbefinden von Menschen mit psychischen Störungen werden sich deutlich verbessern, wenn sich der Gesetzgeber der Aspekte annimmt, die bislang in diesem Kapitel behandelt wurden: Zugang; Rechte; freiwillige und nicht freiwillige psychosoziale Versorgung; Kontrollmechanismen und Regelungen zu psychisch kranken Straftätern. Darüber hinaus gibt es zahlreiche weitere Gebiete, die ebenso wichtig zur Förderung der psychischen Gesundheit und des psychischen Wohlbefindens sind. Auch diese Bereiche können durch gesetzliche Bestimmungen wirksam geregelt werden, sie wurden in der Vergangenheit jedoch vernachlässigt. Es ist zwar nicht möglich, in dieser Materialsammlung alle Themen abzudecken und erschöpfend zu erörtern, doch im Folgenden werden einige Bereiche angerissen, die in die nationale Gesetzgebung aufgenommen werden können. In vielen Staaten sind sie außerhalb der Sondergesetze zur psychischen Gesundheit gesetzlich geregelt.

16.1 Antidiskriminierungsgesetze

Der Gesetzgeber sollte Personen mit psychischen Störungen vor Diskriminierungen schützen. Oftmals finden sich in einem Staat Antidiskriminierungsgesetze (sowie gesetzliche Bestimmungen zur „positiven Diskriminierung“ durch Förderung von Minderheiten), mit denen gefährdete Bevölkerungsgruppen, Minderheiten und benachteiligte Gruppen geschützt werden sollen. Diese Gesetze können auch auf Menschen mit psychischen Störungen angewendet werden, wenn sie in der jeweiligen Vorschrift ausdrücklich als Begünstigte aufgeführt werden. Bieten die allgemeinen Antidiskriminierungsgesetze keinen angemessenen Schutz, können alternativ Antidiskriminierungsbestimmungen zugunsten von Menschen mit psychischen Störungen speziell in die Gesetze zur psychischen Gesundheit aufgenommen werden. In einigen Staaten ist es Menschen mit psychischen Störungen z. B. untersagt, bestimmte Schulen zu besuchen, sich an bestimmten öffentlichen Orten aufzuhalten oder in Flugzeugen zu reisen. Hier kann eine Korrektur durch Sondergesetze erforderlich sein.

Eine andere gesetzgeberische Möglichkeit bietet sich in Fällen, in denen ein Staat über eine Verfassung oder ein sonstiges Dokument verfügt, das den Schutz von Grundrechten zusichert. In einem solchen Dokument sollten die Gründe aufgeführt sein, die eine Diskriminierung rechtswidrig machen, und die entsprechende Bestimmung sollte auf Menschen mit psychischen Störungen anwendbar sein. Der New Zealand Bill of Rights Act [Grundrechtekatalog von Neuseeland] (1990) verbietet beispielsweise u. a. die Diskriminierung von Behinderten.

16.2 Allgemeine Gesundheitsversorgung

Menschen mit psychischen Störungen benötigen beim Umgang mit dem allgemeinen Gesundheitssystem den Schutz des Gesetzgebers, z. B. im Hinblick auf Zugang zur Behandlung, Qualität des Behandlungsangebots, Vertraulichkeit, Zustimmung zur Behandlung und Zugang zu Informationen. Die Gesetze zur allgemeinen Gesundheitsversorgung können durch besondere Regelungen ergänzt werden, die das Schutzbedürfnis der gefährdeten Bevölkerungsgruppen betonen und Personen mit psychischen Störungen sowie Menschen, die mangels Geistesvermögens keine eigenständigen Entscheidungen treffen können, einschließen.

16.3 Wohnraum

Der Gesetzgeber könnte festlegen, dass Menschen mit psychischen Störungen bevorzugt staatliche und subventionierte Sozialwohnungen zuzuteilen sind. Beispielsweise bestimmt das finnische Gesetz zur psychischen Gesundheit: „Neben angemessener Behandlung und Versorgung müssen Menschen, die an einer psychischen Krankheit oder einer sonstigen psychischen Störung leiden, Wohnungen mit Dienstleistungsangebot und subventionierte Wohnungen zur Verfügung gestellt werden, die für die gesondert anzuordnende notwendige medizinische oder soziale Rehabilitation geeignet sind.“ (Gesetz zur psychischen Gesundheit Nr. 1116, 1990, Finnland).

In einigen Staaten wird es nicht möglich sein, derartige Bestimmungen zu erlassen, trotzdem sollten Menschen mit psychischen Störungen bei der Zuweisung von Wohnraum zumindest nicht diskriminiert werden. Der Gesetzgeber kann die Behörden auch anweisen, verschiedene Arten von Unterbringungsmöglichkeiten einzurichten, z. B. Rehabilitationseinrichtungen und langfristiges betreutes Wohnen. Es sollten gesetzliche Bestimmungen vorhanden sein, die die geografische Isolierung von Personen mit psychischen Störungen verhindern. Zu diesem Zweck kann es erforderlich sein, in den einschlägigen Gesetzen Regelungen einzufügen, die die Diskriminierung von Personen mit psychischen Störungen bei der räumlichen Zuordnung und der Zuweisung von Wohnraum untersagen.

16.4 Beschäftigung

Der Gesetzgeber könnte Bestimmungen einführen, mit denen Personen mit psychischen Störungen vor Diskriminierung und Ausbeutung am Arbeitsplatz geschützt werden und berufliche Chancengleichheit gefördert wird. Außerdem könnte der Gesetzgeber die berufliche Wiedereingliederung von Menschen fördern, die von einer psychischen Störung betroffen waren, und dafür Sorge tragen, dass keine Kündigungen erfolgen, die ausschließlich mit dem Vorliegen einer psychischen Störung begründet werden. Der Gesetzgeber könnte auch „angemessene Vorkehrungen“ am Arbeitsplatz fördern, so dass Arbeitnehmern mit psychischen Störungen bis zu einem gewissen Grad flexible Arbeitszeiten eingeräumt werden, damit sie sich einer psychischen Behandlung unterziehen können. Beispielsweise könnte ein Arbeitnehmer sich von der Arbeit freistellen lassen, um eine Beratung in Anspruch zu nehmen, und die Arbeitszeit im weiteren Verlauf des Tages nachholen.

Das Gesetz zur Förderung der Gesundheitsversorgung und sozialen Dienste zugunsten von psychisch Kranken (Gesetz 2440, 1989) von Rio Negro (Argentinien) bestimmt: „Die Provinz hat dafür zu sorgen, dass geeignete Maßnahmen ergriffen werden, mit denen der Zugang zu Arbeit als entscheidender Faktor bei der Genesung von psychisch Kranken sichergestellt wird.“ Ferner sieht das Gesetz die Einrichtung eines Ausschusses vor, der die Beschäftigungsförderung untersucht und geeignete dauerhafte Maßnahmen vorschlägt, die den Personen, die durch das Gesetz geschützt werden, Zugang zu Arbeit garantieren.

Darüber hinaus können die folgenden Maßnahmen gesetzlich geregelt werden: angemessene Finanzierung beruflicher Rehabilitationsprogramme, Vorzugsfinanzierung einkommenswirksamer Tätigkeiten von Menschen, die an psychischen Störungen leiden und in der Gemeinde leben, und allgemeine Antidiskriminierungsprogramme zur Förderung des verbesserten Zugangs zu Arbeitsmarkt und bezahlter Beschäftigung. Außerdem können arbeitsrechtliche Bestimmungen getroffen werden, die Menschen mit psychischen Störungen schützen, die im Rahmen von Beschäftigungsprogrammen für Behinderte Arbeitsleistungen erbringen. Dabei muss gewährleistet werden, dass die Vergütung der Betroffenen mit der Vergütung sonstiger Beschäftigter vergleichbar ist und dass im Rahmen solcher Beschäftigungsprogramme nicht unter Zwang oder Drohungen gearbeitet wird.

In vielen Staaten hat es sich bei der Gesundheitsförderung als wirksam erwiesen, Mutterschaftsurlaub – insbesondere bezahlten Mutterschaftsurlaub – in die arbeitsrechtlichen Bestimmungen aufzunehmen. Auf diese Weise können Mütter mehr Zeit mit ihren Kindern verbringen, was den Aufbau einer emotionalen Bindung erleichtert und somit die psychische Gesundheit von Mutter und Kind fördert.

16.5 Sozialversicherung

Erwerbsunfähigkeitsbeihilfen können eine große Hilfe für Menschen mit psychischen Störungen sein und sollten vom Gesetzgeber gefördert werden. Soweit Renten gezahlt werden, sollten die Erwerbsunfähigkeitsrenten von Menschen mit psychischen Störungen den Erwerbsunfähigkeitsrenten von körperlich behinderten Menschen der Höhe nach vergleichbar sein. Die Sozialversicherungsgesetzgebung muss flexibel genug ausgestaltet sein, dass Menschen mit psychischen Störungen ihre Beschäftigung, insbesondere eine Teilzeitbeschäftigung, wieder aufnehmen können, ohne dass ihnen die Leistungen ihrer Erwerbsunfähigkeitsrente verloren gehen.

16.6 Bürgerrechte

Menschen mit psychischen Störungen haben das Recht zur Ausübung aller bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte, die in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte und dem Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte anerkannt werden.

Einige der wichtigsten Rechte, die zu schützen sind (und Menschen mit psychischen Störungen häufig verwehrt werden), sind nachstehend aufgeführt. Es handelt sich hierbei um keine abschließende Aufzählung, sie dient lediglich der Veranschaulichung der zahlreichen schutzbedürftigen Rechte. Einige dieser Rechte unterliegen jedoch Einschränkungen, die an das zum jeweiligen Zeitpunkt vorhandene Geistesvermögen der Betroffenen geknüpft sind.

- Wahlrecht
- Eheschließungsrecht
- Recht auf Kinder und Ausübung der elterlichen Rechte
- Recht auf Eigentum
- Recht auf Arbeit und Beschäftigung
- Recht auf Bildung
- Recht auf Freizügigkeit und freie Wahl des Wohnsitzes

- Recht auf Gesundheit
- Recht auf ein faires und ordnungsgemäßes Gerichtsverfahren
- Recht zur Ausstellung von Schecks und zum Abschluss sonstiger finanzieller Transaktionen
- Recht auf Religionsfreiheit und freie Religionsausübung

Weitere wesentliche Bestimmungen zur psychischen Gesundheit: Zusammenfassung

Es gibt zahlreiche Bereiche, die für die psychische Gesundheit wichtig sind und durch gesetzliche Bestimmungen wirksam geregelt werden können, die jedoch in der Vergangenheit vernachlässigt wurden. Diese umfassen die folgenden Aspekte:

- Der Gesetzgeber sollte Personen mit psychischen Störungen vor Diskriminierungen schützen.
- Menschen mit psychischen Störungen benötigen beim Umgang mit dem allgemeinen Gesundheitssystem den Schutz des Gesetzgebers, z. B. im Hinblick auf Zugang zur Behandlung, Qualität des Behandlungsangebots, Vertraulichkeit, Zustimmung zur Behandlung und Zugang zu Informationen.
- Der Gesetzgeber kann festlegen, dass Menschen mit psychischen Störungen bevorzugt staatliche und subventionierte Sozialwohnungen zuzuteilen sind.
- Der Gesetzgeber kann die Behörden anweisen, verschiedene Arten von Unterbringungsmöglichkeiten einzurichten, z. B. Rehabilitationseinrichtungen und langfristiges betreutes Wohnen.
- Der Gesetzgeber kann Bestimmungen einführen, mit denen Personen mit psychischen Störungen vor Diskriminierung und Ausbeutung am Arbeitsplatz geschützt werden und berufliche Chancengleichheit gefördert wird.
- Der Gesetzgeber kann „angemessene Vorkehrungen“ für Arbeitnehmer mit psychischen Störungen fördern, so dass diesen bis zu einem gewissen Grad flexible Arbeitszeiten eingeräumt werden, damit sie sich einer psychischen Behandlung unterziehen können.
- Der Schutz von Menschen mit psychischen Störungen, die im Rahmen von Beschäftigungsprogrammen für Behinderte Arbeitsleistungen erbringen, kann durch arbeitsrechtliche Bestimmungen erfolgen. Dabei muss gewährleistet werden, dass die Vergütung der Betroffenen mit der Vergütung sonstiger Beschäftigter vergleichbar ist und dass im Rahmen solcher Beschäftigungsprogramme nicht unter Zwang oder Drohungen gearbeitet wird.
- Soweit Renten gezahlt werden, sollten die Erwerbsunfähigkeitsrenten von Menschen mit psychischen Störungen den Erwerbsunfähigkeitsrenten von körperlich behinderten Menschen der Höhe nach vergleichbar sein.
- Menschen mit psychischen Störungen sind wahl- und eheschließungsberechtigt und haben ein Recht auf Kinder, Eigentum, Arbeit und Beschäftigung, Bildung, Freizügigkeit und freie Wahl des Wohnsitzes, Gesundheit, faire und ordnungsgemäße Gerichtsverfahren, Ausstellung von Schecks und Abschluss sonstiger finanzieller Transaktionen sowie Religionsfreiheit und freie Religionsausübung.

17. Schutz für gefährdete Personengruppen – Minderjährige, Frauen, Minderheiten und Flüchtlinge

Würden von psychischen Störungen betroffene Minderjährige, Frauen, Minderheiten und Flüchtlinge in der Praxis angemessen und diskriminierungsfrei behandelt und versorgt, so wäre es wahrscheinlich nicht notwendig, für diese gefährdeten Personengruppen Sondergesetze zu erlassen. Tatsächlich werden diese Gruppen jedoch diskriminiert und es sind schwer wiegende Benachteiligungen festzustellen. Ausmaß und Form dieser Probleme sind von Land zu Land unterschiedlich, und die besonderen Fragestellungen, die in den einzelnen Staaten gesetzlich zu regeln sind, sind ebenfalls unterschiedlicher Natur. Dennoch ist kein Staat gegen die Diskriminierung gefährdeter Gruppen gefeit, und daher sind einige der nachstehend dargestellten Aspekte für alle Staaten relevant.

17.1 Minderjährige

Die Gesetze zum Schutz der Menschenrechte von Kindern und Jugendlichen sollten berücksichtigen, dass diese besonders schutzbedürftig sind. Sie sollten insbesondere die Einhaltung, den Schutz und die Verwirklichung ihrer Rechte anstreben, wie sie im *UN-Übereinkommen über die Rechte des Kindes* (1990) und sonstigen einschlägigen internationalen Rechtsinstrumenten niedergelegt sind.

Viele Staaten haben keine speziellen psychosozialen Dienste für Minderjährige, und daher kann der Gesetzgeber bei der Einführung solcher Dienste und der Verbesserung des Zugangs zu deren Angebot eine wichtige Rolle spielen. Der Gesetzgeber sollte insbesondere dafür Sorge tragen, dass Minderjährige nicht unfreiwillig in psychosoziale Einrichtungen eingewiesen werden. Eine Internierung ist nur dann angemessen, wenn gemeindenahere Alternativen nicht verfügbar sind, deren

Wirksamkeit unwahrscheinlich ist oder sie versagt haben. Werden Minderjährige in einer Einrichtung untergebracht, muss ihr Wohnbereich von dem Wohnbereich von Erwachsenen getrennt sein. Die Lebensbedingungen in psychosozialen Einrichtungen sollten altersgerecht sein und die entwicklungspezifischen Bedürfnisse der Minderjährigen berücksichtigen (z. B. Bereitstellung eines Spielbereichs, altersgerechte Spielsachen und Freizeitaktivitäten, Zugang zu Unterricht und Bildung). Auch wenn die Staaten in unterschiedlichem Ausmaß in der Lage sein werden, diese Ziele zu erfüllen, so sollten doch alle Länder positive Maßnahmen zur Realisierung der Ziele ergreifen und prüfen, ob sie hierfür zusätzliche Ressourcen verfügbar machen können.

Minderjährige sollten auf einen persönlichen Vertreter zurückgreifen können, der ihre Interessen angemessen wahrnimmt, insbesondere bei Einweisung in eine psychosoziale Einrichtung und während des gesamten Einweisungsverfahrens. In den meisten Fällen handelt es sich bei dem persönlichen Vertreter um einen Familienangehörigen. Könnte es jedoch zu einem Interessenkonflikt kommen oder liegt ein solcher bereits vor, sollten die gesetzlichen Bestimmungen die Ernennung eines anderen unabhängigen persönlichen Vertreters vorsehen. In diesen Fällen kann der Gesetzgeber festlegen, dass der Staat für die Vergütung des persönlichen Vertreters aufzukommen hat.

Darüber hinaus muss der Zustimmung zur Behandlung von Minderjährigen besondere Beachtung geschenkt werden. In vielen Rechtsordnungen ist das Alter (gewöhnlich 18 Jahre) das ausschließliche Kriterium bei der Entscheidung der Frage, ob ein Minderjähriger berechtigt ist, einer Behandlung zuzustimmen bzw. diese zu verweigern. Viele Minderjährige, insbesondere Teenager, besitzen jedoch die erforderliche Reife und Auffassungsgabe, um ihre Zustimmung erteilen oder verweigern zu können. Der Gesetzgeber kann dafür Sorge tragen, dass die Haltung von Minderjährigen bei Fragen der Zustimmung je nach deren Alter und geistiger Reife berücksichtigt wird.

Der Gesetzgeber kann verbieten, dass irreversible Behandlungsmethoden, insbesondere Psychochirurgie und Sterilisierung, bei Kindern angewendet werden.

17.2 Frauen

In vielen Staaten sind zwischen Männern und Frauen ausgeprägte Chancenungleichheiten sowie Diskriminierungen feststellbar. Benachteiligungen und diskriminierende Praktiken können bei Frauen psychische Störungen hervorrufen und verstärken. Beim Zugang zu psychosozialen Diensten werden Frauen häufig diskriminiert, weil es an finanziellen Mitteln fehlt und weil ihre gesellschaftliche Bedeutung nicht wahrgenommen wird. Der Gesetzgeber kann solchen Benachteiligungen und Diskriminierungen aktiv entgegenwirken. Das *Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau* definiert Diskriminierungen von Frauen und formuliert eine Agenda für nationale Antidiskriminierungsmaßnahmen. Es ist ein hilfreiches Instrument für die Ausarbeitung entsprechender Gesetze.

Frauen, die in psychosoziale Einrichtungen eingewiesen werden, sollte eine angemessene Privatsphäre eingeräumt werden. Der Gesetzgeber kann dafür Sorge tragen, dass in allen psychosozialen Einrichtungen gesonderte (nach Geschlechtern getrennte) Schlafräume für Frauen zur Verfügung stehen und diese Räumlichkeiten eine angemessene Qualität aufweisen und mit den Räumlichkeiten von Männern vergleichbar sind. Außerdem können gesetzliche Bestimmungen erlassen werden, die Frauen ausdrücklich vor sexuellem Missbrauch und körperlicher Ausbeutung durch männliche Patienten und das Personal psychischer Krankenhäuser schützen.

Unmittelbar nach der Geburt besteht ein besonders hohes Risiko, dass Frauen psychische Störungen entwickeln. Bei der Behandlung psychischer Störungen, die im Zusammenhang mit der Geburt auftreten, sollten die besonderen Bedürfnisse von Frauen berücksichtigt werden, die soeben entbunden haben, und es sind angemessene Vorkehrungen für stillende Mütter zu treffen. Insbesondere sollten stillende Mütter bei der Einweisung in eine psychosoziale Einrichtung nicht von ihren Kindern getrennt werden. In den psychosozialen Einrichtungen kann Kinderbetreuung angeboten werden und es sind qualifizierte Fachkräfte einzustellen, die sowohl für die Mutter als auch für das Kind sorgen können. Der Gesetzgeber kann dafür Sorge tragen, dass diese Ziele erreicht werden.

Der Schutz vertraulicher Informationen ist besonders wichtig, wenn in einer Gesellschaft Informationen über Frauen in bestimmten Situationen gegen die Frauen verwendet werden können. Der Gesetzgeber kann ausdrücklich vorschreiben, dass Informationen zur psychischen Gesundheit in diesen Situationen niemals ohne die ausdrückliche Zustimmung der betroffenen Frau offengelegt werden dürfen. Der Gesetzgeber sollte darüber hinaus darauf hinwirken, dass die psychosozialen Fachkräfte die Tatsache berücksichtigen, dass Frauen in vielen Gesellschaften unter Druck gesetzt werden, damit sie ihren Familienangehörigen Informationen offenlegen.

Soweit Frauen in Staaten aufgrund sozialer oder kultureller Gründe hospitalisiert werden, muss der Gesetzgeber die Rechtswidrigkeit solcher Praktiken ausdrücklich feststellen. Es sollten gesetzliche Regelungen getroffen werden, die einen gleichberechtigten Zugang zu psychosozialer Versorgung fördern, einschließlich gemeindenaher Behandlung und Rehabilitationseinrichtungen für Frauen. Auch im Hinblick auf nicht freiwillige Einweisung und Behandlung sollten Frauen dieselben Rechte zustehen wie Männern. Per Gesetz könnte zwingend vorgeschrieben werden, dass der Anteil nicht freiwillig in psychosoziale Einrichtungen eingewiesener Frauen durch ein Nachprüfungsorgan gesondert und speziell zu überwachen ist, damit potenzielle Diskriminierungen aufgedeckt werden können.

17.3 Minderheiten

Bei der Bereitstellung psychosozialer Dienste treten zahlreiche Arten von Diskriminierung auf. Beispiele:

- Minderheiten wird der Zugang zu gemeindenahen Behandlungseinrichtungen verwehrt und ihnen wird stattdessen eine stationäre Behandlung angeboten.
- Bei nicht freiwilligen Einweisungen sind Minderheiten besonders stark vertreten.
- Soweit Minderheiten abweichende soziale und kulturelle Verhaltensnormen an den Tag legen, werden diese manchmal als Anzeichen für psychische Störungen gedeutet, was zu nicht freiwilligen Einweisungen führt.
- Personen, die Minderheiten angehören und sich in psychosozialen Einrichtungen befinden, sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, nicht freiwillig behandelt zu werden.
- Die Lebensbedingungen in psychosozialen Einrichtungen tragen den besonderen kulturellen und sozialen Bedürfnissen von Minderheiten keine Rechnung.
- Die Wahrscheinlichkeit, wegen geringfügiger Verhaltensstörungen festgenommen zu werden, ist bei psychisch kranken Angehörigen von Minderheiten erhöht, so dass sie häufiger mit dem Strafrechtssystem in Berührung kommen.

Es können gesetzliche Bestimmungen getroffen werden, die ausdrücklich vor solchen diskriminierenden Praktiken schützen. Per Gesetz könnte beispielsweise vorgeschrieben werden, dass nicht freiwillige Einweisungen und Behandlungen von Minderheiten durch ein Nachprüfungsorgan überwacht werden, dass die Zulassungsvoraussetzungen für psychosoziale Einrichtungen kulturell angemessene Lebensbedingungen vorsehen und dass gemeindenahere Behandlungsangebote und Rehabilitationseinrichtungen für Minderheiten überwacht werden.

Beispiel: Schutz der Interessen von Frauen und Minderheiten in Australien

Zum Schutz von Frauen und Minderheiten sieht der australische Mental Health Act vor, dass sich das Mental Health Tribunal [Gericht für psychische Gesundheit] „aus mindestens einer Frau und mindestens einem Angehörigen eines indigenen Volksstamms [„persons of ethnic background“] zusammensetzen muss.

(New South Wales Mental Health Act 1990)

17.4 Flüchtlinge

In einigen Staaten werden bei Flüchtlingen und Asylbewerbern oft ungeeignete Behandlungsmethoden angewendet, die psychische Störungen verursachen oder verschlimmern. Für ihre psychische Behandlung wird jedoch weniger investiert als für die Behandlung der Staatsangehörigen des jeweiligen Landes. Dies stellt einen Verstoß gegen Artikel 12 ICESCR dar, der „das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ anerkennt.

Per Gesetz kann festgelegt werden, dass Flüchtlinge das Recht haben, dieselbe psychische Behandlung wie Staatsangehörige des Aufnahmelandes zu erhalten.

Schutz für gefährdete Personengruppen: Zusammenfassung

- Die Gesetze zum Schutz der Menschenrechte von Kindern und Jugendlichen sollten berücksichtigen, dass diese besonders schutzbedürftig sind.
- Der Gesetzgeber kann dafür Sorge tragen, dass spezialisierte psychosoziale Dienste für Minderjährige eingerichtet und besser zugänglich gemacht werden.
- Der Gesetzgeber kann sich aktiv dafür einsetzen, dass Minderjährige nicht unfreiwillig in psychosoziale Einrichtungen eingewiesen werden.

- Minderjährige müssen auf einen persönlicher Vertreter zurückgreifen können, der ihre Interessen angemessen wahrnimmt, insbesondere bei Einweisung in eine psychosoziale Einrichtung und während des gesamten Einweisungsverfahrens.
- Benachteiligungen und diskriminierende Praktiken können bei Frauen psychische Störungen hervorrufen und verstärken.
- Frauen sollten gesonderte (nach Geschlechtern getrennte) Schlafräume zur Verfügung stehen, und ihre Räumlichkeiten sollten eine angemessene Qualität aufweisen und mit den Räumlichkeiten von Männern vergleichbar sein.
- Soweit Frauen in Staaten aufgrund sozialer oder kultureller Gründe hospitalisiert werden, muss der Gesetzgeber die Rechtswidrigkeit solcher Praktiken ausdrücklich feststellen.
- Es können gesetzliche Bestimmungen getroffen werden, durch die Minderheiten ausdrücklich vor diskriminierenden Praktiken geschützt werden. Per Gesetz könnte beispielsweise vorgeschrieben werden, dass nicht freiwillige Einweisungen und Behandlungen von Minderheiten durch ein Nachprüfungsorgan überwacht werden und dass den Minderheiten gemeindenaher Behandlung und Rehabilitationsangebote verfügbar gemacht werden.
- Die psychische Behandlung von Flüchtlingen sollte nicht hinter der psychischen Behandlung der Staatsangehörigen des Aufnahmelandes zurückstehen.

18. Straftaten und Sanktionen

Bei der Ausarbeitung von Gesetzen steht die Verfolgung von Personen, die gegen die gesetzlichen Bestimmungen verstoßen, nicht im Vordergrund. Stattdessen sollen die Gesetze die Menschen lenken und ihnen Orientierung bieten im Hinblick auf das, was der (hoffentlich) demokratisch legitimierte Gesetzgeber nach Konsultation und Diskussion unter Berücksichtigung der landesspezifischen Gegebenheiten für notwendig und geeignet erachtet hat. Wird jedoch gegen ein Gesetz verstoßen, dann ist das Strafrechtssystem des betreffenden Staats ermächtigt, Maßnahmen zur Verfolgung und Bestrafung der Täter zu ergreifen. Daher kommt dem Gesetzgeber eine besondere Rolle zu, z. B. was die Politik oder strategischen Pläne eines Staats betrifft.

Ähnlich wie bei den übrigen Themen, die in diesem Kapitel behandelt wurden, weisen die Staaten beim Umgang mit Straftaten und Sanktionen Unterschiede auf. Jedenfalls sind die Gerichte in vielen Staaten nicht in der Lage, wirksam auf Gesetzesübertretungen zu reagieren, wenn Art und Umfang der Strafe, die für eine bestimmte Straftat verhängt wird, nicht ausdrücklich gesetzlich umrissen wird. In diesen Fällen kann das gesetzliche Ziel, die psychische Gesundheit zu fördern, nicht vollständig verwirklicht werden. Daher sollte der Gesetzgeber für die jeweiligen Straftaten die gebotene Sanktion festlegen. Er kann Hinweise geben, wie schwer bestimmte Übertretungen zu bestrafen sind und dabei berücksichtigen, dass nicht alle Gesetzesübertretungen gleich schwer wiegend sind.

Beispiele: Straftaten und Sanktionen

Im Folgenden wird dargestellt, wie die verschiedenen Rechtsordnungen im Rahmen ihrer Gesetze zur psychischen Gesundheit Straftaten und Sanktionen definieren. Die Beispiele dienen lediglich der Veranschaulichung, und es liegt an den einzelnen Staaten, eine Systematik der Straftaten und Sanktionen zu entwickeln, die vom nationalen Gesetzgeber verabschiedet wird.

Japan

In Japan enthält das Gesetz zu psychischer Gesundheit und Wohlbefinden von Personen mit psychischen Störungen (Gesetz 94, 1995) eine Vielzahl unterschiedlicher Sanktionen für die verschiedenen Gesetzesübertretungen. Beispiele:

- Personen, die einen der folgenden Tatbestände erfüllen, sind mit maximal drei (3) Jahren Zuchthaus oder mit einer Geldstrafe von höchstens einer Million Yen zu bestrafen:
 - (i) Personen, die gegen die Anordnung der Entlassung gemäß Artikel 38.5 Absatz 5 verstoßen;
 - (ii) Personen, die gegen eine Anordnung gemäß Artikel 38.7 Absatz 2 verstoßen;
 - (iii) Personen, die gegen eine Anordnung gemäß Artikel 38.7 Absatz 3 verstoßen.
- Leiter psychischer Krankenhäuser, ausgewiesene Ärzte, Mitglieder von psychiatrischen Nachprüfungsorganen [und verschiedene sonstige aufgezählte Personen] sind mit höchstens einem (1) Jahr Zuchthaus oder mit einer Geldstrafe von höchstens fünf Tausend Yen zu bestrafen, wenn sie ohne hinreichenden Grund ein Geheimnis offenlegen, das ihnen im Rahmen der Ausübung ihrer sich aus diesem Gesetz ergebenden Pflichten bekannt geworden ist.

Kenia

Der Mental Health Act (Act Nr. 7, 1989) in Kenia enthält eine Aufzählung verschiedener Handlungen, die Straftaten im Sinne des Gesetzes sind. Anschließend wird festgelegt:

Personen, die sich einer der in diesem Gesetz aufgeführten Straftaten schuldig gemacht haben oder gegen Bestimmungen dieses Gesetzes oder eine Verordnung, die aufgrund dieses Gesetzes erlassen wurde, verstoßen haben, sind nach Überführung zu einer Geldstrafe von höchstens zehntausend Schilling oder einer Freiheitsstrafe von höchstens zwölf Monaten oder beidem zu verurteilen, es sei denn, es ist ausdrücklich eine andere Strafe vorgesehen.

Australien

In New South Wales wird ein System von „Strafsätzen“ verwendet. Auf diese Weise wird vermieden, dass regelmäßig sämtliche Gesetzesvorschriften, die bestimmte Strafen enthalten, geändert werden müssen, um z. B. der Inflation oder sonstigen wirtschaftlichen Schwankungen Rechnung zu tragen. Beispielsweise kann die Weitergabe vertraulicher Informationen oder die Weigerung, eine Anordnung, Anweisung oder Entscheidung des Nachprüfungsgerichts, eines Richters oder des Psychosurgery Review Board [Psychochirurgisches Nachprüfungsorgan] auszuführen oder einzuhalten, mit maximal 50 Strafsätzen belegt werden, während eine Höchststrafe von 10 Sätzen für Personen festgelegt wird, die eine Heimeinrichtung betreiben, ohne eine Zulassung zu besitzen.

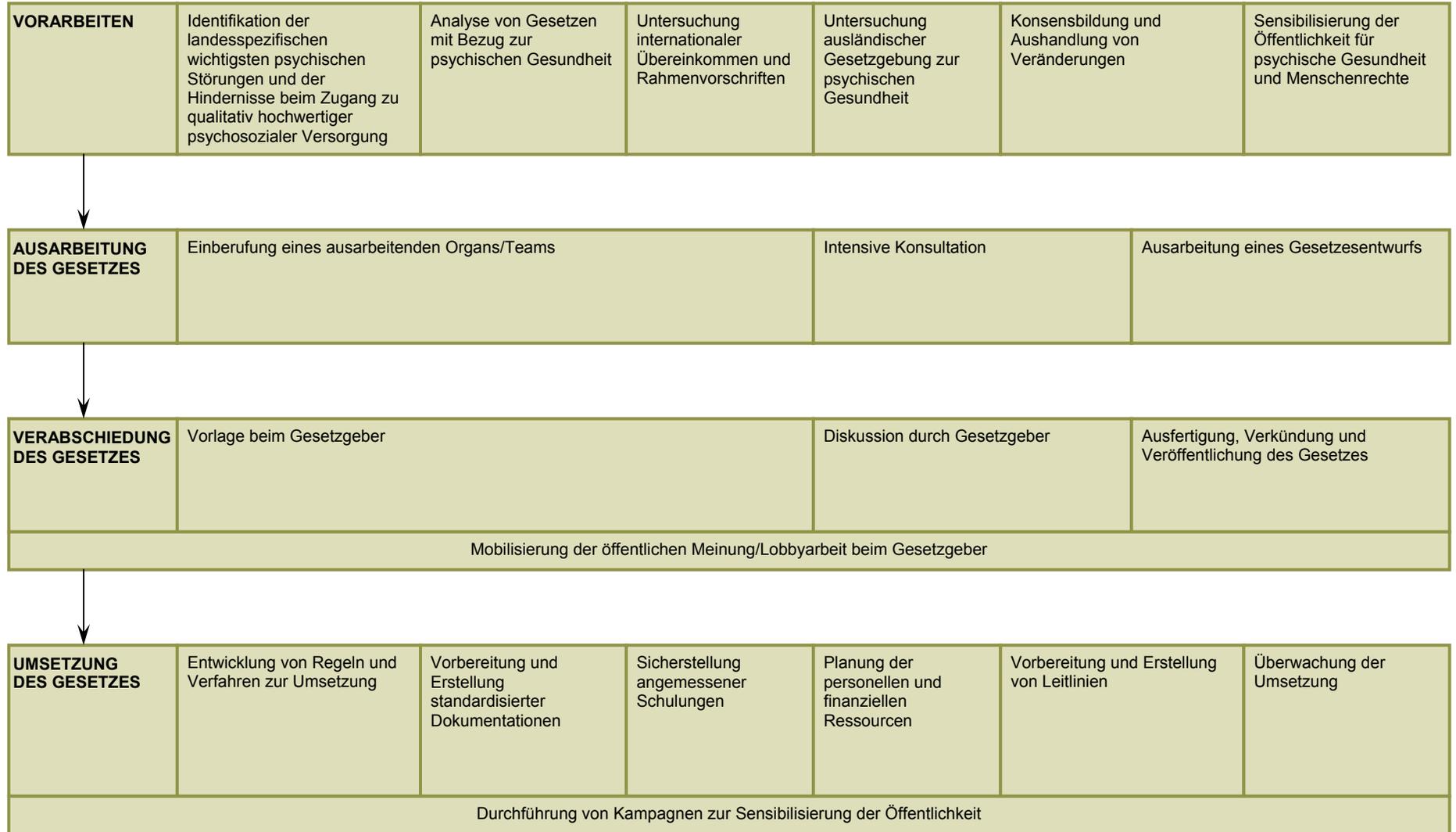
1. Einleitung

In diesem Kapitel wird das Gesetzgebungsverfahren behandelt, angefangen von der Ausarbeitung der Gesetze zur psychischen Gesundheit bis zu ihrer wirksamen Umsetzung. Bei der Erörterung geht es vor allem um die Frage, *wie* Gesetze zur psychischen Gesundheit erlassen werden, während in Kapitel 1 gefragt wurde, *warum* eine solche Gesetzgebung erforderlich ist, und in Kapitel 2 untersucht wurde, *was* der Inhalt dieser Gesetze ist. Es werden die Vorarbeiten aufgezeigt, die von den Staaten unternommen werden müssen, bevor sie mit der Ausarbeitung der Gesetze beginnen. Außerdem werden die einzelnen Phasen der Ausarbeitung, Verabschiedung und Umsetzung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit beschrieben. Darüber hinaus werden in diesem Kapitel Länderbeispiele vorgestellt, die die möglichen Schwierigkeiten – und Lösungen – bei den Gesetzgebungsverfahren zur psychischen Gesundheit veranschaulichen.

Ebenso wie der Inhalt der Gesetze hängt auch das Gesetzgebungsverfahren von den landesspezifischen Vorschriften und Praktiken im Hinblick auf die Ausarbeitung, Verabschiedung und Umsetzung von Gesetzen ab. Im Folgenden werden wichtige Praktiken umrissen und diskutiert, es ist jedoch anzumerken, dass es sich hierbei nur um Orientierungshilfen handelt. Jeder Staat muss sich an seine eigenen, fest verankerten rechtlichen Verfahren und Abläufe halten.

In Abbildung 2 werden die vier Phasen dargestellt, die in den meisten Staaten bei der Einführung neuer Gesetze durchlaufen werden: Vorarbeiten, Ausarbeitung der Gesetze, Verabschiedung der Gesetze und Umsetzung der Gesetze. Das vorliegende Kapitel erläutert diese Phasen.

Abbildung 2. Verfahren der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit



2. Vorarbeiten

Vor der Ausarbeitung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit können zahlreiche Vorarbeiten unternommen werden, die bei der Entscheidung über den Inhalt der Gesetze hilfreich sein können. Dazu zählen die folgenden Maßnahmen:

1. Identifikation der landesspezifischen wichtigsten psychosozialen Anforderungen und Herausforderungen sowie bestehender und wahrscheinlich künftig auftretender Hindernisse für die Umsetzung der Politiken, Pläne und Programme zur psychischen Gesundheit.
2. Untersuchung der vorhandenen Gesetze zur psychischen Gesundheit und/oder Identifizierung allgemeiner Gesetze, die sich mit Fragen der psychischen Gesundheit befassen, im Hinblick auf spezielle Aspekte, die nicht geregelt wurden oder reformbedürftig sind, und Untersuchung der Hindernisse und Schwierigkeiten, die bei der Umsetzung auftreten können.
3. Untersuchung internationaler Menschenrechtsübereinkommen und -rahmenvorschriften, die Bestimmungen zur psychischen Gesundheit enthalten, und Identifizierung der staatlichen Verpflichtungen, die sich aus den Anforderungen dieser Rechtsinstrumente ergeben.
4. Untersuchung der Elemente ausländischer Gesetze zur psychischen Gesundheit, insbesondere von Ländern mit ähnlichen wirtschaftlichen und politischen Strukturen und einem ähnlichen sozialen und kulturellen Hintergrund.
5. Konsensbildung und Aushandeln von Veränderungen.
6. Sensibilisierung der Öffentlichkeit für psychische Gesundheit und Menschenrechte.

In vielen Staaten werden diese Vorarbeiten von Fachkräften initiiert, die im Gesundheitsministerium für psychische Gesundheit zuständig sind. In einigen Staaten gibt es jedoch „Gesetzgebungsausschüsse“ (oder vergleichbare Organe, die für die Identifikation reformbedürftiger Rechtsgebiete zuständig sind), die die erforderliche Recherche durchführen und Änderungsempfehlungen abgeben. In anderen Fällen liegt die Zuständigkeit für die Erarbeitung von Gesetzesentwürfen bei den Rechtsabteilungen der jeweiligen Ministerien.

