

Konzeptpapier

Beendigung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie – Hin zu einem ausschließlich auf Unterstützung basierenden System †

Martin Zinkler^{1,*}  und Sebastian von Peter²

¹ Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Ulm, Schlosshastr. 100, 89522 Heidenheim, Deutschland

² Medizinische Hochschule Brandenburg, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Immanuel Albertinen Klinik Rüdersdorf, Seebad 82/83, 15562 Rüdersdorf bei Berlin, Deutschland

* Korrespondenz: martin.zinkler@kliniken-heidenheim.de

† Eine deutsche Fassung dieses Artikels wird derzeit in der deutschen Fachzeitschrift „Recht & Psychiatrie“ geprüft.

Eingegangen: 17. Juni 2019; Angenommen: 21. August 2019; Veröffentlicht: 24. August 2019



ngen

Zusammenfassung: Auf der Grundlage der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD) haben sich mehrere UN-Gremien, darunter der Hohe Kommissar für Menschenrechte, für ein vollständiges Verbot aller Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung ausgesprochen. Die Autoren konzipieren ein System der psychiatrischen Versorgung, das ausschließlich auf Unterstützung basiert. Die Psychiatrie verliert ihre Funktion als Instrument der sozialen Kontrolle und richtet sich nach dem Willen und den Präferenzen derjenigen, die Unterstützung benötigen. Die Autoren entwerfen Szenarien für den Umgang mit Risiken, stationärer Versorgung, Polizeigewahrsam und psychischen Erkrankungen im Gefängnis. Mit einer solchen Umstellung könnten psychiatrische Dienste das Vertrauen der Nutzer gewinnen und damit die Behandlungsergebnisse verbessern.

Stichworte: CRPD; Menschenrechte; Zwang; soziale Kontrolle; psychische Erkrankungen

1. Einleitung

Auf der Grundlage des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD) ([Vereinte Nationen 2018a](#)) haben sich mehrere UN-Gremien, darunter der Hohe Kommissar für Menschenrechte, für ein vollständiges Verbot aller Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung ausgesprochen ([Vereinte Nationen 2013, 2014, 2017a, 2017b, 2018b](#)). Im Jahr 2014 forderte der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen die Staaten auf, „Politiken und gesetzliche Bestimmungen, die Zwangsbehandlungen zulassen oder durchführen, abzuschaffen“ ([Vereinte Nationen 2014](#)), mit der Begründung, dass es sich dabei um eine „fortdauernde Verletzung handelt, die in den Gesetzen zur psychischen Gesundheit weltweit zu finden ist, trotz empirischer Belege für ihre Unwirksamkeit und der Ansichten von Menschen, die psychische Gesundheitssysteme in Anspruch nehmen und infolge von Zwangsbehandlungen tiefes Leid und Traumata erfahren haben“.

Nach Ansicht des Ausschusses verstößt eine Zwangsbehandlung gegen Artikel 12 der Konvention, die Gleichbehandlung vor dem Gesetz, sowie gegen mehrere andere Artikel, wie das Recht auf persönliche Unversehrtheit (Art. 17), das Recht auf Freiheit von Folter (Art. 15) und das Recht auf Freiheit von Gewalt, Ausbeutung und Missbrauch (Art. 16). Der Ausschuss sieht in einer Zwangsbehandlung eine Verweigerung der Rechtsfähigkeit einer Person, sich für eine medizinische Behandlung zu entscheiden, und stuft sie daher als Verstoß gegen Artikel 12 der Konvention ein ([Vereinte Nationen 2014](#)).

Der Ausschuss äußert sich ebenso eindeutig zur Unterbringung in psychiatrischen Einrichtungen: Die Verweigerung der Rechtsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen und ihre Unterbringung in Einrichtungen gegen ihren Willen, entweder ohne ihre Zustimmung oder mit der Zustimmung eines stellvertretenden Entscheidungsträgers, wird als anhaltendes Problem angesehen: „Diese Praxis stellt eine willkürliche Freiheitsentziehung dar und verstößt gegen die Artikel 12 und 14 des Übereinkommens. Die Vertragsstaaten müssen von solchen Praktiken Abstand nehmen und einen Mechanismus zur Überprüfung von Fällen einrichten, in denen Menschen mit Behinderungen ohne ihre ausdrückliche Zustimmung in einer Einrichtung untergebracht wurden.“ ([Vereinte Nationen 2014](#)).

In ähnlicher Weise plädiert der Bericht des Sonderberichterstatters über das Recht jedes Menschen auf das erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit aus dem Jahr 2017 für „Maßnahmen zur radikalen Reduzierung medizinischer Zwangsmaßnahmen und zur Erleichterung der Abschaffung aller Zwangsbehandlungen und Zwangseinweisungen in psychiatrischen Einrichtungen“ ([Vereinte Nationen 2017b](#)). Darüber hinaus stellte der Hohe Kommissar der Vereinten Nationen für Menschenrechte 2017 fest, dass „viele Praktiken in Einrichtungen der psychischen Gesundheit auch gegen die Artikel 15, 16 und 17 des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen verstößen. Zwangsbehandlungen und andere schädliche Praktiken wie Einzelhaft, Zwangssterilisation, die Anwendung von Zwangsmaßnahmen, Zwangsmedikation und Übermedikation (einschließlich der Verabreichung von Medikamenten unter Vorspiegelung falscher Tatsachen und ohne Aufklärung über die Risiken) verletzen nicht nur das Recht auf freie und informierte Zustimmung, sondern stellen auch Misshandlung dar und können Folter gleichkommen.“ ([Vereinte Nationen 2017a](#)). Daher unterstützt dieser Bericht die Abschaffung aller unfreiwilligen Behandlungen und die Verabschiedung von Maßnahmen, die sicherstellen, dass Gesundheitsdienstleistungen, einschließlich aller psychiatrischen Dienstleistungen, auf der freien und informierten Zustimmung der betroffenen Person beruhen, wie vom UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen festgelegt, sowie „die Abschaffung der Anwendung von Isolation und Zwangsmaßnahmen, sowohl physischer als auch pharmakologischer Art“ ([Vereinte Nationen 2017a](#)).

All diese Annahmen stehen jedoch in krassem Gegensatz zur Realität der psychiatrischen Versorgung. Auch wenn sich die Praktiken der psychiatrischen Versorgung und die Gesetze zur psychischen Gesundheit weltweit unterscheiden, haben sie doch eine lange Geschichte von Zwang, Inhaftierung, Rechtsverletzungen und Freiheitsentzug gemeinsam. Auch wenn die meisten aktuellen psychiatrischen Versorgungssysteme Unterstützung in unterschiedlicher Intensität und Ausprägung anbieten, greifen sie auch auf Zwangsmaßnahmen zurück (z. B. mechanische Fixierung (Anbindung an ein Bettgestell); chemische Fixierung (Injektion von Beruhigungsmitteln); Isolation (Einsperren in einem Raum); Inhaftierung in einem Krankenhaus oder gewaltsame Einweisung in eine psychiatrische Einrichtung durch die Polizei). Die Häufigkeit und Intensität von Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung variieren ([Kallert et al. 2005](#)) und werden nur in einigen Ländern systematisch erfasst (ein Register zu Zwangsmaßnahmen in Deutschland findet sich bei [Flammer und Steinert 2018](#)).

