

Gesetzgebung und Praxis psychiatrischer Zwangsmaßnahmen in Europa -

Die „Methode der offenen Koordinierung“ als Gestaltungsinstrument europäischer Harmonisierungsprozesse

Vorgelegt von :

Martin Breustedt
August-Bebel-Straße 84
33602 Bielefeld

Studiengang :

Sozialpädagogik
Sommersemester 2006

Erstleserin :

Frau Prof. habil. Dr. MPH Angela Brand

Zweitleser :

Prof. Dr. Piotr Salustowicz

Inhaltsverzeichnis

1. Vorwort	1
2. Einleitung	2
3. Definition der psychiatrischen Zwangsmaßnahmen	3
3.1 Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung	4
3.2 Besondere Sicherungsmaßnahmen, Zwangsmittel	9
4. Historischer Blick auf bisherige Entwicklungen im euro-päischen Raum	9
4.1 Altertum und „vorwissenschaftliche“ Zeit	10
4.2 Mittelalter	12
4.3 Neuzeit	13
4.4 Psychiatrie im Nationalsozialismus	16
4.5 Die Psychiatrie nach dem 2. Weltkrieg, Zeit der Reformprozesse	17
5.1 Kriterien für eine Zwangsunterbringung (und Zwangsbehandlung)	20
5.1.1 Psychische Krankheit als Unterbringungskriterium	20
5.1.2 Gefährlichkeit als Kriterium	21
5.1.3 Kriterium der Behandlungsbedürftigkeit	21
5.1.4 Störung der Einsichts- und Zustimmungsfähigkeit als Kriterium	22
5.2 Medizinisch-paternalistische versus legalistische Position	23
5.3 Trennung von Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung	25
5.4 Bedingte Entlassung, ambulante Zwangsbehandlung	26
5.5 Faktoren für Unterbringungshäufigkeit	27
5.6 Zivilrechtliche Unterbringung vs. Forensik	29
5.7 Medizinische und psychologische Aspekte / Folgen der Zwangs-hospitalisierung	30
5.8 Menschen- und Patientenrechte	31
6. Darstellung der Regelungen zur Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung in den EU - Ländern	33
6.1 Systematische Darstellung der Regelungen	34
6.1.1 Allgemeine Informationen zu den Unterbringungsgesetzen	35
6.1.1.1 Separate Unterbringungsgesetze	35
6.1.1.2 Verabschiedungszeitpunkt der Unterbringungsgesetze	35
6.1.1.3 Geltungsbereich der Gesetze	36
6.1.1.4 Prinzip des geringstmöglichen Eingriffs	36
6.1.1.5 Übergeordnete Ziele	38
6.1.1.6 Weiterbehandlung nach einer Zwangsunterbringung	38
6.1.1.7 Zwangsunterbringung von Kindern und Jugendlichen	39
6.1.1.8 Unterbringung von Demenzpatienten	39