In Staaten, in denen Betroffene, deren Angehörige, Interessen- oder Berufsverbände und -organisationen den Bedarf für gesetzliche Bestimmungen zur psychischen Gesundheit (oder den Reformbedarf hinsichtlich bestehender Gesetze) feststellen, ist es deren Aufgabe, den Anstoß für die Ausarbeitung neuer Gesetze zu geben und darzulegen, warum neue Gesetze (oder Gesetzesänderungen) erforderlich sind.

Beispiel: Initiativen für Gesetzesreformen in der Republik Korea

Im Jahr 1992 war eine Gruppe junger Psychiater in der Republik Korea der Auffassung, dass eine innovative Politik zur psychischen Gesundheit dringend erforderlich sei. Sie setzten sich ein für Menschenrechte, Deinstitutionalisierung und gemeindenähe psychosoziale Dienste. Es kam zu einer Zusammenarbeit mit Beamten aus dem Ministerium für öffentliche Gesundheit und Wohlfahrt, und gemeinsam nahmen sie die Aufgabe in Angriff, eine neue Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit auszuarbeiten. Nach zwei Jahren der Vorbereitung und Konsultation stellte die Regierung einen Entwurf vor, der der Nationalversammlung zur Beratung vorgelegt wurde. Im Dezember 1995 wurde das neue Gesetz zur psychischen Gesundheit verabschiedet.

(Persönliche Mitteilung, Dr. Tae-Yeon Hwang, Direktor, Abteilung für Psychiatrische Rehabilitation und gemeindenähe psychosoziale Versorgung, WHO Kooperationszentrum für psychosoziale Rehabilitation und gemeindenähe psychosoziale Versorgung, Yongin Mental Hospital)

2.1 Identifikation von psychischen Störungen und Hindernissen beim Zugang zu psychosozialer Versorgung

Zunächst müssen verlässliche Informationen darüber erhoben werden, welche psychischen Störungen landesweit auftreten und welche Abweichungen in den verschiedenen Regionen und Bevölkerungsgruppen auftreten (soweit Abweichungen feststellbar sind). Die zuverlässigste Quelle für derartige Informationen sind gemeindenähe epidemiologische Untersuchungen. In vielen Entwicklungsländern (und sogar in einigen entwickelten Staaten) fehlt es jedoch an qualitativ brauchbaren epidemiologischen Daten. Sind gemeindenähe epidemiologische Daten nicht verfügbar oder nicht verlässlich, können Planer und Entscheidungsträger ihre Informationen aus anderen Quellen beziehen. Einige Möglichkeiten werden nachstehend aufgezählt:

- a) Quantitative Daten aus dem Behandlungsumfeld können die Grundlage für grobe Schätzungen zum Bedarf an psychosozialen Diensten und zum Vorkommen psychischer Störungen liefern. Zwar ist bekannt, dass nur ein geringer Anteil der Personen, die von psychischen Störungen betroffen sind und psychosoziale Versorgung benötigen, sich an die klinischen Dienstleister wendet und um Unterstützung bittet. Es können jedoch

Berechnungen vorgenommen werden, mit deren Hilfe das „echte“ Vorkommen geschätzt werden kann (weitere Einzelheiten im Modul *Planning and Budgeting to Deliver Services for Mental Health [Planung und Budgetierung für die Erbringung psychosozialer Gesundheitsdienste]* (WHO, 2003a)

http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/).

- b) Qualitative Informationen aus Interviews mit Fokusgruppen und Schlüsselinformanten können sich als hilfreich erweisen und unter geringem Kostenaufwand erhoben werden (Arjonilla, Parada & Pelcastre, 2000).
- c) In einigen Fällen können Informationen, die in einem bestimmten Staat erhoben wurden, auf andere Staaten mit ähnlichen kulturellen und sozialen Besonderheiten übertragen werden.

Darüber hinaus sollte genau untersucht werden, welche Barrieren und Hindernisse einer qualitativ hochwertigen psychosozialen Versorgung entgegenstehen. Auf der Grundlage der gesetzlichen Bestimmungen können einige dieser Hindernisse überwunden oder eingedämmt werden. Die Beispiele unten im Kasten veranschaulichen einige Hindernisse, die durch den Einsatz des Gesetzgebers aus dem Weg geräumt werden können, und es werden Bereiche identifiziert, die bei der Gesetzgebung Priorität haben sollten.

Beispiele für Barrieren und Hindernisse beim Zugang zu qualitativ hochwertiger psychosozialer Versorgung, die durch gesetzliche Regelungen überwunden werden können:

- **In einigen Bereichen oder im gesamten Staatsgebiet mangelt es an psychosozialen Diensten.**
- **Viele Menschen können sich eine psychosoziale Gesundheitsversorgung nicht leisten, und die Krankenversicherungen übernehmen nur einen Teil der psychosozialen Behandlungen oder kommen gar nicht für diese auf.**
- **Das qualitative Niveau der Versorgung durch psychische Krankenhäuser ist gering, und die Lebensbedingungen sind nicht bedarfsgerecht, was eine Verletzung von Menschenrechten darstellt.**
- **Gewöhnlich fehlt es an Regelungen und Überprüfungen hinsichtlich nicht freiwilliger Einweisung und Behandlung, und dies hat häufig Freiheitsentzug zur Folge.**
- **Die Stigmatisierungen und Diskriminierungen, die mit psychischen Störungen verbunden sind, wirken sich negativ auf den Zugang zur Versorgung aus und beeinträchtigen die soziale Integration von Menschen mit psychischen Störungen.**
- **Menschen mit psychischen Störungen werden grundlegende bürgerliche, politische, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte verweigert, z. B. das Recht auf gesellschaftliche Beteiligung, kulturelle Ausdrucksformen, freie Wahlausübung, Meinungsfreiheit, Wohnraum, Arbeit und Bildung.**
- **Psychische Störungen können bei den Betroffenen deren Fähigkeit beeinträchtigen, ihre Rechte zu verteidigen und ihren Bedürfnisse und Interessen Ausdruck zu verleihen.**
- **Bestimmte gesellschaftliche Umstände und kulturelle Praktiken führen bei einigen Bevölkerungsgruppen zu psychischen Gesundheitsschäden.**
- **Es mangelt an Ressourcen für psychosoziale Dienste und Programme.**

2.2 Analyse von Gesetzen mit Bezug zur psychischen Gesundheit

In einigen Staaten gibt es eine lange Tradition der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit und der damit verwandten Gesetze. Andere Staaten dagegen entwickeln zum ersten Mal derartige Gesetze. Daher wird die Analyse der vorhandenen Gesetze in jedem Land unterschiedlich sein. Soweit Staaten über Sondergesetze zur psychischen Gesundheit verfügen, müssen diese als Grundlage der neuen Gesetze besonders sorgfältig untersucht werden. Darüber hinaus müssen in den sonstigen Gesetzen die Elemente, die sich auf psychische Gesundheit beziehen, herausgearbeitet und bewertet werden. Besitzen Staaten keine Sondergesetze zur psychischen Gesundheit, gibt es wahrscheinlich dennoch Gesetze, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken können und daher identifiziert und analysiert werden müssen.

Die Analyse von Gesetzen, die einen Bezug zur psychischen Gesundheit aufweisen, verschafft einen hilfreichen Überblick zu den verschiedenen Gesetzen, die zur Verwirklichung der Ziele psychosozialer Gesundheitspolitik und -programme beitragen können. Auch für die Beurteilung, welche Gesetze geändert werden müssen, ist eine solche Analyse von Nutzen. Eine systematische und kritische Überprüfung der bestehenden Gesetze erleichtert die Identifizierung rechtlicher Lücken und die Aufdeckung reformbedürftiger Regelungen. Auf diese Weise können die Rechte von Menschen mit psychischen Störungen besser geschützt werden, ihr Zugang zur Behandlung kann gewährleistet werden und es können Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Verhinderung psychischer Störungen getroffen werden. Bisweilen wird man feststellen, dass Staaten bereits über geeignete gesetzliche Regelungen verfügen, jedoch die Umsetzung dieser Regelungen das eigentliche Problem darstellt. In diesen Fällen wird es kaum erforderlich sein, die bestehenden Gesetze zu ändern, zu ergänzen oder neue Gesetze zu erlassen.

Die WHO-Checkliste für Gesetze zur psychischen Gesundheit, die sich im Anhang dieser Materialsammlung befindet, ist ein hilfreiches Instrument bei der Analyse der Stärken und Schwächen vorhandener Gesetze und bei der Entscheidung, welche Bestimmungen in ein neues Gesetz aufgenommen werden könnten (s. Anhang 1).

Beispiel: Gesetzesanalyse in Samoa

Im Rahmen der Ausarbeitung einer neuen Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit wurden in Samoa 32 verschiedene Gesetze untersucht, die für psychische Gesundheit maßgeblich waren: Citizenship Act [Gesetz über die Staatsangehörigkeit] (1972), Criminal Procedure Act [Strafprozessordnung] (1972), Health Ordinance [Ordinance über Gesundheit] (1959), Komesina o sulufaiga (Ombudsman) Act [Gesetz über den Ombudsman] (1988), Mental Health Ordinance [Ordinance über psychische Gesundheit] (1961), Ministry of Women's Affairs Act [Gesetz über das Ministerium für Frauen] (1990), Pharmacy Act [Gesetz über Apotheken] (1976) und Trustees Act [Gesetz über Treuhänder] (1975).

(Bericht der WHO-Mission, 2003)

2.3 Untersuchung internationaler Übereinkommen und Rahmenvorschriften

Soweit Staaten internationale Menschenrechtsübereinkommen ratifiziert haben, sind sie verpflichtet, die in diesen Verträgen niedergelegten Rechte durch Gesetzgebung, politische Programme und sonstige Maßnahmen zu schützen, einzuhalten und zu verwirklichen.

In Kapitel 1 wurde bereits darauf hingewiesen, dass der *Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte* (ICCPR, 1966) und der *Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte* (ICESCR, 1966) zwei zentrale internationale Übereinkommen sind, die von der Mehrzahl der Staaten ratifiziert wurden. Daher ist es wichtig, dass diese Übereinkommen im Rahmen der Planung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit gründlich analysiert werden. Zahlreiche internationale Rahmenvorschriften – die allerdings nicht rechtsverbindlich sind – enthalten internationale Vereinbarungen zu anerkannten bewährten Verfahren. Sie liefern einen Rahmen, der bei der Entwicklung und Umsetzung von Gesetzen und Politiken zur psychischen Gesundheit hilfreich ist. Dazu zählen die *MI Principles*, die *Rahmenbestimmungen*, die *Erklärung von Caracas*, die *Erklärung von Madrid* und das WHO-Dokument *Mental Health Care Law: Ten Basic Principles* (s. Kapitel 1, Unterkapitel 6 und 7).

2.4 Untersuchung ausländischer Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit

Die Untersuchung ausländischer Gesetze zur psychischen Gesundheit bietet einen guten Einblick in die Inhalte, die im Allgemeinen Bestandteil der Gesetze der verschiedenen Staaten sind. Bei der Durchführung einer solchen Untersuchung sollte man sich bewusst machen, dass die Gesetzgebung in vielen Staaten überholt ist. Daher sollte sich die Untersuchung auf Staaten konzentrieren, die progressive Gesetze eingeführt und dabei internationale Menschenrechtsstandards und aktuelle Erkenntnisse im Bereich psychosozialer Behandlung und Versorgung berücksichtigt haben. Außerdem sollte kritisch geprüft werden, inwieweit die Situation von Menschen mit psychischen Störungen in diesen Staaten durch Gesetze verbessert werden konnte. Fehlende Erfolge können darauf zurückzuführen sein, dass die Gesetze schlecht ausgearbeitet wurden und deren Umsetzung Schwierigkeiten bereitet, da die gesetzlichen Bestimmungen die praktischen Realitäten des Landes nicht berücksichtigen. Eine wichtige Quelle, die Zugriff auf die Gesetzgebung verschiedener Staaten ermöglicht, ist die Online-Datenbank *WHO International Digest of Health Legislation* [Internationale Übersicht zur Gesundheitsgesetzgebung] (IDHL) (<http://www.who.int/idhl>).

Ein Beispiel für ein schlecht ausgearbeitetes Gesetz ist eine gesetzliche Regelung, die vor der zwangsweisen Krankenhauseinweisung eine Bescheinigung von mindestens zwei Psychiatern verlangt, obwohl es in dem betreffenden Staat so wenige Psychiater gibt, dass die Voraussetzung unter keinen Umständen eingehalten werden kann. Auch wenn das Ziel der Vorschrift darin besteht, einen angemessenen Schutz vor erzwungener Einweisung zu gewährleisten, kann sie im Ergebnis kontraproduktiv sein. Da die Bestimmung nicht eingehalten werden kann, wird sie in vielen Fällen einfach ignoriert. Fachkräfte und Familienangehörige setzen die bisherigen, häufig ungeeigneten Praktiken bei der Durchsetzung nicht freiwilliger Einweisung fort. In anderen Fällen erhalten Personen, bei denen eine nicht freiwillige Einweisung und Behandlung erforderlich ist, keine Versorgung, da man bemüht ist, die gesetzlichen Voraussetzungen zu erfüllen und zwei Psychiater zu finden. Auch dies kann als Menschenrechtsverletzung angesehen werden. Besser wäre es, eine Bescheinigung von zwei psychosozialen Gesundheitsfachkräften zu verlangen, unter denen sich mindestens ein Psychiater befinden muss. Sonstige psychosoziale Gesundheitsfachkräfte wären z. B. psychiatrische Sozialarbeiter, Psychologen und psychiatrische Krankenschwestern und -pfleger. Auf diese Weise stünde eine größere Gruppe psychosozialer Gesundheitsfachkräfte zur

Verfügung, die eine Bescheinigung vornehmen und Menschen mit psychischen Störungen einen angemessenen Schutz bieten könnte.

Bei der Untersuchung ausländischer Gesetze zur psychischen Gesundheit können landesspezifische soziale, wirtschaftliche und kulturelle Variablen oder Faktoren eine Rolle spielen. Daher sind einige Bestimmungen möglicherweise nicht auf das eigene Land übertragbar. Beispielsweise kann ein Staat die Vormundschaft auf die unmittelbaren Familienangehörigen oder „den Ehegatten“ des Patienten beschränken. Eine solche Regelung wäre in Staaten unpassend, in denen der erweiterte familiäre Kreis im Hinblick auf die betreffende Person über kulturell festgelegte Rechte verfügt oder in denen polygame Ehen erlaubt sind. In diesen Fällen kann es erforderlich sein, die Bestimmungen auf die sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Gegebenheiten des jeweiligen Landes anzupassen.

Beispiele für Hindernisse und begünstigende Faktoren bei der Formulierung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit

Hindernisse	Begünstigende Faktoren
Konflikt zwischen den Befürwortern eines individuellen menschenrechtsorientierten gesetzgeberischen Ansatzes und den Befürwortern einer Fokussierung auf die öffentliche Sicherheit.	Bedarfsorientierte Formulierung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit (d. h. Berücksichtigung sowohl der Bedürfnisse der Nutzer als auch der Bedürfnisse der Gesellschaft im Allgemeinen).
Konflikt zwischen dem Vorrang der Medizin und einem menschenrechtsorientierten gesetzgeberischen Ansatz. Mit anderen Worten: Differenzen zwischen einerseits Personen, nach deren Auffassung medizinische Fachkräfte wissen, was für den Patienten am besten ist, und andererseits Personen, nach deren Auffassung die Nutzer selbst wissen, womit ihnen am besten geholfen ist.	Formulierung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit aus der Perspektive der Nutzer und im Rahmen eines partizipativen Verfahrens, an dem viele Sektoren und Fachbereiche beteiligt sind.
Konflikte zwischen den Befürwortern einer Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit, die sich ausschließlich auf Behandlung und Patientenrechte bezieht, und den Befürwortern einer Gesetzgebung, die auch die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention umfasst.	Vertreter beider Interessengruppen werden an dem Organ, das die Gesetze ausarbeitet, beteiligt.
Konflikt zwischen den Rechten und Pflichten der Familien und den Rechten und Pflichten der Nutzer.	Workshops mit Vertretern der Familien und der Nutzerverbände zur Analyse und Diskussion zentraler Fragen und Interessen beider Gruppen. Beide Gruppen werden an dem Organ, das die Gesetze ausarbeitet, beteiligt.
Widerstand der Psychiater, die die Regelungen in den Gesetzen und Verordnungen als Untergrabung der klinischen Autonomie wahrnehmen.	Seminare zu Patientenrechten und ärztlicher Ethik unter Beteiligung von Sachverständigen.
Regierung, Parlament und die Sektoren außerhalb des Gesundheitssektors messen den Gesetzen zur psychischen Gesundheit keine hohe Priorität bei.	Stärkung von Nutzerverbänden, Betreuern und sonstigen Interessengruppen. Lobbyarbeit beim Gesetzgeber und Identifikation einzelner Personen, die an der Gesetzgebung beteiligt und bereit sind, sich für Gesetze zur psychischen Gesundheit einzusetzen. Weitere Einzelheiten im Modul <i>Advocacy for Mental Health</i> [Fürsprecher der psychischen Gesundheit] (WHO 2003b): http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/ .
Widerstand der Allgemeinheit gegenüber menschenrechtsorientierter Gesetzgebung.	Information und Aufklärung der Öffentlichkeit.

Der obige Kasten liefert Beispiele für Hindernisse und begünstigende Faktoren bei der Formulierung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit. Aufgrund seiner spezifischen Situation und Rahmenbedingungen sieht sich jeder Staat typischen Hindernissen ausgesetzt, und die angeführten Beispiele lassen sich weiter fortführen.

2.5 Konsensbildung und Aushandeln von Veränderungen

Bisher ist erläutert worden, welche Aspekte bei der neuen Gesetzgebung berücksichtigt werden sollten und/oder bei den notwendigen Ergänzungen und Änderungen bestehender Gesetze eine Orientierung bieten können. Diesbezüglich muss jedoch ein Konsens erzielt werden. Dabei sind die folgenden Akteure einzubeziehen: Politiker und Abgeordnete, Entscheidungsträger, Ministerien (Gesundheit, Soziales, Justiz, Finanzen), Fachkräfte (Psychiater, Psychologen, psychiatrische Krankenschwestern und -pfleger und Sozialarbeiter), Angehörige von Menschen mit psychischen Störungen, Nutzer und Nutzergruppen, Interessenverbände, Dienstleister, nichtstaatliche Organisationen (NGO), Bürgerrechtsinitiativen, religiöse Einrichtungen und Glaubensgemeinschaften. In einigen Staaten müssen eventuell auch Gemeindevorsteher und traditionelle Heiler am Verfahren beteiligt werden.

Konsensbildung und Verhandlungen sind wichtige Faktoren, die nicht nur bei der Gesetzesausarbeitung berücksichtigt werden müssen, sondern auch für die Umsetzung der Gesetze nach deren Verabschiedung eine zentrale Rolle spielen. Ein breiter Konsens ist auch deshalb unerlässlich, weil Gesetze zur psychischen Gesundheit gesellschaftlich nur dann akzeptiert werden können, wenn die mit psychischer Gesundheit verbundenen Fehleinschätzungen, Missverständnisse und Ängste ernst genommen werden.

2.6 Sensibilisierung der Öffentlichkeit für psychische Gesundheit und Menschenrechte

Da die Allgemeinheit nur wenig über psychische Gesundheitsbelange weiß, trifft die menschenrechtorientierte Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit in vielen Staaten auf Widerstand und manchmal auch auf Ablehnung. Darüber hinaus werden Personen mit psychischen Störungen häufig stigmatisiert und diskriminiert. Dies kann dazu führen, dass die Öffentlichkeit während des Gesetzgebungsverfahrens versucht, die Gesetze zu verhindern, oder dass diese nach der Gesetzesverabschiedung unterlaufen werden.

Es ist wichtig, dass die Öffentlichkeit darüber informiert und aufgeklärt wird, was eine psychische Störung ist und welche Rechte Menschen mit psychischen Störungen zustehen. Dies würde das Verfahren der Ausarbeitung, Verabschiedung und Umsetzung von Gesetzen deutlich erleichtern.

Vorarbeiten bei der Ausarbeitung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit: Zusammenfassung

- Das Verfahren zur Einführung neuer Gesetze zur psychischen Gesundheit kann von verschiedenen Akteuren initiiert werden: zuständige Fachkräfte für psychische Gesundheit in einem Ministerium, Gesetzgebungsausschüsse (oder ähnliche Organe), Rechtsabteilungen von Ministerien, NGOs oder Nutzer, Angehörige, Interessenvertreter, Fachkräfte oder sonstige Gruppen, die einen entsprechenden Bedarf feststellen.
- Die Erhebung von Informationen über psychische Störungen, Bedürfnisse und Schwierigkeiten erfolgt durch epidemiologische Untersuchungen, Zusammenstellung quantitativer Informationen (z. B. aus dem Behandlungsumfeld), Durchführung qualitativer Studien (z. B. Nutzerfokusgruppen) und Nutzung von Informationen aus Drittstaaten mit ähnlichen kulturellen und sozialen Besonderheiten.
- Es sollten die Hindernisse identifiziert werden, die einer gesetzlichen Regelung zugänglich sind.
- Alle Gesetze, die für die psychische Gesundheit maßgeblich sind, sollten analysiert und vorhandene Analysen überprüft werden.
- Internationale Übereinkommen und Rahmenvorschriften sollten gründlich geprüft werden, damit die gesetzliche Berücksichtigung international anerkannter Rechte sichergestellt wird.
- Eine genaue Analyse fortschrittlicher Gesetze anderer Staaten sowie die Berücksichtigung der Elemente, die zu einer wirksamen Umsetzung jener Gesetze geführt haben, kann bei der Entwicklung nationaler Gesetze hilfreich sein. Die Praktikabilität und Anwendbarkeit solcher Gesetze auf den jeweiligen Staat muss jedoch genau überprüft werden.
- Die Erarbeitung eines Konsenses für Gesetze zur psychischen Gesundheit sollte so früh wie möglich in Angriff genommen werden, da auf diese Weise unterschiedliche Sichtweisen besser berücksichtigt werden können und deren spätere Umsetzung erleichtert wird.

3. Ausarbeitung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit

3.1 Gesetzesentwurf

Das Verfahren der Ausarbeitung neuer Gesetze ist in den Ländern unterschiedlich gestaltet und hängt von den spezifischen legislativen, administrativen und politischen Strukturen ab. Die bewährten Verfahren, die in den verschiedenen Ländern entwickelt und angenommen wurden, sollen nicht durch diese Materialsammlung beeinträchtigt werden. In welchen zeitlichen Abständen und von wem neue Gesetze vorgeschlagen werden, hängt von zahlreichen Faktoren ab. Ein Vorschlag lautet, dass die bestehenden Gesetze alle 5 bis 10 Jahre überprüft werden sollten. Gibt es allerdings Probleme mit Inhalt oder Umsetzung dieser Gesetze, so sollten sie so bald wie möglich überprüft werden. In einigen Staaten sieht das Gesetz eine „Befugnis zur Beseitigung von Schwierigkeiten“ vor, aufgrund derer bestimmte Änderungen vorgenommen werden können, ohne dass das Gesetzgebungsverfahren durchlaufen werden muss. Solche Änderungen dürfen sich nicht auf die grundlegenden Strukturen und Wirkungen eines Gesetzes beziehen, sondern sie müssen erforderlich sein, um die bei der Verabschiedung des Gesetzes festgelegten Ziele besser zu verwirklichen. In Indien z. B. findet sich in der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit die Bestimmung: „Soweit bei der Verwirklichung der Bestimmungen dieses Gesetzes in einem Bundesstaat Schwierigkeiten auftreten, kann die Regierung des Bundesstaats auf der Grundlage einer Verfügung jedwede Maßnahme ergreifen, die mit diesen gesetzlichen Bestimmungen vereinbar ist, soweit sie zum Zwecke der Beseitigung der Schwierigkeiten erforderlich oder sachdienlich erscheint.“ (Artikel 97 indischer Mental Health Act [Gesetz zur psychischen Gesundheit], 1987).

In einigen Staaten benennt der Gesetzgeber einen Ausschuss, der speziell für die Ausarbeitung der Gesetze konstituiert wird, oder aber das maßgebliche Ministerium wird mit der Ausarbeitung eines Gesetzesentwurfs beauftragt; in anderen Staaten übernimmt ein Gesetzgebungsausschuss oder ein ähnliches Gremium diese Funktion (s. Unterkapitel 2). Soweit in einem Staat die Ausarbeitung neuer Gesetze keinen festgelegten Strukturen zugeordnet ist, kann der Ministerialbereich, der für psychische Gesundheit zuständig ist, eine unterstützende Rolle einnehmen.

Beispiel: Gesetzesentwürfe in Portugal und Südafrika

Nach Durchführung einer nationalen Konferenz, bei der die wichtigsten Interessenvertreter zusammenkamen, um eine Reihe von Empfehlungen für ein neues Gesetz zu verabschieden, benannten die Ministerien für Gesundheit und Justiz zwei Arbeitsgruppen, die mit dem Entwurf eines neuen Gesetzes zur psychischen Gesundheit beauftragt wurden. Eine Gruppe befasste sich mit Fragen der Politik zur psychischen Gesundheit und mit Patientenrechten, während sich die andere Gruppe mit der Regelung der zwangsweisen Behandlung beschäftigte. Das Verfahren nahm über zwei Jahre in Anspruch und beinhaltete intensive Konsultationen vieler verschiedener Gruppen.

(Persönliche Mitteilung, Dr. J.M. Caldas de Almeida, Regionalberater für die WHO-Region Gesamtamerika, 2003)

In Südafrika war es das Gesundheitsministerium, das einen Bedarf an neuen Gesetzen feststellte. Dies war unter anderem darauf zurückzuführen, dass zahlreiche Bestimmungen der vorhandenen Gesetze nach dem politischen Wechsel von der Apartheid zur Demokratie als verfassungswidrig angesehen wurden. Die Direktion, die für psychische Gesundheit zuständig war, wurde mit der Koordination eines Konsultations- und Gesetzesentwurfsverfahrens beauftragt. Das gesamte Verfahren – angefangen bei der Konzeption bis zur Verabschiedung im Parlament – nahm etwa fünf Jahre in Anspruch.

(Persönliche Mitteilung, Prof. M. Freeman, Gesundheitsministerium, Südafrika, 2003)

Entscheidend ist nicht, welches Gremium den Gesetzesentwurf erarbeitet, sondern dass umfassendes und hinreichendes Fachwissen in das Verfahren eingebracht und auf diese Weise gewährleistet wird, dass ein sorgfältiger und umfassender Gesetzesentwurf erstellt wird, der zwischen den konkurrierenden (und dennoch zweckmäßigen) Ideologien ein Gleichgewicht herstellt, alle verfügbaren, maßgeblichen Informationen angemessen berücksichtigt und einen relevanten Gesetzesvorschlag darstellt, der den örtlichen Gegebenheiten entspricht. Einige Staaten werden möglicherweise einen Ausschuss benennen, dessen Mitglieder alle Voraussetzungen erfüllen, die zur Erarbeitung eines Gesetzesentwurfs erforderlich sind. Andere Staaten werden nur ein oder zwei Personen für die Ausarbeitung eines Gesetzesentwurfs benennen und diese ermächtigen, dritte Personen hinzuzuziehen, die über einschlägige Fachkenntnisse verfügen und unterschiedliche Interessen vertreten, so dass die oben aufgeführten Voraussetzungen erfüllt werden. Auch eine Kombination aus beiden Modellen ist denkbar.

Derartige Entscheidungen hängen von zahlreichen Faktoren ab, z. B. der Verfügbarkeit von Fachwissen, dem Kostenfaktor der verschiedenen Vorgehensweisen und den verfügbaren Mitteln sowie der Beurteilung der Frage, welches Vorgehen im jeweiligen Land wahrscheinlich am wirkungsvollsten sein wird. Auch der Anwendungsbereich des Gesetzesentwurfs wird sich auf Zusammensetzung und Tätigkeitsumfang der Beratungsgremien auswirken. Ein Staat, der sich für eine umfassende Gesetzgebung entscheidet, die alle Gebiete abdeckt, die für Menschen mit psychischen Störungen relevant sein können, benötigt Experten aus den Bereichen Wohnungswesen, Beschäftigung, Sozialleistungen, Wohlfahrt und Justiz.

In den meisten Staaten zieht das Organ, das den Gesetzesentwurf ausarbeitet, Sachverständige aus den folgenden Bereichen hinzu:

- einen Vertreter aus dem Gesundheitsministerium (üblicherweise eine Fachkraft, die für psychische Gesundheit zuständig ist), der den Ausschuss leitet, das Verfahren koordiniert oder die Funktion eines Vorsitzenden übernimmt;
- Vertreter aus sonstigen beteiligten Ministerien (z. B. Finanzen, Bildung, Arbeit, Wohnungswesen, Sozialversicherung und Justiz);
- psychosoziale Gesundheitsfachkräfte;
- Juristen mit Fachkenntnissen zu psychischer Gesundheit und sonstigen Bereichen;
- Menschenrechtsexperten (Juristen oder sonstige Personen);
- Vertreter von Nutzern, Familienangehörigen und Betreuern;
- nichtstaatliche Organisationen, die die Interessen von Menschen mit psychischen Störungen vertreten;
- Experten mit Erfahrung bei der Arbeit mit Minderheiten und sonstigen gefährdeten Gruppen (z. B. Frauen, Kinder und ältere Menschen);
- an der Gesetzgebung beteiligte Akteure, die sich für Belange der psychischen Gesundheit interessieren.

Auch wenn empfohlen wird, dass das Gesetzesvorhaben in dieser Phase der Entwicklung bereits umfassend ausgearbeitet ist, sollte der Gesetzesentwurf dennoch eine Reihe ergänzender Verfahren durchlaufen, die weiteren (oder denselben) Interessenvertretern die Gelegenheit geben, Vorschläge zu unterbreiten und auf die endgültige Gesetzesfassung Einfluss auszuüben (s. Unterkapitel 3.3).

3.2 Konsultationsbedarf

Sobald ein Gesetzesentwurf erarbeitet wurde, sollte er allen zentralen Interessenvertretern aus dem Bereich psychische Gesundheit zwecks Konsultation vorgelegt werden. Während des Konsultationsverfahrens können etwaige Schwachstellen des Gesetzesentwurfs ausgebessert, Konflikte mit vorhandenen Gesetzen und örtlichen Gepflogenheiten beseitigt, versehentlich ausgelassene Bereiche ergänzt und verbesserte Lösungen für praktische Umsetzungsschwierigkeiten eingefügt werden.

Wird das Konsultationsverfahren sorgfältig geplant und systematisch durchgeführt, so kann dies die Verabschiedung des Gesetzesentwurfs und dessen Umsetzung nach Inkrafttreten positiv beeinflussen. Das Konsultationsverfahren bietet eine gute Gelegenheit, das öffentliche Bewusstsein für die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Störungen und die Prävention solcher Störungen zu sensibilisieren. Außerdem wird auf diese Weise die Gemeinschaft am Verfahren beteiligt, und das Leiden, das mit psychischen Störungen verbunden ist, wird stärker in das Licht der Öffentlichkeit gerückt. Alle diese Faktoren verbessern die Chancen auf eine wirksame Umsetzung des Gesetzes nach seinem Inkrafttreten.

3.3 Einladung zur Stellungnahme

In vielen Staaten gibt es sowohl ein gesetzliches als auch ein etwas informelleres Konsultationsverfahren. Zahlreiche Länder führen eine förmliche Veröffentlichung von Gesetzesentwürfen durch (z. B. in einem Amtsblatt), bevor die Entwürfe dem Gesetzgeber vorgelegt werden. Die Öffentlichkeit kann dann innerhalb einer festgelegten Frist (z. B. drei Monate) Stellungnahmen einreichen. Alle eingegangenen Stellungnahmen müssen gründlich geprüft werden. Anschließend sind die entsprechenden Änderungen vorzunehmen. Zu diesem Zeitpunkt sollte jedoch bereits eine ausgiebige Konsultation stattgefunden haben. Nachstehend wird diese Phase des Konsultationsverfahrens, die gesetzlich nicht vorgeschrieben ist, näher erläutert.

Die folgenden Akteure sollten konsultiert werden: Nutzer psychosozialer Dienste, Angehörige von Menschen mit psychischen Störungen, Interessenverbände, NGOs, Berufsverbände, Behörden und Ministerien, Dienstleister, Gemeindevertreter und sonstige Dritte, die unmittelbar oder mittelbar vom Gesetz betroffen sind. Viele Akteure sind bereits an der ursprünglichen Ausarbeitung des Gesetzesentwurfs beteiligt gewesen, sie können sich in dieser Phase der Konsultation jedoch noch stärker einbringen. Die Interessengruppen können sich jeweils aus verschiedenen Untergruppen zusammensetzen, die völlig verschiedene Sichtweisen vertreten können. (Siehe *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Advocacy for Mental Health* (WHO, 2003b) unter: http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/).

Innerhalb der Regierung sind die Ministerien für Gesundheit, Wohlfahrt/Soziale Dienste, Bildung, Arbeit, Justiz, Polizeiwesen, Strafvollzug, Finanzen, Wohnungswesen (und eventuell weitere Ministerien) beteiligt und zu konsultieren. Die genaue Abgrenzung der behördlichen Zuständigkeiten ist von Land zu Land unterschiedlich. In einigen Staaten ist das Gesundheitsministerium für die Bestimmungen des Gesetzesentwurfs zuständig, die Versorgungs- und Behandlungsaspekte betreffen, während Belange der Rehabilitation und Prävention der Zuständigkeit des Ministeriums für Wohlfahrt und Soziale Dienste unterliegen können. In anderen Staaten sind alle diese Bereiche dem Gesundheitsministerium zugeordnet. Unabhängig vom äußeren Rahmen ist es unerlässlich, sich sowohl mit dem Gesundheits- als auch mit dem Wohlfahrtsministerium zu konsultieren, damit Überschneidungen, Dopplungen und Konflikte vermieden werden. Auch das Finanzministerium ist zu konsultieren, da der Gesetzesentwurf wahrscheinlich finanzielle Implikationen für öffentliche und private Dienstleister mit sich bringen und die Einrichtung der Regulierungs- und Überwachungsbehörden wahrscheinlich Kosten verursachen wird. Unterstützung und Engagement dieses Ministeriums sind daher von zentraler Bedeutung, damit die wirksame Umsetzung des Gesetzes durch eine angemessene Finanzierung gesichert wird. Darüber hinaus ist es wichtig, weitere Behörden zu den gesetzlichen Bestimmungen, die für sie relevant sind, zu konsultieren.

Berufsverbände, einschließlich Psychiater, Krankenschwestern und -pfleger, psychiatrische Sozialarbeiter, Therapeuten, Rehabilitationsfachkräfte und sonstige Fachkräfte, die mit dem psychosozialen Gesundheitssystem in Berührung kommen, sind dafür verantwortlich, dass die Gesetze zur psychischen Gesundheit bei ihrer täglichen Arbeit umgesetzt werden. Diese Gruppen sind wahrscheinlich gut dafür geeignet, spezifische Umsetzungsschwierigkeiten bei der praktischen Behandlung und Versorgung zu identifizieren. Daher ist es von grundlegender Bedeutung, dass ihre Einschätzungen bei der Erarbeitung von Gesetzesentwürfen berücksichtigt werden.

Die Nutzer sind die vorrangigen Begünstigten der Gesetzgebung, und ihre Einbeziehung und Beteiligung ist entscheidend. In vielen Staaten sind es meist die Angehörigen, die primär mit der Versorgung befasst sind, und daher sind sie ebenfalls unmittelbar von den Gesetzen betroffen. Bisweilen kommt es zwischen den Nutzergruppen und den Gruppen, die Familienangehörige von Personen mit psychischen Störungen vertreten, zu Spannungen hinsichtlich der Orientierung und ideologischen Positionierung gegenüber psychosozialer Behandlung und Gesetzgebung. Es ist wichtig, dass in diesem Zusammenhang alle Standpunkte in das Konsultationsverfahren einfließen. In einigen Staaten, insbesondere wenn die Nutzer- und Angehörigeninteressenvertretungen schon seit geraumer Zeit existieren und sich eine Ethik des respektvollen Umgangs mit den Ansichten von Patienten etabliert hat, sind hilfreiche Stellungnahmen dieser Gruppen relativ leicht zu erhalten. In vielen Staaten ist dies jedoch mit großen Schwierigkeiten verbunden. Häufig fühlen sich Menschen mit psychischen Störungen völlig entmachtet, und viele stammen aus benachteiligten Gemeinschaften, in denen sie gewöhnlich nicht nach ihrer Meinung befragt werden. Die überragende Stellung von Ärzten und sonstigen Gesundheitsfachkräften ist ebenfalls oft hinderlich, wenn die Sichtweisen von Nutzern und deren Angehörigen eingeholt werden sollen. „Der Doktor weiß am besten, was zu tun ist“, diese Auffassung ist in einigen Staaten außerordentlich fest verankert. Daher ist es oft ein sehr kompliziertes Unterfangen, die Meinungen der Nutzer einzuholen, und es reicht nicht aus, die Nutzer zur Abgabe von Stellungnahmen aufzufordern. Um wertvolles Feedback zu erhalten, kann es erforderlich sein, intensive Schulungen und emanzipatorische Prozesse durchzuführen. Häufig bedeutet dies auch, dass auf die betreffenden Personen zugegangen werden muss und man nicht abwarten sollte, dass die Menschen von selbst ihre Meinungen äußern.

Das Konsultationsverfahren sollte auch die gesetzlich festgelegten Behörden einbeziehen, die an der Umsetzung der Gesetze zur psychischen Gesundheit beteiligt sein werden. Darunter fallen nicht nur Bedienstete aus Bundes- oder Leitungsbehörden, die bisweilen nicht sehr nah am Tagesgeschehen sind, sondern auch vor Ort tätige Polizei-, Strafvollzugsbeamte und Richter. Vertreter von Minderheiten und sonstigen gefährdeten Gruppen sollten ebenfalls am Konsultationsverfahren beteiligt werden.

Weitere wichtige Gruppen, die konsultiert werden sollten, sind Politiker, an der Gesetzgebung beteiligte Personen und sonstige meinungsbildende Akteure. Bei der späteren Verabschiedung und Umsetzung der Gesetze können diese Gruppen eine zentrale Rolle einnehmen. Sie können die Öffentlichkeit für die Belange der psychischen Gesundheit sensibilisieren, potenzielle

Umsetzungsschwierigkeiten auf Gemeindeebene identifizieren und Vorschläge für Korrekturmaßnahmen während der Gesetzesausarbeitung einreichen. Die Einbeziehung von Akteuren aus gesetzgebenden Organen kann außerdem etwaige Konflikte vorwegnehmen, die später im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens auftreten könnten, so dass schon frühzeitig beim Gesetzesentwurf die nötigen Änderungen vorgenommen werden können.