Die Reaktion der Psychiatrie war überwiegend kritisch, sie verteidigte die Notwendigkeit von Zwangsmaßnahmen und ging sogar so weit, dem Ausschuss vorzuwerfen, „hart erkämpfte Errungenschaften im Namen der Menschenrechte rückgängig zu machen“ ([Freeman et al. 2015](#)) oder zu suggerieren, dass Regierungen „die Konvention ignorieren sollten, wenn sie einem vernünftigen Ansatz zum Schutz von Bürgern, die auf die eine oder andere Weise nicht in der Lage sind, sich selbst zu schützen, im Wege steht“ ([Applebaum 2019](#)).

Eine Verlagerung der psychiatrischen Versorgung weg von Zwangsmaßnahmen hin zu einem ausschließlich auf Unterstützung basierenden System wurde kürzlich als mögliches Szenario für die Zukunft der psychiatrischen Versorgung diskutiert ([Giacco et al. 2016; Priebe 2018](#)), wobei der Schwerpunkt auf einer führenden Rolle der Dienstleistungsnutzer bei der Planung, Entwicklung und Erbringung von Dienstleistungen liegt. Obwohl keine weiteren Angaben dazu gemacht wurden, wie solche Dienste aussehen und was sie leisten würden, bildet dieses Szenario die Grundlage unserer Arbeit: Anstatt die Gründe für oder gegen Zwangsmaßnahmen in der psychischen Gesundheitsversorgung zu diskutieren, wird in dieser Arbeit dargelegt, wie eine zwangsfreie psychische Gesundheitsversorgung aussehen könnte und wie psychische Gesundheitsdienste in bestimmten Situationen mit anderen Akteuren interagieren könnten. Wir beginnen daher mit einer Skizzierung der Gesamtlogik eines zwangsfreien psychiatrischen Unterstützungssystems. Anschließend beschreiben wir die Situationen, die typischerweise zu Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung führen, und erläutern, inwiefern sich diese neue Art der psychiatrischen Versorgung vom traditionellen Paradigma der Unterstützung und Zwangsmaßnahmen unterscheidet. Wir werden darlegen, dass eine psychiatrische Versorgung ohne Zwangsmaßnahmen nicht nur den Menschenrechtsstandards entspricht, sondern auch die Versorgungs- und Behandlungsergebnisse für die am stärksten gefährdeten Personen verbessert, wenn eine Reihe von Schutzmaßnahmen eingeführt wird.

2. Gesamtlogik eines zwangsfreien psychiatrischen Unterstützungssystems

Der UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen leitet in seiner Allgemeinen Bemerkung Nr. 1 aus Artikel 12 des Übereinkommens (Gleichberechtigte Anerkennung vor dem Gesetz) ein Verbot aller Formen der stellvertretenden Entscheidungsfindung ab ([Vereinte Nationen 2014](#)). Traditionell sind an der stellvertretenden Entscheidungsfindung medizinisches Personal, gesetzliche Vormunde oder Familienangehörige beteiligt. Stattdessen sollten Menschen mit Behinderungen nun bei ihren eigenen Entscheidungen unterstützt werden, soweit sie dies wünschen ([Vereinte Nationen 2014](#)).

Einschränkungen ihrer Rechtsfähigkeit aufgrund einer vermuteten Beeinträchtigung der geistigen Fähigkeiten sind nicht mehr zulässig. Gemäß dem CRPD muss die Rechtsfähigkeit „jedem Menschen aufgrund seiner

des Menschseins (. . .) (und) erkennt an, dass jeder Mensch, unabhängig von seiner wahrgenommenen oder tatsächlichen Entscheidungsfähigkeit, das Recht hat, vor dem Gesetz als vollwertige Person mit Rechten, Pflichten und Handlungsfähigkeit respektiert zu werden – dies ist das Recht auf Rechtsfähigkeit auf gleicher Grundlage.“ ([Arstein-Kerslake und Flynn 2015](#)). Die Aufgabe der Angehörigen der Gesundheitsberufe besteht darin, sich so zu verändern, dass sie nur noch unterstützen, wobei sie sich gleichzeitig nach dem Ausmaß der Behinderung und nach dem Willen und den Präferenzen der betroffenen Person richten.

Der UN-Ausschuss liefert keine Definition von Willen und Präferenzen. Der britische Psychiater Szmukler ([Szmukler 2019](#)) schlug in einer aktuellen Ausgabe des Journal of the World Psychiatric Association vor, den Begriff Präferenzen für die Wahl zwischen zwei oder mehr Alternativen zu verwenden. Der Wille stellt seiner Ansicht nach einen „Selbststeuerungsmechanismus höherer Ordnung“ dar, in dem „Werte“ eine Schlüsselrolle spielen und Wünsche Formen der Überlegung innerhalb von „Richtlinien“ höherer Ordnung unterliegen, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken und Verpflichtungen gegenüber Zielen zum Ausdruck bringen, die Werte verkörpern. ([Szmukler 2019](#)). In diesem Artikel haben wir weniger komplexe und vielleicht plausiblere Definitionen von Willen und Präferenzen verwendet, auch wenn sie im Gegensatz zu Szmuklers Definition stehen mögen. Präferenzen sind Einstellungen, die im Laufe des Lebens entwickelt werden, zum Beispiel die Entschlossenheit, trotz Rückschlägen mit Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit am Leben zu bleiben. Der Wille ist dann der in einem bestimmten Moment zum Ausdruck gebrachte Wille, zum Beispiel „Ich möchte aus dem Krankenhaus entlassen werden“. Die Relevanz dieser unterschiedlichen Definitionen von Willen und Präferenzen wird in Abschnitt [3.2](#) aufgezeigt.

Die Grundprinzipien eines psychosozialen Unterstützungssystems, das dieser Auslegung der Konvention folgt, sind Solidarität und Achtung der Selbstbestimmung ([Zinkler et al. 2019](#)). Solidarität bedeutet Unterstützung durch informelle und institutionelle Teile der Gesellschaft, die auf eine vollständige Teilhabe an der Gesellschaft abzielt. Je nach Ausmaß der Behinderung kann dies informelle Unterstützung und Beratung bei geringfügigen Beeinträchtigungen oder weitreichende und intensive Unterstützung bei schweren Beeinträchtigungen sein. Die Achtung der Selbstbestimmung beinhaltet die Wahlfreiheit bei der Inanspruchnahme von Unterstützung, unabhängig von der Art oder dem Ausmaß der Behinderung.