6.1.1.9	Unterbringung von psychisch kranken Straftätern.....	39
6.1.1.10	Unterbringungseinrichtungen für psychiatrische Patienten	39
6.1.2	Die Zwangsunterbringung - Definitionen, Voraussetzungen und Kriterien	40
6.1.2.1	Definition der Zwangsunterbringung.....	40
6.1.2.2	Kriterien für eine Zwangsunterbringung	41
6.1.2.3	Grad der Eigen- /Fremdgefährdung	41
6.1.2.4	Ausschlussbedingungen	41
6.1.2.5	Wahrscheinlichkeit der Unterbringungskriterien	42
6.1.2.6	Operationalisierung der Unterbringungskriterien.....	42
6.1.2.7	Qualitätsstandards.....	43
6.1.3	Das Zwangsunterbringungsverfahren	43
6.1.3.1	Eingeschaltete Instanzen	43
6.1.3.2	Anordnung der Zwangsunterbringung	43
6.1.3.3	Qualifikation der Gutachter	44
6.1.3.4	Anzahl notwendiger Gutachten	44
6.1.3.5	Recht auf Anhörung.....	45
6.1.3.6	Zeitspanne nach Begutachtung.....	45
6.1.3.7	Notfallmäßige Unterbringung.....	46
6.1.3.8	Unterbringungsdauer und Überprüfungsintervalle im Regelfall.....	47
6.1.3.9	Änderung des Patientenstatus	48
6.1.3.10	Verfahren bei Statusänderung.....	48
6.1.3.11	Vorzeitige Beendigung	49
6.1.3.12	Beurlaubung	49
6.1.4	Regelungen für Zwangsbehandlungen	50
6.1.4.1	Differenzierung zwischen Zwangsunterbringung und -Behandlung	50
6.1.4.2	Unterbringungsmaßnahme ohne Behandlung.....	50
6.1.4.3	Informierte Zustimmung zur Behandlung	51
6.1.4.4	Therapiemaßnahmen, Behandlungsmethoden	52
6.1.4.5	Zwangsmittel	52
6.1.4.6	Detailregelungen zu Zwangsmitteln	53
6.1.4.7	Ambulante Zwangsbehandlung	53
6.1.5	Patientenrechte	54
6.1.5.1	Verständigung weiterer Personen	54
6.1.5.2	Kostenfreier Rechtsbeistand	54
6.1.5.3	Patientenverfügung/-testament	55
6.1.5.4	Unabhängige Kontrollkommissionen	55

6.1.5.5 Beschwerdemöglichkeiten.....	56
6.1.5.6 Einschränkung von Patientenrechten.....	56
6.2 Epidemiologie.....	57
6.2.1 Bettenraten und mittlere Verweildauer aller stationär behandelte psychiatrischer Patienten	57
6.2.2 Absolute Häufigkeit von Zwangsunterbringungen, Unterbringungs- raten und Unterbringungsquoten.....	58
6.2.3 Diagnosegruppen bei Zwangseinweisungen.....	60
6.2.4 Geschlechtsverteilung bei Zwangsunterbringung.....	60
6.2.5 Weitere epidemiologische Daten in Kontext.....	61
7. Die „Offene Methode der Koordinierung“ als Gestaltungs- instrument europäischer Harmonisierungsprozesse	62
7.1 Vorüberlegungen.....	62
7.2 Die Offene Methode der Koordinierung	64
7.3 In der Perspektive: Die Anwendungsmöglichkeiten der OMK im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen	68
7.3.1 Die OMK im Bereich psychiatrischer Zwangsmaßnahmen	71
8. Zusammenfassung und Schlussbemerkungen.....	72
8.1 Internationale Standards in Gesetzgebung und Praxis	72
8.2 Unterbringung und Diagnostik.....	72
8.3 Zwangsunterbringungsverfahren.....	73
8.5 Zwangsbehandlung und Zwangsmittel.....	74
8.6 Differenziertes Versorgungsangebot.....	74
8.7 Heterogene Datenlage	75
8.8 Patientenrechte	75
8.9 Europäische Konvergenzprozesse im Gesundheits- und Sozialsektor	76
8.10 Die OMK im Bereich der psychiatrischen Versorgung	77
Literaturverzeichnis.....	79
Erklärung.....	83

1. Vorwort

Seit annähernd 10 Jahren bin ich als Heilerziehungspfleger in der stationären und teilstationären Betreuung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und/oder geistigen Behinderungen tätig.