Beispiele für zentrale Akteure, deren Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen zur psychischen Gesundheit einzuholen sind:

- **Behörden einschließlich der Ministerien für Gesundheit, Finanzen, Recht, Bildung, Beschäftigung (Arbeit), Soziales, Justiz, Polizei und Strafvollzug sowie Wohnungswesen;**
- **Akademische Institutionen und Berufsverbände, die Fachkräfte vertreten, z. B. Psychiater, Psychologen, medizinische und psychiatrische Sozialarbeiter sowie psychiatrische Krankenschwestern und -pfleger und sonstige Fachkräfte, die mit dem psychosozialen Gesundheitssystem in Berührung kommen;**
- **Vertreter von Nutzergruppen und Vertreter von Familienangehörigen und Betreuern von Personen mit psychischen Störungen;**
- **NGOs einschließlich Interessenverbände, die die Belange von Menschen mit psychischen Störungen und deren Angehörigen vertreten;**
- **privater Sektor und NGOs, die Menschen mit psychischen Störungen versorgen, behandeln und Rehabilitationsdienstleistungen erbringen;**
- **Politiker, an der Gesetzgebung beteiligte Personen und meinungsbildende Akteure;**
- **Vollstreckungsbehörden, z. B. Polizei und Strafvollzugsbeamte;**
- **Justizakteure einschließlich Rechtsanwälte und gesetzliche Vertreter;**
- **religiöse Einrichtungen;**
- **Interessenverbände, die Minderheiten und sonstige gefährdete Gruppen (z. B. Frauen und Kinder) vertreten;**
- **weiter reichende gemeindenahen Gruppen, einschließlich Bürgerrechtsinitiativen und Vereinigungen wie z. B. Gewerkschaften, Personalwohlfahrtseinrichtungen, Arbeitgeberverbände, örtliche Wohlfahrtseinrichtungen, religiöse Institutionen und Glaubensgemeinschaften.**

Eine Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit, die die Förderung der gemeindenahen Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen anstrebt, wird nur dann erfolgreich sein, wenn das größere Gemeindeumfeld und die betroffenen Personen aktiv beteiligt werden. Dieser Aspekt des Konsultationsverfahrens kann eine der größten Herausforderungen darstellen. Die verschiedenen Gemeindemitglieder sind schwer zu erfassen und breit gestreut, und wahrscheinlich ist ein weit gefächerter Lösungsansatz die wirkungsvollste Methode, um Zugang zu den Sichtweisen der unterschiedlichen Gemeindemitglieder zu erhalten. Zu diesem Zweck könnten Belange der psychischen Gesundheit in verschiedenen Bürgerrechtsinitiativen angesprochen werden sowie in Vereinigungen wie z. B. Gewerkschaften, Personalwohlfahrtseinrichtungen, Arbeitgeberverbänden, örtlichen Wohlfahrtseinrichtungen, religiösen Institutionen und Glaubensgemeinschaften. Mit dieser Methode, bei der Stellungnahmen aus der Gemeinde eingeholt werden, kann man ein spezifischeres Feedback erzielen als mit der allgemeinen Methode einer nationalen öffentlichen Konsultation. Der breite Ansatz, der bei der Darstellung einer „öffentlichen Konsultation“ zugrunde gelegt wird, überdeckt häufig die Tatsache, dass sich die Konsultation auf die gebildete, wortgewandte Mittelschicht eines Staates beschränkt, obwohl die Schwierigkeiten, die mit psychischen Störungen verbunden sind, vor allem ärmere Gemeinschaften betreffen.

3.4 Konsultationsverfahren

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Konsultationsverfahren durchzuführen, und mit den Verfahren lassen sich unterschiedliche Ziele verwirklichen. Beispielsweise können von den beteiligten Personen und Gruppen schriftliche Stellungnahmen angefordert werden, es können mündliche Beratungen mit jedem der oben aufgeführten Beteiligten durchgeführt werden und man kann die verschiedenen Gruppen von Beteiligten zusammenführen. Die Verfahren können auch kombiniert werden, z. B. können sich mündliche Anhörungen an schriftliche Stellungnahmen anschließen und es können Fokusgruppen gebildet oder sonstige gestaltende Verfahren angewendet werden. Auch wenn das vorrangige Ziel der Konsultationen üblicherweise darin besteht, Personen oder Gruppen über ihre Meinungen und Gefühle zum Gesetzesentwurf zu befragen, so erhalten die Verfasser des Gesetzesentwurfs darüber hinaus Gelegenheit, sich näher mit den Interessenvertretern zu befassen, und die verschiedenen Interessenvertreter können sich untereinander austauschen. Das Konsultationsverfahren kann dazu eingesetzt werden, um zwischen Gruppen mit unterschiedlichen Haltungen übereinstimmende Positionen auszuarbeiten.

Der Vorteil schriftlicher Stellungnahmen liegt in der Zeit- und Kostenersparnis, darüber hinaus erhält man auf diese Weise exakte öffentliche Angaben zu den Positionen der Interessenvertreter. Die Einholung und Bearbeitung schriftlicher Stellungnahmen ist vergleichsweise weniger zeit- und kostenaufwändig als die Durchführung mündlicher Anhörungen. Soweit man die betreffenden Personen zu einer Teilnahme überreden kann, bietet ein solches Verfahren die Möglichkeit, zahlreiche Personen und Gruppen zu beteiligen. Der größte Nachteil dieses Verfahrens besteht darin, dass es keinen Dialog ermöglicht und dass in vielen Staaten ein großer Prozentsatz der Bevölkerung nicht lesen und schreiben kann. Bei schriftlichen Stellungnahmen legen die Teilnehmer ihren Standpunkt dar, ohne dass zwangsläufig andere Standpunkte vorgestellt werden. Daher gibt es wesentlich weniger Möglichkeiten, einen Konsens zu erzielen und eine Änderung der Einstellungen zu bewirken. Und obwohl den Meinungen der Adressaten des Gesetzesentwurfs eine besondere Bedeutung zukommt, sind viele von ihnen oftmals von dem Verfahren ausgeschlossen, z. B. arme Menschen und Menschen aus benachteiligten Gruppen sowie Angehörige von Minderheiten, da sie oft nicht in der Lage sind, den Gesetzesentwurf zu lesen oder eine Stellungnahme zu verfassen.

Darüber hinaus muss man bei schriftlichen Stellungnahmen besonders darauf achten, dass die wortgewandteren und „eleganter“ formulierten und präsentierten Antworten nicht ernst genommen werden als Stellungnahmen, die schlechter verfasst und präsentiert wurden. Wenn die Personen, die die Stellungnahmen entgegennehmen, nicht besonders sensibilisiert sind für potenzielle Vorurteile, werden sie eventuell computergenerierten und gedruckten Stellungnahmen eine größere Bedeutung beimessen als handgeschriebenen Antworten, die schwer zu entziffern und grammatikalisch fehlerhaft sind. Dies kann dazu führen, dass bestimmte Ziele des Gesetzgebers unterlaufen werden, z. B. größere Chancengleichheit bei Dienstleistungen für ärmere Bevölkerungsgruppen und Stärkung der Rechte von Behinderten. Außerdem kann es bei schriftlichen Stellungnahmen dazu kommen, dass der Verfasser ein spezifisches Problem schildert, dem er ausgesetzt ist, und dabei die größeren strategischen Fragen, die Inhalt der Konsultation sein sollten, außer Acht gelassen werden. Trotz des damit verbundenen Zeit- und Kostenaufwands wäre es bei schriftlichen Stellungnahmen optimal, wenn die Positionen aller Teilnehmer dokumentiert und anschließend an alle Beteiligten verschickt würden mit der Aufforderung, sich mit Gegenpositionen auseinanderzusetzen.

Schriftliche Stellungnahmen und schriftliches Feedback sind bei der Kommunikation zwischen den oben aufgeführten Adressaten und den Behörden von besonderer Bedeutung. Eine schriftliche Stellungnahme unterstützt die Behörden bei der Positionierung und der Übernahme von Zusagen. Dies kann die Umsetzung der Gesetze erheblich begünstigen. Beispielsweise hilft das Konsultationsverfahren dem Finanzministerium bei der Festlegung der zusätzlichen Ressourcen, die für die Umsetzung der Gesetze zur psychischen Gesundheit benötigt werden, sowie bei der Formalisierung der Verpflichtung, die Ressourcen nach Verabschiedung der Gesetze zu beschaffen.

Der Vorteil mündlicher Konsultationen besteht darin, dass sie einen Dialog zwischen den Teilnehmern eröffnen. Daher eignet sich dieses Verfahren besser dazu, Meinungen zu bilden und zu ändern. Zu einem solchen Konsultationsverfahren gehören auch Diskussionen und Debatten, so dass Themen besser vertieft werden können und ein Konsens wahrscheinlicher wird. Manchmal sind den Interessenvertretern nicht alle Informationen zugänglich, die bei der Formulierung bestimmter gesetzgeberischer Entscheidungen hilfreich waren. Im Rahmen mündlicher Erörterungen können alle maßgeblichen Informationen weitergegeben werden. Mündliche Konsultationen bieten darüber hinaus die Möglichkeit, Analphabeten sowie Personen, denen der Wortlaut des Gesetzesentwurfs schwer verständlich ist, die vorgeschlagenen gesetzlichen Bestimmungen zu erläutern und von diesen Personen ein Feedback einzuholen.

Das schriftliche und das mündliche Konsultationsverfahren haben jeweils eigene Vor- und Nachteile und daher ist eine Kombination aus beiden Verfahren ideal. Zu Beginn des Konsultationsverfahrens könnten von den beteiligten Personen und Gruppen schriftliche Stellungnahmen angefordert werden. Die Stellungnahmen könnten bearbeitet werden und anschließend könnte man diejenigen Personen und Gruppen, deren Antworten weitere Diskussionen und Beratungen erforderlich machen, zu mündlichen Konsultationen einladen. Damit alle Interessenvertreter weiterhin in das Konsultationsverfahren einbezogen werden, könnte man gleichzeitig eine Zusammenfassung der schriftlichen Stellungnahmen zu den zentralen Fragen sowie die Kernpunkte der mündlichen Beratungen in den Medien veröffentlichen und auf Anfrage zur Verfügung stellen. In dieser Phase könnte den Beteiligten erneut Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden.

In vielen Staaten ist die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit Teil eines Verfahrens, mit dem besonders tief verwurzelte gesellschaftliche Vorurteile beseitigt werden sollen. Nicht nur durch die Gesetze, die das Ergebnis des Gesetzgebungsverfahrens darstellen, sondern bereits durch das Verfahren selbst kann dieses Ziel verwirklicht werden. Das Konsultationsverfahren zur Ausarbeitung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit bietet die Gelegenheit, Vorurteile aufzudecken und zu widerlegen.

Beispiel: Konsultationsverfahren in der Republik Korea

Die Abteilung Psychische Gesundheit im Ministerium für Gesundheit und Wohlfahrt schlug Änderungen zum Gesetz zur psychischen Gesundheit vor, die die Errichtung psychosozialer Gemeindezentren zur Förderung der gemeindenahen Rehabilitation vorsahen. Die Zentren sollten die folgenden Leistungen anbieten: Gesundheitsprävention, Identifizierung neuer Patienten, Beratung und Behandlung sowie Koordination der Gemeinderessourcen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit. Es wurden öffentliche Anhörungen durchgeführt, und einige der Fachkräfte, die Rehabilitationseinrichtungen betrieben, äußerten Bedenken gegenüber dem neuen Gesetzesentwurf. Sie befürchteten, dass die neuen psychosozialen Gemeindezentren ihre Position schwächen würden. Bei den Nutzern und deren Familienangehörigen fanden die neuen psychosozialen Gemeindezentren jedoch Zuspruch. Nach Durchführung umfassender Anhörungen und Prüfung der widerstreitenden Standpunkte wurde beschlossen, die gesetzlichen Bestimmungen zur Errichtung psychosozialer Gemeindezentren beizubehalten.

(Persönliche Mitteilung, Dr. Tae-Yeon Hwang, Direktor, Abteilung für Psychiatrische Rehabilitation und gemeindenah psychosoziale Versorgung, WHO Kooperationszentrum für psychosoziale Rehabilitation und gemeindenah psychosoziale Versorgung, Yongin Mental Hospital)

Die Konsultationsverfahren sind von Land zu Land unterschiedlich. Es gibt jedoch bestimmte Grundsätze, die den Staaten bei ihren Bemühungen Orientierung bieten können. Außerdem wird darauf hingewiesen, dass viele Staaten per Gesetz einen Zeitraum für „öffentliche Stellungnahmen“ vorsehen, in dem zusätzliche Stellungnahmen eingereicht werden können, bevor der Gesetzesentwurf dem gesetzgebenden Organ vorgelegt wird (s. Unterkapitel 4.1). Darüber hinaus kann auch der Gesetzgeber selbst schriftliche und mündliche Stellungnahmen einfordern.

Beispiel: Ausarbeitung von Gesetzen in Chile

Konsensbildung und politische Willensbildung

Die Erklärung von Caracas (1990) hat in Chile eine große Wirkung gehabt und ein Verfahren in Gang gesetzt, in dem die Politik zur psychischen Gesundheit und die psychosozialen Dienste des öffentlichen Gesundheitswesens (das 60-70% der Bevölkerung erfasste und in dessen Eigentum die vier operierenden psychiatrischen Krankenhäuser in Chile standen) analysiert und hinterfragt wurden. Das Land war dabei, nach 17 Jahren Diktatur zur Demokratie zurückzukehren. Die Bevölkerung war für soziale Fragen und Menschenrechtsverletzungen sensibilisiert (z. B. Mord, „Verschwindenlassen“ von Personen, Haftstrafen, Konzentrationslager, Folter, Zwangsexil), auch wenn die Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen nicht speziell in das öffentliche Bewusstsein gerückt waren. Das erste nationale Programm zur psychischen Gesundheit wurde unter Beteiligung von über 100 psychosozialen Fachkräften formuliert und 1993 durch den Gesundheitsminister genehmigt. Es enthielt Positionen zu den Menschenrechten der Nutzer psychiatrischer Dienste und stellte fest, dass die vorhandenen Gesetze zum Schutz der Patientenrechte verbessert werden mussten.

Gesetzesentwurf und Konsultation

Im Jahr 1995 bildete die Abteilung Psychische Gesundheit des Gesundheitsministeriums eine Arbeitsgruppe, die sich aus Psychiatern, Krankenschwestern und -pflegern, Psychologen, Juristen und sonstigen Fachkräften zusammensetzte und mit der Ausarbeitung eines Gesetzesentwurfs zur psychischen Gesundheit betraut wurde. Unter Berücksichtigung der sozialen und wirtschaftlichen Gegebenheiten entschied die Arbeitsgruppe, dass der Schutz von internierten Personen Priorität haben sollte. Dies sollte durch Änderung einer Verordnung, die im Jahr 1927 erlassen worden war, erfolgen. Voraussetzung für die Änderung der Verordnung war ein Erlass, der vom chilenischen Präsidenten und vom Gesundheitsminister zu unterzeichnen war, so dass ein längeres parlamentarisches Verfahren vermieden wurde (ähnlich der Bestimmung über die „Befugnis zur Beseitigung von Schwierigkeiten“ im indischen Mental Health Act, s. Unterkapitel 3.1). Im Jahr 1996 wurde ein erster Gesetzesentwurf an psychosoziale Fachkräfte aus allen Regionen des Landes sowie an die nationalen Organisationen der Angehörigen und Freunde von Menschen mit psychischen Behinderungen zur Konsultation übersandt (zu jenem Zeitpunkt gab es in Chile noch keine Nutzergruppen). Eine wichtige Maßnahme im Rahmen dieses Verfahrens war es, psychosoziale Fachkräfte davon zu überzeugen, dass Menschen mit psychischen Störungen meist in der Lage sind, eine informierte Zustimmung zur Behandlung zu erteilen, und dass sich die damalige landesübliche Praxis, die Zustimmung im Namen der psychisch kranken Person bei deren Familienangehörigen einzuholen, ändern musste.

(Persönliche Mitteilung, Dr. Alberto Minoletti, Gesundheitsministerium, Chile)

Die Gruppe, das Organ oder die Person(en), die mit der Ausarbeitung eines Gesetzesentwurfs beauftragt werden, müssen dafür sorgen, dass das Konsultationsverfahren umfassend, gerecht und offen durchgeführt wird. Dafür müssen ausreichend personelle und finanzielle Ressourcen verfügbar sein. Einige Staaten werden für die Koordinierung oder Unterstützung des Verfahrens auf Regierungsbehörden (wahrscheinlich auf das Gesundheitsministerium) oder auf sonstige Einrichtungen, die für die Entwicklung der Politik zur psychischen Gesundheit zuständig sind (soweit sie nicht derselben Behörde angehören), zurückgreifen. Soweit Staaten über einen Gesetzgebungsausschuss oder ein vergleichbares Gremium verfügen, wurden dem Haushalt dieses Gremiums möglicherweise bereits Ressourcen zugewiesen, die zu Konsultationszwecken verwendet werden sollen.

Hilfreich ist es, wenn das Gremium, das den Gesetzesentwurf ausarbeitet, am Ende der Konsultationsphase einen Bericht veröffentlicht, der die im Laufe des Konsultationsverfahrens geäußerten Empfehlungen, Einwände und Fragen sowie die entsprechenden Stellungnahmen des Gremiums enthält. Besondere Aufmerksamkeit ist den Bestimmungen des Gesetzesentwurfs zu widmen, gegen die fundierte Einwände formuliert wurden. In der Praxis wird empfohlen, dass das Gremium, das den Entwurf erstellt hat, zu allen fundierten Einwänden, die vom Gremium nicht akzeptiert werden können, detaillierte Stellungnahmen abgibt und darlegt, warum nach Auffassung des Gremiums keine Änderungen, Ergänzungen oder Modifikationen erforderlich sind.

3.5 Sprachenregelung und Wortwahl im Gesetz

Nach Abschluss des Konsultationsverfahrens müssen die Verfasser des Gesetzesentwurfs diesen so bearbeiten, dass er dem Organ, das die Gesetze verabschiedet, vorgelegt werden kann. Hierfür benötigt man normalerweise Experten, die mit dem Verfassen von Rechtstexten vertraut sind und Stil und Grundregeln der landeseigenen Gesetzgebung kennen.

Darüber hinaus sollten Gesetze zur psychischen Gesundheit weitestgehend so geschrieben werden, dass die zahlreichen Personen, die diese Gesetze lesen und verstehen müssen, einen guten Zugang zu ihnen erhalten. In der Vergangenheit herrschte in vielen Rechtssystemen die traditionelle Auffassung, dass das Recht für Rechtsexperten geschrieben werde und daher „Juristendeutsch“ und lateinische Begriffe (unabhängig von der Sprache, in der das Gesetz verfasst wurde) verwendet werden sollten. Daher war es für psychosoziale Fachkräfte und die betroffene Öffentlichkeit sehr schwer, die Gesetze zu verstehen. Aus diesem Grund sollten Gesetze zur psychischen Gesundheit so einfach wie möglich formuliert werden (ohne jedoch wichtige Bestimmungen zu sehr zu vereinfachen), und es sollte eine Sprache verwendet werden, die sich an die breite Öffentlichkeit wendet und nicht an Rechtsexperten.

Normalerweise legen die Staaten fest, in welcher/welchen Sprache(n) und in wie vielen Sprachen Gesetze zu veröffentlichen sind. Bei den Gesetzen zur psychischen Gesundheit sind diese nationalen Vorschriften einzuhalten.

Ausarbeitung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit: Zusammenfassung

- Die meisten Staaten verfügen über etablierte Strukturen und Verfahren, die bei der Ausarbeitung von Gesetzen eingehalten werden sollten. Trotzdem kann der Bereich, der im Gesundheitsministerium für psychische Gesundheit zuständig ist, bei der Ausarbeitung von Gesetzesentwürfen eine wichtige unterstützende Rolle einnehmen.
- Damit hilfreiche und sinnvolle Gesetze verfasst werden können, ist es wichtig, dass bei der Ausarbeitung der Gesetze auf umfassendes und ausreichendes Fachwissen zurückgegriffen werden kann.
- Je nachdem, welche Bereiche das jeweilige Gesetz abdeckt, sind unterschiedliche Akteure zu beteiligen. Allgemein sollten jedoch sowohl Personen mit einschlägigem beruflichem Fachwissen als auch sonstige Personen mit Sachverstand einbezogen werden.
- Sobald ein Gesetzesentwurf verfasst wurde, sollte er durch Konsultation aller zentralen Interessenvertreter umfassend überprüft werden.
- Die Konsultation kann auf verschiedene Art und Weise durchgeführt werden, und die Staaten können sich unterschiedlicher Mittel bedienen, um maximalen Input und diskursiven Austausch zu erzielen. Dennoch ist es hilfreich, ein zeitlich festgelegtes Verfahren einzuhalten, das sich aus den folgenden drei Phasen zusammensetzt:
 1. Veröffentlichung des Gesetzesentwurfs in den Print- und elektronischen Medien des jeweiligen Staates und Aufforderung der Öffentlichkeit zur Stellungnahme
 2. Aufforderung aller zentralen Interessenvertreter zur schriftlichen Stellungnahme
 3. Durchführung regionaler und nationaler öffentlicher Besprechungen zur Analyse, Diskussion und Verhandlung der häufigsten und wichtigsten Einwände und Vorschläge zum Gesetzesentwurf

- Damit das Konsultationsverfahren umfassend, gerecht und offen durchgeführt werden kann, müssen ausreichend personelle und finanzielle Ressourcen zur Verfügung stehen.
- Hilfreich ist es, wenn das Gremium, das den Gesetzesentwurf ausarbeitet, am Ende der Konsultationsphase einen Bericht veröffentlicht, der die im Laufe des Konsultationsverfahrens geäußerten Empfehlungen, Einwände und Fragen sowie die entsprechenden Stellungnahmen des Gremiums enthält.
- Gesetze zur psychischen Gesundheit sollten weitestgehend so geschrieben werden, dass sie der Allgemeinheit gut zugänglich sind.

4. Verabschiedung von Gesetzen

Nachdem der Gesetzesentwurf auf der Grundlage der Stellungnahmen, die im Laufe des Konsultationsverfahrens geäußert wurden, überarbeitet worden ist, wird er dem Organ vorgelegt, das zur Verabschiedung des Gesetzes ermächtigt ist. Diese Phase kann sich über einen langen Zeitraum erstrecken (auch wenn dies nicht zwingend der Fall sein muss), und häufig verliert man sich hier in technischen Details. Politiker und führende Mitglieder der Exekutive und Legislative müssen davon überzeugt werden, dass eine neue Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit dringend benötigt wird und daher ausreichend Zeit in das gesetzgeberische Verfahren investiert werden muss. Auch wenn (normalerweise) bereits vor der Zusammensetzung des Gremiums, das mit der Ausarbeitung des Gesetzesentwurfs betraut wird, die Zustimmung der Regierung zum Entwurf eines neuen Gesetzes eingeholt werden muss, so können sich trotzdem auch noch zu dem Zeitpunkt, zu dem das endgültige Dokument fertiggestellt und dem Gesetzgeber übermittelt werden kann, neue politische Prioritäten abzeichnen, denen Vorrang einzuräumen ist. Dies kann das Verfahren verzögern, da viele Staaten der psychischen Gesundheit lediglich eine geringe politische Priorität einräumen.

4.1 Gesetzgebungsverfahren

Je nach den rechtlichen Traditionen und politischen Systemen ist das Verfahren zur Verabschiedung neuer Gesetze in den einzelnen Staaten unterschiedlich gestaltet. Es folgt die Beschreibung eines allgemeinen Verfahrens und der Schwierigkeiten, die sich dabei ergeben können.

4.1.1 Gesetzgebungskompetenz

In den meisten Staaten ist das Parlament oder ein souveränes, gesetzgebendes Organ für die endgültige Verabschiedung von Gesetzen zuständig. In einigen Staaten liegt die Gesetzgebung ausschließlich beim nationalen Parlament, während in anderen, bundesstaatlich organisierten Ländern auch die Einzelstaaten/Bundesländer oder Provinzen des jeweiligen Staates neben dem nationalen Gesetzgeber über eine Gesetzgebungskompetenz verfügen können. In bundesstaatlich organisierten Ländern sind die Gesetzgebungskompetenzen je nach Bereich zwischen dem Bund und den Einzelstaaten aufgeteilt. Je nach örtlicher Rechtsordnung können Gesundheitsgesetze oder Gesetze mit Bezug zur psychischen Gesundheit der nationalen oder der regionalen Gesetzgebungskompetenz zugeordnet sein. In einigen Staaten gibt es nationale Gesetze, die übergreifende Grundsätze und Ziele enthalten, während die einzelstaatlichen Gesetze bzw. die Gesetze der Distrikte oder Provinzen nähere Einzelheiten zu bestimmten Vorschriften und deren Anwendung betreffen. In diesem Fall müssten die einzelstaatlichen Gesetze bzw. die Gesetze der Distrikte oder Provinzen die zentralen Grundsätze einhalten, die in der nationalen Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit niedergelegt sind.

Während in den meisten Staaten Gesetze vor ihrer Umsetzung zunächst vom Gesetzgeber verabschiedet und verkündet werden müssen, lassen die Verfassungen einiger Staaten zu, dass Gesetzesänderungen sofort auf der Grundlage von Regierungsverordnungen umgesetzt werden. Eine solche Verordnung muss jedoch anschließend innerhalb einer festgelegten Frist vom Parlament bestätigt werden. Wird die Verordnung nicht bestätigt, so tritt sie außer Kraft und die bisherige Gesetzgebung findet wieder Anwendung. Solche Verfahren können bisweilen hilfreich sein, um Gesetze zur psychischen Gesundheit schnell umzusetzen, während der Gesetzesentwurf das förmliche Gesetzgebungsverfahren durchläuft. Ein weiterer denkbarer Vorteil dieses Vorgehens besteht darin, dass Schwierigkeiten bei der Umsetzung des geplanten Gesetzes besser identifiziert werden, da der Entwurf auf der Grundlage praktischer Erfahrungen während des Gesetzgebungsverfahrens geändert werden kann.

4.1.2 Erörterung und Verabschiedung von Gesetzesentwürfen

Viele gesetzgebende Organe besitzen Ausschüsse, die die Gesetze sorgfältig prüfen, bevor sie dem eigentlichen legislativen Gremium vorgelegt werden. Die Ausschüsse möchten bei ihrer Entscheidungsfindung oft auf Stellungnahmen verschiedener Akteure zurückgreifen. Zu diesem Zweck können sie öffentliche Anhörungen durchführen, bestimmte Stellungnahmen einholen oder Erläuterungen zu verschiedenen rechtlichen Aspekten anfordern.

Die Phase der Erörterung und Verabschiedung eines Gesetzes kann langwierig und arbeitsaufwändig sein. In dieser Phase können die an der Gesetzgebung beteiligten Personen Änderungen des Gesetzesentwurfs vorschlagen. Diejenigen, die dafür zuständig sind, das Gesetz erfolgreich durch das Gesetzgebungsverfahren des souveränen Gesetzgebers zu bringen, müssen die vorgeschlagenen Änderungen aktiv verfolgen und dazu Stellung nehmen. Letztendlich obliegt die Entscheidung über die Annahme oder Ablehnung der vorgeschlagenen Änderungen allein dem souveränen Gesetzgeber, doch diejenigen, die für die Gesetzesvorlage verantwortlich sind, müssen den Gesetzgeber umfassend über die Wirkungen der vorgeschlagenen Änderungen informieren und die Annahme oder Ablehnung der Änderungen empfehlen.

Nachdem das gesetzgebende Organ (das aus mehreren Kammern oder Ebenen bestehen kann) das Gesetz geprüft und etwaige Änderungen vorgenommen hat, wird es das Gesetz verabschieden oder ablehnen.

4.1.3 Ausfertigung, Verkündung und Veröffentlichung neuer Gesetze

Zweck dieser Phase des Gesetzgebungsverfahrens ist die öffentliche Bekanntmachung und die offizielle Verkündung des verabschiedeten Gesetzes. Damit ein Gesetz in Kraft treten kann, muss es offiziell veröffentlicht worden sein und die Bürger und sonstigen Personen müssen genügend Zeit gehabt haben, um sich mit dem Gesetz vertraut zu machen. Möglicherweise verwenden die Staaten andere Begriffe als die hier verwendeten Bezeichnungen „Ausfertigung“, „Verkündung“ und „Veröffentlichung“, doch die Bedeutungen der Begriffe sind im Allgemeinen recht ähnlich und falls in einem Staat andere Bezeichnungen verwendet werden, muss der jeweilige Staat die entsprechenden landeseigenen Begriffe identifizieren.

Zur *Ausfertigung* des verabschiedeten Gesetzes ist ausschließlich das Staatsoberhaupt ermächtigt. Normalerweise unterzeichnet das Staatsoberhaupt den offiziellen Wortlaut des Gesetzes, und diese Handlung stellt die Ausfertigung des Gesetzes dar (z. B. in Deutschland, Litauen, Polen, Spanien und den USA).

Mit der *Verkündung* ist die offizielle Bekanntgabe des verabschiedeten Gesetzes durch besonderen Rechtsakt, z. B. durch Verfügung der offiziellen Veröffentlichung des Gesetzes, gemeint. Normalerweise erfolgt die Verkündung von Gesetzesakten durch die Regierung.

Veröffentlichung ist der Abdruck des Gesetzestextes in den offiziellen Amtsblättern. Damit ein Gesetz in Kraft treten kann, muss es zuvor veröffentlicht worden sein. In vielen Staaten gibt es offizielle Quellen, in denen man die vollständigen und verbindlichen Gesetzestexte finden kann (z. B. Gesetzessammlung der Russischen Föderation, Gesetzessammlung der Republik Polen, Gazette der Republik Estland, deutsches Bundesgesetzblatt).

Normalerweise ist in der Verfassung oder einem anderen Gesetz eine Frist festgelegt, die zwischen Veröffentlichung und Inkrafttreten des neuen Gesetzes einzuhalten ist (15 Tage in Italien, 20 Tage in Japan und 10 Tage in der Russischen Föderation). Manchmal wird dieser Termin im Gesetzestext selbst festgelegt. Für die Bürger und sonstigen Personen ist es außerordentlich wichtig, eine solche Vorbereitungszeit zu haben, in der sie sich mit dem Gesetz vertraut machen und gegebenenfalls erforderliche organisatorische Vorkehrungen zur Operationalisierung des Gesetzes treffen können. In einigen Staaten tritt das Gesetz erst an dem Tag in Kraft, der vom Staatsoberhaupt durch Bekanntgabe im entsprechenden Amtsblatt festgelegt wurde. Dieses Vorgehen bietet den Vorteil, dass in dem Wissen, dass keine weiteren Änderungen oder Ergänzungen vorgenommen werden, umfangreiche Vorbereitungsmaßnahmen ergriffen werden können.

In jeder Phase des Verfahrens, angefangen bei der Ausfertigung über die Verkündung bis hin zur Veröffentlichung, können Verzögerungen eintreten. Diejenigen, die für den Erfolg des Gesetzes verantwortlich sind, müssen sich mit den maßgeblichen Behörden verständigen und sicherstellen, dass das vom souveränen Gesetzgeber verabschiedete Gesetz tatsächlich in den Gesetzessammlungen Eingang findet und so rechtlich durchsetzbar wird.

4.2 Wichtige begleitende Maßnahmen des Gesetzgebungsverfahrens

4.2.1 Mobilisierung der öffentlichen Meinung

Beispiel: Verabschiedung von Gesetzen in China

Schwierigkeiten bei der Verabschiedung von Gesetzen

Die Ausarbeitung der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit hat in China über 16 Jahre gedauert. Der aktuelle Entwurf (13. Fassung) enthält Bestimmungen zum Schutz der Bürgerrechte, einschließlich Beschäftigung und Ausbildung von Menschen mit psychischen Störungen, informierter Zustimmung, Vertraulichkeit, freiwilliger und nicht freiwilliger Hospitalisierung und Behandlung, Rehabilitation und gemeindenaher psychosozialer Dienste, Förderung der psychischen Gesundheit und Prävention psychischer Störungen.

Es gibt jedoch Schwierigkeiten bei der Verabschiedung des Gesetzes. Erstens sehen viele Akteure die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit lediglich als „Versorgungs- und Behandlungsgesetzgebung“ an, die sich auf die Bereitstellung institutionsbasierter Dienste beschränkt. Zweitens neigen die Fachkräfte und das Gesundheitssystem im Allgemeinen dazu, sich Änderungen eines vertrauten Systems zu widersetzen. Drittens befürchten viele Fachkräfte, dass sie aufgrund der Einführung des neuen Gesetzes stärker Gefahr laufen, von den Patienten und deren Angehörigen für die Fehler des Systems verantwortlich gemacht zu werden. Daher stehen die Fachkräfte, z. B. Psychiater, Krankenschwestern und -pfleger, dem Vorhaben gleichgültig gegenüber, obwohl sie potenziell zu den glühendsten Verfechtern des neuen Gesetzes zählen könnten.

Man hat sich bemüht, die Verabschiedung der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit zu beschleunigen. Zu diesem Zweck wurden Untersuchungen und Forschungsprojekte durchgeführt, die wichtigsten psychischen Störungen und Behinderungen des Landes identifiziert, die Gesetze von Staaten, deren soziale und kulturelle Gegebenheiten Chinas ähneln, untersucht und ein Konsens für Veränderungen geschaffen.

(Persönliche Mitteilung, Dr. Bin Xie, Berater, Gesundheitsministerium, Beijing)

Um die an der Gesetzgebung beteiligten Personen dazu zu bringen, Gesetzesentwürfe zur psychischen Gesundheit zu diskutieren und zu verabschieden, ist es von entscheidender Bedeutung, dass die öffentliche Meinung mobilisiert wird. Bei der Öffentlichkeit sollte so früh wie möglich um Unterstützung geworben werden – idealerweise bereits während des vorangehenden Konsultationsverfahrens. Das Konsultationsverfahren bietet eine gute Gelegenheit, das öffentliche Bewusstsein für die Belange des Gesetzesentwurfs zu sensibilisieren, und daher sollte es in dieser Phase fortgesetzt werden. Zu diesem Zweck kann es hilfreich sein, die Medien strategisch einzubeziehen, und die zuständigen psychosozialen Fachkräfte im Gesundheitsministerium können Journalisten mit Material für Nachrichten, Berichte und Interviews versorgen. Es sollten Workshops und Seminare für zentrale Gruppen und Vereinigungen organisiert werden, in denen die wichtigsten Inhalte der neuen Gesetzgebung erläutert und diskutiert werden.

Interessenvertretungen aus dem Bereich psychische Gesundheit können bei diesen Maßnahmen eine aktive Rolle einnehmen. Die Entwicklung eines neuen Gesetzes bietet den Verbänden eine gute Gelegenheit, ihren Einfluss geltend zu machen und Marginalisierung und Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen zu bekämpfen. Daher kann ein Gesetz zur psychischen Gesundheit, das Menschen mit psychischen Störungen zu einem normalen Leben in der Gemeinschaft verhelfen soll, auch zu einem Instrument werden, das die Aufklärung fördert, gesellschaftliche Positionen beeinflusst und den Wandel der Gesellschaft erleichtert.

4.2.2 Lobbyarbeit bei Exekutive und Legislative

Eine weitere wichtige Maßnahme, mit der die Verabschiedung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit beschleunigt werden kann, besteht in der Lobbyarbeit bei Angehörigen der Exekutive und Legislative. Mitglieder der Legislative müssen über die Schwachstellen der vorhandenen Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit aufgeklärt werden bzw. ihnen müssen die negativen Implikationen und Konsequenzen einer fehlenden Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit erläutert werden. Sie müssen über den gesellschaftlichen Bedarf informiert werden, der zur Entwicklung des Gesetzesentwurfs geführt hat, und sie müssen die wichtigsten Ideen verstehen, die dem Entwurf zugrunde liegen. Außerdem muss ihnen klar gemacht werden, dass das künftige Gesetz die vorhandenen Probleme im Bereich der psychischen Gesundheit wahrscheinlich beseitigen wird. Auch alle sonstigen maßgeblichen Inhalte des Gesetzes müssen ihnen verständlich gemacht werden.

Die Personen, die im Gesundheitsministerium für psychische Gesundheit zuständig sind, sollten regelmäßige Besprechungen mit zentralen Mitgliedern dieser Einrichtungen sowie Politikern aller Parteien abhalten. Hilfreich ist es, ihnen in regelmäßigen Abständen Unterlagen mit Informationen zu psychischer Gesundheit und empfohlenen Vorgehensweisen zuzusenden und sie zu Stellungnahmen im Hinblick auf Programme und Gesetzesinitiativen aufzufordern. Lobbyarbeit ist während des gesamten Gesetzgebungsverfahrens – und insbesondere in der Phase der Verabschiedung des Gesetzes – von entscheidender Bedeutung, da auf diese Weise sichergestellt wird, dass der Gesetzgeber den Gesetzesentwurf erhält und dieser die verschiedenen Phasen der Analyse, Erörterung und Verkündung durchläuft.

Verabschiedung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit: Zusammenfassung

- Für die endgültige Verabschiedung von Gesetzen ist das Parlament oder ein souveränes, gesetzgebendes Organ zuständig.
- In einigen Staaten sind die Bundesstaaten/-länder oder Provinzen für Gesetze zur psychischen Gesundheit zuständig, während es in anderen Staaten eine nationale Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit gibt. Soweit es sowohl eine nationale als auch eine föderale Gesetzgebungskompetenz gibt, müssen die Gesetze der Bundesstaaten stets die Grundsätze der nationalen Gesetze beachten.
- In einigen Staaten können Gesetze durch eine Verordnung verkündet werden, die dann anschließend vom Parlament bzw. dem gesetzgebenden Organ bestätigt werden muss.
- Viele gesetzgebende Organe besitzen Ausschüsse, die die Gesetze diskutieren und Stellungnahmen der Öffentlichkeit entgegennehmen, bevor die Gesetzesentwürfe dem Gesetzgeber in einer Plenarsitzung vorgelegt werden.
- Während der Diskussion eines Gesetzesentwurfs können Änderungen vorgeschlagen und angenommen werden. Für ein effektives Vorgehen ist es sinnvoll, dass die Mitglieder des gesetzgebenden Organs umfassend informiert und ihnen die Implikationen aller Änderungen erläutert werden.
- Nach der Verabschiedung eines Gesetzes müssen weitere Handlungen vorgenommen werden: *Ausfertigung* (Unterzeichnung des Gesetzestextes durch das Staatsoberhaupt); *Verkündung* (offizielle Bekanntgabe des verabschiedeten Gesetzes); und *Veröffentlichung* (Abdruck des Gesetzestextes im offiziellen Amtsblatt der Regierung)
- Während der Phase der Verabschiedung von Gesetzen ist es wichtig, die öffentliche Meinung und die Medien zu mobilisieren, damit diese die Verabschiedung des Gesetzesentwurfs befürworten und über die Regelungen, Änderungen und Chancen informiert werden, die das Gesetz beinhaltet.
- In jeder Phase des Gesetzgebungsverfahrens sollte bei den Mitgliedern der Exekutive und Legislative Lobbyarbeit betrieben werden, damit das Gesetz tatsächlich verabschiedet wird und sich alle gesetzlichen Möglichkeiten zur Verbesserung des Lebens der Menschen realisieren lassen.