In diesem neuen Unterstützungssystem wird das Angebot bestimmter Arten institutioneller Betreuung (betreutes Wohnen, Sozialfirmen, Krankenhauspflege) nicht ausreichen, da viele Menschen mit psychosozialen Behinderungen diese Formen der Unterstützung als ungeeignet für ihre Bedürfnisse empfinden oder als unwirksam empfinden. Die Aufgabe wird darin bestehen, Unterstützungsformen zu entwickeln, die von möglichst vielen Dienstleistungsnutzern als hilfreich und wirksam angesehen werden.

Von besonderer Bedeutung sind die Präferenzen jener Dienstleistungsnutzer, die sich von der traditionellen psychischen Gesundheitsversorgung abgewandt haben und Opfer von Zwangsmaßnahmen wie Einweisung in psychiatrische Einrichtungen, Isolation, Fixierung und Zwangsbehandlung geworden sind ([Zinkler und De Sabbata 2017](#)). Eine wirksame Hilfe für diese Personen hängt davon ab, inwieweit das System ihre Erwartungen erfüllen kann. Eine Person mit einer psychosozialen Behinderung kann sich weigern, sich mit einer bestimmten psychiatrischen Störung diagnostizieren zu lassen, oder die Vorstellung einer psychischen Erkrankung insgesamt ablehnen. Dennoch würde diese Person nicht auf gesellschaftliche Solidarität und Hilfe verzichten, beispielsweise in einer Situation der Verzweiflung und Obdachlosigkeit. ***Das Betreuungspersonal*** wird dann mit der Person besprechen, welche Art von Unterstützung vereinbart werden kann.

Jede Art von Unterstützung hängt davon ab, ob die Person eine bestimmte Maßnahme akzeptiert. Selbst wenn die Person die angebotene Unterstützung ablehnt, können die psychosozialen Dienste und Sozialdienste ihre Pflicht zur Unterstützung nicht aufgeben, sondern müssen nach anderen Möglichkeiten der Unterstützung suchen. Dies kann neue Formen der Kommunikation erfordern, um den Willen und die Präferenzen der Person zu ermitteln, sowie eine weitere Individualisierung der Unterstützung.

Dennoch wird es weiterhin Situationen geben, in denen keine Einigung über eine bestimmte Maßnahme oder eine Reihe von Maßnahmen erzielt werden kann. Manche Menschen lehnen die Hilfe von psychosozialen Diensten selbst in Notfällen ab. Es gibt jedoch mehrere Gründe für die Annahme, dass im neuen System eine größere Übereinstimmung hinsichtlich der Behandlung und Betreuung erzielt werden kann:

- (1) Die Unterstützungsmaßnahmen werden radikal individualisiert und von den Einrichtungen in die Gemeinschaft verlagert.
- (2) Stigmatisierende Zuschreibungen bestimmter Diagnosen (Schizophrenie) oder bestimmter Gruppen (psychisch Kranke) können vermieden werden, ohne den Zugang zu Unterstützung zu verlieren.
- (3) Das Unterstützungssystem (psychologische und soziale Dienste) verliert die abschreckende Wirkung der traditionellen Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie (Inhaftierung, Fixierung, Medikation) und gewinnt dadurch das Vertrauen derjenigen Personen, die sich aus diesem Grund von den Diensten abgewandt haben; und

- (4) Das Unterstützungssystem wird gezwungen sein, nach neuen Maßnahmen ohne Zwangsmaßnahmen zu suchen, sobald die traditionellen Zwangsmaßnahmen nicht mehr durchgeführt werden können.

Die herkömmliche Reaktion der Dienste („wir wissen nicht, was wir sonst tun sollen, also beantragen wir die Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung“) wird sich ändern in: „Was können wir jetzt tun, um diese Person zu unterstützen, da unser bisheriger Ansatz wirkungslos war oder von der Person abgelehnt wurde?“

Der Verzicht auf Zwangsmaßnahmen ermöglicht es dem Unterstützungssystem, nicht-restriktive Maßnahmen zu erlernen und zu entwickeln (Zinkler und Koussemou 2013; Zinkler 2016). Es ist denkbar, dass die schwerwiegenden Folgen schwerer psychischer Probleme wie Obdachlosigkeit, Familienzerfall und Inhaftierung seltener auftreten würden.

3. Typische Zwangssituationen und Vorschläge für alternative Praktiken

Zwangsmethoden entstehen häufig aus Umständen innerhalb und außerhalb der klinischen Psychiatrie, die sich in vier typische Szenarien einteilen lassen:

- (1) Eine Person verhält sich in einer Weise, die auf eine durch eine psychische Erkrankung bedingte Gefährlichkeit hindeutet.
- (2) Eine Person in stationärer psychiatrischer Behandlung verlangt ihre Entlassung.
- (3) Eine Person befindet sich in Polizeigewahrsam und zeigt Anzeichen einer psychischen Erkrankung, und
- (4) Eine Person mit Anzeichen einer psychischen Erkrankung befindet sich im Gefängnis und soll zur Behandlung in eine psychiatrische Einrichtung verlegt werden.

Diese Auflistung betrifft weitgehend die sogenannten „schwierigen Fälle“ (Arstein-Kerslake und Flynn 2015). Wir schlagen nicht vor, spezielle Regeln für diese Fälle zu schaffen oder eine Art letztes Mittel zur Anwendung von Zwang oder eine „ultima ratio“ zu definieren. In Übereinstimmung mit Arstein-Kerslake und Flynn glauben wir an den Grundsatz, dass „selbst in schwierigen Fällen die gesetzgeberischen Maßnahmen für Menschen mit und ohne Behinderungen gleichermaßen gelten müssen“ (Arstein-Kerslake und Flynn 2015).

3.1. Psychische Erkrankungen und Gefährlichkeit

Traditionell können Personen, die in irgendeiner Weise eine Gefahr für sich selbst oder andere darstellen und in den Augen ihrer Umgebung an einer psychischen Erkrankung leiden, freiwillig oder gegen ihren Willen in eine psychiatrische Klinik gebracht werden. In vielen Ländern übernimmt die Polizei diese Aufgabe. Im neuen System verliert die Polizei jedoch die Möglichkeit, eine Person gegen ihren Willen in ein Krankenhaus zu bringen. Ein Polizeibeamter kann eine Person unabhängig von einer vermuteten oder diagnostizierten psychischen Erkrankung in Polizeigewahrsam nehmen, aber er kann die Person nicht gegen ihren Willen in eine Klinik bringen.

Der Polizeibeamte würde die Person dann fragen, ob sie eine psychiatrische Beratung, ein Gespräch mit einem Berater oder Sozialarbeiter oder eine Einweisung ins Krankenhaus wünscht. Nur wenn die Person zustimmt, würde eine Beratung, Betreuung oder Einweisung ins Krankenhaus veranlasst werden. Die Intervention durch einen Fachmann oder einen Peer-Support-Mitarbeiter könnte in Polizeigewahrsam oder (wenn die Person freigelassen wird) in ihrer Wohnung stattfinden.