Immer wieder erlebe ich während dieser Tätigkeit, dass einige dieser Menschen aufgrund ihrer Erkrankung, Behinderung oder anderer Einflüsse den Anforderungen und Stressoren des alltäglichen Lebens nicht mehr gewachsen sind und auf diese Überforderung in ihrer spezifischen Art und Weise reagieren. Unter gewissen Umständen kann sich diese Reaktion in Form eines impulsiven Ausbruches, inklusive eigen- oder fremdorientierter Aggressionen, Suizidalität oder anderen selbst- oder fremdgefährdenden Handlungen äußern. In solchen Fällen ist es in der Regel angezeigt, diesen Menschen professionelle Hilfe zukommen zu lassen, um eine Eigen- oder Fremdgefährdung nachhaltig abzuwenden. Dabei kommt man in besonders brisanten Situationen nicht umhin, einen betroffenen Menschen gegen oder ohne seine zustimmende Willenserklärung einer fachspezifischen psychiatrischen Einrichtung durch entsprechende Dienste zuführen zu lassen, da ihm dort, in seiner für ihn äußerst schwierigen Situation, adäquat begegnet werden kann.

Im Laufe meines Studiums und meiner begleitenden beruflichen Tätigkeit hatte ich Gelegenheit, mich diesem Thema unter verschiedenen Fragestellungen, zum Beispiel aus der medizinisch-wissenschaftlichen oder der rechtlichen Perspektive, zu nähern.

Bei der Themenwahl für die Diplomarbeit fiel mir bei der Literaturrecherche eine Studie auf, in der zum ersten mal ein europäischer Vergleich zu der Thematik der Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie durchgeführt worden ist. Da ich mich auch für die Arbeitsweise unserer europäischen Nachbarn im Sozial- und Gesundheitswesen sowie für die europäische Integration interessiere, entstand die Idee, mich damit im Rahmen meiner Diplomarbeit zu befassen.

In Absprache mit Frau Prof. Dr. Brand und Herrn Prof. Dr. Salustowicz nehme ich mich im Folgenden des Themas der Gesetzgebung und Praxis psychiatrischer Zwangsmaßnahmen in Europa und ihrer möglichen Harmonisierung an.

2. Einleitung

Die Unterbringung und Heilbehandlung eines psychisch erkrankten Menschen ohne oder gegen seine zustimmende Willenserklärung stellt innerhalb des Gebietes der psychiatrischen Versorgung einen Themenkomplex von besonderer Brisanz dar.

Grundsätzlich können solche psychiatrischen Zwangsmaßnahmen in einem tripolaren Spannungsverhältnis gesehen werden, bestehend aus folgenden Eckpunkten:

1. Der Behandlungsbedürftigkeit des Patienten, 2. der Sicherung grundlegender Patientenrechte und 3. dem Sicherheitsbedürfnis der Öffentlichkeit (Dreßing und Salize, 2004). Die Verantwortlichen der zuständigen Instanzen haben in jedem Einzelfall zwischen teilweise kollidierenden Rechtsgütern abzuwägen, welche sich aus dem genannten „Spannungsdreieck“ ableiten lassen.

Bereits seit Ende des 18. Jahrhunderts unterliegt diese Problematik - nicht zuletzt im europäischen Kulturraum - einer kontrovers geführten öffentlichen Diskussion, die wiederum seit Ende des 19. Jahrhunderts Reformen auf diesem Gebiet in Gang setzte. Dieser andauernde Prozess wird vor allem durch Beiträge medizinisch-wissenschaftlichen, juristischen, ethischen und soziokulturellen Ursprungs lebendig gehalten und fortwährend aktualisiert.

In dieser Diplomarbeit werden die wesentlichen rechtlichen Aspekte der in der Psychiatrie angewendeten Zwangsmaßnahmen sowie deren Auswirkungen in der Praxis in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) systematisch dargestellt und diskutiert. Im Anschluss daran wird erörtert, in welchem Rahmen eine EU-weite Harmonisierung von Recht und Praxis innerhalb dieses Themenkomplexes möglich sein kann.

Um das Gebiet der weiteren Betrachtung klarer zu umreißen, wird im dritten Kapitel der Begriff der psychiatrischen Zwangsmaßnahmen näher erläutert und definiert.

Im vierten Kapitel wird genauer beleuchtet, vor welchem historischen Hintergrund sich die psychiatrische Versorgung in Europa entwickelt hat. Dabei wird, soweit dies durch die vorliegende Literatur ermöglicht ist, auch auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen eingegangen.