5. Umsetzung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit

Idealerweise befasst man sich bereits bei der Konzeption der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit mit Fragen der Umsetzung. Während der Ausarbeitung des Gesetzesentwurfs und im Rahmen des Konsultationsverfahrens können viele Umsetzungsschwierigkeiten identifiziert und entsprechende Korrekturmaßnahmen ergriffen werden. Aus der Komplexität der modernen Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit ergeben sich zusätzliche Schwierigkeiten bei der praktischen Anwendung. Häufig wird viel Zeit in die Ausarbeitung des Gesetzesentwurfs und das Gesetzgebungsverfahren investiert, im Hinblick auf die Umsetzung werden jedoch bis zum Inkrafttreten des Gesetzes wenig Vorarbeiten unternommen.

In vielen Staaten hat die Erfahrung gezeigt, dass Rechtspraxis und -theorie häufig stark voneinander abweichen. Umsetzungsprobleme gibt es nicht nur in Staaten, die in der Vergangenheit keine Gesetze zur psychischen Gesundheit hatten. Auch in Staaten, die psychische Gesundheit bereits bisher gesetzlich geregelt hatten, kommt es zu solchen Schwierigkeiten.

Nachdem das Gesetz im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens verabschiedet wurde, ist normalerweise eine kurze Frist einzuhalten, bevor das Gesetz in Kraft treten kann. Dies ist eine wichtige Phase, die es ermöglicht, Verfahren einzuführen, Nachprüfungsorgane zu benennen, Schulungen durchzuführen und sicherzustellen, dass alle Beteiligten darauf vorbereitet sind, das Gesetz ab Inkrafttreten umzusetzen. Hat ein Staat im Zusammenhang mit dem Gesetz Verordnungen erlassen, müssen diese Verordnungen ebenfalls endgültig fertiggestellt und unterzeichnet werden, bevor das Gesetz in Kraft tritt.

In einigen Staaten wird nach Verabschiedung eines Gesetzes entschieden, dass das Gesetz erst in Kraft tritt, nachdem den Behörden eine Frist eingeräumt wurde, in der sie die Infrastruktur aufbauen können, die für die Umsetzung des Gesetzes erforderlich ist.

5.1 Bedeutung und Funktion der Umsetzungsorgane

Ebenso wie die Ausarbeitung von Gesetzen unterschiedlich geregelt sein kann, so kann auch die Zuständigkeit für deren Umsetzung und die Kontrolle der Umsetzung verschiedene Formen annehmen. Die verschiedenen Aufgaben, die sich aus dem Gesetz ergeben, können von unterschiedlichen Gruppen wahrgenommen und überwacht werden. Wenn z. B. (gemäß den Empfehlungen in Kapitel 2) ein Regulierungs- und Aufsichtsorgan eingerichtet wurde, ist es aufgrund seiner festgelegten Aufgaben wahrscheinlich dazu verpflichtet, die Einhaltung bestimmter gesetzlicher Anforderungen zu überwachen. Beispielsweise könnten Regulierungs- oder Aufsichtsorgane verpflichtet werden, die Einrichtungen regelmäßig darauf zu überprüfen, ob die Rechte der Patienten gewahrt werden. Darüber hinaus könnte ihnen die Aufgabe zugewiesen werden, Beschwerden entgegenzunehmen und beeinträchtigende und irreversible Behandlungsmethoden zu überwachen (s. Kapitel 2 Unterkapitel 13).

Diese Aufgaben ermöglichen es ihnen, die Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zu beurteilen. Wenn die Nachprüfungsorgane dem zuständigen Minister unmittelbar Bericht erstatten, ist dieser stets über Umfang und Effizienz der Umsetzung informiert. Dies sollte die Regierung jedoch nicht davon abhalten, selbst Normen, Standards und Indikatoren festzulegen, anhand derer überprüft werden kann, ob die gesetzlichen Vorschriften eingehalten werden. Die Einhaltung der Gesetze muss überwacht und evaluiert werden. Werden Gesetze nicht umgesetzt, müssen die erforderlichen Maßnahmen ergriffen werden.

Beispiel: Ausschuss zur Überwachung des geltenden Rechts in Portugal

In Portugal schreibt die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit vor, dass ein Ausschuss eingerichtet wird, dessen Aufgabe darin besteht, „Informationen zur Anwendung des ... Gesetzes zu erheben und zu analysieren“ und „der Regierung Maßnahmen vorzuschlagen, die für die Umsetzung des geltenden Gesetzes notwendig erscheinen“. Durch diese Lösung wird die Überwachung des Gesetzes im Gesetz selbst förmlich festgeschrieben, und so wird gewährleistet, dass ein laufendes Bewertungs- und Rückmeldungsverfahren stattfindet. Da Vertreter der Nutzer und Familienangehörigen rechtsverbindlich in den Ausschuss berufen werden, ist durch dessen Zusammensetzung sichergestellt, dass die gesetzlichen Rechte der Nutzer und Angehörigen berücksichtigt werden.

(Persönliche Mitteilung, Dr. J.M. Caldas de Almeida, Regionalberater für die WHO-Region Gesamtamerika, 2003)

Unabhängig davon, was für eine Aufsichtsbehörde eingerichtet wird oder welchem Gremium man diese Aufgabe zuteilt, sollte die entsprechende Einrichtung über einen festgelegten Zeitplan, messbare Zielsetzungen und die erforderlichen administrativen und finanziellen Befugnisse verfügen, damit eine wirksame und schnelle Umsetzung gewährleistet ist. Im Folgenden werden beispielhaft einige Aufgaben aufgeführt, die es erforderlich machen können, dass der Aufsichtsbehörde ein entsprechendes Mandat erteilt und sie mit den notwendigen Befugnissen und finanziellen Ressourcen ausgestattet wird:

- Entwicklung von Regeln und Verfahren zur Umsetzung
- Vorbereitung standardisierter Dokumentationsinstrumente zur Protokollierung und zur Überwachung der Umsetzung
- Sicherstellung geeigneter Schulungsmaßnahmen für psychosoziale Fachkräfte und gegebenenfalls Einführung von Zertifizierungsverfahren
- Erarbeitung von Lösungen für Personalfragen, z. B. Ermächtigung der nicht-medizinischen psychosozialen Fachkräfte (Krankenschwestern und -pfleger, sonstiges Pflegepersonal, Psychologen, psychiatrische Sozialarbeiter), nach angemessener Schulung und Supervision in bestimmten Situationen als Spezialisten tätig zu werden, und
- Überwachung der Umsetzung

Der Besuch psychosozialer Einrichtungen mit dem Zweck, die Umsetzung der Gesetzgebung zu überwachen, ist eine wichtige Maßnahme, die vor ungerechtfertigter nicht freiwilliger Internierung und Beschränkung von Patientenrechten schützt. Durch derartige Inspektionsgremien können die Lebensbedingungen in psychosozialen Einrichtungen überwacht werden und es wird sichergestellt, dass Behandlungs- und Versorgungspraktiken nicht gegen die Rechte von Menschen mit psychischen Störungen verstoßen und dass die gesetzlichen Schutzmechanismen durch die psychosozialen Einrichtungen umgesetzt werden.

Darüber hinaus müssen Beschwerdeverfahren entsprechend den gesetzlichen Vorgaben schnell und wirksam umgesetzt werden. Insbesondere sollten die psychosozialen Einrichtungen die Nutzer und deren Angehörige für ihre Rechte sensibilisieren, die in den Gesetzen zur psychischen Gesundheit festgelegt sind, und sie darüber informieren, wie sie gegebenenfalls bei Missständen mit Hilfe des Beschwerdeverfahrens für Abhilfe sorgen können.

Auch wenn solche wichtige Regelungen zu Aufsichtsorganen vorhanden sind, ist dies keine Garantie für den Schutz von Menschen mit psychischen Störungen. In vielen Staaten gibt es Aufsichtsorgane, und dennoch dauern Menschenrechtsverletzungen an. Stets sollte man sich bewusst sein, dass das Gesetz den Rechtsweg zu den Gerichten vorsieht und dieser gegebenenfalls beschriftet werden sollte. Normalerweise enthalten die Gesetze Bestimmungen, wie Gesetzesübertretungen zu sanktionieren sind, und jeder Bürger sowie jede Organisation ist berechtigt, sich bei Gesetzesverletzungen an die Staatsanwaltschaft oder an sonstige zuständige Amtsträger des Strafrechtssystems zu wenden (s. Kapitel 2 Unterkapitel 18).

Beispiel: Aktive Maßnahmen der Nationalen Kommission zum Schutz der Rechte von Menschen mit psychischen Störungen in Chile

Im Rahmen der umfassenden Reform des chilenischen Gesundheitssektors wurden neue gesetzliche Bestimmungen zu Patientenrechten eingeführt, was die Umsetzung von Maßnahmen zur Förderung und zum Schutz der Rechte von Menschen mit psychischen Störungen erleichtert hat. Im März 2001 nahm die Nationale Kommission zum Schutz von psychisch kranken Menschen unter Beteiligung der Nutzer und ihrer Angehörigen die Arbeit auf. In Chile wurde erfolgreich ein Verfahren eingeleitet, mit dem psychosoziales Gesundheitspersonal über die Rechte von Menschen, die an psychischen Störungen leiden und in psychiatrische Einrichtungen eingewiesen werden, informiert wird. Die allgemeine Praxis, bei psychischen Störungen, die mit gewalttätigem Verhalten einhergehen, psychochirurgische Eingriffe vorzunehmen, wurde in Chile erfolgreich unterbunden. Darüber hinaus wurden Ermittlungen zu Menschenrechtsverletzungen in bestimmten psychiatrischen Einrichtungen eingeleitet, und Menschen mit psychischen Störungen sowie deren Angehörige können nun ihre Probleme beim Zugang zu Behandlung und Rehabilitation darlegen. Die Wirkung der Tätigkeit der Kommission lässt sich beispielhaft an der Tatsache ablesen, dass vor Einrichtung der Kommission jährlich an durchschnittlich 40 Patienten, die schwere psychische Störungen verbunden mit aggressivem Verhalten aufwiesen, psychochirurgische Eingriffe vorgenommen wurden. In den ersten zweieinhalb Jahren nach Einrichtung der Kommission wurde diese lediglich in 11 Fällen ersucht, die Erforderlichkeit eines psychochirurgischen Eingriffs zu bewerten, und in allen Fällen wurde ein solcher Eingriff abgelehnt, da geeignetere Maßnahmen zu Verfügung standen, die für die Patienten weniger riskant waren.

(Persönliche Mitteilung, Dr. A. Minoletti, Gesundheitsministerium, Chile, 2002)

5.2 Verbreitung und Schulung

Häufig sind die Öffentlichkeit, die Fachkräfte, die Menschen mit psychischen Störungen, deren Angehörige und die Interessenverbände, die sich für sie einsetzen, schlecht über die Änderungen informiert, die die neue Gesetzgebung mit sich bringt. In einigen Fällen sind sie zwar über die Änderungen gut informiert, doch die Gründe für die Veränderungen wurden ihnen nicht überzeugend dargelegt, und daher halten sie sich nicht an die gesetzlichen Bestimmungen. Dies gilt insbesondere dann, wenn die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit zur Folge hat, dass sie ihre üblichen Praktiken im Bereich psychische Gesundheit erheblich verändern müssen.

5.2.1 Information und Aufklärung der Öffentlichkeit

Die kulturellen und sozialen Werte, Überzeugungen, Einstellungen und Traditionen der jeweiligen Gesellschaft beeinflussen deren Haltung gegenüber psychischer Gesundheit, psychischen Störungen und den davon betroffenen Personen. Stigmatisierungen, Mythen und Fehleinschätzungen im Zusammenhang mit psychischen Störungen führen zu Diskriminierungen und Menschenrechtseingriffen und können die wirksame Umsetzung einer menschenrechtsorientierten Gesetzgebung behindern. Daher ist ein verändertes öffentliches Bewusstsein ein wichtiger Faktor, um die Umsetzung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit zu erreichen.

Durch Diffusion von Informationen zu psychischer Gesundheit, einschließlich Informationen zu den Rechten, die sich aus den neuen Gesetzen ergeben, lässt sich die Haltung der Öffentlichkeit gegenüber Menschen mit psychischen Störungen verändern. Programme zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit müssen bestimmte gesetzliche Vorschriften hervorheben und deren Aufnahme in das Gesetz erläutern. Beispielsweise sollte dargelegt werden, weshalb Bestimmungen zum Zugang zu psychosozialer Versorgung und zum Schutz der Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen aufgenommen wurden. Bei diesem Prozess können die Medien eine wichtige Rolle einnehmen. Sie können darauf hinweisen, wie wichtig es ist, die Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen zu achten, und sie können die Bemühungen unterstützen, die Öffentlichkeit über Erfolge bei der Behandlung psychischer Störungen aufzuklären, insbesondere über die Wirksamkeit gemeindenaher Rehabilitationsprogramme.

5.2.2 Nutzer, Angehörige und Interessenvertreter

Die Nutzer psychosozialer Dienste, deren Angehörige und Interessenverbände müssen aufgeklärt, informiert und geschult werden. Die betreffenden Personen und/oder Gruppen müssen die gesetzlichen Bestimmungen kennen und insbesondere wissen, welche Rechte ihnen per Gesetz zustehen. In diesem Kapitel ist bereits hervorgehoben worden, wie wichtig es ist, dass NGOs, die die Nutzer und deren Angehörige vertreten, während des gesamten Verfahrens der Ausarbeitung, Beratung und Verabschiedung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit in die Maßnahmen einbezogen werden. Dennoch werden nicht alle Nutzer und Angehörigen an den Verfahren beteiligt worden sein. Sie müssen jedoch alle informiert werden, selbst wenn das Gesetz bereits verabschiedet wurde. Im Rahmen der Programme zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit können auch Organisationen einbezogen werden, die die Nutzer und deren Angehörige vertreten, sowie sonstige Interessenverbände. In Staaten, in denen Nutzer- und Angehörigenverbände nicht gut organisiert sind oder ihnen nur geringe finanzielle Mittel zur Diffusion der Informationen zur Verfügung stehen, müssen Instrumente gefunden werden, die eine größtmögliche Diffusion ermöglichen (nähere Einzelheiten im Modul *Advocacy for Mental Health* (WHO 2003b)): http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/.

Beispiel: Einsatz von Interessenvertretungen zur effektiven Umsetzung in Österreich

In Österreich wurde ein Dienst zur Interessenvertretung von Patienten eingerichtet, der über ein umfangreiches Aufgabenspektrum verfügt. In Gerichtsverfahren übernimmt der Dienst die rechtliche Vertretung von Patienten, die in psychiatrische Krankenhäuser eingewiesen wurden. Darüber hinaus können alle Patienten sowie deren Angehörige und Freunde und allgemein alle interessierten Personen von der Einrichtung über Patientenrechte beraten und informiert werden. Der Dienst wird von zwei nichtkommerziellen Einrichtungen betrieben. Die Aufsicht obliegt dem österreichischen Bundesjustizministerium. Die Einrichtungen sind dafür verantwortlich, dass die Interessenvertreter der Patienten geschult, angeleitet und überwacht werden. Die Dienste der Patientenvertreter sind vertraulich und für alle Patienten kostenlos. Jedem nicht freiwilligen Patienten wird automatisch ein Patientenvertreter zugeordnet.

(*Beermann, 2000*)

5.2.3 Fachkräfte für psychische Gesundheit und für allgemeine Gesundheit und sonstige Fachkräfte

Für eine wirksame Umsetzung ist es außerordentlich wichtig, dass die Fachkräfte für psychische Gesundheit und für allgemeine Gesundheit und die sonstigen Fachkräfte die Gesetze zur psychischen Gesundheit genau kennen. Daher müssen besondere Schulungen für u. a. Gesundheitsfachkräfte und Fachkräfte für psychische Gesundheit sowie für sonstiges Gesundheitspersonal, für Vollstreckungsbehörden (Polizei und Gerichtssystem), Anwälte, Sozialarbeiter, Lehrer und Personalbeauftragte gefördert werden. Gemeinsame Schulungszentren, in denen sich die Fachkräfte aus dem Gesundheitsbereich mit Fachkräften aus anderen Disziplinen austauschen können, verbessern das Verständnis für psychische Gesundheit und psychische Störungen, für die Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen und für die gemeinsame Sprache, derer sich alle bedienen, die sich mit Menschen mit psychischen Störungen beschäftigen. Bei der Schulung von Gesundheitsfachkräften und Fachkräften für psychische Gesundheit und dem entsprechenden sonstigen Personal müssen vor allem Themen behandelt werden, die das Recht auf Behandlung und Versorgung betreffen, einschließlich des Rechts auf Einhaltung der Verfahren für nicht freiwillige Einweisung und Behandlung.

Auch wenn ein Gesetz sorgfältig formuliert wurde, wird es dennoch Bestimmungen geben, die zweideutig sind oder bei denen sich Zweck und Implikationen nicht vollständig erschließen. Im Rahmen von Schulungen können die einzelnen Gesetzesbestimmungen umfassend erörtert werden, und ihre Bedeutungen und Implikationen können zum Gegenstand ausführlicher Diskussionen gemacht werden.

Beispiel: Schulung zur Umsetzung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit in Südafrika

Bei den Schulungen zur Umsetzung des Mental Health Care Act 2002 in Südafrika entzündeten sich an kurzen Formulierungen wie „die am wenigsten restriktive Umgebung“ und „im Interesse des Nutzers“ stundenlange Diskussionen über die Bedeutung dieser Begriffe in unterschiedlichen Situationen und Szenarios. Die Teilnehmer wiesen darauf hin, dass die Bedeutung dieser Bestimmungen wahrscheinlich untergegangen wäre und die Gründe für die Aufnahme der Begriffe daher bei der Umsetzung nicht berücksichtigt worden wären, wenn keine Schulung stattgefunden hätte und sich die Schulungsleiter nicht speziell auf die Implikationen dieser Bestimmungen konzentriert hätten.

(*Persönliche Korrespondenz mit M. Freeman, Gesundheitsministerium, Südafrika, 2003*)

5.2.4 Erstellung von Informationsmaterial und Leitfäden

Um Informationen bereitzustellen, die für die verschiedenen Akteure – z. B. Gesundheitsfachkräfte, Patienten und Familienangehörige – wichtig sind, können Leitlinien entwickelt werden. Die Leitlinien könnten spezielle Informationen zu schwer verständlichen Aspekten der Gesetzgebung liefern. Sie könnten nähere Einzelheiten zur Auslegung enthalten oder eine entsprechende Orientierungshilfe bieten. Darüber hinaus könnten Schemata erarbeitet werden, die die Verfahren – z. B. nicht freiwillige Einweisung und Behandlung – veranschaulichen und angeben, welche Formulare zu welchem Zeitpunkt des Verfahrens benötigt werden.

Beispiel: British Columbia entwickelt „Leitlinien zum Mental Health Act“

In British Columbia waren *Leitlinien zum Mental Health Act* entwickelt worden, die die Umsetzung der neuen Gesetzgebung fördern sollten. Sie enthalten einen Überblick zum gesamten Gesetz sowie Anhänge für die verschiedenen Akteure, z. B. Erläuterungen zur Bescheinigung des Gemeindefacharztes bei nicht freiwilligen Patienten, zu Unterstützungsangeboten für Familien, die Zugang zu Ärzten und Gerichten erhalten möchten, sowie zu den polizeilichen Kriterien und Verfahren.

(*Persönliche Korrespondenz mit Dr. John Gray, Internationale Gesellschaft für Gerontologie, Kanada*)

Weitere wichtige Instrumente, mit denen die korrekte Umsetzung der Gesetze gewährleistet werden kann, sind förmliche Richtlinien für Fachkräfte, z. B. in Form eines Praxiskodex. Die Richtlinien können die Werte und Grundsätze, auf denen die Gesetzgebung aufbaut, erneut hervorheben, die Zielsetzungen der verschiedenen gesetzlichen Regelungen erläutern und einschlägige Gerichtsurteile darlegen.

Beispiel: Praxiskodex für England und Wales

In England und Wales war der Gesundheitsminister aufgrund der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit verpflichtet, einen Praxiskodex zu erstellen. Die darin enthaltenen Richtlinien gehen deutlich über den zugrunde liegenden Gesetzestext hinaus und erläutern den Fachkräften und der Öffentlichkeit, wie die Gesetze umgesetzt werden sollten (s. www.doh.gov.uk/mhac1983.htm).

(*Mental Health Care Act 1983, Code of Practice [Praxiskodex] (1999), London, Stationary Office*)

5.3 Finanzierung und personelle Ressourcen

Schnelligkeit und Wirksamkeit der Umsetzung hängen mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ab, dass ausreichend finanzielle Ressourcen verfügbar sind. Die Schwierigkeiten, die sich daraus ergeben, dass Gesetzesentwürfe aufgrund finanzieller Engpässe nicht umgesetzt werden können, sind bereits erörtert worden (s. Kapitel 2 Unterkapitel 4). Ein zusätzliches Ressourcenproblem entsteht dadurch, dass eine neue Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit normalerweise dazu führt, dass die institutionalisierte Krankenhausversorgung auf die Gemeinde verlagert wird, und dies kann eine zusätzliche Finanzierung erforderlich machen. Auch wenn auf lange Sicht eine Umverteilung der Ressourcen von institutionalisierten Einrichtungen zu gemeindenahen Einrichtungen praktikabel ist, so kann es kurzfristig erforderlich sein, sowohl institutionalisierte Einrichtungen als auch gemeindenahen Einrichtungen aufrechtzuerhalten, bis die gemeindenahen Einrichtungen so weit entwickelt sind, dass sie die benötigten Dienstleistungen erbringen können.

Man kann darüber streiten, welchen Anteil die finanziellen Mittel für die psychische Gesundheit am Gesamthaushalt eines Staates oder an dessen Gesundheitsbudget einnehmen sollten. Die Diskussion dieser Frage ist jedoch nicht Thema der vorliegenden Materialsammlung. Trotzdem ist hervorzuheben, dass psychischer Gesundheit häufig eine niedrigere Priorität eingeräumt wird als sonstigen gesundheitlichen Belangen und dass die Ressourcen für psychische Gesundheit gerechter verteilt werden müssen, damit gute Gesetze zur psychischen Gesundheit wirksam umgesetzt werden können. Darüber hinaus bietet sich Raum für Diskussionen im Hinblick auf potenzielle Konflikte bei der Verteilung von Ressourcen, wenn diese für unterschiedliche gesetzliche Bestimmungen zur psychischen Gesundheit eingesetzt werden können. Beispielsweise stellt sich die Frage, ob die vorhandenen Ressourcen für zusätzliches Personal in der gemeindenahen Versorgung oder aber für Einrichtung und Betrieb eines Nachprüfungsorgans für psychische Gesundheit eingesetzt werden sollen.

In vielen Bereichen progressiver Gesetzgebung wird es erforderlich sein, geeignete Bestimmungen zur Budgetierung der Umsetzungsaktivitäten zu erlassen. Um die Nachprüfungsorgane einzurichten und deren Funktionsfähigkeit zu gewährleisten, um psychosoziale Fachkräfte für die Anwendung der

Gesetze zu schulen und um die notwendigen Veränderungen der psychosozialen Dienste gemäß den gesetzlichen Bestimmungen vorzunehmen, müssen finanzielle Mittel vorhanden sein. Die entsprechenden Verhandlungen sollten während des Verfahrens der Ausarbeitung und Verabschiedung der Gesetze zur psychischen Gesundheit stattfinden (Erläuterungen zur Finanzierung im Bereich psychische Gesundheit finden sich in *Mental Health Policy and Service Guidance Package; Mental Health Financing* (WHO, 2003d): http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/).

Beispiel: Hindernisse und begünstigende Faktoren bei der wirksamen Umsetzung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit

Hindernisse	Begünstigende Faktoren
Fehlende Koordinierung der Maßnahmen zur Umsetzung der Gesetze zur psychischen Gesundheit (Fehlen einer zentralen Behörde oder Einrichtung, die den Umsetzungsprozess überwacht).	Benennung einer koordinierenden Stelle oder Ergreifen von Maßnahmen, die die Benennung einer solchen, den Umsetzungsprozess überwachenden Stelle (z. B. Nachprüfungsorgan für psychische Gesundheit) gewährleisten, indem eine entsprechende Bestimmung in den Gesetzestext aufgenommen wird.
Unwissenheit, Fehleinschätzungen und Widerstand der Allgemeinheit, der Nutzer und Betreuer im Hinblick auf die Änderungen, die durch die neue Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit eingeführt werden.	Kampagnen zur Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit könnten Inhalt und Zielsetzung der neuen Gesetze zur psychischen Gesundheit beleuchten.
Fachkräfte für psychische Gesundheit und für allgemeine Gesundheit und sonstige Fachkräfte kennen die Vorschriften zur psychischen Gesundheit nicht oder widersetzen sich ihnen.	Schulungen für Fachkräfte für psychische Gesundheit und für allgemeine Gesundheit und sonstige Fachkräfte könnten Erläuterungen der Vorschriften zur psychischen Gesundheit beinhalten. Leitlinien könnten nähere Einzelheiten der Gesetzgebung darlegen.
Fehlende psychosoziale Personalressourcen zur Umsetzung der gesetzlichen Anforderungen.	Allgemeine Gesundheitsfachkräfte und sonstiges Gesundheitspersonal sollten zu psychischer Gesundheit geschult werden (weitere Einzelheiten im Modul <i>Organization of Services for Mental Health</i> [Dienstleistungsorganisation im Bereich psychische Gesundheit] (WHO, 2003c); sowie im Modul <i>Human Resources and Training in Mental Health</i> [Personalressourcen und Schulungen im Bereich psychische Gesundheit] (WHO, 2005): (http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/).
Fehlende finanzielle Ressourcen zur Entwicklung von Mechanismen zur Umsetzung des Gesetzes (z. B. Interessenvertretungen, Aufklärungsarbeit, Schulungen, Inspektionsgremien, Beschwerdeverfahren).	Bereitstellung zusätzlicher Mittel und Verteidigung des Budgets für psychische Gesundheit und für Umsetzung der Gesetze zur psychischen Gesundheit.

In allen Staaten kommt den personellen Ressourcen bei der Umsetzung von Gesetzen eine besondere Bedeutung zu. Bei der wirksamen psychosozialen Versorgung durch spezialisierte psychosoziale Dienste, sowohl im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung als auch innerhalb der Gemeinschaft, spielen psychosoziale Fachkräfte eine zentrale Rolle. Gibt es zu wenige Fachkräfte oder sind diese nicht angemessen ausgebildet, so lässt sich die psychosoziale Versorgung nicht verbessern und das wichtigste Ziel der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit ist zum Scheitern verurteilt. Darüber hinaus müssen Investitionen getätigt werden, damit alle Personen, die bei der Umsetzung des Gesetzes eine Rolle spielen (z. B. Gerichte, Polizei, Mitglieder von Nachprüfungsorganen für psychische Gesundheit), geschult werden und auf diese Weise gewährleistet ist, dass sie mit allen Aspekten des Gesetzes vertraut sind und wissen, welche Funktionen und Aufgaben ihnen bei der praktischen Anwendung der Vorschriften zukommen.

Umsetzung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit: Zusammenfassung

- Zur reibungslosen Einführung einer neuen Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit müssen umfangreiche Vorarbeiten geleistet werden. Der Zeitraum zwischen Verabschiedung und Umsetzung der Gesetzgebung ist besonders wichtig, da in dieser Phase Implementierungsverfahren organisiert werden können, z. B. durch Einrichtung von Nachprüfungsorganen, Schulungen zur neuen Gesetzgebung und Vorbereitung der Personen, die mit der Umsetzung befasst sein werden.
- Es erleichtert den Übergang, wenn standardisierte Formulare und sonstige Verwaltungsverfahren bereits entwickelt wurden.
- Es müssen Verfahren eingerichtet werden, mit denen die Umsetzung der Gesetzgebung überwacht werden kann. Dies kann durch ein unabhängiges Gremium und/oder die Implementierungseinrichtung selbst (z. B. die Regierung) erfolgen.
- Sowohl Implementierungs- als auch Aufsichtsorgane sollten sich an einen Zeitplan mit messbaren Zielsetzungen halten, und ihnen sollten alle Befugnisse übertragen werden, die zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben erforderlich sind.
- Für eine erfolgreiche Umsetzung der Gesetzgebung ist es wichtig, dass eine Veränderung des öffentlichen Bewusstseins stattfindet und die Stigmatisierungen und Diskriminierungen eingedämmt werden.
- Nutzer, deren Angehörige sowie Interessenverbände profitieren am besten von der Gesetzgebung, wenn diese ihnen genau bekannt ist. Die Schulung dieser Gruppen ist für die Umsetzung von zentraler Bedeutung.
- Auch psychosoziale und sonstige Fachkräfte müssen geschult werden, damit sie sich an Wortlaut und Ziele des Gesetzgebers halten.
- Die zuständigen Behörden müssen für die Umsetzung der Gesetzgebung finanzielle und personelle Ressourcen bereitstellen und auf diese Weise der neuen Gesetzgebung Gewicht und Glaubwürdigkeit verleihen. Die Aushandlung dieser Ressourcen sollte begleitend während der Ausarbeitung und Verabschiedung der Gesetzgebung erfolgen.

Wir haben nun gesehen, dass eine progressive Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit ein wichtiges Instrument zum Schutz der Rechte von Menschen mit psychischen Störungen sein kann. Die vorliegende Materialsammlung hat zentrale internationale und regionale Menschenrechtsstandards hervorgehoben, die von den Regierungen geachtet, geschützt und verwirklicht werden müssen. Darüber hinaus erläutert dieses Buch, welche Themen und Bestimmungen von einer progressiven Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit berücksichtigt werden müssen. Schließlich wird untersucht, welche praktischen Vorgehensweisen für die wirksame Ausarbeitung, Verabschiedung und Umsetzung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit empfehlenswert sind. Dabei werden Schwierigkeiten und Hindernisse und mögliche Lösungen zur Überwindung dieser Hindernisse vorgestellt.

Jeder einzelne Staat ist dafür verantwortlich, im Einklang mit diesen Informationen zu handeln und für das notwendige politische Engagement zu sorgen, damit die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit erfolgreich eingeführt/weiterentwickelt oder reformiert und anschließend umgesetzt werden kann.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Resource Book on Mental Disorders: DSM – IV*, 4th ed. Washington, DC.

Arboleda-Flórez J (2001). Stigmatization and human rights violations. World Health Organization, *Mental Health: A Call for Action by World Health Ministers*. Geneva, WHO: 57-70.

Arjonilla S, Parada IM, Pelcastre B (2000). When mental health becomes a priority. *Salud Mental [Mental Health]*, 23(5): 35-40. (In Spanish.)

BBC News (1998). Shackled day and night in Nigeria. BBC News web site at: (<http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/africa/76130.stm>), accessed on 10 April.

Beermann E. (2000). Patients' rights protections, mental health legislation and patients' advocacy services in Austria: Recognition and protection of patients' rights. Paper presented at the International workshop in Budapest, 19-21 May 2000. Organized by the Hungarian Civil Liberties Union, supported by The Ford Foundation: 66-73

Bertolote JM, Sartorius N (1996). WHO initiative of support to people disabled by mental illness: Some issues and concepts related to rehabilitation. *European Psychiatry*, 11(Suppl. 2), 56s-59s.

Congo v. Ecuador, Report 63/99, Case 11.427, April 13, 1999, Inter-American Commission of Human Rights, Organization of American States.

Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) (2002). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Prepared in collaboration with the World Health Organization, Geneva, WHO.

Gostin LO (2000). Human rights of persons with mental disabilities: The European Convention of Human Rights. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(2):125-159.

Harrison K (1995). Patients in the community. *New Law Journal*, 276:145.

Henderson C et al. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: Single blind randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 329:136

International Digest of Health Legislation (2000). (<http://www.who.int/idhl>). Geneva, World Health Organization.

Livesley J (2001). *The Handbook of Personality Disorder*. New York, NY, Guilford Press.

Mental Disability Advocacy Center (MDAC) (2003). *Caged Beds: Inhuman and Degrading Treatment in Four EU Accession Countries*, Budapest, Mental Disability Advocacy Center.

Mental Disability Rights International (2000). *Report on Human Rights and Mental Health: Mexico*. Washington DC, Mental Disability Rights International.

Rosenthal E, Éva Szeli E (2002). *Not on the Agenda: Human Rights of People with Mental Disabilities in Kosovo*. Washington DC, Mental Disability Rights International.

Rosenthal E, Sundram C (2002). International Human Rights in Mental Health Legislation. *New York Law School Journal of International and Comparative Law*. Volume 21 (3), p.469.

Schuurs v. the Netherlands, App. No 10518/83, 41 Dec., & Rep.186, 188-189, 1985, European Commission of Human Rights, Council of Europe.

Sperry L (2003). *Handbook of Personality Disorder: DSM-IV-TR*. New York, Brunner and Rutledge.

Starson v. Swayze, [2003] 1 S.C.R. 722, 2003 SCC 32. Ontario, Canada. 6 June 2003

Swanson JW et al. (2000). Involuntary outpatient commitment and reduction in violent behaviour in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 176:324-331.

Swartz MS et al. (1999). Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomised trial with severely mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry*, 156:1968–1975.

Thomas T (1995). Supervision registers for mentally disordered people. *New Law Journal*, 145:565.

Torrey EF (1995). Jails and prisons – America's new mental hospitals. *American Journal of Public Health* 85: 1611-3.

United Nations (2003). Progress of efforts to ensure the full recognition and enjoyment of the human rights of persons with disabilities. *Report of the Secretary-General, to the United Nations General Assembly A/58/181*, July 2003.

Wachenfeld M (1992). The human rights of the mentally ill in Europe under the European Convention on Human Rights. *Nordic Journal of International Law*, 107:292.

World Network of Users and Survivors of Psychiatry (2001). Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care. Position paper. Approved at the WNUSP General Assembly in Vancouver, Canada, July 2001.
(<http://www.wnusp.org/wnusp%20evas/Dokumenter/positionpaper.html>)

WHO (1992). *Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (ICD-10)*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2001a). *Atlas: Mental Health Resources in the World: 2001*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2001b) *World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2001c). *The Role of International Human Rights in National Mental Health Legislation*. Geneva, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.
(http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/).

WHO (2001d). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICIDH-2)*. Final draft, full version. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003a). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Planning and Budgeting Services for Mental Health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003b). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Advocacy for Mental Health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003c). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003d). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Financing*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2005). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Human Resources and Training in Mental Health*. Geneva, World Health Organization

Internationale Standards und Dokumente zu Menschenrechten und psychischer Gesundheit

Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights (1988). Organization of American States, Treaty Series No. 69 (1988) signed 17 November 1988. (www.cidh.oas.org/Basicos/basic5.htm)

African [Banjul] Charter on Human and Peoples' Rights (1982) adopted 27 June 1981. Organization of African Unity, doc., CAB/LEG/67/3 rev. 5, 21 I.L.M. 58 (1982), entered into force 21 October 1986. (http://www.achpr.org/english/_info/charter_en.html)

American Convention on Human Rights (1978). Adopted at the Inter-American Specialized Conference on Human Rights, San José, Costa Rica, 22 November 1969 (<http://www.cidh.oas.org/Basicos/basic3.htm>)

American Declaration of the Rights and Duties of Man (1948). Approved by the Ninth International Conference of American States, Bogotá, Colombia, 1948. (<http://www.iachr.org/Basicos/basic2.htm>)

Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment. Adopted by United Nations General Assembly resolution 43/173 of 9 December 1988. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp36.htm)

Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. United Nations General Assembly resolution 39/46, annex, 39 UN GAOR Supp. (No. 51) at 197, UN Doc. A/39/51 (1984). Entered into force 26 June 1987. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_cat39.htm)

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1979). Adopted by United Nations General Assembly resolution 34/180, of 18 December 1979 (www.unhchr.ch/html/menu3/b/e1cedaw.htm)

Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1965). Adopted by UN General Assembly Resolution 2106 (XX) of 21 December 1965. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/d_icerd.htm).

Convention on the Rights of the Child (1989). Adopted by United Nations General Assembly resolution 44/25 of 20 November, 1989. (<http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/treaties/crc.htm>).

Declaration of Caracas (1990). Adopted on 14 November 1990 by the Regional Conference on the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America, convened in Caracas, Venezuela, by the Pan American Health Organization/WHO Regional Office for the Americas. (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/boxes/box3.3.htm>).

Declaration of Madrid (1996). Approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association on 25 August 1996 and amended by the General Assembly in Yokohama, Japan in August 2002. (<http://www.wpanet.org/home.html>).

Declaration of Hawaii (1983). Approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association in Vienna, Austria on 10 July 1983. (<http://www.wpanet.org/generalinfo/ethic5.html>)

Eighth General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997, CPT/Inf (98) 12 (1998). European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment. Council of Europe, 31 August 1998. (<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/CadreListeTraites.htm>).

European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment(1987). Adopted by the Council of Europe, 26 November 1987. (<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/126.htm>)

European Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being, with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (1996). Adopted by the Council of Europe, 19 November 1996. (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm>)

European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (1950). Adopted by the Council of Europe, 4 November 1950. (<http://conventions.coe.int/treaty/en/Treaties/Html/005.htm>)

European Social Charter (1961). Adopted by the Council of Europe 18 October 1961. (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/035.htm>)

European Social Charter – revised (1996), adopted by the Council of Europe, 3 May 1996. (<http://conventions.coe.int/treaty/EN/Treaties/Html/163.htm>)

Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders (1996). Geneva, World Health Organization. (http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_MNH_MND_95.4.pdf)

Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Persons With Disabilities (1999). Adopted at Guatemala City, Guatemala, at the twenty-ninth regular session of the General Assembly of the OAS, AG/RES. 1608, 7 June 1999. (<http://www.cidh.oas.org/Basicos/disability.htm>).