Der Grundsatz der Nichtdiskriminierung in der Konvention sieht vor, dass Personen mit einer vermuteten oder diagnostizierten psychischen Erkrankung rechtlich nicht anders behandelt werden dürfen als Personen ohne diese Eigenschaft. Dementsprechend werden rechtliche Gründe für die Inhaftierung einer Person – unabhängig von einer zugeschriebenen psychischen Erkrankung – von einem Gericht geprüft. Auch hier würde eine Person mit einer vermuteten psychischen Erkrankung umfassend über die verfügbaren Dienste informiert werden, einschließlich der Möglichkeit einer Einweisung in ein Krankenhaus, aber auch über die Möglichkeiten der Unterstützung während der Haft, zu Hause oder in einer Kriseneinrichtung usw.

Um diese Aufgabe zu erfüllen, benötigen Polizeibeamte Informationen über psychologische und physische Gesundheitshilfe, finanzielle Unterstützung, Hilfe für Obdachlose und für Opfer von Straftaten. Die Beamten würden Kontakt zu diesen Diensten aufnehmen, wenn die Person damit einverstanden ist. Psychologische Dienste sollten in der Lage sein, rund um die Uhr Hilfe zu leisten und die Person während der Polizeigewahrsam zu beraten.

Die wohl schwierigste Aufgabe für Fachkräfte im Bereich der psychischen Gesundheit besteht darin, das Vertrauen von Personen zu gewinnen, die negative oder sogar traumatische (zwanghafte) Erfahrungen mit psychologischen Diensten gemacht haben.

Fachkräfte für psychische Gesundheit müssen daher zunächst klarstellen, wie sie arbeiten, nämlich ohne Zwang und Diskriminierung. Die Weltgesundheitsorganisation hat kürzlich ein Schulungshandbuch zur Rechtsfähigkeit in psychologischen Diensten veröffentlicht ([WHO 2017](#)), das als Ausgangspunkt für eine diskriminierungsfreie und rechtsbasierte Praxis dienen könnte.

Ob die Person eine Diagnose einer psychischen Erkrankung akzeptiert, ist keine Voraussetzung für die Gewährung von Unterstützung, beispielsweise Notunterkünfte oder finanzielle Hilfe zum Kauf von Lebensmitteln. Unabhängig davon, ob ein Gericht über den Freiheitsentzug entscheidet, würde psychosoziale Hilfe zur Verfügung stehen. Ein Gericht kann zu dem Schluss kommen, dass die Person besser in einem Krankenhaus oder zu Hause behandelt wird. Es kann sogar beschließen, die Haft auszusetzen, wenn die Person in ein Krankenhaus geht. Das Gericht kann jedoch keine Verlegung in ein Krankenhaus anordnen oder die Person zu einer Behandlung in der Gemeinde verpflichten. Es kann jedoch bestimmte nichtdiskriminierende Sanktionen verhängen, wie z. B. die Verpflichtung, sich in bestimmten Abständen bei der Polizei zu melden oder nicht ins Ausland zu reisen.

Die Beziehung zwischen der betroffenen Person und dem Unterstützungssystem (psychologische und soziale Dienste) sollte stets auf einer informierten Zustimmung oder einer informierten Ablehnung beruhen. Die Behandlung und Betreuung kann nicht mehr von einem Gericht oder einer Verwaltungsbehörde festgelegt werden (die möglicherweise der Meinung sind, dass eine bestimmte Maßnahme genau das ist, was die Person braucht).

Ein Übergang zu diesem System muss den Widerstand der Fachkräfte in diesen Bereichen (Polizei, Strafvollzug und Krankenhäuser) berücksichtigen. Die Weltgesundheitsorganisation hat ein neues Schulungsinstrumentarium namens „QualityRights“ entwickelt, um „den Zugang zu hochwertigen psychosozialen und sozialen Dienstleistungen zu verbessern und die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen, psychosozialen, intellektuellen und kognitiven Behinderungen zu fördern“ (www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/). Bislang ist dieses Toolkit in Englisch, Französisch, Spanisch und Portugiesisch als traditionelles Handbuch für Präsenzschulungen und in Englisch als Online-Schulung verfügbar. Weitere Übersetzungen werden folgen. Die Einbeziehung von Menschen mit eigener Erfahrung mit psychischen Erkrankungen in die Schulung von Polizeibeamten und *Gefängnispersonal* hat sich in Deutschland als wirksam erwiesen ([Bock et al. 2015, 2019](#)).

3.2. Psychische Erkrankungen im Krankenhaus

Wenn ein Patient derzeit die Entlassung aus einer psychiatrischen Klinik beantragt und das medizinische Team damit nicht einverstanden ist, wird geprüft, ob der psychische Zustand der Person und andere Umstände eine Weiterbehandlung gegen ihren Willen rechtfertigen. Die Entscheidung kann auf der Grundlage des wahrgenommenen Risikos und der Entscheidungsfähigkeit der Person getroffen werden. Die Ergebnisse der Beurteilung und die Empfehlung, die Person im Krankenhaus zu behalten, werden mit der Person besprochen, die dann die Wahl hat, entweder „freiwillig“ im Krankenhaus zu bleiben oder für einen bestimmten Zeitraum, in der Regel mehrere Wochen, einer Unterbringungsanordnung zu unterliegen.

Stattdessen würde im neuen System ein Dialog mit der Person über ihren Wunsch nach Entlassung und etwaige Probleme, die sich aus der Entlassung in dieser Situation ergeben könnten, beginnen. Fachleute für psychische Gesundheit würden die in der Gemeinde verfügbaren Unterstützungsdieneste erläutern. Der gesamte Prozess orientiert sich am Willen und den Präferenzen des Patienten. Nur wenn dessen Wille und Präferenzen nicht ermittelt werden können, kann eine „bestmögliche Interpretation des Willens und der Präferenzen“ ([Vereinte Nationen 2014](#)) als Leitfaden für die Entscheidung über die geeignete Unterstützung und Behandlung herangezogen werden. In erster Linie ist die Interpretation des Willens und der Präferenzen Aufgabe der Fachkräfte, die mit einer psychosozialen Notfallsituation befasst sind, ähnlich wie *Rettungskräfte* am Ort eines Verkehrsunfalls, die sich um eine bewusstlose Person kümmern und davon ausgehen, dass es sich um einen unbeabsichtigten Unfall handelt. Wenn sie einige Stunden später Hinweise darauf finden, dass der Unfall tatsächlich beabsichtigt war (ein Abschiedsbrief), ändert sich die Interpretation und erfordert genauere Aufmerksamkeit. Angehörige werden einbezogen, und möglicherweise wird eine Ethikkommission hinzugezogen, um das medizinische Team bei seinen Entscheidungen zu unterstützen, damit diese den Willen und die Präferenzen der Person bestmöglich widerspiegeln. Wenn kontroverse Interpretationen auftreten, muss möglicherweise ein Gericht mit dem Fall befasst werden. Eine Entscheidung allein durch Fachleute für psychische Gesundheit auf der Grundlage des „besten Interesses“ des Patienten wäre jedoch nicht mehr zulässig ([Vereinte Nationen 2018b](#)).