Im fünften Kapitel werden die wichtigsten Aspekte und Kriterien der psychiatrischen Zwangsmaßnahmen im internationalen Kontext betrachtet und diskutiert. In diesem Zusammenhang werden auch die reformerischen Einflüsse der internationalen Menschenrechtsbewegung sowie der US-amerikanischen Wissenschaft auf das Gebiet der psychiatrischen Zwangsmaßnahmen in die Betrachtungen einbezogen.

Das sechste Kapitel verschafft einen systematischen Überblick auf europäischer Ebene, wie psychiatrische Versorgungsleistungen unter der Anwendung von Zwang durch die jeweiligen Institutionen in der Praxis erbracht werden, und welche gesetzlichen Regelungen dafür zu Grunde liegen. Zusätzlich wird in einem angegliederten empirischen Teil die wichtigsten Aspekte in Zahlen dargestellt. In diesem Abschnitt werden auch Faktoren aufgeführt, welche gegebenenfalls die Zahlen beeinflussen.

Im siebten Kapitel wird auf den europäischen Konvergenzprozess im Gesundheitswesen, insbesondere in der Versorgung psychisch kranker Menschen, eingegangen. Dabei steht das noch recht neue Instrument der „Offenen Methode der Koordinierung“ im Fokus, mit welchem die Harmonisierung der Sozial- und Gesundheitssysteme und implizit der psychiatrischen Versorgung vorangetrieben werden könnte.

Im Abschluss werden die Erörterungen zusammengefasst, und es wird ein Ausblick gewagt, wie in Zukunft mit der Thematik der Zwangsmaßnahmen zur Versorgung psychisch kranker Menschen vor dem Hintergrund der Konvergenzbestrebungen auf europäischer Ebene umgegangen werden könnte.

Im Interesse der guten Lesbarkeit des Textes wird in dieser Arbeit auf eine Schreibweise verzichtet, die grundsätzlich beide Geschlechter integriert (zum Beispiel „NutzerInnen“). Sollte nur ein Geschlecht gemeint sein, wird dies im Text besonders hervorgehoben.

3. Definition der psychiatrischen Zwangsmaßnahmen

Der im Rahmen dieser Diplomarbeit verwendete Terminus der „psychiatrischen Zwangsmaßnahmen“ stellt einen Sammelbegriff dar, der sich in mehrere Teilaspekte aufgliedert. Die nachfolgenden Definitionen der entsprechenden Begriffe sind vom Verfasser so gewählt, dass sie sich auf alle betreffenden Länder im EU-Raum anwenden lässt.

3.1 Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung

Die beiden wichtigsten und in dieser Arbeit am häufigsten frequentierten Unterbegriffe der psychiatrischen Zwangsmaßnahmen sind zum einen die Zwangsunterbringung und zum anderen die Zwangsbehandlung. Gleichbedeutend mit der Zwangsunterbringung wird der Begriff der Zwangseinweisung oder der Zwangshospitalisierung in der Literatur verwendet.

Unter der Zwangsunterbringung versteht der Verfasser die Unterbringung einer psychisch kranken Person gegen oder ohne ihre zustimmende Willenserklärung in einer stationären psychiatrischen Einrichtung. Diese Maßnahme kann zum einen dem Ziel der Abwehr einer Gefährdung der öffentlichen Sicherheit dienen, beispielsweise bei einer Fremdgefährdung durch psychotisch bedingtes gefährliches Verhalten einer psychisch kranken Person. Zum anderen kann beabsichtigt sein, eine Eigengefährdung des psychisch erkrankten Betroffenen, zum Beispiel durch suizidale Absichten oder selbstgefährdende Handlungen abzuwenden. Es können in der Praxis beide Varianten in Kombination vorkommen, oftmals liegen die genannten Gefährdungen gleichzeitig vor. In einem Teil der europäischen Länder werden die Unterbringungsmaßnahmen durch behördliche Organe angeordnet, in der Regel von Gerichten. Im übrigen Teil der Länder bleibt die Entscheidung in der Verantwortung der medizinischen Professionen. Neben den regulären, beziehungsweise in den Gesetzen als Regelfall der Zwangseinweisung beschriebenen Prozeduren, besteht in fast allen EU-Ländern die Möglichkeit der „notfallmäßigen“ Unterbringung eines psychisch kranken Menschen. Dieses Verfahren wird bei unmittelbarer „Gefahr in Verzug“ angewendet, wobei aber, durch den verkürzten Weg durch die überprüfenden medizinischen wie behördlichen Instanzen, die Rechte des Patienten meist schlechter gestellt sind als im Regelverfahren.