International Covenant on Civil and Political Rights (1966). Adopted by UN General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.htm).

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966). Adopted by UN General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm).

International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects (2002). Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). (http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm).

Mental Health Care Law: Ten Basic Principles (1996). Geneva, World Health Organization. (http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_MNH_MND_96.9.pdf).

Principles for the Protection of Persons With Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care (MI Principles) (1991). UN General Assembly Resolution 46/119 of 17 December 1991. (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>)

Recommendation of the Inter-American Commission on Human Rights for the Promotion and Protection of the Rights of the Mentally Ill (2001). Annual report of the Inter-American Commission on Human Rights 2000, IACHR, OAS/ser/L/V/II.111/doc. 20, rev (2001). (<http://www.cidh.org/annualrep/2000eng/chap.6e.htm>)

Recommendation 1235 on Psychiatry and Human Rights (1994). Council of Europe. (<http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/ta94/EREC1235.htm>).

Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education (1994). Paris, UNESCO. (http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_EPDF).

Siracusa Principles on the Limitation and Derogation of Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, UN Doc. E/CN.4/1985/4 (1985). United Nations Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities, United Nations, Economic and Social Council. (www1.umn.edu/humanrts/instatee/siracusaprinciples.html)

Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, in Geneva, 1955, and approved by the Economic and Social Council by its resolution 663 C (XXIV) of 31 July 1957 and 2076 (LXII) of 13 May 1977. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm)

Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities (1993). UN General Assembly Resolution 48/96 of 20 December 1993. (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>)

Recommendation No. Rec(2004)10 Concerning the Protection of the Human Rights and Dignity of Persons with Mental Disorder (2004). Adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe, 22 September 2004. ([http://www.coe.int/T/E/Legal_affairs/Legal_cooperation/Bioethics/News/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/T/E/Legal_affairs/Legal_cooperation/Bioethics/News/Rec(2004)10%20e.pdf))

Resolution on a Comprehensive and Integral International Convention to Promote and Protect the Rights and Dignity of Persons With Disabilities. United Nations General Assembly Resolution 56/168, 26 February 2002. ([http://www.un.org/esa/socdev/csd/2002disabilityres\(B\).htm](http://www.un.org/esa/socdev/csd/2002disabilityres(B).htm))

Universal Declaration of Human Rights (1948). Adopted and proclaimed by UN General Assembly Resolution 217 A (III) of 10 December 1948. (<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.htm>)

Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights (1997). UNESCO. (http://www.unesco.org/shs/human_rights/hrbc.htm)

Vienna Declaration and Programme of Action (1993). UN General Assembly A/CONF.157/23 adopted by the World Conference on Human Rights on 25 June 1993. ([http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.En?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.En?OpenDocument))

- Araya R et al. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178: 228-233.
- Breakey WR (1996). The rise and fall of the state hospital. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York, Oxford University Press.
- Busfield J (1996). Professionals, the state and the development of mental health policy. In: Heller T et al., eds. *Mental health matters: A reader*. London, MacMillan.
- Edwards G et al. (1997). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford, Oxford University Press.
- Goodwin S (1997). *Comparative Mental Health Policy: From Institutional to Community Care*. London, Sage Publications.
- Grisso T, Appelbaum PS (1993). Structuring the debate around ethical predictions of future violence. *Law and Human Behaviour*, 17: 482-485.
- Human Rights Branch, Attorney General's Department, Canberra (Australia) (1996). *Report on A Rights Analysis Instrument for Use in Evaluating Mental Health Legislation*. Prepared for the Australian Health Minister's Advisory Council National Mental Health Working Group, December 1996.
- Mann J et al. (1994). Health and Human Rights. *Journal of Health & Human Rights*, 1:6-22.
- Menzies R, Chun DE, Webster CD (1992). Risky Business. The classification of dangerous people in the Canadian carceral enterprise. In: Visano LA, McCormic KRE, eds. *Canadian Penology: Advanced Perspectives and Applications*. Toronto, Canada, Canadian Scholars Print.
- Monahan J (1992). Mental disorder and violent behaviour: perceptions and evidence. *American Psychologist*. 47, 3, 511-521.
- Neugeboren J (1999). *Transforming Madness: New Lives for People Living with Mental Illness*. New York, William Morrow and Company, Inc.
- Nilstun T, Syse A (2000). The right to accept and the right to refuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (Suppl):31-34.
- Streeter PA (1998). Incarceration of the mentally ill: Treatment or warehousing? *Michigan Bar Journal*, February issue:166-170.
- Swanson JW et al. (2000). Involuntary outpatient commitment and reduction in violent behaviour in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 176:324-331.
- WHO (1996). *Global Action for the Improvement of Mental Health Care: Policies and Strategies*. Geneva, World Health Organization.



WHO-Checkliste für Gesetze zur psychischen Gesundheit

Die Erarbeitung dieser Checkliste erfolgte durch die WHO-Mitarbeiter Dr. Michelle Funk, Natalie Drew, Dr. Margaret Grigg und Dr. Benedetto Saraceno in Zusammenarbeit mit Professor Melvyn Freeman als Fachbereichsmitglied für Gesetzgebung und unter Beteiligung von Dr. Soumitra Pathare und Dr. Helen Watchirs, die ebenfalls dem WHO-Fachbereich für Gesetzgebung angehören. Die Checkliste basiert auf der WHO-Materialsammlung zu psychischer Gesundheit, Menschenrechten und Gesetzgebung, die das Team „Weiterentwicklung von Politik und Diensten betreffend psychische Gesundheit“, Abteilung Psychische Gesundheit und Substanzenmissbrauch, Weltgesundheitsorganisation, erstellt hat.

Einleitung und Hinweise zum Einsatz der Checkliste

Die Checkliste ergänzt die *WHO-Materialsammlung zu psychischer Gesundheit, Menschenrechten und Gesetzgebung*. Ziel dieser Checkliste ist es, a) die Staaten dabei zu unterstützen, die vorhandenen Gesetze zur psychischen Gesundheit auf deren Vollständigkeit und Geeignetheit zu überprüfen; und b) ihnen beim Entwurf neuer Gesetze zu helfen. Mit Hilfe der Checkliste können die Staaten besser prüfen, ob ihre Gesetze die wichtigsten Faktoren berücksichtigen, und sie können sicherstellen, dass die umfassenden Empfehlungen der Materialsammlung sorgfältig analysiert und umgesetzt werden.

Es ist ratsam, einen *Ausschuss* einzusetzen, der sich intensiv mit der Checkliste auseinandersetzt. Auch wenn es möglich wäre, dass eine einzelne Person, z. B. aus dem Gesundheitsministerium, die Checkliste durcharbeitet, so ist ein solches Vorgehen dennoch gewissen Grenzen ausgesetzt. Erstens hat eine einzelne Person wahrscheinlich nicht auf dieselbe Menge einschlägiger Informationen Zugriff, wie dies einem gut ausgewählten Team möglich wäre. Zweitens haben die verschiedenen Mitglieder oder Vertreter unterschiedlicher Gruppen wahrscheinlich divergierende Meinungen zu den zahlreichen Problemstellungen. Ein Evaluierungsausschuss, der die kritische Diskussion und die Ausarbeitung eines Konsenses ermöglicht, ist außerordentlich wertvoll. Zwar sollten die Staaten selbst entscheiden, wer einem solchen Ausschuss angehören soll, doch es wird empfohlen, einen Juristen zu beteiligen, der sich mit den nationalen Gesetzen auskennt, und die zentrale staatliche Stelle für psychische Gesundheit, Vertreter der Nutzer von Diensten und der Familienverbände, Vertreter der psychosozialen Fachkräfte, NGOs und verschiedene Regierungsbehörden einzubinden. Das Verfahren sollte von einem unabhängigen Menschenrechtsexperten bzw. Juristen geleitet und moderiert werden.

Allgemein sollte diese Checkliste nur dann eingesetzt werden, *wenn die Materialsammlung zuvor gründlich durchgearbeitet wurde*. Viele wichtige Punkte der Checkliste werden in der Materialsammlung erläutert, und es finden sich Erörterungen der verschiedenen Gesetzgebungsoptionen und der zugrunde liegenden Erwägungen. In der Materialsammlung wird hervorgehoben, dass die Staaten selbst über die verschiedenen Gesetzgebungsmöglichkeiten und -verfahren sowie über die zahlreichen inhaltlichen Fragen entscheiden sollen. Die Konzeption der Checkliste lässt derartige flexible Lösungen zu. Auf diese Weise sollen interne Diskussionen gefördert werden, so dass die Staaten ihre Entscheidungen auf der Grundlage ihrer spezifischen und einzigartigen Situation treffen können.

Die Checkliste deckt ein breites Spektrum von Themen ab, und viele Bestimmungen müssen inhaltlich weiter ausgearbeitet werden und es müssen Detailregelungen getroffen werden, die die landesspezifischen Gegebenheiten berücksichtigen. Darüber hinaus haben die einzelnen Bestimmungen für die Staaten jeweils eine unterschiedliche Relevanz – je nach sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und politischen Faktoren. Beispielsweise werden sich nicht alle Staaten für die Möglichkeit der Anordnung einer gemeindenahen Behandlung entscheiden, nicht alle Staaten werden Bestimmungen für „nicht protestierende Patienten“ einführen, und für die meisten Staaten sind Bestimmungen zur Sterilisierung von Menschen mit psychischen Störungen irrelevant. Auch wenn jeder Staat im Rahmen seines Evaluierungsprozesses zu dem Schluss kommen kann, dass eine bestimmte Regelung für ihn irrelevant ist, so sollte diese Feststellung dennoch im Rahmen der Prüfung der Checkliste erfolgen. Alle Punkte der Checkliste sollten sorgfältig geprüft und diskutiert werden, bevor entschieden wird, dass ein Punkt (oder mehrere) für den besonderen Kontext eines Landes nicht relevant ist.

In der Materialsammlung wird darauf hingewiesen, dass die gesetzlichen Regelungen zur psychischen Gesundheit von den Staaten in einem einzigen Gesetz oder in zahlreichen verschiedenen Gesetzen – z. B. der Bereiche allgemeine Gesundheit, Beschäftigung, Wohnungswesen, Antidiskriminierung und Strafrecht – niedergelegt werden können. Ferner gibt es in einigen Staaten Verordnungen, Verfügungen und sonstige Instrumente, mit denen Gesetze ergänzt werden können. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, dass im Rahmen der Prüfung alle rechtlichen Bestimmungen, die die psychische Gesundheit regeln, einbezogen und verglichen werden und Entscheidungen auf der Grundlage einer umfassenden Informationsbasis getroffen werden.

Aus der Materialsammlung geht hervor, dass Entwurf und Änderung der Gesetze zur psychischen Gesundheit Teil eines „Prozesses“ sind. Ein wichtiger Schritt im Rahmen dieses Prozesses ist die Prüfung, welche Elemente in der Gesetzgebung enthalten sein müssen. Dabei kann diese Checkliste Unterstützung bieten. Zentrale Überlegung bei der Festlegung des Gesetzesinhalts muss jedoch stets das Ziel sein, ein Gesetz zu entwerfen, das in dem jeweiligen Land umgesetzt werden kann.

WHO-Checkliste für Gesetze zur psychischen Gesundheit

Für jeden Unterpunkt der Checkliste ist eine von drei Möglichkeiten auszuwählen: a) Der Bereich ist gesetzlich angemessen geregelt. b) Die Gesetze enthalten Regelungen zu diesem Bereich, die jedoch nicht vollständig und umfassend sind. c) Der Bereich ist gesetzlich nicht geregelt. Bei b) und c) muss der Ausschuss, der die Bewertung vornimmt, über die Durchführbarkeit und lokale Bedeutung einer gesetzlichen Regelung des jeweiligen Bereichs entscheiden, bevor eine den örtlichen Gegebenheiten angemessene Gesetzgebung entworfen wird.

Die Checkliste enthält keine abschließende Aufzählung aller Bereiche, die gesetzlich geregelt werden könnten oder sollten. Bereiche, die in der Checkliste nicht aufgeführt sind, sind daher nicht weniger bedeutend, und es ist nicht beabsichtigt, die Staaten von entsprechenden Regelungen abzuhalten. Der Einfachheit halber und zur besseren Handhabung wurde der Umfang der Checkliste jedoch begrenzt.

Gesetzgebungsbereich	Umfang der gesetzlichen Regelung (bitte 1 Antwort auswählen) a) angemessene Regelung b) in begrenztem Umfang geregelt c) nicht geregelt	Falls b), bitte erläutern Sie: <ul style="list-style-type: none"> • Warum ist der Bereich nicht angemessen geregelt? • Welche Regelungen fehlen bzw. welche der vorhandenen Regelungen sind problematisch? Falls c), erläutern Sie bitte, weshalb der Bereich von den geltenden Gesetzen nicht geregelt wird. (zusätzliche Informationen gegebenenfalls auf weiteren Blättern anfügen)	Falls b) oder c), erläutern Sie bitte, wie/ob der Bereich von neuen Gesetzen geregelt werden soll. (zusätzliche Informationen gegebenenfalls auf weiteren Blättern anfügen)
A. Präambel und Ziele 1) Hat das Gesetz eine Präambel, die auf die Bedeutung der folgenden Belange hinweist: a) Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen? b) die Bedeutung allgemein zugänglicher psychosozialer Dienste?	a) b) c) a) b) c)		

<p>2) Führt das Gesetz die folgenden Zweck- und Zielsetzungen auf:</p> <p>a) keine Diskriminierung von Personen mit psychischen Störungen?</p> <p>b) Förderung und Schutz der Rechte von Personen mit psychischen Störungen?</p> <p>c) verbesserter Zugang zu psychosozialer Versorgung?</p> <p>d) gemeindenahe Lösungen?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>B. Definitionen</p> <p>1) Gibt es eindeutige Definitionen der Begriffe psychische Störung/psychische Krankheit/psychische Behinderung/geistiges Unvermögen?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>2) Geht aus dem Gesetz hervor, warum der jeweilige Begriff [s. Aufzählung unter 1)] gewählt wurde?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>3) Enthält das Gesetz eine eindeutige Regelung dazu, ob geistige Entwicklungsstörungen/intellektuelle Behinderungen, Persönlichkeitsstörungen und Substanzenmissbrauch von den gesetzlichen Bestimmungen erfasst werden?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>4) Werden alle zentralen Begriffe im Gesetz eindeutig definiert?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>5) Werden alle zentralen Begriffe im Gesetz einheitlich verwendet (oder werden parallel andere Begriffe mit ähnlichen Bedeutungen verwendet)?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>6) Werden alle „auslegungsfähigen“ Begriffe (d. h. Begriffe, für die verschiedene Auslegungen oder Bedeutungen denkbar sind oder deren Bedeutung nicht eindeutig ist) gesetzlich definiert?</p>	<p>a) b) c)</p>		

C. Zugang zu psychosozialer Versorgung			
1) Enthält das Gesetz Regelungen zur Finanzierung psychosozialer Dienste?	a) b) c)		
2) Ist gesetzlich festgelegt, dass psychosoziale Dienste der körperlichen Gesundheitsversorgung gleichzustellen sind?	a) b) c)		
3) Ist gesetzlich gewährleistet, dass unterversorgten Bevölkerungsgruppen Ressourcen bereitgestellt werden und diese Dienste den kulturellen Gegebenheiten Rechnung tragen?	a) b) c)		
4) Fördert das Gesetz die psychische Gesundheit im Rahmen der primären Gesundheitsversorgung?	a) b) c)		
5) Fördert das Gesetz den Zugang zu psychotropen Substanzen?	a) b) c)		
6) Fördert das Gesetz psychosoziale Lösungen aus dem Rehabilitationsbereich?	a) b) c)		
7) Unterstützt das Gesetz den Zugang von Personen mit psychischen Störungen zu Krankenversicherungen im privaten und öffentlichen Gesundheitssektor?	a) b) c)		

8) Fördert das Gesetz gemeindenahere Versorgung und Deinstitutionalisierung?	a) b) c)		
D. Rechte der Nutzer psychosozialer Dienste			
1) Ist das Recht auf Achtung, Würde und menschenwürdige Behandlung gesetzlich verankert?	a) b) c)		
2) Ist das Recht auf eine vertrauliche Behandlung der Informationen zu Patienten, deren Erkrankungen und Behandlungen gesetzlich verankert?	a) b) c)		
a) Gibt es Sanktionen und Strafen für Personen, die das Vertraulichkeitsgebot missachten?	a) b) c)		
b) Definiert der Gesetzgeber Ausnahmesituationen, in denen das Vertraulichkeitsgebot nicht beachtet werden muss?	a) b) c)		
c) Ermöglicht der Gesetzgeber den Patienten und ihren persönlichen Vertretern, Entscheidungen zur Freigabe von Informationen gerichtlich überprüfen zu lassen bzw. einen Rechtsbehelf einzulegen?	a) b) c)		

<p>3) Gewährt der Gesetzgeber den Patienten freien und umfassenden Zugang zu Informationen, die sie betreffen (einschließlich Zugang zu ihren klinischen Daten)?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>a) Werden Situationen beschrieben, in denen der Zugang zu Informationen verweigert werden kann?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>b) Ermöglicht der Gesetzgeber den Patienten und ihren persönlichen Vertretern, Entscheidungen zur Verweigerung von Informationen gerichtlich überprüfen zu lassen bzw. einen Rechtsbehelf einzulegen?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>4) Ist das Recht zum Schutz vor grausamer, unmenschlicher und erniedrigender Behandlung gesetzlich verankert?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>5) Sind Mindeststandards zur Gewährleistung sicherer, therapeutischer und hygienischer Lebensbedingungen in psychosozialen Einrichtungen gesetzlich verankert?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>6) Wird die Privatsphäre von Personen mit psychischen Störungen gesetzlich geschützt?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>a) Sind eindeutige Mindeststandards zum Schutz der Privatsphäre festgelegt?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>7) Untersagt das Gesetz Zwangsarbeit und unangemessen vergütete Arbeitsleistungen in psychosozialen Einrichtungen?</p> <p>8) Enthält das Gesetz Regelungen zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausbildungsaktivitäten • beruflichen Schulungen • Freizeit- und Erholungsaktivitäten und • religiösen und kulturellen Bedürfnissen von Personen mit psychischen Störungen? <p>9) Sind die Gesundheitsbehörden gesetzlich verpflichtet, Patienten über deren Rechte aufzuklären?</p> <p>10) Gewährleistet das Gesetz, dass die Nutzer psychosozialer Dienste in die Politik zur psychischen Gesundheit, die Gesetzesentwicklung und die Planung der Dienste einbezogen werden?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>E. Rechte von Familienangehörigen und sonstigen Betreuern</p> <p>1) Sind Familienangehörige und sonstige Primärversorger berechtigt, Zugang zu Informationen über die von einer psychischen Störung betroffene Person zu erhalten (vorausgesetzt, der Patient hat die Weitergabe dieser Informationen nicht untersagt)?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>2) Werden Familienangehörige und sonstige Primärversorger dazu aufgefordert, sich an der Ausarbeitung und Umsetzung des individuellen Behandlungsplans des Patienten zu beteiligen?</p> <p>3) Sind Familienangehörige und sonstige Primärversorger berechtigt, einen Rechtsbehelf gegen nicht freiwillige Einweisungen und Behandlungsentscheidungen einzulegen?</p> <p>4) Sind Familienangehörige und sonstige Primärversorger berechtigt, die Entlassung psychisch kranker Straftäter zu beantragen?</p> <p>5) Gewährleistet das Gesetz, dass Familienangehörige und sonstige Primärversorger an der Entwicklung der Politik zur psychischen Gesundheit, der Gesetzesentwicklung und der Planung der Dienste beteiligt werden?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>F. Geschäftsfähigkeit, Geistesvermögen und Vormundschaft</p> <p>1) Enthält das Gesetz Regelungen zur Betreuung der Angelegenheiten von Menschen mit psychischen Störungen, die nicht in der Lage sind, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>2) Enthält das Gesetz Definitionen zu „Geschäftsfähigkeit“ und „Geistesvermögen“?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>3) Enthält das Gesetz Bestimmungen zu dem Verfahren und den Kriterien, mit denen die Geschäftsunfähigkeit/das geistige Unvermögen im Hinblick auf Behandlungsentscheidungen, die Benennung eines Vertreters und finanzielle Entscheidungen festgestellt wird?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>4) Wurden Verfahren festgelegt, mit denen ein Rechtsbehelf gegen Entscheidungen über Geschäftsunfähigkeit/geistiges Unvermögen eingelegt werden kann sowie regelmäßige Überprüfungen der Entscheidungen durchgeführt werden?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>5) Enthält das Gesetz Verfahren zur Bestellung eines Vormunds sowie zur Dauer der Vormundschaft und zu Pflichten und Zuständigkeiten des im Namen des Patienten handelnden Vormunds?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>6) Gibt es ein gesetzliches Verfahren zur Bestimmung der Bereiche, in denen der Vormund im Namen des Patienten Entscheidungen treffen darf?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>7) Enthält das Gesetz Regelungen zur systematischen Überprüfung der Erforderlichkeit eines Vormunds?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>8) Enthält das Gesetz Regelungen zu möglichen Rechtsbehelfen des Patienten gegen die Bestellung eines Vormunds?</p>	<p>a) b) c)</p>		

G. Freiwillige Einweisung und Behandlung			
1) Fördert das Gesetz freiwillige Einweisung und Behandlung als bevorzugte Alternative zu nicht freiwilliger Einweisung und Behandlung?	a) b) c)		
2) Gibt es eine gesetzliche Bestimmung, nach der freiwillige Patienten nur nach informierter Zustimmung behandelt werden dürfen?	a) b) c)		
3) Sieht das Gesetz vor, dass freiwillig eingewiesene Nutzer psychosozialer Gesundheitsdienste so versorgt werden sollten, dass sie Patienten mit körperlichen Gesundheitsproblemen gleichgestellt sind?	a) b) c)		
4) Gibt es eine gesetzliche Regelung, die klarstellt, dass freiwillige Einweisung und Behandlung das Recht auf freiwillige Entlassung/Behandlungsverweigerung einschließt?	a) b) c)		
5) Ist gesetzlich festgelegt, dass freiwillige Patienten bei der Einweisung darüber informiert werden sollten, dass ihnen das Recht zum Verlassen der Einrichtung nur versagt werden darf, wenn sie die Voraussetzungen für eine nicht freiwillige Versorgung erfüllen?	a) b) c)		

<p>H. Nicht protestierende Patienten</p> <p>1) Enthält das Gesetz Regelungen zu Patienten, die nicht über das erforderliche Geistesvermögen verfügen, um informierte Entscheidungen über eine Einweisung oder Behandlung treffen zu können, jedoch eine Einweisung oder Behandlung nicht verweigert haben?</p> <p>2) Sind die Voraussetzungen für die Einweisung und Behandlung nicht protestierender Patienten aufgeführt?</p> <p>3) Enthält das Gesetz eine Regelung, die die Entlassung oder die Beendigung der Behandlung von Nutzern vorschreibt, die nach dieser Bestimmung eingewiesen oder behandelt werden, wenn sie der Einweisung oder Behandlung widersprechen und die Kriterien für die nicht freiwillige Einweisung nicht vorliegen?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>I. Nicht freiwillige Einweisung (bei getrennten Einweisungs- und Behandlungsverfahren) und nicht freiwillige Behandlung (bei integrierten Einweisungs- und Behandlungsverfahren)</p> <p>1) Ist gesetzlich vorgeschrieben, dass für die nicht freiwillige Einweisung die folgenden Voraussetzungen gegeben sein müssen:</p> <p style="padding-left: 40px;">a) eine psychische Störung, die einen bestimmten Schweregrad aufweist, ist nachgewiesen; und</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>b) es besteht die ernstzunehmende Wahrscheinlichkeit eines Schadens für den Betroffenen oder Dritte und/oder die erhebliche Wahrscheinlichkeit einer ernstzunehmenden Verschlechterung des Zustands des Patienten, wenn keine Behandlung erfolgt; und</p> <p>c) die Einweisung erfolgt zu therapeutischen Zwecken.</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>2) Ist gesetzlich vorgeschrieben, dass zwei zugelassene psychosoziale Fachkräfte das Vorliegen der Voraussetzungen für die nicht freiwillige Einweisung bescheinigen müssen?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>3) Ist gesetzlich vorgeschrieben, dass nicht freiwillige Patienten nur von zugelassenen Einrichtungen aufgenommen werden können?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>4) Wird der Grundsatz des geringst möglichen Eingriffs auf nicht freiwillige Einweisungen angewendet?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>5) Enthält das Gesetz Regelungen zu unabhängigen Einrichtungen (z. B. Nachprüfungsorgan oder -gericht), die alle nicht freiwilligen Einweisungen bewilligen?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>6) Sind kurze Fristen festgelegt, innerhalb derer die unabhängige Einrichtung ihre Entscheidung treffen muss?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>7) Ist gesetzlich vorgeschrieben, dass Patienten, Angehörige und gesetzliche Vertreter über die Gründe der Einweisung und ihr Widerspruchsrecht informiert werden?</p> <p>8) Gibt es ein gesetzlich festgelegtes Recht zum Widerspruch gegen nicht freiwillige Einweisungen?</p> <p>9) Ist die zeitlich festgelegte, regelmäßige Überprüfung der nicht freiwilligen (und der langfristigen „freiwilligen“) Einweisung durch eine unabhängige Einrichtung gesetzlich vorgeschrieben?</p> <p>10) Ist gesetzlich vorgeschrieben, dass nicht freiwillig eingewiesene Patienten entlassen werden müssen, sobald die Voraussetzungen für eine nicht freiwillige Einweisung nicht mehr vorliegen?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>J. Nicht freiwillige Behandlung (bei getrennten Einweisungs- und Behandlungsverfahren)</p> <p>1) Sind die Voraussetzungen der nicht freiwilligen Behandlung gesetzlich festgelegt und sind die folgenden Kriterien berücksichtigt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Patient leidet an einer psychischen Störung. 	<p>a) b) c)</p>		

<ul style="list-style-type: none"> • Der Patient verfügt nicht über das erforderliche Geistesvermögen, um informierte Behandlungsentscheidungen treffen zu können. • Die Behandlung ist notwendig, um die Verfassung des Patienten zu verbessern und/oder dessen Fähigkeit zur Vornahme von Behandlungsentscheidungen wiederherzustellen und/oder eine ernstzunehmende Verschlechterung zu verhindern und/oder Schädigungen oder Verletzungen der betreffenden Person oder Dritter zu verhindern. 	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>2) Ist gesetzlich gewährleistet, dass der Behandlungsplan von einer zugelassenen Fachkraft vorgeschlagen wird, die über die Erfahrungen und Fachkenntnisse verfügt, die zur Durchführung der Behandlung erforderlich sind?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>3) Ist gesetzlich vorgeschrieben, dass eine zweite Fachkraft dem Behandlungsplan zustimmen muss?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>4) Wurde eine unabhängige Einrichtung einberufen, die die nicht freiwillige Behandlung bewilligt?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>5) Ist gesetzlich gewährleistet, dass die Behandlung eine bestimmte Frist nicht überschreiten darf?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>6) Gibt es ein gesetzlich festgelegtes Recht zum Widerspruch gegen nicht freiwillige Behandlung?</p> <p>7) Sind schnelle, zeitlich festgelegte, regelmäßige Überprüfungen nicht freiwilliger Behandlung gesetzlich vorgeschrieben?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>K. Behandlung mit Zustimmung des Bevollmächtigten</p> <p>1) Sieht das Gesetz die Möglichkeit vor, dass Dritte einer Behandlung im Namen des Patienten zustimmen können, wenn festgestellt wurde, dass das Geistesvermögen des Patienten für eine Zustimmung nicht ausreicht?</p> <p>2) Kann der Patient einen Rechtsbehelf gegen Behandlungsentscheidungen einlegen, denen eine bevollmächtigte Person zugestimmt hat?</p> <p>3) Gibt es gesetzlich festgelegte „Vorsorgeverfügungen“ und, falls ja, ist der Begriff eindeutig definiert?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>L. Nicht freiwillige Behandlung im gemeindenahen Umfeld</p> <p>1) Gibt es die gesetzliche Möglichkeit der nicht freiwilligen Behandlung in der Gemeinde als geringeren Eingriff statt der Einweisung in eine psychosoziale Einrichtung?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>2) Sind alle Voraussetzungen und Verfahrensgarantien, die für die nicht freiwillige stationäre Behandlung gelten, auch bei der nicht freiwilligen gemeindenahen Behandlung berücksichtigt worden?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>M. Notfälle</p> <p>1) Sind die Voraussetzungen für die Notfalleinweisung/-behandlung auf Situationen beschränkt, in denen eine unmittelbare oder unmittelbar drohende Gefahr oder Schädigung des Betroffenen und/oder Dritter mit hoher Wahrscheinlichkeit eintreten wird?</p> <p>2) Gibt es ein gesetzlich vorgesehenes, eindeutiges Verfahren für Einweisung und Behandlung in Notfällen?</p> <p>3) Ist es gesetzlich vorgesehen, dass qualifizierte und zugelassene medizinische oder psychosoziale Fachkräfte Notfalleinweisungen und -behandlungen vornehmen?</p> <p>4) Gibt es eine gesetzliche Frist für Notfallinternierungen (normalerweise maximal 72 Stunden)?</p> <p>5) Ist gesetzlich vorgeschrieben, dass bei Bedarf die Verfahren für nicht freiwillige Einweisung und Behandlung schnellstmöglich nach Beendigung der Notfallsituation eingeleitet werden müssen?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>6) Sind bei Notfallpatienten Behandlungsmethoden wie EKT, Psychochirurgie und Sterilisation sowie die Teilnahme an klinischen oder experimentellen Versuchen gesetzlich untersagt?</p> <p>7) Haben Patienten, Angehörige und persönliche Vertreter das Recht, einen Rechtsbehelf gegen Notfalleinweisung und -behandlung einzulegen?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>N. Feststellung einer psychischen Störung</p> <p>1) Enthält das Gesetz</p> <p style="padding-left: 40px;">a) eine Definition der Fachkenntnisse, die zur Feststellung einer psychischen Störung erforderlich sind;</p> <p style="padding-left: 40px;">b) eine Auflistung der Berufsgruppen, die die betroffenen Personen zur Feststellung des Vorliegens einer psychischen Störung beurteilen dürfen?</p> <p>2) Ist die Zulassung von Fachkräften gesetzlich geregelt und ist hierdurch gewährleistet, dass die Zulassung durch eine unabhängige Einrichtung erfolgt?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

O. Besondere Behandlungsmethoden			
1) Ist Sterilisierung zur Behandlung psychischer Störungen gesetzlich verboten?	a) b) c)		
a) Ist gesetzlich festgelegt, dass das bloße Vorliegen einer psychischen Störung keine Rechtfertigung für eine Sterilisierung oder Abtreibung ist, die ohne die informierte Zustimmung der betroffenen Person vorgenommen wird?	a) b) c)		
2) Ist gesetzlich vorgeschrieben, dass für erhebliche medizinische oder chirurgische Eingriffe bei Personen mit psychischen Störungen eine informierte Zustimmung vorliegen muss?	a) b) c)		
a) Sieht das Gesetz die Möglichkeit vor, dass medizinische oder chirurgische Eingriffe ohne informierte Zustimmung vorgenommen werden, wenn das Abwarten einer informierten Zustimmung das Leben des Patienten gefährden würde?	a) b) c)		
b) Gibt es in Fällen, in denen wahrscheinlich längerfristig keine Zustimmung erteilt werden kann, die gesetzliche Möglichkeit, medizinische und chirurgische Verfahren durch ein unabhängiges Nachprüfungsorgan oder durch Zustimmung eines bevollmächtigten Vormunds autorisieren zu lassen?	a) b) c)		

<p>3) Sind Psychochirurgie und sonstige irreversible Behandlungsmethoden bei nicht freiwilligen Patienten gesetzlich verboten?</p> <p>a) Gibt es eine unabhängige Einrichtung, die sicherstellt, dass tatsächlich eine informierte Zustimmung für Psychochirurgie oder sonstige irreversible Behandlungen nicht freiwilliger Patienten vorliegt?</p> <p>4) Ist die informierte Zustimmung für den Einsatz von EKT gesetzlich vorgeschrieben?</p> <p>5) Ist der unmodifizierte EKT-Einsatz gesetzlich untersagt?</p> <p>6) Ist der EKT-Einsatz bei Minderjährigen gesetzlich untersagt?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>P. Isolation und Zwangsmaßnahmen</p> <p>1) Ist gesetzlich festgelegt, dass Zwangs- und Isolationsmaßnahmen nur in Ausnahmefällen eingesetzt werden sollten, um eine unmittelbare oder unmittelbar drohende Schädigung des Betroffenen oder Dritter zu verhindern?</p> <p>2) Ist gesetzlich festgelegt, dass Zwangs- und Isolationsmaßnahmen nie zur Bestrafung oder zur Erleichterung der Aufgaben des Personals eingesetzt werden sollten?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>3) Ist die Anwendung von Isolations- und Zwangsmaßnahmen auf die Dauer einer gesetzlich festgelegten maximalen Frist beschränkt?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>4) Gibt es gesetzliche Regelungen, die verhindern, dass unmittelbar nach Beendigung einer Phase der Zwangs- und Isolationsmaßnahmen weitere Zwangs- oder Isolationsmaßnahmen eingeleitet werden?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>5) Fördert das Gesetz die Entwicklung geeigneter struktureller und personeller Ressourcen, so dass der Bedarf an Zwangs- und Isolationsmaßnahmen in psychosozialen Einrichtungen auf ein Mindestmaß reduziert werden kann?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>6) Enthält das Gesetz geeignete Verfahren für den Einsatz von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen und sind die folgenden Punkte geregelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wer bewilligt die Maßnahmen? • Zulassung der Einrichtung als obligatorische Voraussetzung • Eintragung der Gründe und Dauer jedes Vorfalls in eine Datenbank und Zugriff des Nachprüfungsorgans auf diese Datenbank • unverzügliche Information der Angehörigen/Betreuer und persönlichen Vertreter bei Anwendung von Isolations- und/oder Zwangsmaßnahmen 	<p>a) b) c)</p>		

<p>Q. Klinische und experimentelle Forschung</p> <p>1) Ist gesetzlich vorgeschrieben, dass für die Teilnahme an klinischer oder experimenteller Forschung sowohl bei freiwilligen als auch bei nicht freiwilligen Patienten, deren Geistesvermögen für eine Zustimmung ausreicht, eine informierte Zustimmung vorliegen muss?</p> <p>2) Soweit das Geistesvermögen einer Person nicht für eine informierte Zustimmung ausreicht (und entschieden wurde, dass das Forschungsvorhaben durchgeführt werden kann):</p> <p style="padding-left: 40px;">a) Ist gesetzlich gewährleistet, dass bei einer in Vertretung des Patienten erteilten Zustimmung diese entweder von einem Vormund oder von einem Familienangehörigen oder einer speziell für diesen Zweck gegründeten unabhängigen Einrichtung abgegeben wird?</p> <p style="padding-left: 40px;">b) Ist die Durchführung eines Forschungsvorhabens gesetzlich verboten, wenn das gleiche Forschungsvorhaben an Menschen durchgeführt werden kann, die aufgrund ihres Geistesvermögens zustimmungsfähig sind; und ist gesetzlich festgelegt, dass das Forschungsvorhaben zur Förderung der Gesundheit des Betroffenen sowie der Gesundheit der repräsentierten Bevölkerungsgruppe notwendig sein muss?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
---	---	--	--

R. Aufsicht und Kontrollmechanismen		
<p>1) Gibt es gesetzliche Bestimmungen zur Einrichtung eines gerichtlichen oder quasigerichtlichen Organs, das die Verfahren der nicht freiwilligen Einweisung oder Behandlung und sonstige Beschränkungen von Rechten überprüft?</p>	<p>a) b) c)</p>	
<p>a) Sind diesem Organ die folgenden Funktionen zugeordnet:</p>		
<p>(i) Entscheidung über alle nicht freiwilligen Einweisungen/Behandlungen;</p>	<p>a) b) c)</p>	
<p>(ii) Entscheidung über Rechtsbehelfe gegen nicht freiwillige Einweisung und/oder nicht freiwillige Behandlung;</p>	<p>a) b) c)</p>	
<p>(iii) Prüfung der Situation von Patienten, die nicht freiwillig eingewiesen wurden (und von freiwilligen Langzeitpatienten);</p>	<p>a) b) c)</p>	
<p>(iv) regelmäßige Überwachung von Patienten, die gegen ihren Willen behandelt werden;</p>	<p>a) b) c)</p>	
<p>(v) Bewilligung und Verbot beeinträchtigender und irreversibler Behandlungsmethoden (z. B. Psychochirurgie und Elektrokonvulsionstherapie)</p>	<p>a) b) c)</p>	