Es kann Situationen geben, in denen der tatsächliche Wille und die bisher geäußerten Präferenzen der Person in unterschiedliche Richtungen weisen: Ein Patient kann sagen, dass er sein Leben beenden möchte (tatsächlicher Wille), jedoch hat er bis zu diesem Zeitpunkt in seinem Leben möglicherweise keine Anzeichen dafür gegeben, dass er sterben möchte (bisherige

Präferenzen). In diesem Fall kann ein Gericht angewiesen werden, die Person für einige Stunden im Krankenhaus zu behalten, bis ihr Wille und ihre Präferenzen festgestellt sind. Dieser Prozess kann von Familienangehörigen oder Freunden unterstützt werden und umfasst Informationen und Empfehlungen zu allen in der Gemeinde verfügbaren Unterstützungsmöglichkeiten, idealerweise einschließlich einer 24-Stunden-Betreuung zu Hause (Zinkler et al. 2019).

Szmukler (2019) schlug vor, den Willen als „die tiefen Überzeugungen, Werte oder die persönliche Vorstellung vom Guten einer Person“ zu betrachten, im Gegensatz zu ihren tatsächlich geäußerten Präferenzen. Er scheint dem Ersten mehr Gewicht beizumessen, insbesondere wenn ein zu Zeitpunkt 1 formulierter Wille nicht mit den zu Zeitpunkt 2 geäußerten Präferenzen übereinstimmt. Wir argumentieren, dass die stärkere Gewichtung der „tiefen Überzeugungen, Werte oder persönlichen Vorstellungen vom Guten einer Person“ und die damit verbundene Nichtberücksichtigung des tatsächlichen Willens (gemäß unserer Definition) einer Person in Bezug auf eine bestimmte Situation die Gefahr birgt, die Diskontinuitäten in ihrer persönlichen Entwicklung zu ignorieren und damit ihre Rechtsfähigkeit zu beeinträchtigen. Unserer Meinung nach muss die Rechtsfähigkeit die Möglichkeit beinhalten, sowohl den eigenen Willen als auch die eigenen Präferenzen jederzeit zu ändern. Unserer Ansicht nach sollten Fachleute in einer Situation, in der Wille und Präferenzen in unterschiedliche Richtungen weisen, die Person dabei unterstützen, eine Synthese zu finden, die sowohl ihrem Willen *als auch* ihren Präferenzen Rechnung trägt, anstatt als Schiedsrichter zwischen beiden zu agieren.

Szmuklers Argument (Szmukler 2019) über den Willen als „motivierende Struktur höherer Ordnung“ und „Vernunft gebende Kraft“ rückt den Willen in die Nähe eines funktionalen Ansatzes hinsichtlich der Fähigkeit, die man in Zeiten psychischer Erkrankungen besitzt oder nicht besitzt, und damit in die Nähe einer Struktur, die von anderen als vernünftig oder unvernünftig oder als höhere Ordnung (im Gegensatz zu einer Präferenz niedrigerer Ordnung) bewertet werden kann. Ob von Szmukler beabsichtigt oder nicht, dies scheint der Punkt zu sein, an dem die Kritik des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen ein „fehlerhaftes Konzept“ (Vereinte Nationen 2014) sieht, das die Rechtsfähigkeit untergräbt.

Stattdessen wäre es die Aufgabe von Fachleuten für psychische Gesundheit, die Autonomie zu unterstützen, indem sie den Willen und die Präferenzen der Person ermitteln und sie nach Möglichkeit unterstützen. Dazu gehört auch, die Unterstützungsmöglichkeiten zu erläutern, damit die Person selbst entscheiden kann. Eine vertrauensbildende Kommunikation ist dabei unerlässlich: „Wir sind hier, um Sie zu unterstützen, und wir werden Sie zu nichts zwingen, was Sie nicht wollen.“ Emotionales Verständnis kann zum Einsatz kommen: „Kein Wunder, dass Sie verzweifelt sind, wenn man bedenkt, was Sie gerade durchmachen.“ Ebenso wie die Beratung zu Unterstützungsangeboten: „Wussten Sie, dass wir Kriseninterventionen bei Ihnen zu Hause anbieten, mit *Mitarbeitern*, die selbst psychische Probleme durchgemacht haben?“

Wenn ihr Wille und ihre Präferenzen auf eine Entlassung aus dem Krankenhaus hindeuten, wird die Person unabhängig von Überlegungen hinsichtlich Diagnose, Leistungsfähigkeit oder Risiko entlassen. Die Art und Intensität der bei der Entlassung angebotenen Unterstützung richtet sich natürlich nach dem Schweregrad und den individuellen Aspekten der psychischen Gesundheit der Person.

Traditionell sagten *Krankenhausmitarbeiter* oft: „Wir können Ihnen nicht helfen, wenn Sie uns nicht erlauben, Sie zu behandeln.“ Wenn die Person die Behandlung ablehnte, wurde sie entlassen oder im Krankenhaus festgehalten. Im neuen System würde die Unterstützung mit der Frage beginnen: „Was brauchen Sie, was können wir für Sie tun?“ Menschliche und soziale Hilfe hat Vorrang vor psychiatrischen Überlegungen hinsichtlich Diagnose oder geistiger Leistungsfähigkeit.

Die Entscheidungsfähigkeit kann insofern beeinträchtigt sein, als die Person nicht weiß, wie sie sich entscheiden soll oder welche Optionen sie hat, oder zumindest nicht in der Lage ist, ihren Willen und ihre Präferenzen auf herkömmliche Weise zu artikulieren. Eine sorgfältige Erklärung oder einfach mehr Zeit sind mögliche Optionen, um dies zu überwinden und dennoch zu einer Feststellung ihres Willens und ihrer Präferenzen zu gelangen. Eine der betroffenen Person nahestehende Person kann als „Dolmetscher“ fungieren, wenn sie Kommunikationsmittel entwickelt hat (z. B. die Mutter eines Erwachsenen mit Hörschwierigkeiten und geistiger Behinderung). Fürsprecher für psychische Gesundheit, idealerweise Personen mit eigener Erfahrung mit psychischen Erkrankungen, können möglicherweise die Kommunikation in Situationen extremer psychischer Zustände unterstützen.

3.3. Polizeigewahrsam und psychische Erkrankungen

In den meisten Rechtssystemen ist es der Polizei gestattet, eine Person gewaltsam von einem öffentlichen Ort in eine psychiatrische Klinik zu bringen. Diese Praxis diskriminiert Personen mit vermuteter psychischer Erkrankung, da die Entfernung auf der Vermutung einer psychischen Erkrankung beruht. Damit behandelt das Gesetz Personen mit einer vermuteten psychischen Erkrankung

anders als andere Personen. Aufgrund der Annahme einer psychischen Erkrankung muss die Person einen Arzt oder einen anderen Psychologen in der Gemeinde oder in einem Krankenhaus aufsuchen. Das Ergebnis der Untersuchung kann dann zu einer Einweisung ins Krankenhaus führen.