In der Regel erfolgt eine Unterbringung zum Zweck der Heilbehandlung des Betroffenen. Der Begriff Heilbehandlung umfasst in dieser Arbeit nicht nur die Behandlung der die Unterbringungsmaßnahme auslösenden psychiatrischen Erkrankung, sondern kann auch die Behandlung von somatischen Erkrankungen meinen, die ebenfalls das Leben oder die Gesundheit der untergebrachten Person erheblich gefährden können.

Von einer Zwangsbehandlung kann dann gesprochen werden, wenn die Heilbehandlung gegen oder ohne den Willen der untergebrachten Person durchgeführt wird. Allerdings ist dies in den meisten Ländern nur in gesetzlich eng begrenztem

Rahmen möglich, nämlich erst dann, wenn durch eine ausbleibende Behandlung die Gesundheit oder das Leben des Betroffenen ernsthaft in Gefahr gerät.

3.2 Besondere Sicherungsmaßnahmen, Zwangsmittel

Besondere Sicherungsmaßnahmen kommen im Zuge der Unterbringungsmaßnahme in Fällen zum Einsatz, in denen eine gegenwärtige erhebliche Eigen- oder Fremdgefährdung durch das krankheitsbedingte Verhalten des Betroffenen nicht anders abgewendet werden kann. Diese besonderen Formen von Zwangsmaßnahmen werden auch als Zwangsmittel bezeichnet (Marschner und Volckart, 2001). Besondere Sicherungsmaßnahmen sind:

1. die Wegnahme oder das Vorenthalten bestimmter Gegenstände,
2. die Beschränkung des Aufenthalts im Freien,
3. die Absonderung in einem besonderen Raum,
4. die Fixierung, also die Einschränkung der Bewegungsfreiheit durch mechanische Hilfsmittel,
5. die Sedierung, also die Ruhigstellung durch Medikamente.

Teilweise sind diese Art von Zwangsmaßnahmen aber auch zur Wahrung der Sicherheit und Ordnung auf den Stationen erlaubt.

4. Historischer Blick auf bisherige Entwicklungen im europäischen Raum

Um den Begriff „Psychiatrie“ verstehbarer zu machen, soll er an dieser Stelle näher erläutert werden. Nach heutiger Definition ist Psychiatrie ein Gebiet der Medizin, das sich mit der Diagnostik, Therapie und Prävention der seelischen Krankheiten des Menschen einschließlich deren Erforschung und Lehre befasst. Die Entstehung einer psychischen Krankheit ist nach modernen Erklärungsansätzen multifaktoriell bedingt. Die Ursachen sind an psychische, soziale sowie somatische Bedingungen geknüpft.

Somit arbeitet die Psychiatrie sowohl mit psychologischen als auch mit biologischen (medizinischen) Vorgehensweisen (Tölle, 1999). Der Krankheitsbegriff im Sinne des multifaktoriellen Ansatzes und die aktuelle Definition von Psychiatrie ist durch intensive Forschungen entstanden. Allerdings durchschritt diese wissenschaftliche Disziplin einen langen Entwicklungsprozess hin zu dem, was unter Psychiatrie nach aktuellen Definitionen zu verstehen ist.