<p>b) Zählen ein erfahrener Jurist und eine erfahrene Gesundheitsfachkraft sowie eine „erfahrene Person“, die den Standpunkt der „Gemeinde“ wiedergibt, zu den Mitgliedern des Organs?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>c) Gibt es eine gesetzliche Möglichkeit, gegen die Entscheidungen des Organs einen Rechtsbehelf bei einem höheren Gericht einzulegen?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>2) Gibt es gesetzliche Bestimmungen zur Einrichtung eines Regulierungs- und Aufsichtsorgans, das die Rechte von Personen mit psychischen Störungen innerhalb und außerhalb psychosozialer Einrichtungen schützt?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>a) Sind diesem Organ die folgenden Funktionen zugeordnet:</p>			
<p>(i) regelmäßige Überprüfung psychosozialer Einrichtungen</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>(ii) Erstellung von Leitlinien zur Minimierung beeinträchtigender Behandlungen</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>(iii) Führung von Statistiken z. B. zum Einsatz beeinträchtigender und irreversibler Behandlungsmethoden, Isolations- und Zwangsmaßnahmen</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>(iv) Erstellen von Verzeichnissen zugelassener Einrichtungen und Fachkräfte</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>(v) unmittelbare Berichterstattung und Abgabe von Empfehlungen an das zuständige Ministerium</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>(vi) regelmäßige Veröffentlichung der Ergebnisse</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>b) Setzt sich das Organ aus Fachkräften (aus dem psychischen Gesundheitswesen, aus dem juristischen und dem sozialen Arbeitsfeld), Vertretern der Nutzer psychosozialer Einrichtungen, Vertretern der Familienangehörigen von Menschen mit psychischen Störungen, Interessenvertretern und Laien zusammen?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>c) Sind die Befugnisse des Organs gesetzlich eindeutig festgelegt?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>3)</p>			
<p>a) Gibt es gesetzliche Verfahren zur Einreichung, Prüfung und Entscheidung von Beschwerden?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>b) Sind die folgenden Punkte gesetzlich geregelt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • In welchem zeitlichen Rahmen ist nach einem Vorfall die Einreichung einer Beschwerde zulässig? • Innerhalb welcher Frist muss über die Beschwerde entschieden werden? Wer ist für die Entscheidung zuständig und wie wird die Entscheidung getroffen? • Das Recht der Patienten, einen persönlichen Vertreter und/oder einen Rechtsbeistand auszuwählen und zu ernennen, der sie in Rechtsbehelfs- oder Beschwerdeverfahren vertritt. • Das Recht der Patienten, während des Verfahrens von einem Dolmetscher unterstützt zu werden, soweit dies notwendig ist. • Das Recht der Patienten und ihrer Rechtsbeistände, während des Rechtsbehelfs- oder Beschwerdeverfahrens auf Abschriften ihrer medizinischen Akten und sonstige maßgeblichen Berichte und Dokumente zuzugreifen. 	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
--	---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Die Rechte von Patienten und ihren Rechtsbeiständen, Rechtsbehelfs- und Beschwerdeverfahren beizuwohnen und an diesen teilzunehmen. 	a) b) c)		
<p>S. Polizeiliche Aufgaben</p> <p>1) Unterliegt das polizeiliche Handeln gewissen Schranken, die vor der rechtswidrigen Festnahme und Internierung von Menschen mit psychischen Störungen schützen und sicherstellen, dass die Betroffenen geeigneten Gesundheitsdiensten zugeführt werden?</p> <p>2) Sieht das Gesetz für Familienangehörige, Betreuer oder Gesundheitsfachkräfte die Möglichkeit vor, polizeiliche Unterstützung anzufordern, wenn ein Patient hochgradig aggressiv ist oder ein unkontrolliertes Verhalten an den Tag legt?</p> <p>3) Gibt es bei Personen, die wegen krimineller Handlungen festgenommen wurden und sich in polizeilichem Gewahrsam befinden, die gesetzliche Möglichkeit, unverzüglich das Vorliegen einer psychischen Störung zu prüfen, wenn eine psychische Störung vermutet wird?</p> <p>4) Ist es gesetzlich vorgesehen, dass die Polizei bei Personen, die unfreiwillig in psychosoziale Einrichtungen eingewiesen wurden, bei deren Verbringung in die psychosoziale Einrichtung Unterstützung leistet?</p>	a) b) c) a) b) c) a) b) c) a) b) c)		

<p>5) Ist es gesetzlich vorgesehen, dass die Polizei nicht freiwillig eingewiesene und aus der Einrichtung entflozene Personen aufspürt und sie zurück in die psychosoziale Einrichtung verbringt?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>T. Psychisch kranke Straftäter</p> <p>1) Ist es gesetzlich möglich, einen mutmaßlichen psychisch kranken Straftäter in eine psychosoziale Einrichtung zu überstellen statt ihn strafrechtlich zu verfolgen und bei dieser Entscheidung die Schwere der Straftat, die psychiatrische Vorgeschichte des Betroffenen, dessen psychische Verfassung zum Tatzeitpunkt, die Wahrscheinlichkeit eines Gesundheitsschadens des Betroffenen und das Interesse der Gemeinschaft an einer Anklage zu berücksichtigen?</p> <p>2) Gibt es angemessene gesetzliche Regelungen für die Beurteilung von Personen, die nicht verhandlungsfähig sind, und für die Einstellung oder Aussetzung strafrechtlicher Verfahren während der Behandlung?</p> <p>a) Haben Personen, die sich einer solchen Behandlung unterziehen, dieselben Rechte wie sonstige nicht freiwillig eingewiesene Personen, einschließlich des Rechts auf gerichtliche Überprüfung durch ein unabhängiges Organ?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>3) Ist es gesetzlich vorgesehen, dass Personen, die durch Gerichtsentscheidung für „unzurechnungsfähig aufgrund psychischer Behinderung“ erklärt worden sind, in einer psychosozialen Einrichtung behandelt und aus dieser wieder entlassen werden, sobald eine hinreichende Besserung der psychischen Störung eingetreten ist?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>4) Ist es bei der gerichtlichen Entscheidung gesetzlich zulässig, dass Menschen mit psychischen Störungen Bewährungsstrafen erhalten oder deren Unterbringung in einem Krankenhaus angeordnet wird, statt dass sie zu einer Gefängnisstrafe verurteilt werden?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>5) Ist es gesetzlich möglich, einen zu einer Haftstrafe verurteilten Gefangenen in eine psychosoziale Einrichtung überzustellen, wenn er während der Verbüßung der Strafe psychisch erkrankt?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>a) Ist es gesetzlich untersagt, Gefangene über die Dauer der verhängten Strafe hinaus in psychosozialen Einrichtungen zu internieren, ohne dass die Verfahren zur nicht freiwilligen Einweisung eingehalten werden?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>6) Enthält das Gesetz Regelungen für gesicherte psychosoziale Einrichtungen für psychisch kranke Straftäter?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>U. Diskriminierung</p> <p>1) Enthält das Gesetz Regelungen, die die Diskriminierung von Personen mit psychischen Störungen unterbinden sollen?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>V. Wohnraum</p> <p>1) Ist gesetzlich gewährleistet, dass Personen mit psychischen Störungen bei der Zuteilung von Wohnraum nicht diskriminiert werden?</p> <p>2) Gibt es gesetzliche Regelungen zur Unterbringung von Personen mit psychischen Störungen in staatlichen oder subventionierten Sozialwohnungen?</p> <p>3) Gibt es gesetzliche Regelungen zur Unterbringung in Rehabilitationseinrichtungen und langfristigen betreuten Wohnungseinrichtungen für Personen mit psychischen Störungen?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>W. Beschäftigung</p> <p>1) Enthält das Gesetz Regelungen, die Menschen mit psychischen Störungen vor Diskriminierung und Ausbeutung am Arbeitsplatz schützen?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>2) Sieht das Gesetz „angemessene Vorkehrungen“ für Arbeitnehmer mit psychischen Störungen vor, so dass diesen bis zu einem gewissen Grad flexible Arbeitszeiten eingeräumt werden, damit sie sich einer psychischen Behandlung unterziehen können?</p> <p>3) Gibt es gesetzliche Regelungen zu beruflicher Chancengleichheit für Personen mit psychischen Störungen?</p> <p>4) Enthält das Gesetz Regelungen zur Einrichtung beruflicher Rehabilitationsprogramme und sonstiger Programme, die Menschen mit psychischen Störungen Arbeitsplätze und Beschäftigungsmöglichkeiten in der Gemeinde verschaffen?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>X. Sozialversicherung</p> <p>1) Gibt es gesetzliche Regelungen zu Erwerbsunfähigkeitsbeihilfen und -renten für Personen mit psychischen Behinderungen?</p> <p>2) Ist gesetzlich vorgeschrieben, dass Personen mit psychischen Behinderungen gleich hohe Erwerbsunfähigkeitsbeihilfen und -renten erhalten müssen wie körperlich Behinderte?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>Y. Bürgerrechte</p> <p>1) Gewährleistet das Gesetz, dass Personen mit psychischen Störungen dieselben bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte zustehen wie dem Rest der Bevölkerung?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>Z. Schutz gefährdeter Personengruppen</p> <p><i>Schutz von Minderjährigen</i></p> <p>1) Beschränkt das Gesetz die nicht freiwillige Einweisung Minderjähriger in psychosoziale Einrichtungen auf Fälle, in denen zuvor sämtliche praktikablen gemeindenahen Alternativen ausprobiert wurden?</p> <p>2) Sieht das Gesetz bei der Einweisung Minderjähriger in psychosoziale Einrichtungen vor, dass</p> <p style="padding-left: 40px;">a) ihr Wohnbereich von dem Wohnbereich der Erwachsenen getrennt werden sollte?</p> <p style="padding-left: 40px;">b) das Umfeld altersangemessen ist und die entwicklungspezifischen Bedürfnisse von Minderjährigen berücksichtigt werden?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>3) Ist gesetzlich sichergestellt, dass alle Minderjährigen für sämtliche Angelegenheiten, die sie betreffen (einschließlich der Zustimmung zur Behandlung), einen erwachsenen Stellvertreter haben?</p> <p>4) Ist es gesetzlich vorgeschrieben, dass die Meinungen von Minderjährigen bei allen Fragen, die sie betreffen (einschließlich der Zustimmung zur Behandlung) je nach deren Alter und geistiger Reife berücksichtigt werden müssen?</p> <p>5) Sind sämtliche irreversiblen Behandlungsmethoden für Kinder untersagt?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>Schutz von Frauen</p> <p>1) Gewährleistet das Gesetz, dass Frauen mit psychischen Störungen dieselben bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte zustehen wie Männern?</p> <p>2) Ist gesetzlich gewährleistet, dass Frauen in psychosozialen Einrichtungen</p> <p style="padding-left: 40px;">a) ausreichend Privatsphäre haben?</p> <p style="padding-left: 40px;">b) Schlafräume erhalten, die von den Schlafräumen der Männer getrennt sind?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>3) Ist gesetzlich festgelegt, dass die psychosoziale Behandlung und Gesundheitsversorgung von Frauen – einschließlich des Zugangs zu psychosozialen Diensten und zu gemeindenaher Versorgung und sowohl bei freiwilliger als auch bei nicht freiwilliger Einweisung und Behandlung – der Behandlung und Versorgung von Männern gleichwertig sein muss?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>Schutz von Minderheiten</p> <p>1) Gibt es ein ausdrückliches gesetzliches Verbot der Diskriminierung von Menschen mit psychischen Störungen aufgrund ihrer Rasse, Hautfarbe, Sprache, Religion, politischen oder sonstigen Überzeugungen, nationalen, ethnischen oder sozialen Zugehörigkeit, rechtlichen oder sozialen Stellung?</p> <p>2) Ist gesetzlich vorgeschrieben, dass nicht freiwillige Einweisungen und Behandlungen von Minderheiten durch ein Nachprüfungsorgan überwacht werden und das Nachprüfungsorgan in allen Bereichen sicherstellt, dass keine Diskriminierung stattfindet?</p> <p>3) Ist gesetzlich festgelegt, dass Flüchtlinge und Asylbewerber das Recht haben, dieselbe psychische Behandlung wie Staatsangehörige des Aufnahmelandes zu erhalten?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

AZ. Straftaten und Sanktionen			
1) Gibt es gesetzliche Regelungen zu Straftaten und geeigneten Sanktionen?	a) b) c)		
2) Sind geeignete gesetzliche Sanktionen für Personen vorgesehen, die die gesetzlichen Rechte der Patienten missachten?	a) b) c)		

Anhang 2.

Übersicht zu den wichtigsten Bestimmungen und internationalen Instrumenten zu Rechten von Menschen mit psychischen Störungen

Wichtige Menschenrechte im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit	Instrumente zur Verwirklichung des Menschenrechts
Menschen mit psychischen Störungen haben einen Anspruch auf Ausübung und Schutz ihrer grundlegenden Menschenrechte	<ul style="list-style-type: none"> • Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR) • Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR) • UN-Menschenrechtserklärung • Afrikanische (Banjul-) Charta der Menschenrechte und Rechte der Völker • Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten • Amerikanische Erklärung über die Rechte und Pflichten des Menschen • Amerikanische Menschenrechtskonvention • UN-Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung (MI Principles) • Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte • Erklärung von Caracas • Empfehlung der Interamerikanischen Menschenrechtskommission zur Förderung und zum Schutz der Rechte psychisch kranker Menschen
Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheitsversorgung – auch bezüglich psychischer Gesundheit	<ul style="list-style-type: none"> • Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR) • Afrikanische (Banjul-) Charta der Menschenrechte und Rechte der Völker • UN-Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung (MI Principles) • Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte • Europäische Sozialcharta • Erklärung von Caracas • Internationales Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung • Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau • Zusatzprotokoll zur Amerikanischen Menschenrechtskonvention über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte
Schutz vor Diskriminierung	<ul style="list-style-type: none"> • Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR) • Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR) • Interamerikanisches Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung von Personen mit Behinderungen • UN-Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung (MI Principles)

	<ul style="list-style-type: none"> • Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte • Empfehlung der Interamerikanischen Menschenrechtskommission zur Förderung und zum Schutz der Rechte psychisch kranker Menschen • Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau
Psychisch behinderte Kinder haben das Recht auf ein erfülltes und menschenwürdiges Leben	<ul style="list-style-type: none"> • UN-Übereinkommen über die Rechte des Kindes • Salamanca-Erklärung und Rahmenaktionsplan für Sonderpädagogik • UN-Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung (MI Principles)
Menschen mit psychischen Störungen sollten vor Folter und grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe geschützt werden	<ul style="list-style-type: none"> • UN-Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe • Afrikanische (Banjul-) Charta der Menschenrechte und Rechte der Völker • UN-Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung (MI Principles) • Erklärung von Caracas • Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR) • Europäisches Übereinkommen zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe • Empfehlung der Interamerikanischen Menschenrechtskommission zur Förderung und zum Schutz der Rechte psychisch kranker Menschen
Standards für nicht freiwillige Versorgung und Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • UN-Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung (MI Principles) • Empfehlung Nr. 1235 des Europarats über Psychiatrie und Menschenrechte • Erklärung von Caracas • Erklärung von Madrid der World Psychiatric Association

Verabschiedet durch die Resolution 46/119 der Generalversammlung vom 17. Dezember 1991.

Geltungsbereich

Diese Grundsätze sind ohne jede Diskriminierung etwa aufgrund einer Behinderung, der Rasse, der Hautfarbe, des Geschlechts, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Überzeugung, der nationalen, ethnischen oder sozialen Herkunft, der Rechtsstellung oder des sozialen Standes, des Alters, des Vermögens oder der Geburt anzuwenden.

Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieser Grundsätze bezeichnet

- a) der Begriff „Rechtsberater“ einen in rechtlicher oder sonstiger Hinsicht qualifizierten Vertreter;
- b) der Begriff „unabhängige Behörde“ eine zuständige und unabhängige Behörde nach innerstaatlichem Recht;
- c) der Begriff „psychiatrische Versorgung“ vor allem die Analyse und Diagnose des Geisteszustands einer Person sowie die Behandlung, Pflege und Rehabilitation bei psychischer Krankheit oder Verdacht auf psychische Krankheit;
- d) der Begriff „psychiatrische Klinik“ eine Einrichtung oder eine Abteilung einer Einrichtung, deren Hauptaufgabe in der psychiatrischen Versorgung liegt;
- e) der Begriff „psychiatrische Fachkraft“ einen Arzt, einen klinischen Psychologen, eine Pflegeperson, einen Sozialarbeiter oder eine andere entsprechend ausgebildete und qualifizierte Person mit spezifischen, für die Psychiatrie relevanten Fachkenntnissen;
- f) der Begriff „Patient“ eine in psychiatrischer Pflege befindliche Person, und umfaßt alle Personen, die in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden;
- g) der Begriff „persönlicher Vertreter“ eine Person, die von Rechts wegen mit der Vertretung einzelner besonderer Interessen eines Patienten beziehungsweise mit der Ausübung einzelner besonderer Rechte im Namen des Patienten betraut ist, und der die Eltern beziehungsweise den gesetzlichen Vormund eines Minderjährigen einschließt, soweit das innerstaatliche Recht nichts anderes bestimmt;
- h) der Begriff „Nachprüfungsorgan“ das Organ, das in Übereinstimmung mit Grundsatz 17 geschaffen wurde, um die zwangsweise Einweisung beziehungsweise Unterbringung eines Patienten in einer psychiatrischen Klinik nachzuprüfen.

Allgemeine Beschränkungsklausel

Die Ausübung der in diesen Grundsätzen verankerten Rechte darf nur den gesetzlich vorgesehenen Einschränkungen unterworfen werden, die zum Schutz der Gesundheit oder Sicherheit des Betroffenen oder von Dritten beziehungsweise zum Schutz der öffentlichen Sicherheit, Ordnung, Gesundheit oder Sittlichkeit oder der Grundrechte und Grundfreiheiten Dritter erforderlich sind.

Grundsatz 1

Grundfreiheiten und Grundrechte

1. Jeder hat das Recht auf die beste verfügbare psychiatrische Versorgung, die Bestandteil des Systems zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung sein soll.
2. Jeder psychisch Kranke beziehungsweise jeder, der als psychisch Kranker betreut wird, ist menschlich und mit Achtung vor der angeborenen Würde des Menschen zu behandeln.
3. Jeder psychisch Kranke beziehungsweise jeder, der als psychisch Kranker betreut wird, hat das Recht auf Schutz vor wirtschaftlicher und sexueller Ausbeutung sowie vor anderen Formen der Ausbeutung, vor körperlicher oder sonstiger Mißhandlung und vor erniedrigender Behandlung.
4. Niemand darf wegen einer psychischen Krankheit diskriminiert werden. Der Begriff „Diskriminierung“ bezeichnet jede Unterscheidung, Ausschließung oder Bevorzugung, die bewirkt, daß der Genuß gleicher Rechte verhindert oder eingeschränkt wird. Sondermaßnahmen, die ausschließlich darauf gerichtet sind, die Rechte von psychisch Kranken zu schützen beziehungsweise ihre Besserstellung zu gewährleisten, sind nicht als diskriminierende Maßnahmen zu betrachten. Jede Unterscheidung, Ausschließung oder Bevorzugung, die in Übereinstimmung mit diesen Grundsätzen erfolgt und erforderlich ist, um die Menschenrechte eines psychisch Kranken oder dritter Personen zu schützen, gilt nicht als Diskriminierung.
5. Jeder psychisch Kranke hat das Recht auf Ausübung aller bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte, die in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, dem Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte und in anderen einschlägigen Urkunden

wie der Erklärung über die Rechte der Behinderten und dem Grundsatzkatalog für den Schutz aller irgendeiner Form von Haft oder Strafgefängenschaft unterworfenen Personen anerkannt sind.

6. Jede Entscheidung dahin gehend, daß eine Person wegen psychischer Krankheit geschäftsunfähig ist beziehungsweise daß infolge dieser Geschäftsunfähigkeit ein persönlicher Vertreter zu bestellen ist, darf erst nach einer fairen Anhörung durch ein unabhängiges, unparteiisches und auf innerstaatlichem Recht beruhendes Gericht getroffen werden. Die Person, deren Geschäftsfähigkeit zur Entscheidung steht, hat Anspruch auf Vertretung durch einen Rechtsberater. Trägt die Person, deren Geschäftsfähigkeit zur Entscheidung steht, nicht für ihre Vertretung Sorge, so ist ihr diese beizustellen, und zwar unentgeltlich, soweit ihr die Mittel zu deren Bezahlung fehlen. Der Rechtsberater darf in demselben Verfahren weder eine psychiatrische Klinik oder deren Personal noch ein Familienmitglied der Person vertreten, deren Geschäftsfähigkeit zur Entscheidung steht, es sei denn, das Gericht hat sich davon überzeugt, daß keine Interessenkollision besteht. Entscheidungen hinsichtlich der Geschäftsfähigkeit und der Notwendigkeit der Stellung eines persönlichen Vertreters sind in sinnvollen, im innerstaatlichen Recht festgelegten Zeitabständen nachzuprüfen. Die Person, deren Geschäftsfähigkeit zur Entscheidung steht, gegebenenfalls ihr persönlicher Vertreter und alle sonstigen in Frage kommenden Personen haben das Recht, eine jede solche Entscheidung vor einem höheren Gericht anzufechten.

7. Stellt ein Gericht oder ein anderer zuständiger Gerichtshof fest, daß ein psychisch Kranker seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, so sind, soweit dies erforderlich und dem Zustand des Betroffenen angemessen ist, Maßnahmen zu treffen, um den Schutz seiner Interessen zu gewährleisten.

Grundsatz 2

Schutz von Minderjährigen

Im Sinne dieser Grundsätze und im Rahmen des innerstaatlichen Rechts zum Schutze von Minderjährigen sollte besonders für den Schutz der Rechte von Minderjährigen Sorge getragen werden, soweit erforderlich auch durch die Bestellung eines persönlichen Vertreters, der kein Familienangehöriger ist.

Grundsatz 3

Leben in der Gemeinschaft

Jeder psychisch Kranke hat das Recht, nach Möglichkeit in der Gemeinschaft zu leben und zu arbeiten.

Grundsatz 4

Feststellung der psychischen Krankheit

1. Die Feststellung, daß eine Person psychisch krank ist, hat in Übereinstimmung mit international akzeptierten medizinischen Normen zu erfolgen.

2. Die Feststellung der psychischen Krankheit darf nie aufgrund der politischen, wirtschaftlichen oder sozialen Stellung oder der Zugehörigkeit zu einer kulturellen, rassischen oder religiösen Gruppe oder aus einem sonstigen nicht unmittelbar mit dem Geisteszustand zusammenhängenden Grund erfolgen.

3. Konflikte in der Familie oder im Beruf oder mangelnde Anpassung an die in der Gemeinschaft des Betroffenen vorherrschenden ethischen, sozialen, kulturellen oder politischen Wertvorstellungen oder religiösen Überzeugungen dürfen bei der Diagnose der psychischen Krankheit nie ein ausschlaggebender Faktor sein.

4. Eine Behandlungs- oder Hospitalisierungsvorgeschichte rechtfertigt allein nicht die gegenwärtige oder künftige Feststellung der psychischen Krankheit.

5. Eine Person darf weder von einer Einzelperson noch von einer Behörde für psychisch krank erklärt oder sonst als psychisch krank bezeichnet werden, es sei denn zu Zwecken, die unmittelbar mit psychischer Krankheit oder deren Folgen zu tun haben.

Grundsatz 5

Ärztliche Untersuchung

Niemand darf gezwungen werden, sich einer ärztlichen Untersuchung zur Feststellung einer psychischen Erkrankung zu unterziehen, es sei denn nach einem nach innerstaatlichem Recht zulässigen Verfahren.

Grundsatz 6

Vertraulichkeit

Das Recht auf die vertrauliche Behandlung von Informationen über alle Personen, für die diese Grundsätze gelten, ist zu achten.

Grundsatz 7

Die Rolle von Gemeinschaft und Kultur

1. Jeder Patient hat das Recht, nach Möglichkeit in der Gemeinschaft, in der er lebt, behandelt und gepflegt zu werden.
2. Findet die Behandlung in einer psychiatrischen Klinik statt, so hat ein Patient das Recht, wann immer dies möglich ist, in der Nähe seines Wohnsitzes beziehungsweise des Wohnsitzes seiner Verwandten oder Freunde behandelt zu werden und so bald wie möglich in die Gemeinschaft zurückzukehren.
3. Jeder Patient hat das Recht auf eine seiner kulturellen Tradition entsprechende Behandlung.

Grundsatz 8

Versorgungsnormen

1. Jeder Patient hat das Recht auf eine seinen gesundheitlichen Bedürfnissen angemessene gesundheitliche und soziale Versorgung sowie auf eine Versorgung und Behandlung nach den gleichen Normen wie andere Kranke.
2. Jeder Patient ist vor Schaden, insbesondere vor der ungerechtfertigten Verabreichung von Medikamenten, vor der Mißhandlung durch andere Patienten, durch das Personal oder durch andere Personen oder vor sonstigen Handlungen zu schützen, die seelisches Leid oder körperliches Unwohlbefinden verursachen.

Grundsatz 9

Behandlung

1. Jeder Patient hat das Recht, in einer so wenig restriktiven Umgebung und mit so wenig restriktiven beziehungsweise eingreifenden Methoden behandelt zu werden, wie dies im Hinblick auf die gesundheitlichen Bedürfnisse des Patienten und den gebotenen Schutz der körperlichen Sicherheit Dritter angemessen ist.
2. Die Behandlung und Pflege eines jeden Patienten soll nach einem eigens für ihn erstellen Plan erfolgen, der mit ihm erörtert, regelmäßig überprüft, erforderlichenfalls abgeändert und von qualifiziertem Fachpersonal ausgeführt wird.
3. Die psychiatrische Versorgung hat immer nach den für psychiatrisches Fachpersonal geltenden Normen der Ethik zu erfolgen, einschließlich der international akzeptierten Normen, wie den von der Generalversammlung verabschiedeten Grundsätzen ärztlicher Ethik. Mit psychiatrischen Kenntnissen und Techniken darf niemals Mißbrauch getrieben werden.
4. Die Behandlung eines jeden Patienten muß auf die Erhaltung und Stärkung der persönlichen Selbständigkeit gerichtet sein.

Grundsatz 10

Medikamente

1. Medikamente müssen den wohlverstandenen gesundheitlichen Bedürfnissen eines Patienten entsprechen, dürfen einem Patienten nur zu therapeutischen oder diagnostischen Zwecken und niemals als Bestrafung oder im Interesse der Bequemlichkeit Dritter verabreicht werden. Vorbehaltlich Grundsatz 11 Absatz 15 darf psychiatrisches Fachpersonal nur Medikamente verabreichen, deren Wirksamkeit bekannt oder nachgewiesen ist.
2. Sämtliche Medikamente müssen von gesetzlich zugelassenen psychiatrischen Fachkräften verordnet und in der Akte des Patienten verzeichnet werden.

Grundsatz 11

Einwilligung in die Behandlung

1. Vorbehaltlich der Absätze 6, 7, 8, 13 und 15 darf ein Patient nur nach seiner in Kenntnis der Sachlage erteilten Einwilligung einer Behandlung unterzogen werden.
2. Eine Einwilligung in Kenntnis der Sachlage bezeichnet eine Einwilligung, die frei und nicht aufgrund von Drohungen oder ungebührlicher Überredung erteilt wird, nachdem der Patient in angemessener und verständlicher Weise und einer ihm verständlichen Form und Sprache belehrt worden ist über
 - a) die Diagnose;
 - b) den Zweck, die Methode, die voraussichtliche Dauer und den zu erwartenden Nutzen der vorgeschlagenen Behandlung;
 - c) andere Behandlungsweisen, so auch weniger eingreifende Behandlungsweisen;
 - d) mögliche Schmerzen oder Beschwerden, Risiken und Nebenwirkungen aufgrund der vorgeschlagenen Behandlung.
3. Ein Patient kann verlangen, daß während des Einwilligungsverfahrens eine oder mehrere Personen seiner Wahl zugegen sind.
4. Vorbehaltlich der Absätze 6, 7, 8, 13 und 15 hat ein Patient das Recht, die Behandlung zu verweigern oder abzubrechen. Die Folgen einer Verweigerung oder eines Abbruchs der Behandlung müssen dem Patienten erklärt werden.

5. Ein Patient darf niemals zum Verzicht auf sein Recht aufgefordert oder bewogen werden, in Kenntnis der Sachlage seine Einwilligung zu erteilen. Will ein Patient von sich aus auf dieses Recht verzichten, so ist ihm zu erklären, daß eine Behandlung ohne Einwilligung in Kenntnis der Sachlage nicht stattfinden kann.

6. Vorbehaltlich der Absätze 7, 8, 12, 13, 14 und 15 kann ein vorgeschlagener Behandlungsplan ohne die in Kenntnis der Sachlage erteilte Einwilligung des Patienten durchgeführt werden, nach Maßgabe folgender Bedingungen:

a) wenn der Patient sich zum fraglichen Zeitpunkt in zwangsweiser Unterbringung befindet;

b) wenn eine unabhängige, im Besitz aller sachdienlichen Informationen, einschließlich der in Absatz 2 aufgeführten Informationen, befindliche Behörde überzeugt ist, daß der Patient zur fraglichen Zeit nicht fähig ist, in Kenntnis der Sachlage seine Einwilligung zu dem vorgesehenen Behandlungsplan zu erteilen oder zu verweigern oder – nach Maßgabe des innerstaatlichen Rechts – daß der Patient seine Einwilligung in einer im Hinblick auf seine eigene Sicherheit und die Sicherheit Dritter unzumutbaren Weise verweigert; und

c) wenn die unabhängige Behörde davon überzeugt ist, daß der vorgeschlagene Behandlungsplan den wohlverstandenen Interessen des Patienten im Hinblick auf seine gesundheitlichen Bedürfnisse am ehesten entspricht.

7. Absatz 6 findet keine Anwendung auf einen Patienten mit einem persönlichen Vertreter, der gesetzlich bevollmächtigt ist, im Namen des Patienten seine Einwilligung zu der Behandlung zu erteilen; vorbehaltlich der Absätze 12, 13, 14 und 15 kann dieser Patient ohne seine in Kenntnis der Sachlage erteilte Einwilligung behandelt werden, wenn der persönliche Vertreter nach Entgegennahme der in Absatz 2 beschriebenen Informationen im Namen des Patienten seine Einwilligung erteilt.

8. Vorbehaltlich der Absätze 12, 13, 14 und 15 kann ein Patient auch ohne seine in Kenntnis der Sachlage erteilte Einwilligung behandelt werden, wenn eine gesetzlich entsprechend befugte qualifizierte psychiatrische Fachkraft feststellt, daß eine solche Behandlung dringend erforderlich ist, um unmittelbaren oder unmittelbar drohenden Schaden von dem Patienten oder von Dritten abzuwenden. Eine solche Behandlung ist nicht über den streng für diesen Zweck erforderlichen Zeitraum hinaus auszudehnen.

9. Wird eine Behandlung ohne die in Kenntnis der Sachlage erteilte Einwilligung des Patienten genehmigt, so ist dennoch jede Anstrengung zu unternehmen, um den Patienten über die Art der Behandlung und etwaige Alternativmöglichkeiten zu belehren und ihn so weit wie praktisch möglich in die weitere Gestaltung des Behandlungsplanes mit einzubeziehen.

10. Jede Behandlung ist unverzüglich in das Krankenblatt des Patienten einzutragen, und mit einem Vermerk zu versehen, ob es sich um eine unfreiwillige oder eine freiwillige Behandlung handelt.

11. Ein Patient darf keiner Beschränkung seiner körperlichen Bewegungsfreiheit oder unfreiwilligen Isolierung unterworfen werden, außer nach Maßgabe der offiziell genehmigten Verfahren der psychiatrischen Klinik und nur dann, wenn dies das einzige verfügbare Mittel ist, um unmittelbaren oder unmittelbar drohenden Schaden von dem Patienten oder von Dritten abzuwenden. Diese Maßnahmen sind nicht über den streng für diesen Zweck erforderlichen Zeitraum hinaus auszudehnen. Jede Beschränkung der Bewegungsfreiheit beziehungsweise jede unfreiwillige Isolierung, die Gründe dafür sowie Art und Umfang dieser Maßnahmen ist in das Krankenblatt des Patienten einzutragen. In ihrer körperlichen Bewegungsfreiheit eingeschränkte beziehungsweise der Isolierung unterworfenen Patienten sind unter humanen Bedingungen zu verwahren und von sachkundigem Personal zu pflegen sowie laufend sorgfältig zu überwachen. Besitzt der Patient einen persönlichen Vertreter, so ist dieser gegebenenfalls umgehend von einer Beschränkung der körperlichen Bewegungsfreiheit beziehungsweise unfreiwilligen Isolierung des Patienten in Kenntnis zu setzen.

12. Zur Behandlung von psychischer Krankheit darf nie eine Sterilisierung vorgenommen werden.

13. Ein größerer ärztlicher oder chirurgischer Eingriff darf an einem psychisch Kranken nur vorgenommen werden, soweit es das innerstaatliche Recht erlaubt und die Auffassung besteht, daß den gesundheitlichen Bedürfnissen des Patienten dadurch am besten gedient wäre und der Patient in Kenntnis der Sachlage seine Einwilligung erteilt; ist der Patient nicht in der Lage, in Kenntnis der Sachlage seine Einwilligung zu erteilen, so ist der Eingriff nur nach einer unabhängigen Nachprüfung zu genehmigen.

14. Psychochirurgische oder sonstige mit einem erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit verbundene irreversible Behandlungen dürfen niemals an einem in einer psychiatrischen Klinik untergebrachten Patienten vorgenommen werden; soweit sie nach innerstaatlichem Recht erlaubt sind, dürfen sie bei einem anderen Patienten nur dann vorgenommen werden, wenn dieser in Kenntnis der Sachlage seine Einwilligung erteilt hat und eine unabhängige, externe Stelle befunden hat, dass eine echte Einwilligung in Kenntnis der Sachlage vorliegt und die Behandlung den gesundheitlichen Bedürfnissen des Patienten am besten gerecht wird.

15. Klinische Versuche und experimentelle Behandlungen dürfen an einem Patienten niemals ohne seine in Kenntnis der Sachlage erteilte Einwilligung vorgenommen werden, und an einem Patienten, der nicht in der Lage ist, in Kenntnis der Sachlage seine Einwilligung zu erteilen, nur nach

Genehmigung durch ein eigens zu diesem Zweck geschaffenes zuständiges und unabhängiges Nachprüfungsorgan.

16. In den in Absätzen 6, 7, 8, 13, 14 und 15 aufgeführten Fällen haben der Patient oder sein persönlicher Vertreter beziehungsweise alle sonstigen in Frage kommenden Personen das Recht, jede Behandlung vor einem Gericht oder einer sonstigen unabhängigen Behörde anzufechten.

Grundsatz 12

Belehrung über die Rechte

1. Ein Patient in einer psychiatrischen Klinik ist so bald wie möglich nach der Aufnahme in einer ihm verständlichen Form und Sprache über alle seine Rechte gemäß diesen Grundsätzen und nach innerstaatlichem Recht zu belehren, einschließlich einer Erläuterung dieser Rechte und ihrer Ausübungsmodalitäten.

2. Soweit und solange der Patient nicht in der Lage ist, diese Belehrung zu verstehen, sind die Rechte des Patienten gegebenenfalls und soweit angebracht seinem persönlichen Vertreter beziehungsweise der Person oder den Personen mitzuteilen, die am besten in der Lage und bereit sind, die Interessen des Patienten zu vertreten.

3. Ein im Besitz der erforderlichen Geschäftsfähigkeit befindlicher Patient hat das Recht, eine Person zu benennen, die in seinem Namen belehrt werden soll, wie auch eine Person, die seine Interessen gegenüber den Klinikbehörden vertritt.

Grundsatz 13

Rechte und Bedingungen in psychiatrischen Kliniken

1. Jeder Patient in einer psychiatrischen Klinik hat insbesondere das Recht auf volle Achtung

a) seines Rechts, überall als rechtsfähig anerkannt zu werden;

b) seines Privatlebens;

c) seines Rechts auf freien Verkehr, einschließlich des Rechts auf freien Verkehr mit anderen Personen in der Anstalt; seines Rechts, private Mitteilungen unzensuriert zu senden und zu erhalten; seines Rechts, Besuche unter vier Augen von einem Rechtsberater oder einem persönlichen Vertreter sowie zu allen zumutbaren Zeiten von anderen Besuchern zu erhalten; sowie seines Rechts auf Zugang zu Post- und Fernsprechdiensten sowie zu Zeitungen, Rundfunk und Fernsehen;

d) seiner Religions- oder Überzeugungsfreiheit.

2. Die Umwelt- und die Lebensbedingungen in psychiatrischen Kliniken sollen denjenigen, die im Leben von Personen ähnlichen Alters normalerweise anzutreffen sind, möglichst weitgehend entsprechen und sollen insbesondere umfassen:

a) Erholungs- und Freizeiteinrichtungen;

b) Bildungseinrichtungen;

c) Einrichtungen zum Erwerb oder Erhalt von täglichen Bedarfsgegenständen sowie für den Erholungs- und Kommunikationsbedarf;

d) Einrichtungen, die es dem Patienten gestatten, sich aktiv in einer Weise zu betätigen, die seinen sozialen und kulturellen Traditionen entspricht, sowie Einrichtungen für geeignete berufliche Rehabilitationsmaßnahmen zur Förderung einer Wiedereingliederung in die Gemeinschaft und die Ermutigung zur Nutzung dieser Einrichtungen. Diese Maßnahmen sollten Berufsberatung, Berufsausbildung und Arbeitsplatzvermittlung umfassen und die Patienten in die Lage versetzen, einen Arbeitsplatz in der Gemeinschaft zu finden und zu halten.

3. Ein Patient darf unter keinen Umständen zur Zwangsarbeit herangezogen werden. Innerhalb der mit den Bedürfnissen des Patienten und den Erfordernissen der Klinikverwaltung vereinbarten Grenzen muß der Patient die Art der Arbeit wählen können, die er verrichten will.

4. Die Arbeitskraft eines Patienten in einer psychiatrischen Klinik darf nicht ausgenutzt werden. Jeder Patient hat das Recht, die gleiche Bezahlung für von ihm verrichtete Arbeit zu erhalten, wie sie ein Nichtpatient nach innerstaatlichem Recht oder Brauch erhalten würde. Auf jeden Fall hat jeder Patient das Recht auf einen gerechten Anteil an jeder Bezahlung, die die psychiatrische Klinik für seine Arbeit erhält.

Grundsatz 14

Ausstattung der psychiatrischen Kliniken

1. Eine psychiatrische Klinik muß über eine gleichwertige Ausstattung verfügen wie andere Gesundheitseinrichtungen, insbesondere über

a) qualifiziertes ärztliches und sonstiges geeignetes Fachpersonal in ausreichender Zahl sowie genügend Platz, um jedem Patienten seine Privatsphäre und ein geeignetes aktives Therapieprogramm zu gewährleisten;

b) Diagnose- und Therapiegerät für den Patienten; außerdem muß sichergestellt sein

c) eine geeignete fachliche Pflege;

d) eine angemessene, regelmäßige und umfassende Behandlung, einschließlich der Bereitstellung von Medikamenten.

2. Jede psychiatrische Klinik ist von den zuständigen Behörden so häufig zu inspizieren, daß gewährleistet ist, daß die Lebensbedingungen, die Behandlung und die Pflege der Patienten diesen Grundsätzen entsprechen.

Grundsatz 15

Einweisungsgrundsätze

1. Muß eine Person in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden, so sind alle Anstrengungen zu unternehmen, um eine zwangsweise Einweisung zu vermeiden.
2. Die Aufnahme in eine psychiatrische Klinik erfolgt auf dieselbe Weise wie in jede andere Klinik wegen einer anderen Krankheit.
3. Jeder Patient, der nicht zwangsweise eingewiesen worden ist, hat das Recht, die psychiatrische Klinik jederzeit zu verlassen, vorbehaltlich der in Grundsatz 16 niedergelegten Kriterien für seine zwangsweise Unterbringung, und er ist über dieses Recht zu belehren.

Grundsatz 16

Zwangsweise Einweisung

1. Eine Person kann nur dann als Patient in eine psychiatrische Klinik zwangsweise eingewiesen beziehungsweise nach ihrer freiwilligen Einweisung zwangsweise untergebracht werden, wenn eine gesetzlich dazu befugte qualifizierte psychiatrische Fachkraft im Einklang mit Grundsatz 4 feststellt, daß die betreffende Person psychisch krank ist, und die Auffassung vertritt,
 - a) daß wegen dieser psychischen Krankheit die ernste Gefahr eines unmittelbaren oder unmittelbar drohenden Schadens für diese Person oder für andere Personen besteht; oder
 - b) daß bei einer psychisch schwer kranken und in ihrer Urteilsfähigkeit beeinträchtigten Person das Versäumnis, diese Person einzuweisen beziehungsweise unterzubringen voraussichtlich eine ernste Zustandsverschlechterung verursacht oder verhindert, daß ihr eine geeignete Behandlung zuteil wird, die nur durch die Einweisung in eine psychiatrische Klinik im Einklang mit dem Grundsatz der am wenigsten restriktiven Alternative möglich ist.