Nach der Auslegung des Übereinkommens durch den UN-Ausschuss ([Vereinte Nationen 2014](#)) können solche Maßnahmen jedoch nur mit Zustimmung der Person getroffen werden. Dies wirft die Frage auf, wie das neue nichtdiskriminierende System mit einem Polizeieinsatz bei einer Person umgehen würde, bei der eine psychische Erkrankung vermutet wird. Was passiert, wenn die Polizei psychiatrische Dienste hinzuziehen möchte?

Solange die Person bereit ist, einen Arzt aufzusuchen oder sich ins Krankenhaus bringen zu lassen, können diese Schritte unternommen werden. Was passiert jedoch, wenn die Person diese Vorschläge ablehnt? Die Gleichheit vor dem Gesetz (Artikel 12 der Konvention) besagt, dass eine Person mit einer vermuteten oder diagnostizierten psychischen Erkrankung die gleichen Rechte hat wie jede andere Person. Die Person darf nur dann in Polizeigewahrsam genommen werden, wenn die allgemeinen Kriterien (die nicht im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung stehen) für den Polizeigewahrsam erfüllt sind. Wenn danach die allgemeinen Kriterien für den Verbleib in Gewahrsam erfüllt sind, könnte der Fall wie bei jeder anderen Person von einem Richter entschieden werden.

Psychiatrische und soziale Dienste sollten bereitstehen, um diese Person, sofern sie damit einverstanden ist, zu besuchen und ihr die verfügbaren Unterstützungsangebote zu erläutern, wie z. B. Beratung während der Inhaftierung, eine Kriseneinrichtung nach der Entlassung aus der Haft, Behandlung zu Hause oder Krankenhausaufnahme. Ein Richter kann durchaus entscheiden, die Person freizulassen, wenn er zu der Überzeugung gelangt ist, dass eine der Unterstützungsmöglichkeiten sinnvoller ist als die Fortsetzung der Inhaftierung. Gerichtliche Entscheidungen bleiben jedoch streng von der psychosozialen Unterstützung getrennt und können die Person nicht zwingen, eine bestimmte Art der Unterstützung anzunehmen. Ob die Person die Unterstützung durch psychiatrische Dienste in Anspruch nimmt, bleibt ihr selbst überlassen.

Man könnte argumentieren, dass eine solche Änderung dazu führen würde, dass mehr Menschen mit bestätigten oder vermuteten psychiatrischen Diagnosen in Polizeigewahrsam genommen würden, da sie nicht gegen ihren Willen in ein Krankenhaus gebracht werden können und so lange in Gewahrsam bleiben würden, bis ein Richter über die Rechtmäßigkeit ihrer Inhaftierung entscheidet. Es könnte jedoch genau das Gegenteil eintreten, wenn mehr Menschen einer Behandlung im Krankenhaus zustimmen, sobald sie erkennen, dass ihre Rechte respektiert werden und sie die Behandlung jederzeit beenden können.

Die Bereitschaft einer Person, psychosoziale Unterstützung anzunehmen, kann gerichtliche Entscheidungen über den Freiheitsentzug beeinflussen. Dies kann für die Person im Vergleich zu einer Freiheitsstrafe vorteilhaft sein oder auch nicht; die Entscheidung darüber liegt jedoch beim Richter (oder einem Gericht) und sollte nicht auf den Empfehlungen eines Psychiaters beruhen. Vielmehr besteht die Aufgabe des Psychiaters darin, die Person dabei zu unterstützen, eine Entscheidung über die Annahme oder Ablehnung psychosozialer Unterstützung zu treffen.

Im Gegensatz zum derzeitigen System sollte der Psychiater die Entscheidungsfindung der Person unterstützen und nicht die des Richters. Sollte ein Richter (oder ein Gericht) eine psychiatrische Begutachtung verlangen, sollte diese Begutachtung streng von der psychosozialen Unterstützung getrennt werden, um das Vertrauensverhältnis zwischen der Person und ihrem Betreuungsteam zu schützen. Natürlich liegt es an der Person selbst, ob sie einer Begutachtung durch einen unabhängigen Psychiater zustimmt.

3.4. Psychische Erkrankungen im Gefängnis

Aus den oben dargelegten Argumenten folgt, dass Entscheidungen über psychosoziale Unterstützung und Behandlung von Personen, die in Untersuchungshaft sitzen oder zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden, ihrem Willen und ihren Präferenzen entsprechen müssen. Gerichtliche Entscheidungen über Untersuchungshaft oder Freiheitsstrafen dürfen Personen mit einer vermuteten oder diagnostizierten psychischen Erkrankung nicht diskriminieren. Daher darf die Haftdauer für jemanden mit einer diagnostizierten psychischen Erkrankung nicht länger sein als für jemanden ohne Diagnose (bei einer vergleichbaren Straftat). Ebenso sollten die Freiheitsbeschränkungen im Gefängnis für Menschen mit psychischen Erkrankungen nicht strenger sein als für Menschen ohne psychische Erkrankungen.

Dies wird Änderungen der Rechtsnormen mit sich bringen, die die Schnittstelle zwischen Strafjustiz und Psychiatrie regeln. Erstens kann eine stationäre psychiatrische Behandlung von Straftätern nur dann veranlasst werden, wenn sie dem Willen und den Präferenzen der betroffenen Person entspricht.

Zweitens darf die Dauer des Krankenhausaufenthalts unter Freiheitsbeschränkung für einen Straftäter mit einer psychischen Erkrankung nicht länger sein als die Haftstrafe für eine Person mit einer ähnlichen Straftat, bei der jedoch keine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde.

Die psychiatrischen und sozialen Dienste müssen ausgebaut werden, um Gefängnisbesuche anzubieten und soziale Unterstützung, Beratung und Behandlung während der Haftzeit, einschließlich Psychotherapie, zu organisieren. Krisenteams werden für Gefangnisinsassen die gleichen Dienste anbieten wie in der Gemeinde.

Gerichtliche Entscheidungen über Privilegien im Gefängnis oder über eine vorzeitige Entlassung können die Bereitschaft der Person, sich einer Behandlung zu unterziehen, oder den Verlauf ihrer Behandlung berücksichtigen. Berichte über den Behandlungsfortschritt werden der Person (nicht den Gerichten) vorgelegt, damit sie entscheiden kann, ob sie diese dem Gericht zur Verfügung stellen möchte. Ähnlich wie im oben beschriebenen Verfahren kann ein Gericht ein unabhängiges psychiatrisches Gutachten anfordern, das nicht vom Behandlungssteam, sondern von einem unabhängigen Sachverständigen erstellt wird, um die Vertraulichkeit der Behandlung und das Vertrauen zwischen dem Patienten und seinem Behandlungssteam zu wahren. Ob der unabhängige Sachverständige Behandlungsunterlagen für sein Gutachten verwenden darf, entscheidet der Patient.

4. Schlussfolgerungen

Die UN-Konvention berücksichtigt nicht nur den Willen und die Präferenzen von Menschen mit Behinderungen, sondern befasst sich auch mit ihren grundlegendsten Bedürfnissen und ihrer Menschenwürde, wie in der Präambel und mehreren Artikeln, darunter Artikel 1, 3, 8, 16 und insbesondere Artikel 25, dargelegt. Nach Ansicht des UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen und mehrerer anderer UN-Gremien, darunter der Hohe Kommissar für Menschenrechte, stehen Zwangsmaßnahmen in der psychiatrischen Versorgung nicht im Einklang mit Artikel 12 und mehreren anderen Artikeln der Konvention. Veränderungen in der psychiatrischen Praxis hin zu einem ausschließlich auf Unterstützung basierenden System sind möglich und können konzipiert werden. Die Grundsätze der psychiatrischen Versorgung werden sich ändern, da sie ihre Zwangsmaßnahmen und damit ihre Funktion als Instrument der sozialen Kontrolle verlieren. Gleichzeitig wird sich die unterstützende Praxis über den gesamten Bereich der Psychiatrie und Strafverfolgung hinweg entwickeln und ausweiten. Die Intensität und Form der Unterstützung richtet sich stets nach dem Willen und den Präferenzen der betroffenen Person.

Im neuen System führt eine psychiatrische Diagnose nicht zu Nachteilen hinsichtlich Freiheitsbeschränkungen. Ein funktionaler Ansatz in Bezug auf die geistige Leistungsfähigkeit wird nicht mehr zur Rechtfertigung von Inhaftierungen oder Zwangsmaßnahmen herangezogen. Rechtliche Sanktionen für den Einzelnen erfolgen nach einem nichtdiskriminierenden Verfahren, das für alle Mitglieder der Gesellschaft gilt.

Psychosoziale Dienste werden in einem Umfeld, in dem die Person Unterstützung wünscht, stärker unterstützend wirken: zu Hause, in einer Kriseneinrichtung, bei Freunden, in der Öffentlichkeit, in Polizeigewahrsam, im Krankenhaus oder im Gefängnis. Unterstützung und Behandlung sollten rund um die Uhr frei zugänglich sein, damit die Einweisung ins Krankenhaus nicht mehr als Standardoption genutzt wird, wenn keine andere Unterstützung verfügbar ist.

Ressourcen, die zuvor für die Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen in Krankenhäusern eingesetzt wurden, können und sollten auf die aufsuchende Arbeit in der Gemeinde und die interne Arbeit in Gefängnissen und Polizeigewahrsam verlagert werden. Durch die Individualisierung von Behandlungsplänen entsprechend dem Willen und den Präferenzen der Betroffenen sollte sichergestellt werden, dass weniger Menschen ohne angemessene Unterstützung bleiben.

Es gibt eine Reihe von Sicherheitsvorkehrungen, die diesen Wandel begleiten. Ohne eine klare Definition ihrer Rolle und ihrer Zuständigkeiten neigen psychiatrische Dienste dazu, sich auf diejenigen zu konzentrieren, die weniger schwer behindert sind, besser für ihre Behandlung bezahlen können, eher bereit sind, eine Behandlung anzunehmen, und eher bereit sind, traditionelle Wege der psychiatrischen Versorgung zu beschreiten, z. B. in eine Praxis zu gehen, um zu reden und ein Rezept zu bekommen. Sobald psychiatrische Dienste ihre doppelte Funktion der Unterstützung und sozialen Kontrolle verlieren, müssen sie darauf ausgerichtet werden, diejenigen zu unterstützen, die am wenigsten in der Lage sind, sich selbst zu versorgen. Dies kann und sollte durch klare Regeln hinsichtlich ihrer Funktion und ihrer Zielgruppe erreicht werden.

Die Finanzierung von Dienstleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit könnte in Frage gestellt werden, sobald diese ihre Funktion der sozialen Kontrolle aufgeben, wenn Regierungen sich fragen, warum sie in Dienstleistungen investieren sollten, die „gefährliche Menschen“ nicht von der Straße entfernen. Dies wird das Engagement von Gesellschaften und Gesundheitsbehörden auf die Probe stellen, Menschen zu unterstützen, ohne sie zu zwingen. Für Psychiater wird es ihre Bereitschaft auf die Probe stellen, Macht abzugeben und sich ihren eigenen Ängsten zu stellen, ohne auf Kontrolle und Zwang zurückzugreifen.

Um nicht ihrer Ressourcen beraubt zu werden, müssen psychiatrische Dienste und Forschungseinrichtungen ihre Entschlossenheit und Fähigkeit unter Beweis stellen, Menschen zu erreichen, die in Polizeigewahrsam geraten sind.

obdachlos sind oder im Gefängnis sitzen. Geeignete Ergebnisindikatoren für diese Verpflichtung könnten die Anzahl der inhaftierten Personen, ihre körperliche Gesundheit und ihre Bereitschaft sein, sich in der Gemeinschaft unterstützen zu lassen.

Manche Menschen leiden unter dem Stigma einer Behinderung und werden von der Gemeinschaft, in der sie leben, oft abgelehnt. Wenn der Wille und die Präferenzen des Einzelnen eher auf eine institutionelle Betreuung als auf eine individuelle Unterstützung in der Gemeinschaft hindeuten, muss dies ebenfalls berücksichtigt werden. Wir behaupten nicht, dass es keinen Platz mehr für Einrichtungen geben wird. Sie können weiterhin eine Rolle als vorübergehende Zufluchtsorte für diejenigen spielen, die diese Art der Betreuung auf rein freiwilliger Basis bevorzugen; gleichzeitig sollte die Möglichkeit, in einer Einrichtung zu leben, nicht von der Zahlungsfähigkeit abhängig sein.

Gleichzeitig gibt es viel zu gewinnen in den Beziehungen zwischen Nutzern und Fachkräften im Bereich der psychischen Gesundheit und der sozialen Dienste, wenn sich diese Beziehungen stärker auf Vertrauen stützen und die Botschaft lautet: „Sie können absolut sicher sein, dass wir nichts gegen Ihren Willen und Ihre Präferenzen unternehmen werden.“ Die Dienste für psychische Gesundheit und soziale Dienste sind ausschließlich gegenüber der betroffenen Person verantwortlich, insbesondere in ihrer Schnittstelle mit den Strafverfolgungsbehörden. Informationen über Beratung, Unterstützung und Behandlung werden ohne die Zustimmung der betroffenen Person nicht an Dritte weitergegeben.