In dem in Buchstabe b) erwähnten Fall sollte, wenn möglich, eine zweite, von der ersten unabhängige psychiatrische Fachkraft konsultiert werden. Findet eine solche Konsultation statt, so darf der Patient nur mit Zustimmung der zweiten psychiatrischen Fachkraft zwangsweise eingewiesen beziehungsweise untergebracht werden.

2. Die zwangsweise Einweisung oder Unterbringung erfolgt zunächst für einen kurzen Zeitraum, je nach innerstaatlichem Recht, zur Beobachtung und vorläufigen Behandlung, bis die Einweisung oder Unterbringung durch das Nachprüfungsorgan nachgeprüft worden ist. Die Gründe für die Einweisung oder Unterbringung sind dem Patienten unverzüglich mitzuteilen, und die Einweisung oder Unterbringung selbst wie auch die Gründe dafür sind außerdem dem Nachprüfungsorgan, gegebenenfalls dem persönlichen Vertreter des Patienten und, sofern der Patient dagegen keine Einwände erhebt, der Familie des Patienten umgehend und im einzelnen mitzuteilen.

3. Eine psychiatrische Klinik kann zwangsweise eingewiesene Patienten nur dann aufnehmen, wenn sie von einer nach innerstaatlichem Recht vorgesehenen zuständigen Behörde dazu bestimmt worden ist.

Grundsatz 17

Nachprüfungsorgan

1. Das Nachprüfungsorgan ist ein auf innerstaatlichem Recht beruhendes und im Einklang mit den darin niedergelegten Verfahren tätiges richterliches oder anderes unabhängiges und unparteiisches Organ. Es trifft seine Entscheidungen mit Unterstützung einer oder mehrerer qualifizierter und unabhängiger psychiatrischer Fachkräfte und berücksichtigt deren Rat.
2. Das Nachprüfungsorgan nimmt die nach Grundsatz 16 Absatz 2 vorgeschriebene erste Nachprüfung einer Entscheidung über die zwangsweise Einweisung oder Unterbringung so bald wie möglich nach dieser Entscheidung und im Einklang mit einfachen und zügigen Verfahren nach innerstaatlichem Recht vor.
3. Das Nachprüfungsorgan prüft periodisch die Fälle von zwangsweise untergebrachten Patienten nach, und zwar in sinnvollen, im innerstaatlichen Recht festgelegten Zeitabständen.
4. Ein zwangsweise untergebrachter Patient kann in sinnvollen, im innerstaatlichen Recht festgelegten Zeitabständen bei dem Nachprüfungsorgan seine Entlassung oder den Status eines freiwilligen Patienten beantragen.
5. Bei jeder Nachprüfung stellt das Nachprüfungsorgan fest, ob die in Grundsatz 16 Absatz 1 enthaltenen Kriterien für eine zwangsweise Einweisung noch erfüllt sind; ist dies nicht der Fall, so ist der Patient nicht länger als zwangsweise eingewiesener Patient zu behandeln.
6. Ist für den Fall zuständige psychiatrische Fachkraft zu irgendeinem Zeitpunkt überzeugt, daß die Bedingungen für die zwangsweise Unterbringung einer Person nicht mehr erfüllt sind, so hat sie die Aufhebung der zwangsweisen Unterbringung anzuordnen.
7. Ein Patient oder sein persönlicher Vertreter oder eine andere interessierte Person hat das Recht, die Entscheidung über die Einweisung oder weitere Unterbringung des Patienten in einer psychiatrischen Klinik vor einer höheren Instanz anzufechten.

Grundsatz 18

Verfahrensgarantien

1. Der Patient hat das Recht, einen Rechtsberater zu wählen und zu bestellen, der ihn in seiner Patienteneigenschaft vertritt, so auch in jedem Beschwerde- oder Anfechtungsverfahren. Sichert sich der Patient nicht die Dienste eines Rechtsberaters, so ist ihm ein solcher beizustellen, und zwar unentgeltlich, soweit dem Patienten die Mittel zu dessen Bezahlung fehlen.
2. Außerdem hat der Patient Anspruch auf die Beiziehung eines Dolmetschers, falls dies notwendig ist. Sind derartige Dienste notwendig und trägt der Patient nicht selbst dafür Sorge, so sind sie ihm beizustellen, und zwar unentgeltlich, soweit ihm die Mittel zu deren Bezahlung fehlen.
3. Der Patient und der Rechtsberater des Patienten können bei jeder Anhörung einen unabhängigen psychiatrischen Evaluierungsbericht sowie alle weiteren Berichte und mündlichen, schriftlichen und sonstigen Beweismittel verlangen und unterbreiten, die relevant und zulässig sind.
4. Abschriften der Unterlagen des Patienten und alle vorzulegenden Berichte und Dokumente sind dem Patienten und dem Rechtsberater des Patienten auszuhändigen, soweit nicht in besonderen Fällen festgestellt wird, daß die Offenlegung bestimmter Informationen dem Gesundheitszustand des Patienten schweren Schaden zufügen oder die Sicherheit Dritter gefährden würde. Soweit nach innerstaatlichem Recht vorgesehen, sollte ein jedes Dokument, das nicht dem Patienten ausgehändigt wird, dem persönlichen Vertreter und dem Rechtsberater ausgehändigt werden, sofern dies vertraulich geschehen kann. Wird dem Patienten ein Teil eines Dokuments vorenthalten, so ist der Patient oder gegebenenfalls der Rechtsberater des Patienten über die Entscheidung und deren Begründung zu unterrichten und unterliegt die Entscheidung der Nachprüfung durch ein Gericht.
5. Der Patient und der persönliche Vertreter sowie der Rechtsberater des Patienten haben das Recht, bei jeder Anhörung persönlich anwesend zu sein, daran teilzunehmen und gehört zu werden.
6. Verlangt der Patient oder der persönliche Vertreter oder der Rechtsberater des Patienten die Anwesenheit einer bestimmten Person bei der Anhörung, so ist diese Person zuzulassen, sofern nicht festgestellt wird, daß die Anwesenheit dieser Person dem Gesundheitszustand des Patienten schweren Schaden zufügen oder die Sicherheit Dritter gefährden könnte.
7. Bei jeder Entscheidung über die Öffentlichkeit oder Nichtöffentlichkeit der Anhörung oder eines Teils derselben sowie über die öffentliche Berichterstattung darüber sind die Wünsche des Patienten, die Notwendigkeit der Achtung der Privatsphäre des Patienten und anderer Personen sowie die Notwendigkeit voll zu berücksichtigen, ernsten Schaden an der Gesundheit des Patienten zu verhüten oder die Gefährdung der Sicherheit Dritter zu vermeiden.
8. Die aufgrund der Anhörung getroffene Entscheidung und deren Begründung sind schriftlich niederzulegen. Dem Patienten und seinem persönlichen Vertreter sowie dem Rechtsberater sind Abschriften auszuhändigen. Bei der Entscheidung über die vollständige oder teilweise Veröffentlichung der Entscheidung sind voll zu berücksichtigen die Wünsche des Patienten, die Notwendigkeit der Achtung seiner Privatsphäre und der Privatsphäre anderer Personen, das öffentliche Interesse an einer offenen Rechtspflege sowie die Notwendigkeit, ernsten Schaden an der Gesundheit des Patienten zu verhüten oder die Gefährdung der Sicherheit Dritter zu vermeiden.

Grundsatz 19

Zugang zu Informationen

1. Ein Patient (in diesem Grundsatz schließt dieser Terminus auch ehemalige Patienten mit ein) hat ein Zugangsrecht zu den ihn betreffenden Informationen in den Krankenakten und persönlichen Akten, die in einer psychiatrischen Klinik geführt werden. Dieses Recht kann eingeschränkt werden, um zu verhindern, daß der Gesundheit des Patienten schwerer Schaden zugefügt und die Sicherheit Dritter gefährdet wird. Soweit nach innerstaatlichem Recht vorgesehen, sollten alle solche Informationen, die dem Patienten nicht gegeben werden, dem persönlichen Vertreter und dem Rechtsberater des Patienten mitgeteilt werden, sofern dies vertraulich geschehen kann. Werden einem Patienten Informationen vorenthalten, so ist der Patient oder gegebenenfalls der Rechtsberater des Patienten über die Entscheidung und deren Begründung zu unterrichten und unterliegt die Entscheidung der Nachprüfung durch ein Gericht.
2. Etwaige schriftliche Stellungnahmen des Patienten oder des persönlichen Vertreters oder des Rechtsberaters des Patienten sind auf Ersuchen in die Akte des Patienten aufzunehmen.

Grundsatz 20

Straftäter

1. Dieser Grundsatz findet Anwendung auf Personen, die eine Freiheitsstrafe wegen Begehung einer Straftat verbüßen oder die im Zuge eines Verfahrens oder strafrechtlicher Ermittlungen inhaftiert sind und von denen festgestellt worden ist oder angenommen wird, daß sie psychisch krank sind.
2. Alle diese Personen sollten entsprechend dem Grundsatz 1 die bestmögliche psychiatrische Versorgung erhalten. Diese Grundsätze finden auf sie möglichst weitgehende Anwendung, vorbehaltlich allein derjenigen begrenzten Änderungen und Ausnahmen, die unter den gegebenen Umständen notwendig sind. Die Rechte dieses Personenkreises gemäß den in Grundsatz 1 Absatz 5 genannten Dokumenten werden durch diese Änderungen und Ausnahmen nicht berührt.

3. Das innerstaatliche Recht kann ein Gericht oder eine andere zuständige Behörde ermächtigen, aufgrund eines fachkundigen unabhängigen ärztlichen Gutachtens die Einweisung solcher Personen in eine psychiatrische Klinik anzuordnen.

4. Die Behandlung von für psychisch krank befundenen Personen muß unter allen Umständen mit Grundsatz 11 im Einklang stehen.

Grundsatz 21

Beschwerden

Jeder Patient oder ehemalige Patient hat das Recht, im Rahmen der nach innerstaatlichem Recht festgelegten Verfahren eine Beschwerde einzubringen.

Grundsatz 22

Überwachung und Rechtsmittel

Die Staaten sorgen für das Vorhandensein geeigneter Mechanismen zur Förderung der Einhaltung dieser Grundsätze, zur Inspektion der psychiatrischen Kliniken, zur Einreichung, Untersuchung und Erledigung von Beschwerden und zur Einleitung geeigneter Disziplinar- oder Gerichtsverfahren wegen standeswidrigen Verhaltens oder wegen Verletzung der Rechte eines Patienten.

Grundsatz 23

Umsetzung

1. Die Staaten sollten diese Grundsätze in geeignete Rechtsvorschriften sowie gerichtliche, administrative, pädagogische und andere Maßnahmen umsetzen, die von ihnen regelmäßig zu überprüfen sind.

2. Die Staaten machen diese Grundsätze durch die geeigneten Mittel aktiv und in breiten Kreisen bekannt.

Grundsatz 24

Anwendungsbereich der psychiatrische Kliniken betreffenden Grundsätze

Diese Grundsätze finden auf alle Personen Anwendung, die in eine psychiatrische Klinik eingewiesen werden.

Grundsatz 25

Wahrung bestehender Rechte

Bestehende Rechte der Patienten, einschließlich der im geltenden Völkerrecht oder im innerstaatlichen Recht anerkannten Rechte, dürfen nicht unter dem Vorwand eingeschränkt oder außer Kraft gesetzt werden, daß diese Rechte durch die vorliegenden Grundsätze nicht anerkannt oder nur in geringerem Maße anerkannt werden.

Weitere Informationen und Richtlinien zu den MI Principles finden sich in den Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorder [Richtlinien zur Förderung der Menschenrechte von Personen mit psychischen Störungen]. Genf, Weltgesundheitsorganisation, 1996; abrufbar unter:

http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_MNH_MND_95.4.pdf

Die gesetzgebenden Organe, Vereinigungen, Gesundheitsbehörden, psychosozialen Fachkräfte und Juristen, die auf der Regionalkonferenz „Restructuring of Psychiatric Care in Latin America“ [Restrukturierung der psychiatrischen Versorgung in Lateinamerika] im Rahmen des Modells örtlicher Gesundheitssysteme zusammengelassen sind,

ERKLÄREN:

1. Alternative gemeindenahel Dienstleistungsmodelle, die in die sozialen Netzwerke und die Netzwerke der Gesundheitsversorgung integriert sind, werden durch die Restrukturierung der psychiatrischen Versorgung auf der Grundlage der primären Gesundheitsversorgung und im Rahmen des Modells örtlicher Gesundheitssysteme gefördert.
2. Die Restrukturierung der psychiatrischen Versorgung in der Region beinhaltet eine kritische Überprüfung der dominierenden und zentralistischen Rolle, die psychische Krankenhäuser bei der Erbringung psychosozialer Dienste einnehmen.
3. Die bereitgestellten Ressourcen, Versorgungs- und Behandlungsdienste müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllen:
 - a) Schutz der persönlichen Würde sowie der Menschen- und Bürgerrechte,
 - b) Zugrundelegung rationaler und technisch geeigneter Kriterien; und
 - c) Bemühen um ein Belassen der Patienten in ihren Gemeinden.
4. Die nationalen Gesetze sind gegebenenfalls abzuändern, damit
 - a) der Schutz der Menschen- und Bürgerrechte psychisch kranker Patienten gewährleistet ist; und
 - b) die Organisation der gemeindenahen psychosozialen Dienste den Schutz dieser Rechte sicherstellt.
5. In Übereinstimmung mit den Grundsätzen, die dem Restrukturierungskonzept zugrunde liegen, sollte bei der Ausbildung im Bereich psychische Gesundheit und Psychiatrie ein Dienstleistungsmodell angewendet werden, das auf gemeindenahen Gesundheitszentren basiert und die psychiatrische Einweisung in allgemeine Krankenhäuser fördert.
6. Die Organisationen, Vereinigungen und sonstigen Teilnehmer dieser Konferenz verpflichten sich hiermit, auf Landesebene Programme zu fördern und zu entwickeln, die die erwünschte Restrukturierung unterstützen, und sichern gleichzeitig zu, die Menschenrechte psychisch kranker Patienten in Übereinstimmung mit den nationalen Gesetzen und internationalen Verträgen zu überwachen und zu schützen.

Zu diesem Zweck fordern sie die Ministerien für Gesundheit und Justiz, die Parlamente, Sozialversicherer und sonstige Versorgungsdienstleister, Berufsverbände, Verbrauchervereinigungen, Universitäten und sonstige Ausbildungseinrichtungen sowie die Medien dazu auf, die Restrukturierung der psychiatrischen Versorgung zu unterstützen und auf diese Weise eine solche vorteilhafte Entwicklung zugunsten der Bevölkerung der Region sicherzustellen.

Auszug aus dem Wortlaut der Erklärung von Caracas, verabschiedet am 14. November 1990 von der Regionalkonferenz „Restructuring of Psychiatric Care in Latin America“, die in Caracas, Venezuela von der Panamerikanischen Gesundheitsorganisation/WHO-Regionalbüro für Gesamtamerika einberufen wurde. International Digest of Health Legislation, 1991, 42(2):336–338.

Erklärung von Madrid über ethische Standards in der psychiatrischen Praxis

Verabschiedet durch die Generalversammlung vom 25. August 1996 und geändert durch die Generalversammlung in Yokohama, Japan, im August 2002

Im Jahr 1977 verabschiedete die World Psychiatric Association die Erklärung von Hawaii, mit der ethische Leitlinien für die psychiatrische Praxis festgelegt wurden. Die Erklärung wurde 1983 in Wien aktualisiert. Die World Psychiatric Association hat einige dieser ethischen Standards erneut geprüft und überarbeitet, um der Bedeutung Rechnung zu tragen, die das veränderte gesellschaftliche Bewusstsein und neue medizinische Entwicklungen für psychiatrische Berufe haben.

Medizin ist sowohl Heilkunst als auch Wissenschaft. Die Dynamik dieser Kombination schlägt sich am stärksten in der Psychiatrie nieder, dem medizinischen Zweig, der sich auf die Versorgung und den Schutz von Menschen, die aufgrund einer psychischen Störung oder Schädigung krank und schwach sind, spezialisiert hat. Auch wenn es kulturelle, soziale und nationale Unterschiede geben mag, so sind ethisch korrektes Verhalten und die laufende Überprüfung der ethischen Standards universal geboten.

Als medizinische Fachkräfte müssen sich Psychiater der ethischen Implikationen ihrer ärztlichen Tätigkeit sowie der besonderen ethischen Anforderungen an das Spezialgebiet der Psychiatrie bewusst sein. Als Mitglieder der Gesellschaft müssen sich Psychiater für eine gerechte und gleichwertige Behandlung psychisch kranker Menschen, für soziale Gerechtigkeit und für Chancengleichheit einsetzen.

Ethisch korrektes Verhalten basiert auf dem individuellen Verantwortungsbewusstsein des Psychiaters gegenüber dem Patienten und auf der Einschätzung des Psychiaters, welches Verhalten richtig und angemessen ist. Externe Standards und Faktoren wie z. B. professionelle Verhaltenskodizes, die Kenntnis ethischer Normen und gesetzliche Bestimmungen sind für sich genommen keine Garantien für eine ethisch korrekte medizinische Praxis.

Stets sollten sich Psychiater die Grenzen der Psychiater-Patienten-Beziehung vor Augen halten, und sie sollten sich vorrangig an der Achtung der Patienten und der Sorge um deren Wohlbefinden und Integrität orientieren.

Vor diesem Hintergrund hat die World Psychiatric Association auf der Generalversammlung vom 25. August 1996 die folgenden ethischen Standards verabschiedet, die dem Verhalten von Psychiatern weltweit zugrunde liegen sollten.

1. Die Psychiatrie ist eine medizinische Disziplin, die die Bereitstellung der besten Behandlungsmethoden für psychische Störungen, die Rehabilitation psychisch kranker Menschen und die Förderung der psychischen Gesundheit zu ihren Aufgaben zählt. Psychiater helfen ihren Patienten, indem sie ihnen in Übereinstimmung mit anerkannten wissenschaftlichen Erkenntnissen und ethischen Grundsätzen die bestmögliche Therapie anbieten. Psychiater sollten therapeutische Maßnahmen entwickeln, die die Freiheit der Patienten so wenig wie möglich einschränken, und in Arbeitsfeldern, in denen sie über kein ausgeprägtes Fachwissen verfügen, sollten sie Dritte zu Rate ziehen. Dabei sollten Psychiater auf die gerechte Verteilung der Gesundheitsressourcen achten und diese gewährleisten.
2. Psychiater sind verpflichtet, sich über wissenschaftliche Entwicklungen ihres Spezialgebiets auf dem Laufenden zu halten und die neusten Erkenntnisse weiterzugeben. Psychiater, die für die Forschung ausgebildet wurden, sollten eine Überwindung der wissenschaftlichen Grenzen der Psychiatrie anstreben.
3. Der Patient sollte im therapeutischen Verfahren von Rechts wegen als Partner angesehen werden. Die Therapeuten-Patienten-Beziehung muss auf gegenseitigem Vertrauen und Respekt beruhen, damit der Patient freie und informierte Entscheidungen treffen kann. Psychiater sind verpflichtet, ihren Patienten die maßgeblichen Informationen zur Verfügung zu stellen, damit die Patienten vernünftige Entscheidungen auf der Grundlage ihrer persönlichen Wertvorstellungen und Vorlieben treffen können.

4. Bei geistigem Unvermögen des Patienten und/oder in Fällen, in denen die Urteilsfähigkeit des Patienten aufgrund einer psychischen Störung eingeschränkt ist, sollten Psychiater sich mit den Familienangehörigen abstimmen und gegebenenfalls einen Rechtsberater hinzuziehen, damit die Menschenwürde und die Rechte des Patienten gewährleistet werden. Gegen den Willen des Patienten darf keine Behandlung durchgeführt werden, es sei denn, die Nichtdurchführung der Behandlung würde das Leben des Patienten und/oder das Leben der in seinem Umfeld befindlichen Menschen gefährden. Eine Behandlung muss stets im Interesse des Patienten erfolgen.

5. Werden Psychiater zur Beurteilung einer Person herangezogen, so sind sie verpflichtet, die beurteilte Person zunächst über den Zweck der Maßnahme, die Verwendung der Ergebnisse und die möglichen Konsequenzen der Beurteilung aufzuklären und zu beraten. Dies ist besonders wichtig, wenn Psychiater in Situationen hinzugezogen werden, an denen Dritte beteiligt sind.

6. Informationen, die im Rahmen der therapeutischen Beziehung erlangt werden, sollten vertraulich behandelt werden und einzig und allein zum Zwecke der Verbesserung der psychischen Gesundheit des Patienten verwendet werden. Psychiater dürfen solche Informationen nicht für persönliche Zwecke oder zur Erlangung eines finanziellen oder akademischen Vorteils verwenden. Ein Verstoß gegen das Vertraulichkeitsgebot kann nur dann zweckmäßig sein, wenn die Wahrung der Vertraulichkeit eine schwere körperliche oder psychische Schädigung des Patienten oder Dritter zur Folge hätte, wie z. B. bei Kindesmisshandlung, in diesen Fällen sollte der Psychiater den Patienten möglichst zuvor über die geplanten Maßnahmen beraten.

7. Forschung, die nicht in Übereinstimmung mit dem Wissenschaftskanon durchgeführt wird, verstößt gegen ethische Prinzipien. Forschungsaktivitäten sollten von einem ordnungsgemäß gegründeten Ethikausschuss bewilligt werden. Bei der Durchführung von Forschungsvorhaben sollten Psychiater die nationalen und internationalen Vorschriften einhalten. Nur Personen, die ausreichend für Forschungsvorhaben ausgebildet wurden, sollten diese durchführen oder anleiten. Da es sich bei psychiatrischen Patienten um besonders gefährdete Forschungssubjekte handelt, sollten besondere Vorsichtsmaßnahmen unternommen werden, um deren Autonomie sowie deren psychische und körperliche Integrität zu wahren. Ethische Standards sollten auch der Auswahl von Bevölkerungsgruppen bei allen Arten von Forschungsvorhaben zugrunde gelegt werden, einschließlich bei epidemiologischen und soziologischen Studien und Kooperationsforschungsvorhaben zusammen mit anderen Disziplinen oder verschiedenen Forschungszentren.

RICHTLINIEN FÜR BESONDERE SITUATIONEN

Das World Psychiatric Association Ethics Committee [Ethikausschuss der World Psychiatric Association] erkennt die Notwendigkeit an, besondere Richtlinien für besondere Situationen zu entwickeln. Die ersten fünf Richtlinien wurden von der Generalversammlung in Madrid, Spanien, am 25. August 1996 verabschiedet, und die letzten drei Richtlinien wurden von der Generalversammlung in Hamburg, Deutschland, am 8. August 1999 verabschiedet.

1. **Euthanasie:** Oberste und wichtigste Pflicht eines Arztes ist die Förderung der Gesundheit, die Verringerung des Leidens und der Schutz des Lebens. Psychiater sollten bei Maßnahmen, die zum Tod führen könnten, wenn sich Patienten aufgrund ihrer Behinderung nicht selbst schützen können, besonders umsichtig sein, da sich unter den Patienten von Psychiatern einige Menschen befinden, deren Geistesvermögen schwer eingeschränkt ist und die nicht in der Lage sind, eine informierte Entscheidung zu treffen. Der Psychiater sollte sich darüber im Klaren sein, dass die Ansichten eines Patienten durch dessen psychische Krankheit, z. B. eine Depression, verzerrt sein können. In diesen Situationen hat der Psychiater die Aufgabe, die Krankheit zu behandeln.

2. **Folter:** Psychiater dürfen sich nicht an psychischer oder körperlicher Folter beteiligen, selbst wenn Behörden versuchen, ihre Beteiligung an solchen Handlungen zu erzwingen.

3. **Todesstrafe:** Unter keinen Umständen sollten Psychiater an legalisierten Hinrichtungen teilnehmen oder sich an der Bewertung der Tauglichkeit im Hinblick auf eine Hinrichtung beteiligen.

4. **Geschlechtsselektion:** Unter keinen Umständen sollten Psychiater sich an Entscheidungen beteiligen, mit denen Schwangerschaften zum Zwecke der Geschlechtsselektion beendet werden.

5. Organtransplantationen: Psychiater haben die Aufgabe, Fragen im Zusammenhang mit Organspenden zu klären und zu religiösen, kulturellen, sozialen und familiären Faktoren zu beraten und auf diese Weise sicherzustellen, dass alle Beteiligten informierte und zweckmäßige Entscheidungen treffen. Psychiater sollten keine Entscheidungen in Vertretung des Patienten treffen und ebenso wenig sollten sie ihre psychotherapeutischen Fähigkeiten einsetzen, um die Entscheidung des Patienten in diesen Angelegenheiten zu beeinflussen. Psychiater sollten sich für den Schutz ihrer Patienten einsetzen und diese dabei unterstützen, in Organtransplantationssituationen weitestgehend selbstbestimmt zu handeln.

6. Medienkontakte von Psychiatern: Auf die öffentliche Wahrnehmung und die Haltungen der Gemeinde nehmen die Medien entscheidenden Einfluss. Bei allen Medienkontakten müssen Psychiater sicherstellen, dass psychisch kranke Menschen so dargestellt werden, dass ihre Würde und Integrität gewahrt und Stigmatisierungen und Diskriminierungen verringert werden. Eine wichtige Aufgabe von Psychiatern besteht darin, sich für Menschen mit psychischen Störungen einzusetzen. Da die öffentliche Wahrnehmung von Psychiatern und Psychiatrie Auswirkungen auf die Patienten hat, müssen Psychiater sicherstellen, dass sie ihren psychiatrischen Beruf bei ihren Medienkontakten würdevoll repräsentieren. Psychiater dürfen gegenüber den Medien keine Erklärungen zu vermuteten psychischen Erkrankungen bestimmter Personen abgeben. Bei der Präsentation von Forschungsergebnissen in den Medien müssen Psychiater die wissenschaftliche Integrität der veröffentlichten Informationen sicherstellen und die potenziellen Auswirkungen ihrer Äußerungen auf die öffentliche Wahrnehmung psychischer Krankheiten und auf das Wohlergehen von Menschen mit psychischen Störungen beachten.

7. Psychiater und Diskriminierung aus sozialen oder kulturellen Gründen: Diskriminierung durch Psychiater aufgrund von ethnischer oder kultureller Zugehörigkeit, sowohl unmittelbar als auch durch Unterstützung Dritter, verstößt gegen ethische Prinzipien. Es ist Psychiatern in jedem Fall untersagt, unmittelbar oder mittelbar an Handlungen im Zusammenhang mit ethnischen Säuberungen teilzunehmen oder diese zu billigen.

8. Psychiater und genetische Forschung und Beratung: Die Erforschung der genetischen Ursachen psychischer Störungen nimmt rapide zu, und immer mehr psychisch kranke Menschen nehmen an derartigen Forschungsvorhaben teil. Soweit Psychiater an genetischer Forschung oder Beratung beteiligt sind, sollten sie sich der Tatsache bewusst sein, dass sich die Bedeutung genetischer Informationen nicht auf die Person beschränkt, von der die Informationen stammen, und dass sich die Offenlegung der Informationen negativ und zerstörend auf die Familien und Gemeinden der betroffenen Person auswirken kann. Daher müssen Psychiater sicherstellen, dass

- die Personen und Familien, die an genetischen Forschungsvorhaben teilnehmen, hierfür ihre vollumfänglich informierte Zustimmung erteilt haben;
- genetische Informationen, die sich in ihrem Besitz befinden, angemessen vor unbefugtem Zugriff, Fehldeutungen oder Missbrauch geschützt sind;
- bei der Kommunikation mit Patienten und Familien darauf geachtet wird, dass diese auf die Lückenhaftigkeit der derzeitigen genetischen Entschlüsselung und mögliche Änderungen durch künftige Entdeckungen hingewiesen werden.

Zur Durchführung genetischer Tests dürfen Psychiater nur an Einrichtungen überweisen, die die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- Nachweis hinreichender Qualitätssicherungsverfahren für derartige Tests.
- Angemessene und leicht zugängliche Ressourcen für genetische Beratung. Bei der genetischen Beratung für Familienplanung oder Schwangerschaftsabbruch müssen die Wertvorstellungen der Patienten berücksichtigt werden, und es sind ausreichend medizinische und psychiatrische Informationen verfügbar zu machen, so dass die Patienten unterstützt werden, die Entscheidung zu treffen, die ihnen am besten erscheint.

Ihre Rechte als Klient oder Patient, Connecticut Department of Mental Health & Addiction Services (USA)

Sie haben das Recht, stets human und menschenwürdig behandelt zu werden. Dabei sind die folgenden Rechte zu beachten:

- Persönliche Würde • Recht auf Privatsphäre • Recht auf persönliches Eigentum • Bürgerrechte

Sie haben ein Recht auf Schutz vor körperlichem oder psychischem Missbrauch oder Schaden.

Sie haben ein Recht auf einen schriftlichen Behandlungsplan, der gemeinsam mit Ihnen entwickelt wird und Ihre persönlichen Bedürfnisse, Ziele und Wünsche berücksichtigt.

Die Einrichtung, Behörde oder Projektstelle sollte Sie über Ihre Rechte aufklären.

Darüber hinaus ist eine Auflistung Ihrer Rechte in jeder Abteilung der Klinik aufzuhängen.

Außerdem haben Sie die folgenden Rechte:

Humane und menschenwürdige Behandlung: Sie haben das Recht, stets human und menschenwürdig unter Wahrung Ihrer persönlichen Würde und Privatsphäre behandelt zu werden. Unter Berücksichtigung Ihrer Bedürfnisse wird ein spezieller Behandlungsplan entwickelt. Jeder Behandlungsplan sieht neben anderen Punkten eine angemessene Frist für die Entlassung sowie Ihre aktive Beteiligung an einer geeigneten Nachbetreuung und einen geeigneten Nachbetreuungsplan vor. (s. CGS 17a-542)

Persönliche Würde: Während Ihres Aufenthalts in einer stationären Einrichtung haben Sie das Recht, Ihre eigene Kleidung zu tragen, Ihre persönlichen Gegenstände mit sich zu führen (im Rahmen angemessener räumlicher Beschränkungen) und über Ihre finanziellen Ressourcen zu verfügen und mit ihnen persönliche Einkäufe zu tätigen.* Sie haben das Recht, bei Durchsuchungen Ihrer persönlichen Gegenstände anwesend zu sein. Hiervon ausgenommen sind Patienten der Whiting Forensic Division [Forensische Abteilung]. Ausnahmen von diesen Rechten müssen erläutert werden und sind in Ihre Patientenakte aufzunehmen. (s. CGS 17a-548)

Privatsphäre & Vertraulichkeit: Sie haben ein Recht auf Privatsphäre und Vertraulichkeit. Daten, durch die Ihre Person, Behandlungsmethode oder Diagnose identifiziert werden können, dürfen ohne Ihre schriftliche Zustimmung nicht an dritte Personen oder Einrichtungen weitergegeben werden. Akten, die von den Gerichten geführt werden (da sie sich auf die Behandlung eines Nutzers beziehen), müssen versiegelt werden und dürfen nur dem Beklagten oder den Rechtsbeiständen verfügbar gemacht werden.* Allen Personen, Krankenhäusern, Behandlungseinrichtungen und DMHAS [Department of Mental Health and Addiction Services] ist es untersagt, die Identität, Diagnose, Prognose oder Behandlung eines Nutzers offenzulegen oder die Offenlegung zu erlauben, soweit die Offenlegung gegen bundes- oder einzelstaatliche gesetzliche Vertraulichkeitsvorschriften verstoßen würde.* (S. CGS 17a-500, 17a-688, 52-146f und 42 CFR Teil 2)

Ärztliche Notfallbescheinigung & Einweisung: Gemeinsam mit Ihrem Rechtsbeistand oder Berater können Sie sich in den einschlägigen Gesetzen über die anwendbaren Einweisungsverfahren informieren. Alle Personen, die aufgrund einer ärztlichen Notfallbescheinigung eingewiesen wurden, können verlangen, dass innerhalb von 3 Werktagen nach Einweisung eine Anhörung durchgeführt wird, bei der zu prüfen ist, ob ein hinreichender Grund für die Einweisung vorlag [Probable Cause hearing]. Freiwillig eingewiesene Patienten sind bei ihrer Einweisung darüber zu belehren, dass sie die Einrichtung unter Einhaltung einer Frist von drei Tagen wieder verlassen können. Der schriftliche Antrag eines freiwillig internierten Patienten, die Einrichtung nach Ablauf einer Frist von drei Tagen zu verlassen, darf nicht zurückgewiesen werden, es sei denn, bei einem zuständigen Gericht wurde ein Antrag auf Einweisung gestellt. Je nachdem, ob Sie zur Suchtbehandlung oder aufgrund einer psychiatrischen Störung eingewiesen wurden, sind unterschiedliche Gesetze anwendbar. (S. CGS 17a-495 f; 17a-502; 17a-506; 17a-682 bis 17a-685, 54-56d)

Besuchs- und Kommunikationsrechte: Sie haben das Recht, während der Besuchszeiten Besucher zu empfangen. Sie haben das Recht, sich zu allen zumutbaren Zeiten mit Kirchenvertretern, Rechtsanwälten und juristischen Hilfskräften Ihrer Wahl zu treffen und vertraulich zu besprechen. Die Einrichtungen können angemessene Besuchsregelungen festlegen. Briefe oder sonstige Mitteilungen, die der Nutzer einer Behandlungseinrichtung versendet oder empfängt, dürfen nicht abgehört, abgefangen, gelesen oder zensiert werden.* Einschränkungen der Kommunikationsrechte müssen schriftlich erläutert und vom Leiter der Einrichtung (oder einem Bevollmächtigten) unterschrieben und Ihrer Patientenakte beigelegt werden. (S. CGS 17a-546, 17a-547)

Zugang zu Ihren medizinischen Akten: Sie bzw. Ihr Anwalt sind berechtigt, nach schriftlicher Antragstellung Einsicht in Ihre Krankenakte zu nehmen. Soweit Ihr Antrag nicht im Rahmen eines Gerichtsverfahrens gestellt wird, können Einrichtungen die Offenlegung beliebiger Teile der Krankenakte verweigern, wenn die Offenlegung nach Auffassung der psychosozialen Einrichtung die erhebliche Gefahr birgt, dass Sie sich selbst oder Dritten lebensgefährliche Verletzungen zufügen oder dass eine ernstzunehmende Verschlechterung Ihrer psychischen Verfassung eintritt*, oder wenn die Offenlegung die Privatsphäre Dritter verletzen würde. (S. CGS 17a-548, 52-146f)

Zwangs- & Isolationsmaßnahmen: Werden Sie aufgrund der Umstände Zwangs- oder Isolationsmaßnahmen ausgesetzt, so müssen Sie human und menschenwürdig behandelt werden. Nicht freiwillige Isolations- oder mechanische Zwangsmaßnahmen sind nur bei unmittelbar drohender Gefahr für Sie oder Dritte zulässig. Die Gründe für derartige Maßnahmen müssen innerhalb von 24 Stunden in Ihren Patientenakten vermerkt werden. Eine medikamentöse Behandlung darf nicht anstelle einer besser geeigneten, sonstigen Behandlungsmethode eingesetzt werden. (S. CGS 17a-544)

Rechtsbehelf: Wenn Sie durch eine Verletzung der §§ 17a-540 bis 17a-549 in Ihren Rechten verletzt wurden, können Sie bei dem Superior Court [einzelstaatliches erstinstanzliches Gericht], der für Ihren Wohnsitz örtlich zuständig ist, einen Rechtsbehelf einlegen. (S. CGS 17a-550)

Bekanntgabe Ihrer Rechte: Eine Beschreibung Ihrer Rechte ist in jeder Abteilung, in der psychosoziale Dienste angeboten werden, an prominenter Stelle auszuhängen. (s. CGS 17a-548)

Medikamente, Behandlung, informierte Zustimmung & chirurgische Eingriffe: Gemeinsam mit Ihrem Rechtsbeistand oder Berater können Sie sich in den einschlägigen Gesetzen über die anwendbaren Verfahren informieren (s. CGS 17a-543a-j). Wurden Sie gemäß einer der Bestimmungen in §§ 17a-540 bis 550 interniert, müssen Sie innerhalb von 5 Tagen nach Einweisung einer ärztlichen Untersuchung unterzogen werden und diese ist in der Folgezeit mindestens einmal jährlich durchzuführen. Die Berichte zu diesen Untersuchungen müssen in Ihre Patientenakte aufgenommen werden (S. CGS 17a-545). Vorbehaltlich entgegenstehender gesetzlicher Bestimmungen darf ein Patient nur nach seiner schriftlichen informierten Zustimmung medizinischen oder chirurgischen Verfahren, Psychochirurgie oder Schocktherapien unterzogen werden.* Die Einrichtungen können Verfahren zur nicht freiwilligen medikamentösen Behandlung einführen, jedoch dürfen derartige Entscheidungen nur von Personen getroffen werden, die nicht bei der behandelnden Einrichtung beschäftigt sind, und zuvor muss der Anwalt des Patienten eine angemessene Gelegenheit erhalten haben, die Entscheidung mit der Einrichtung zu erörtern.* Hat sich eine Einrichtung für die nicht freiwillige medikamentöse Behandlung gemäß den gesetzlichen Bestimmungen entschieden, so kann der Patient beim Probate Court [Nachlassgericht] die Durchführung einer Anhörung beantragen, auf deren Grundlage über die Zulässigkeit des Eingriffs entschieden wird. Unbeschadet der Bestimmungen dieses Abschnitts (17a-540 bis 550) ist eine Notfallbehandlung ohne Zustimmung zulässig, wenn die Einholung der Zustimmung eine Verzögerung mit sich brächte, die medizinischen Schaden zur Folge hätte. (S. CGS 17a-543a-f)

Verweigerung von Beschäftigungsmöglichkeiten, Wohnraum etc.: Vorbehaltlich entgegenstehender Regelungen dürfen Ihnen Beschäftigungsmöglichkeiten, Wohnraum, der Beamtenstatus, sonstige Zulassungen oder Genehmigungen (einschließlich beruflicher Zulassungen) sowie sonstige Bürgerrechte oder gesetzliche Rechte nicht allein aus dem Grund versagt werden, dass Sie derzeit oder in der Vergangenheit an einer psychischen Störung leiden bzw. gelitten haben.* (S. CGS 17a-549)

Beschwerden: Die Nutzer der Einrichtungen und Programme der DMHAS sind berechtigt, Beschwerden einzureichen, wenn ein Mitarbeiter oder eine Einrichtung 1) ein durch Gesetz, Verordnung oder Richtlinie festgelegtes Recht verletzt hat; 2) wenn Sie bei Ihrer Behandlung Willkür ausgesetzt waren oder die Behandlung unangemessen war; 3) aufgrund von Fahrlässigkeit, Diskriminierung ... oder aus sonstigem ungebührlichen Grund die Bereitstellung von Diensten verweigert hat, die durch einen Behandlungsplan bewilligt worden sind; 4) Zwangsmaßnahmen ergriffen hat, um Ihre Behandlungsoptionen ungebührlich zu beschränken; 5) ohne angemessenen Grund nicht einschreitet, wenn Ihre Rechte in einem Umfeld gefährdet werden, das von der Einrichtung oder der DMHAS kontrolliert wird; oder 6) Ihnen gegenüber gegen das Gebot einer humanen und menschenwürdigen Behandlung verstoßen hat. (S. CGS 17a-451-t[1-6])

Sonstige Rechte, die nicht in dieser Liste aufgeführt sind, werden möglicherweise durch einzel- oder bundesstaatliche Gesetze, Verordnungen oder Richtlinien gewährleistet. Bitte lassen Sie sich beraten, um die entsprechenden Gesetze und Richtlinien kennen zu lernen und besser zu verstehen.