Einige dieser Aufgaben sind in der psychischen Gesundheitsversorgung bereits gut etabliert, andere werden neu sein, wenn altbewährte Wege wie die Unterbringung in einer Klinik und Zwangsbehandlungen *nicht mehr zur Verfügung* stehen. Diese Veränderung sollte Forschungsanstrengungen und Lernprozesse im System hin zu nicht-zwanghaften Unterstützungsmaßnahmen auslösen. Die Kommunikation zwischen Unterstützungsdiensten und Menschen mit Behinderungen könnte davon enorm profitieren. Dies birgt das Potenzial, die Behandlungsergebnisse zu verbessern, insbesondere bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.

Beiträge der Autoren: M.Z. entwickelte die Idee für den Artikel und verfasste den ersten Entwurf des Manuskripts. S.v.P. kommentierte und überarbeitete den Entwurf. M.Z. und S.v.P. trugen zur endgültigen Fassung des Manuskripts bei.

Finanzierung: Diese Forschung wurde nicht extern finanziert.

Interessenkonflikte: Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

Referenzen

- Applebaum, Paul S. 2019. Rettung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen – vor sich selbst. *World Psychiatry* 18: 1–2. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Arstein-Kerslake, Anna, und Eilionóir Flynn. 2015. Die Allgemeine Bemerkung zu Artikel 12 des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen: Ein Fahrplan für die Gleichheit vor dem Gesetz. *The International Journal of Human Rights* 20: 471–90. [[CrossRef](#)]
- Bock, Thomas, Sarah Niemann, Robert Dorner, Anna Makowski, Helmut Fabeck, Candelaria Mahlke, Hans-Jochim Meyer und Asmus Finzen. 2015. Wenn Stigma tödlich wird, kann Fortbildung lebensrettend sein – Zur konstruktiven Wirkung triologischer Fortbildung bei der Hamburger Polizei. *Psychiatrische Praxis* 42: 278–80.
- Bock, Thomas, Kim Sander, Angela Franke, Regina Linsig, André Rudel, Gwen Schulz, Vladimir Vahovic und Kolja Heumann. 2019. Was macht die Seele im Knast? Triologische Fortbildung zum Thema psychische Gesundheit/Krankheit für werdende Justizvollzugsbeamte. *Recht & Psychiatrie* 37: 20–25.
- Flammer, Erich, und Tilman Steinert. 2018. Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem Gesetz über die Hilfe für psychisch Kranke in Baden-Württemberg: Konzeption und erste Evaluation. *Psychiatrische Praxis*. [[CrossRef](#)]
- Freeman, Melvyn Colin, Kavitha Kolappa, Jose Miguel Caldas de Almeida, Arthur Kleinman, Nino Makhashvili, Sifiso Phakathi, Benedetto Saraceno und Graham Thornicroft. 2015. Die Umkehrung hart erkämpfter Errungenschaften im Namen der Menschenrechte: Eine Kritik der Allgemeinen Bemerkung zu Artikel 12 der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. *Lancet Psychiatry* 2: 844–50. [[CrossRef](#)]
- Giacco, Domenico, Michaela Amering, Victoria Bird, Thomas Craig, Giuseppe Ducci, Jürgen Gallinat, Steven George Gillard, Tim Greacen, Phil Hadridge, Sonia Johnson und et al. 2016. Szenarien für die Zukunft der psychiatrischen Versorgung: Eine soziale Perspektive. *Lancet Psychiatry* 4: 257–60. [[CrossRef](#)]
- Kallert, Thomas W., Matthias Glöckner, Georgi Onchev, Jirí Raboch, Anastasia Karastergiou, Zahava Solomon, Lorenza Magliano, Algirdas Dembinskas, Andrzej Kiejna, Petr Nawka und et al. 2005. Das Eunomia-Projekt zu Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie: Studiendesign und vorläufige Daten. *World Psychiatry* 4: 168–72.

- Priebe, Stefan. 2018. Wohin kann sich die Psychiatrie von hier aus entwickeln? *Nervenarzt* 89: 1217–26. [[CrossRef](#)]
- Szmukler, George. 2019. „Handlungsfähigkeit“, „Wohl“, „Wille und Präferenzen“ und die UN- e Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. *World Psychiatry* 18: 34–41. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
- Vereinte Nationen. 2013. *Menschenrechtsrat. Zweitundzwanzigste Sitzung. Bericht des Sonderberichterstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe.* A/HRC/22/53. Herausgegeben von Juan E. Méndez. New York: Vereinte Nationen.
- Vereinte Nationen. 2014. *Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Elfte Sitzung. Allgemeine Bemerkung Nr. 1. Artikel 12: Gleiche Anerkennung vor dem Gesetz.* CRPD/C/GC/1. New York: Vereinte Nationen.
- Vereinte Nationen. 2017a. *Vereinte Nationen. 2017a. Menschenrechtsrat, Vierunddreißigste Sitzung. Psychische Gesundheit und Menschenrechte. Bericht des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte.* A/HRC/34/32. New York: Vereinte Nationen.
- Vereinte Nationen. 2017b. *Menschenrechtsrat, 35. Sitzung. Bericht des Sonderberichterstatters über das Recht jedes Menschen auf das erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit.* A/HRC/35/21. New York: Vereinte Nationen.
- Vereinte Nationen. 2018a. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Online verfügbar unter: <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> (abgerufen am 30. Dezember 2018).
- Vereinte Nationen. 2018b. *Menschenrechtsrat, 37. Sitzung. Bericht des Sonderberichterstatters über die Rechte von Menschen mit Behinderungen .* A/HRC/37/56. New York: Vereinte Nationen.
- WHO. 2017. *Schutz des Rechts auf Rechtsfähigkeit in der psychischen Gesundheitsversorgung und damit verbundenen Dienstleistungen – WHO-Qualitätsschulung zu Rechten, um zu handeln, sich zu vereinen und zu stärken für die psychische Gesundheit (Pilotversion).* WHO/MSD/MHP/17.5, Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- Zinkler, Martin. 2016. Deutschland ohne Zwangsbehandlung in der Psychiatrie – Eine 15-monatige Erfahrung aus der Praxis. *Laws* 5: 15. [[CrossRef](#)]
- Zinkler, Martin, und Kevin De Sabbata. 2017. Unterstützte Entscheidungsfindung und Zwangsbehandlung bei schweren psychischen Erkrankungen – Eine Fallstudie. *Recht & Psychiatrie* 35: 207–12.
- Zinkler, Martin, und Jose Marie Koussoumou. 2013. Das Bundesverfassungsgericht entscheidet gegen die Zwangsmedikation in der Psychiatrie – Drei Fallberichte. *Recht & Psychiatrie* 31: 76–79.
- Zinkler, Martin, Candelaria Mahlke und Rolf Marschner. 2019. *Selbstbestimmung und Solidarität – Unterstützte Entscheidungsfindung in der psychiatrischen Praxis.* Köln: Psychiatrie Verlag.



© 2019 by the authors. Lizenznehmer MDPI, Basel, Schweiz. Dieser Artikel ist frei zugänglich. Artikel verbreitet unter den Bedingungen der Creative Commons Attribution (CC BY) Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).