Viele Rechte der Nutzer, die die Dienste von Einrichtungen in Connecticut in Anspruch nehmen, werden in § 17a-540 bis § 17a-550 Connecticut General Statutes [Allgemeine Gesetze von Connecticut] definiert. Möglicherweise gibt es weitere Rechte, die durch andere einzel- und bundesstaatliche Gesetze sowie Gerichtsentscheidungen festgeschrieben werden, doch die Rechte der § 17a-540 bis § 17a-550 sind besonders geschützt und müssen von den stationären und ambulanten Einrichtungen in Connecticut eingehalten werden. Soweit nichts Gegenteiliges festgelegt wurde, gelten diese gesetzlichen Bestimmungen sowohl für freiwillige als auch für nicht freiwillige Nutzer von Diensten.

Allgemein ist es sowohl öffentlichen als auch privaten Einrichtungen untersagt, in Ihre persönlichen Rechte, Ihre Eigentumsrechte oder Ihre Bürgerrechte einzugreifen. Dazu zählen das Wahlrecht, das Recht auf Eigentum und auf Übertragung von Eigentum und das Recht, Verträge abzuschließen, es sei denn, ein solches Recht wird Ihnen im Rahmen eines ordnungsgemäßen Gerichtsverfahrens entzogen oder Sie wurden gemäß § 45a-644 bis § 45a-662 für geistig unvernünftig erklärt. Wird geistiges Unvermögen festgestellt, so ist ausdrücklich aufzuführen, welche Bürgerrechte oder persönlichen Rechte Sie aufgrund Ihres geistigen Unvermögens nicht ausüben können.

Weitere Informationen zu Ihren Rechten als Nutzer von Diensten in den Bereichen Substanzmissbrauch und psychische Gesundheit in Connecticut erhalten Sie unter 1-800-446-7348.

*Für einige Rechte kann es Ausnahmeregelungen und Einschränkungen geben. Eine genaue Beschreibung Ihrer Rechte finden Sie in §§ 17a-450 f; 17a-540 f; 17a-680 f; 52-146d-j; 54-56d Connecticut General Statutes; Federal regulation [Bundesverordnung] 42 CFR part 2; im Rehabilitation Act [Rehabilitationsgesetz]; im Americans with Disabilities Act [Gesetz über Amerikaner mit Behinderungen]; § 1983 Patients' Self-Determination Act [Gesetz über Patientenselbstbestimmung] und in anderen einzel- und bundesstaatlichen Bestimmungen.

(<http://www.dmhas.state.ct.us/documents/ptrights.pdf>)

Auszug aus dem Inhaltsverzeichnis und Übersicht zu Nutzerrechten

Inhaltsverzeichnis

Antidiskriminierungshinweis

Grundsatzerklärung

Einleitung

A. ALLGEMEINE BESTIMMUNGEN

- I. Absichtserklärung
- II. Begriffsbestimmungen
- III. Grundlegende Rechte
- IV. Angemessene, möglichst unrestrictive Behandlung
- V. Rechtsbelehrung
- VI. Unterstützung beim Schutz von Rechten
- VII. Recht auf ein ordnungsgemäßes Beschwerdeverfahren
- VIII. Beschwerden
- IX. Vertraulichkeit und Aktenzugriff
- X. Gerechte Arbeitsvergütung
- XI. Rechte bei Experimenten und Forschungsvorhaben

B. RECHTE IN STATIONÄREN EINRICHTUNGEN UND HEIMEN

- I. Absichtserklärung
- II. Privatsphäre und humane Behandlungsumgebung
- III. Individualisierter Behandlungs- und Entlassungsplan
- IV. Individualisierter Behandlungs- oder Dienstleistungsplan in Heimen
- V. Informierte Einwilligung in die Behandlung
- VI. Grundlegende Rechte
- VII. Schutz vor nicht gebotenen Zwangs- und Isolationsmaßnahmen in Heimen

C. RECHTE BEI AMBULANTER BEHANDLUNG

- I. Absichtserklärung
- II. Individualisiertes Verfahren zur Planung von Unterstützungsangeboten
- III. Individualisierter Behandlungs- oder Dienstleistungsplan
- IV. Informierte Einwilligung in die Behandlung

Übersicht auf Englisch, Französisch, Russisch, Serbokroatisch, Somali, Spanisch, Vietnamesisch

Übersicht zu Nutzerrechten auf Englisch

DEPARTMENT OF BEHAVIORAL AND DEVELOPMENTAL SERVICES RECHTE DER NUTZER PSYCHOSOZIALER DIENSTE

Dies ist eine Übersicht zu den Rechten, die Ihnen als Nutzer von Dienstleistungen zustehen und in der Publikation „Rechte der Nutzer psychosozialer Dienste“ niedergelegt sind. Sie haben das Recht auf eine vollständige Ausgabe der „Rechte der Nutzer psychosozialer Dienste“ durch diese Behörde oder durch das Department of Behavioral and Developmental Services, 40 State House Station, Augusta, Maine 04333, Tel: 287-4200 (V), 287-2000 (TTY). Falls Sie gehörlos sind oder kein Englisch verstehen, wird Ihnen kostenlos ein Dolmetscher zur Seite gestellt, damit Sie Ihre Rechte kennen lernen und Ihre Behandlung verstehen.

1. Grundlegende Rechte. Ihnen stehen dieselben Bürger-, Menschen- und gesetzlichen Rechte zu wie allen sonstigen Bewohnern des Bundesstaats Maine. Sie haben das Recht auf eine zuvorkommende Behandlung und auf Achtung Ihrer Individualität und Würde.

2. Vertraulichkeit und Aktenzugriff. Ohne Ihre ausdrückliche Erlaubnis ist es niemand gestattet, Einsicht in Ihre Akte zu nehmen. Hiervon ausgenommen sind Situationen, die in der vollständigen Fassung der „Rechte der Nutzer psychosozialer Dienste“ aufgeführt sind. Zur Klarstellung von Informationen, die Ihrer Meinung nach unrichtig oder unvollständig sind, können Sie Ihrer Akte schriftliche Bemerkungen anfügen. Sie haben das Recht, Ihre Akte zu allen zumutbaren Zeiten zu prüfen.

3. Individualisierter Behandlungs- oder Dienstleistungsplan. Sie haben das Recht auf einen individualisierten Plan, den Sie gemeinsam mit Ihrem Betreuer auf der Grundlage Ihrer Bedürfnisse und Ziele ausarbeiten. Der Plan muss schriftlich vorliegen und Sie haben das Recht auf eine Abschrift. Der Plan muss ausdrücklich detaillierte Bestimmungen zu den Aufgaben der Beteiligten enthalten, zeitliche Fristen für die Realisierung der Aufgaben und Ziele aufführen und darlegen, wie die Erfolgskontrolle vorgenommen wird. Der Plan muss sich an Ihren tatsächlichen Bedürfnissen orientieren, und soweit ein benötigter Dienst nicht verfügbar ist, muss der Plan detaillierte Regelungen dazu treffen, wie Ihren Bedürfnissen Rechnung getragen wird.

4. Informierte Einwilligung. Gegen Ihren Willen dürfen keine Dienstleistungen oder Behandlungen durchgeführt werden, es sei denn, Sie haben einen Vormund und dieser hat seine Einwilligung erteilt, oder es liegt ein Notfall vor oder es wurde eine besondere Anhörung zu Ihrer Behandlung durchgeführt. Sie haben das Recht, über etwaige Risiken und den erwarteten Nutzen aller Dienste und Behandlungsmethoden, einschließlich medikamentöser Behandlung, in einer für Sie verständlichen Weise aufgeklärt zu werden (bzw. bei Vorhandensein eines Vormunds steht dem Vormund das Recht auf Information zu). Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich an Ihren Betreuer sowie an beliebige dritte Personen Ihrer Wahl wenden, bevor Sie eine Entscheidung über die Behandlung oder das Dienstleistungsangebot treffen.

5. Unterstützung beim Schutz von Rechten. Sie haben das Recht, einen Vertreter Ihrer Wahl zu benennen, der Ihnen Ihre Rechte erläutert, sich für die Achtung Ihrer Rechte einsetzt und Sie bei der Ausarbeitung eines Behandlungs- oder Dienstleistungsplans unterstützt. Möchten Sie einen Vertreter benennen, so müssen Sie die entsprechende Person schriftlich ermächtigen. Sie können Ihren Vertreter jederzeit kontaktieren und Sie können die Ermächtigung jederzeit ändern oder widerrufen.

6. Schutz vor Zwangs- und Isolationsmaßnahmen. Der Einsatz von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen ist bei ambulanter Behandlung untersagt.

7. Recht auf Einreichung von Beschwerden. Sie haben das Recht, Beschwerden einzureichen, mit denen Sie etwaige Verletzungen Ihrer Rechte oder fragwürdige Praktiken beanstanden können. Sie haben das Recht auf eine schriftliche und begründete Erwiderung auf Ihre Beschwerde. Gegen die Entscheidung können Sie bei der Division of Mental Health [Kammer für psychische Gesundheit] einen Rechtsbehelf einlegen. Für die Einreichung einer Beschwerde dürfen Sie in keiner Weise bestraft werden. Unterstützung bei der Einreichung von Beschwerden erhalten Sie beim Office of Advocacy, 60 State House Station, Augusta, Maine 04333, Tel: 287-4228 (V), 287-1798 (TTY) oder beim Disability Rights Center, P.O. Box 2007, Augusta, Maine 04338-2007, Tel: 1-800-452-1948 (V/TTY).

Ich habe ein Exemplar der Übersicht zu den Rechten der Nutzer psychosozialer Dienste erhalten.

Datum	Unterschrift Kunde	Datum	Unterschrift Zeuge
-------	--------------------	-------	--------------------

(Die vollständige Fassung der Rechte der Nutzer psychosozialer Dienste des Staates Maine finden Sie auf der folgenden Website: <http://www.state.me.us/bds/Licensing/RightsRecipients/Index.html>)

Anhang 8.

Beispiel: Formulare für nicht freiwillige Einweisung und Behandlung (integriertes Verfahren) und Widerspruchsformular, Victoria, Australien

FORMULAR 1

Regulation 5(1)

ANTRAGSFORMULAR FÜR NICHT FREIWILLIGE EINWEISUNG

Mental Health Act 1986
(Section 9)
Mental Health Regulations 1998

TEIL A

ANTRAG AUF EINWEISUNG EINER PERSON ALS NICHT FREIWILLIGER PATIENT EINER
ZUGELASSENEN PSYCHOSOZIALEN EINRICHTUNG

AN DEN EINWEISENDEN ZUGELASSENEN ARZT

Bitte weisen Sie

.....
VORNAME(N)/NACHNAME (BLOCKSCHRIFT) der einzuweisenden Person
wohnhaft

(ADRESSE DER EINZUWEISENDEN PERSON)

als nicht freiwilligen Patient in eine geeignete zugelassene psychosoziale Einrichtung ein.

TEIL B

ANGABEN ZUM ANTRAGSTELLER

.....
VORNAME(N)/NACHNAME (BLOCKSCHRIFT) des Antragstellers
wohnhaft

Adresse des Antragstellers

Unterschrift Datum

TEIL C

**VERBRINGUNG IN EINE ZUGELASSENE PSYCHOSOZIALE EINRICHTUNG
(GEGEBENENFALLS AUSZUFÜLLEN) ***

Hiermit ermächtige ich

.....

VORNAME(N)/NACHNAME (BLOCKSCHRIFT) eines **Angehörigen des Polizeidienstes,
Rettungsdienstes oder einer vom Antragsteller ermächtigten Person

beschäftigt bei Bezeichnung

die oben näher bezeichnete Person in eine geeignete zugelassene psychosoziale Einrichtung zu
verbringen.

.....

VORNAME(N)/NACHNAME (BLOCKSCHRIFT) des Antragstellers

Unterschrift Datum

* Von der vorliegenden Ermächtigung zur Verbringung in eine zugelassene psychosoziale
Einrichtung darf nur Gebrauch gemacht werden, wenn ein Antrags- und ein Empfehlungsformular
ausgefüllt wurden. Bei Vorliegen einer Ermächtigung zum Transport ohne Empfehlung muss
Formular 4 verwendet werden.

** Zutreffendes bitte einkreisen.

FORMULAR 2

Regulation 5(2)

FORMULAR FÜR DIE EMPFEHLUNG DER NICHT FREIWILLIGEN EINWEISUNG

Mental Health Act 1986
(Section 9)
Mental Health Regulations 1998

EMPFEHLUNG DER EINWEISUNG EINER PERSON ALS NICHT FREIWILLIGER PATIENT EINER
ZUGELASSENEN PSYCHOSOZIALEN EINRICHTUNG

AN DEN EINWEISENDEN ZUGELASSENEN ARZT

Bitte veranlassen Sie die Einweisung von

.....

VORNAME(N)/NACHNAME (BLOCKSCHRIFT) der einzuweisenden Person

wohnhaft

Adresse der einzuweisenden Person

Ich bin zugelassener Arzt und erkläre:

Ich habe die oben genannte Person persönlich untersucht am (Datum)
um Uhr.

Ich bin der Auffassung, dass

(a) die Person dem Anschein nach psychisch krank ist (*eine Person ist psychisch krank, wenn sie von einer psychischen Krankheit im Sinne eines medizinischen Leidens, das durch eine erhebliche Denk-, Gemüts-, Wahrnehmungs- oder Gedächtnisstörung gekennzeichnet ist, betroffen ist*); und

(b) die psychische Krankheit dieser Person eine sofortige Behandlung erforderlich macht und diese Behandlung durch Einweisung und Internierung in einer zugelassenen psychosozialen Einrichtung realisiert werden kann; und

(c) die Person aufgrund ihrer psychischen Krankheit zum Schutz ihrer Gesundheit oder Sicherheit (zwecks Vermeidung einer Verschlechterung des körperlichen oder psychischen Zustands der Person oder aus sonstigem Grund) oder zum Schutz von Angehörigen der Öffentlichkeit als nicht freiwilliger Patient zum Zwecke der Behandlung eingewiesen und interniert werden sollte; und

(d) die Person die notwendige Behandlung der psychischen Krankheit abgelehnt hat oder nicht in der Lage ist, dieser zuzustimmen; und

(e) für die psychische Krankheit der Person keine angemessenen Behandlungsoptionen existieren, bei denen weniger in die Entscheidungs- und Handlungsfreiheit der Person eingegriffen würde.

Bei meiner Annahme einer psychischen Krankheit der betroffenen Person stütze ich mich nicht ausschließlich auf einen oder mehrere der Ausschlussgründe gemäß Section 8 (2) **Mental Health Act 1986**.

Ich stütze meine Beurteilung auf die folgenden Tatsachen:

TATSACHEN, DIE VON MIR BEI DER UNTERSUCHUNG PERSÖNLICH WAHNGENOMMEN WURDEN:

.....
.....

TATSACHEN, DIE MIR VON DRITTEN MITGETEILT WURDEN:

.....
.....

DER FOLGENDE ABSCHNITT IST BEI FEHLEN PERSÖNLICH WAHNGENOMMENER TATSACHEN AUSZUFÜLLEN:

Es wurden keine Tatsachen von mir persönlich festgestellt. Die folgenden Tatsachen wurden mir unmittelbar *persönlich/schriftlich/telefonisch/elektronisch kommuniziert durch

Dr

VORNAME(N)/NACHNAME (BLOCKSCHRIFT) eines weiteren zugelassenen Arztes

tätig in
Adresse des Arztes

Telefonnummer des Arztes,

der die oben genannte Person untersucht hat am (Datum)
(maximal 28 Tage vor dem heutigen Datum)

TATSACHEN, DIE MIR VON DEM ANDEREN ZUGELASSENEN ARZT MITGETEILT WURDEN:

.....
.....

Ich bin der Auffassung, dass die oben genannte Person in eine zugelassene psychosoziale Einrichtung eingewiesen werden sollte.

.....

VORNAME(N)/NACHNAME (BLOCKSCHRIFT)
des empfehlenden zugelassenen Arztes

Unterschrift
UNTERSCHRIFT des empfehlenden zugelassenen Arztes

Qualifikationen

Adresse

Telefonnummer Datum

* Zutreffendes bitte einkreisen.

(Siehe http://www.dms.dpc.vic.gov.au/Domino/Web_Notes/LDMS/PubLawToday.nsf?OpenDatabase)

Der Abdruck der Auszüge der Gesetzgebung des Parlaments des Staates Victoria, Australien, erfolgt mit Genehmigung der Krone für den Staat Victoria, Australien. Der Staat Victoria übernimmt keine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit der hier abgedruckten Gesetze.

Mental Health Act 1986

Sections 29

Bundesstaatliche
Patientennummer für den Bereich
psychische Gesundheit

Grid for patient number

Örtliches Krankenhaus

Patientennummer:

Grid for hospital patient number

Nachname:

Vornamen:

Geburtsdatum: Geschlecht:

Sonstige Namen:

WIDERSPRUCH BEIM MENTAL HEALTH REVIEW BOARD

Hinweise zum Ausfüllen dieses
Formulars

Widerspruch

Patienten können jederzeit beim
Board Widerspruch einlegen.

Besucher aus der Gemeinschaft
oder jegliche sonstigen Personen,
von denen das Board überzeugt
ist, dass ihnen das Wohl des
Patienten ein echtes Anliegen ist,
können im Namen eines nicht
freiwilligen oder in
Sicherungsverwahrung
untergebrachten Patienten
Widerspruch einlegen.

Weitere Informationen

Nähere Informationen zum Board:

- Fragen Sie den für Sie
zuständigen Leiter oder ein
anderes Mitglied des
Behandlungsteams nach dem
entsprechenden Heft zu
Patientenrechten.
Rufen Sie das Board unter
der unten aufgeführten
Telefonnummer an.
Besuchen Sie die Website
des Board unter
www.mhrb.vic.gov.au

Vertraulichkeit

Die in diesem Formular
abgefragten Informationen
werden an das Mental Health
Review Board weitergeleitet,
damit dieses einen Termin für die
Entscheidung über Ihren
Widerspruch festlegt. Das Board
wird Sie und die zugelassene
psychosoziale Einrichtung von
der Festsetzung eines
Anhörungstermins in Kenntnis
setzen. Das Board wird bei der
Einrichtung Informationen zu
Ihnen und Ihrer Behandlung
anfordern. Bei der Entscheidung
über Ihren Widerspruch wird sich
das Board auf diese
Informationen stützen. Der
Austausch von Informationen
zwischen dem Board und der
psychosozialen Einrichtung, bei
der Sie behandelt werden, ist
gemäß dem Mental Health Act
1986 zugelassen.

Das Board wird Ihre
Informationen sicher verwahren
und nur im Falle einer
entsprechenden gesetzlichen
Verpflichtung offenlegen. Die
Informationen zu Ihrer Person, die
vom Board verwahrt werden,
können Sie beim Executive
Officer unter der unten
angegebenen Adresse anfordern.

AN DEN EXECUTIVE OFFICER DES MENTAL HEALTH REVIEW BOARD

VORNAME(N) NACHNAME (BLOCKSCHRIFT) des Patienten

Adresse des Patienten, soweit in Gemeinschaft wohnhaft

Ich bin Patient des/der
zugelassene psychosoziale Einrichtung

Ich lege Widerspruch ein gegen:

(bitte ankreuzen)

- meine Internierung als nicht freiwilliger Patient.
die Anordnung gemeindenaher Behandlung. Ich beantrage die Aufhebung der Anordnung.
die Bedingungen der angeordneten gemeindenahen Behandlung. Ich beantrage die
Abänderung der Bedingungen.
meine Verlegung in:
andere zugelassene psychosoziale Einrichtung
die Anordnung eingeschränkter gemeindenaher Behandlung. Ich beantrage die Aufhebung
der Anordnung (gilt nur für Patienten, für die die Unterbringung im Krankenhaus
angeordnet wurde).
meine Sicherungsverwahrung.
die Ablehnung meines Antrags auf Sonderurlaub durch den leitenden Psychiater (gilt nur
für Patienten in Sicherungsverwahrung).

Widerspruchsbegründung:

Blank lines for complaint justification

Unterschrift: Datum:

DER FOLGENDE ABSCHNITT IST AUSZUFÜLLEN; WENN DRITTE IM NAMEN DES
PATIENTEN WIDERSPRUCH EINLEGEN:

Ich lege im Namen des oben genannten Patienten Widerspruch ein.

VORNAME(N)/NACHNAME (BLOCKSCHRIFT) des Widerspruchsführers

wohnhaft:
Adresse des Widerspruchsführers

Unterschrift: Beziehung zum Patienten: Datum:
z. B. Besucher aus der
Gemeinschaft, Ehegatte, Freund etc.

Sie können Ihren Widerspruch per Fax, Brief oder E-Mail einlegen:

The Executive Officer Telefon: 8601 5270
Mental Health Review Board Fax: 8601 5299
Level 30, 570 Bourke Street Gebührenfreie Servicenummer: 1800 242 703
Melbourne 3000 E-Mail: mhrb@mhrb.vic.gov.au

Sie können einen Mitarbeiter darum bitten, Ihren Widerspruch an das Board zu senden.

DEC
2004

MHA 5 APPEAL TO MHRB

VORSORGEVERFÜGUNGEN FÜR PSYCHOSOZIALE VERSORGUNG UND BEHANDLUNG

Informationen für Nutzer psychosozialer Dienste

HDI

Health and Disability Commissioner [Bauftragter für Gesundheit und Behinderungen]

Te Toi hau Hauora Hauatanga

Beispiel:**Verweigerung von EKT durch Vorsorgeverfügung**

Manu wurde auf der Grundlage des Mental Health Act mehrfach zwangsweise eingewiesen. Während eines Aufenthalts wurden ihm ohne seine Einwilligung zahlreiche elektrokonvulsive Schocks verabreicht. An die Durchführung der Schocktherapie erinnert er sich nur schwach, aber es stört ihn, dass er anschließend an Gedächtnislücken litt.

Er hat viel über EKT gelesen und den Entschluss gefasst, dass er das Risiko weiterer künftiger Gedächtnislücken auf keinen Fall in Kauf nehmen möchte. Darüber hinaus weiß er aus Erfahrung, dass andere Behandlungsmethoden sowie familiäre Unterstützung dazu beitragen, depressionsbedingte Behinderungen zu vermeiden.

Die letzte Hospitalisierung von Manu liegt nun drei Monate zurück und bei der nächsten Sprechstunde als ambulanter Patient setzt er sich mit seinem Psychiater zusammen, um einen persönlichen Krisenplan zu erörtern. Sie vereinbaren, dass Manu eine Vorsorgeverfügung trifft, in der er erklärt, dass er unter keinen Umständen eine EKT-Behandlung erhalten möchte.

Sein Krisenplan behandelt verschiedene Fragestellungen, z. B. die Feststellung von Anfangssymptomen einer Depression und die Anforderung von Unterstützung beim Psychiatrieteam sowie Empfehlungen an seine Familie, wie diese ihm am besten helfen kann. Manu hofft, dass die Wünsche, die er in der Verfügung geäußert hat, bei einer erneuten Zwangseinweisung nach dem Mental Health Act von seinen Ärzten respektiert werden.

Was kann ich tun, wenn meine Vorsorgeverfügung missachtet wird?

Wird Ihre Vorsorgeverfügung über Ihre künftige Gesundheitsversorgung nicht beachtet und sind die dafür vorgebrachten Gründe der Ärzte für Sie nicht zufrieden stellend, können Sie eine Beschwerde beim Health and Disability Commissioner einreichen.

Was passiert, wenn ich keine Vorsorgeverfügung treffe?

Wenn Sie sich in einer Krisensituation befinden und festgestellt wird, dass Sie nicht in der Lage sind, einer Behandlung zuzustimmen (und Sie nicht auf der Grundlage des Mental Health Act zwangsweise eingewiesen werden), kann Ihr Arzt dennoch über Ihre Behandlung entscheiden. Dabei stützt er sich auf die folgenden Erwägungen:

- Ihre wohlverstandenen Interessen; und
- die Entscheidung, die Sie wahrscheinlich trafen, wenn Sie dazu in der Lage wären; oder
- die Meinungen Dritter, die um Ihr Wohlergehen besorgt sind.

Kann ich jemanden damit beauftragen, für mich Entscheidungen zu treffen?

In einigen Ländern ist es möglich, in der Vorsorgeverfügung eine Person zu benennen, die in Ihrem Namen Entscheidungen treffen kann. In Neuseeland müssen Sie hingegen eine Person zum Enduring Power of Attorney [ständiger Vertreter] bestellen. Auf der Grundlage des Protection of Personal Property Rights Act 1988 ist die betreffende Person für Ihre persönliche Versorgung und Ihr Wohlergehen zuständig. Wenn Sie möchten, können Sie den Betreffenden ermächtigen, in Ihrem Namen Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung zu treffen, soweit Sie nicht selbst dazu in der Lage sind. Wenn Sie jemand zum Enduring Power of Attorney bestellen möchten, sollten Sie sich anwaltlich beraten lassen.

Was ist mit Entscheidungen, die sich nicht auf meine gesundheitliche Versorgung beziehen?

Vielleicht möchten Sie auch Entscheidungen, die sich nicht auf Ihre gesundheitliche Versorgung beziehen, bereits im Voraus regeln. Eine Option ist die Krisenplanung. Die Mitarbeiter Ihrer psychosozialen Einrichtung sollten mit Ihnen besprechen, welche Maßnahmen Sie sich wünschen, falls Sie eine erneute Krise erleiden. In Ihrem Krisenplan können Ihre Entscheidungen festgehalten werden, z. B. wer sich um Ihre Kinder kümmert oder mit welchen Familienangehörigen Sie während Ihrer Hospitalisierung Kontakt wünschen.

Außerdem können Sie auch Ihre Vorsorgeverfügung zu einem Bestandteil Ihrer Krisenplanung machen. Wenn Ihr Arzt Sie bei der Krisenplanung nicht einbezieht, können Sie Ihre Wünsche auch einfach aufschreiben und darum bitten, dass sie in Ihre Akte aufgenommen werden.

Beispiel:

Ablehnung eines spezifischen Medikaments durch Vorsorgeverfügung

Während seiner Internierung wurde Bill eine hohe Dosis des Medikaments X verabreicht und er reagierte sehr stark auf dieses Medikament. Bill erörterte seine medikamentöse Behandlung mit seinem Psychiater und sie trafen den Entschluss, dass das Medikament X am besten in jedem Fall zu vermeiden sei, insbesondere da sich eine geeignete Alternative gefunden hatte. Bills Familie befindet sich in unterschiedlichen Regionen Neuseelands und er reist viel. Er hielt es für eine gute Idee, stets eine Vorsorgeverfügung mit sich zu führen, damit er auch dann vor einer Verabreichung des Medikaments geschützt wäre, wenn er in eine fremde psychosoziale Einrichtung eingewiesen werden müsste und diese keinen Zugriff auf seine Akte hätte. Außerdem fand er es hilfreich, den Namen des Medikaments X und sein derzeitiges Medikament aufzuschreiben, da er während seiner Krankheitsschübe häufig verwirrt ist und sich nicht an die Bezeichnungen erinnern kann.

Enduring Power of Attorney zur Information von Angehörigen und Freunden

John ist ein junger homosexueller Mann, der zur Zeit einen Partner und viele Freunde hat, die ihn im vergangenen Jahr während einer psychischen Krise sehr unterstützt haben. Als seine Eltern ihn während seiner Krise besuchten, haben sie die Situation hingegen verschlimmert. Sie billigen Johns Lebensform nicht und versuchten, seine Freunde daran zu hindern, ihn zu besuchen. Sie wollten nicht, dass er in seine Wohnung zurückkehrt, in der er mit seinem Partner und einem anderen homosexuellen Paar lebt. John möchte zwar, dass seine Eltern von seiner Hospitalisierung informiert werden, aber er möchte, dass Entscheidungen über seine Versorgung von seinem Partner getroffen werden. Daher hat John seinen Partner mit Hilfe seines Anwalts zum Enduring Power of Attorney ernannt und ihm die Befugnis übertragen, für seine persönliche Versorgung und sein Wohlergehen zu sorgen.

Wie kann ich am besten dafür sorgen, dass meine Wünsche und Interessen respektiert werden?

Durch eine Vorsorgeverfügung können Sie die Berücksichtigung Ihrer Wünsche und Interessen in Krisensituationen sicherstellen. Eine Enduring Power of Attorney und ein Krisenplan bieten allerdings einen noch besseren Schutz Ihrer Wünsche und Interessen.

Möchten Sie besser Einfluss darauf nehmen können, was in einer Krisensituation mit Ihnen geschieht?

Wenn Sie Ihre Einflussmöglichkeiten verbessern möchten, könnte eine Vorsorgeverfügung eine geeignete Möglichkeit sein, mit der Sie auf die Behandlung und Versorgung bei künftigen Vorfällen einwirken können. Durch Ihre Vorgeschichte können Sie einschätzen, welche Behandlungs- und Versorgungsmethoden Ihnen guttun. Gemäß dem Code of Health and Disability Services Consumers' Rights [Gesetz zu den Rechten von Nutzern der Gesundheits- und Behindertendienste] sind Sie berechtigt, eine Vorsorgeverfügung auszustellen, mit der Sie die von Ihnen erwünschte Behandlung und Versorgung für künftige Vorfälle schriftlich festhalten.

Was ist eine Vorsorgeverfügung?

Einfach ausgedrückt, wird durch eine Vorsorgeverfügung die Einwilligung für eine künftige Behandlung erteilt oder verweigert. Mit dieser – normalerweise schriftlichen – Erklärung geben Sie Dritten gegenüber Ihre Behandlungswünsche für den Fall an, dass Sie einen psychischen Krankheitsschub erleiden und infolgedessen zum maßgeblichen Zeitpunkt nicht in der Lage sind, eine Entscheidung zu treffen oder Ihre Wünsche zu kommunizieren.

Gemäß den neuseeländischen gesetzlichen Bestimmungen beziehen sich Vorsorgeverfügungen nur auf die von Ihnen erwünschte gesundheitliche Versorgung und Behandlung. In einigen Ländern können sich Vorsorgeverfügungen auch auf Entscheidungen beziehen, die keinen unmittelbaren Zusammenhang zu Ihrer Gesundheitsversorgung aufweisen. In Neuseeland gelten für die Kommunikation derartiger Wünsche jedoch andere Verfahren.

Wer kann eine Vorsorgeverfügung treffen?

Gemäß dem Code of Health and Disability Services Consumers' Rights kann jeder, der rechtlich befähigt ist, eine Entscheidung über seine Gesundheitsversorgung zu treffen, eine Vorsorgeverfügung ausstellen.

Was kann ich mit einer Vorsorgeverfügung regeln?

Vorsorgeverfügungen sollten sich auf Behandlung und Versorgung fokussieren. Sie können z. B. die folgenden Aspekte regeln:

- Behandlungsmethoden, die Sie für Krisensituationen wünschen bzw. ausschließen, z. B. im Hinblick auf medikamentöse Behandlung und EKT;
- das Umfeld, in dem Sie in Krisensituationen vom Dienstleistungsangebot Gebrauch machen möchten, z. B. Krankenhaus, eigene Wohnung oder Kriseneinrichtung.

Beispiel:

Beantragung eines spezifischen Medikaments durch Vorsorgeverfügung

Sally weiß, dass sie bei Auftreten bestimmter Symptome unbedingt mit der Behandlung beginnen und eine geringe Dosis des Medikaments X einnehmen muss. Bei den ersten Schüben ihrer psychischen Krankheit ging es ihr sehr schlecht und sie wurde hospitalisiert. Kürzlich ist sie in eine andere Stadt gezogen und sie ist sich nicht sicher, ob ihr neuer Arzt ihr eigenes Wissen um ihren Zustand wirklich respektiert.

Sie beschließt, eine Vorsorgeverfügung zu treffen und auf diese Weise festzuhalten, dass sie bei einem neuerlichen Schub das Medikament X von ihrem Hausarzt verschrieben bekommen möchte, statt auf eine psychiatrische Überweisung zu warten. Auch wenn Sallys Wunsch von ihren Ärzten respektiert wird, werden sie das Medikament nur verschreiben, wenn es zum gegebenen Zeitpunkt angemessen ist.

Wie stelle ich die Vorsorgeverfügung aus?

Das Ausstellen einer Vorsorgeverfügung ist nicht schwer. Sie brauchen dafür keinen Anwalt. Vielmehr können Sie eine Vorsorgeverfügung treffen, ohne dass Dritte bei der Vorbereitung hinzugezogen werden müssten. Sie sollten jedoch die folgenden Punkte beachten, um sicherzustellen, dass Ihre Vorsorgeverfügung berücksichtigt wird und die darin enthaltenen Entscheidungen anerkannt und befolgt werden:

- Die Vorsorgeverfügung sollte am besten schriftlich und nicht mündlich getroffen werden. Geben Sie Ihre Wünsche so eindeutig wie möglich an und unterschreiben und datieren Sie die Verfügung.
- Wenn Sie sich beim Ausstellen Ihrer Vorsorgeverfügung von Ihrem Arzt oder Gesundheitspfleger helfen lassen, können sich diese davon überzeugen, dass Sie über das erforderliche Geistesvermögen verfügen und hinreichend über die von Ihnen angegebene erwünschte Behandlung informiert sind, und sie können Ihnen dabei helfen, die Situationen zu beschreiben, die von der Verfügung erfasst werden sollen.
- Wenn Sie Ihre Angehörigen oder Ihren Whanau [Großfamilienverband] bei der Ausarbeitung der Vorsorgeverfügung einbeziehen oder zumindest darüber informieren, können diese Sie besser unterstützen und sich in einer Krisensituation für die Berücksichtigung Ihrer Wünsche einsetzen.
- Überprüfen und aktualisieren Sie Ihre Vorsorgeverfügung regelmäßig, damit Veränderungen Ihres Zustands oder Ihrer Wünsche berücksichtigt werden und die Ärzte anerkennen, dass sich die Verfügung weiterhin mit Ihren Wünschen deckt.
- Behalten Sie eine Kopie der Vorsorgeverfügung und geben Sie Ihren Angehörigen oder sonstigen Helfern sowie den Ärzten, zu denen Sie am häufigsten Kontakt haben, ebenfalls Kopien der Verfügung.

Wird der Inhalt meiner Vorsorgeverfügung stets befolgt?

Nein. Bei der Entscheidung, ob den Vorgaben Ihrer Vorsorgeverfügung zu folgen ist, orientiert sich Ihr Arzt an fünf Fragen:

- War Ihr Geistesvermögen für diese Entscheidungen ausreichend, als Sie die Vorsorgeverfügung trafen?
- Haben Sie die Entscheidungen aus freiem Willen getroffen?
- Waren Sie ausreichend informiert, um die Entscheidungen treffen zu können?
- Wollten Sie, dass die Verfügung in der vorliegenden Situation angewendet wird, auch wenn sich diese möglicherweise von der ursprünglich anvisierten Situation unterscheidet?
- Ist die Vorsorgeverfügung veraltet?

Gemäß dem Code of Health and Disability Services Consumers' Rights haben Sie das Recht, umfassend informiert zu werden, informierte Entscheidungen zu treffen und Ihre informierte Einwilligung zu erteilen. Wenn für Sie jedoch eine Zwangsbehandlung gemäß dem Mental Health (Compulsory Assessment and Treatment) Act 1992 [Gesetz zur psychischen Gesundheit (Nicht

freiwillige Beurteilung und Behandlung)] angeordnet wurde, so kann Ihre Vorsorgeverfügung nicht verhindern, dass Ihr Arzt eine Zwangsbehandlung bewilligt. Gemäß dem Mental Health Act ist der zuständige Arzt angewiesen, sich um Ihre Einwilligung zur Behandlung zu bemühen. Er darf Sie jedoch auch ohne Ihre Einwilligung behandeln.

Auch wenn für Sie eine Zwangsbehandlung angeordnet wurde, kann eine Vorsorgeverfügung trotzdem von Vorteil sein, weil sie die Ärzte über Ihre Wünsche informiert.

Beispiel für Ablehnung des Medikaments X durch Vorsorgeverfügung

Ich _____ möchte unter keinen Umständen mit dem Medikament X behandelt werden. Ich habe diese Entscheidung mit meinem Psychiater, Dr. _____, besprochen und er hat mir Behandlungsalternativen sowie den voraussichtlichen Nutzen, Risiken und Nebenwirkungen des Medikaments X erläutert.

Ich bestätige hiermit, dass ich diese Entscheidung aus freiem Willen getroffen habe und sie für die nächsten ____ Jahre gelten soll, sofern sie nicht von mir widerrufen wird.

Datum _____

Unterschrift _____

Ich bestätige, dass _____ zum Zeitpunkt der Ausstellung dieser Vorsorgeverfügung über das erforderliche Geistesvermögen verfügt.

Datum _____

Arzt _____

Mental Health Commission:

Telefon: (04) 474 8900

Fax: (04) 474 8901

E-Mail: info@mhc.govt.nz

Website: www.mhc.govt.nz

HDI Health and Disability Commission:

Tel./Fernschreiber: (09) 373 1060

Fax: (09) 373 1061

Gebührenfreie Rufnummer: 0800 11 22 33

E-Mail: hdc@hdc.org.nz

Website: www.hdc.org.nz

ISBN 92 4 156282 X



9 789241 562829