Nicht nur die Klassifizierungen und Definitionen haben sich im Laufe der Jahrhunderte weiter entwickelt und modifiziert, sondern auch die Interventions- bzw. Behandlungsmöglichkeiten. Ein Teil der modernen Verfahrensweisen finden ihren Ursprung bereits in der Antike, und auch die Anwendung von Zwang ist seit jeher bekannt wie umstritten.

Um die Entwicklungen bis in die heutige Zeit nachvollziehen zu können, wird im Folgenden die Psychiatrie und ihre Methodik historisch zusammenfassend betrachtet. Die Ausführungen reichen zeitlich von der Antike über das Mittelalter bis in die Neuzeit. Auf die Zeitabschnitte nach dem Zweiten Weltkrieg, explizit der aktuelleren Reformprozesse seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts wird aufgrund ihrer weitreichenden Bedeutung explizit eingegangen. Neben der allgemeinen Historie der Psychiatrie wird im folgenden auch, soweit dies die Literaturlage abdecken kann, auf therapeutische Praktiken und Unterbringungsbedingungen (auch im gesetzlichen Kontext) eingegangen, die man erst aus heutiger Sicht als Zwangsmaßnahmen bezeichnen könnte.

4.1 Altertum und „vorwissenschaftliche“ Zeit

Die Menschen der Antike waren von einem „mythisch-dämonologischen“ Krankheitsverständnis geprägt. Psychisch Kranke wurden als „Besessene“ bezeichnet. So behandelten Priester, Schamanen und Medizinmänner seelische Krankheiten mit Praktiken wie sie auch heute noch teilweise von einigen Naturvölkern angewendet werden. Tempelschlaf, Lärmrituale, Aussetzung wie auch Angst- und Schreckpraktiken waren übliche Behandlungsmethoden. Auch mit übel schmeckenden Gebräuen und mit körperlicher Gewalt versuchte man, die „bösen Geister“, die den Besessenen innewohnen sollten, zu vertreiben. (Lenz und Küfferle, 2002)

Daneben gibt es historisch überlieferte Berichte aus dem antiken Ägypten wie auch aus Griechenland, die den fürsorglichen Umgang mit seelisch kranken Menschen beschrieben. Behandlungsmethoden wie der Heilschlaf im Tempel des Imotep in Ägypten oder im Tempel des Asklepios in Griechenland, Ausflüge mit psychisch

Kranken auf dem Nil, künstlerische Betätigung, - eine Art Ergotherapie - wie auch Bäder, Diäten, Reiten und Spaziergänge sind angewandt worden. Institutionen, die speziell für seelisch kranke Menschen geschaffen wurden, scheint es den Überlieferungen nach noch nicht gegeben zu haben. (Lenz und Küfferle, 2002)

Schon zu dieser Zeit erkannte man psychische Störungen als regelrechte Krankheiten. Jedoch verstand die damalige Medizin die Ursachen und die Entwicklungen dieser Erkrankungen nicht. Zu dieser Zeit versuchten die meisten Kulturen, unerklärbare medizinisch-pathologische Phänomene mit Theorien und Deutungen aus dem Bereich der Magie und des Transzendentalen zu erklären.

Erste Klassifizierungen von unter anderem auch psychischen Erkrankungen nahmen Hippokrates (460-377 v.Chr.) und später Galenus (130-201 n.Chr.) auf somatisch-naturwissenschaftlicher Basis vor. Sie verstanden Erkrankungen so, dass ihre Ursache von einem Ungleichgewicht der Körpersäfte ausgehe. Diese als Humoralpathologie zu bezeichnende Lehre beeinflusste auch die psycho-pathologischen Erklärungsansätze noch bis in das 18. Jahrhundert hinein (Dörner, 2004)

Weitere Fortschritte in der Medizin wurden in der spätrömischen und hellenistischen Epoche erzielt. Man entwickelte eine Systematik der psychischen Krankheiten. So differenzierte schon Asklepiades (80 v.Chr.) zwischen akuten psychischen Erkrankungen mit Fieber und chronischen Störungen ohne Fieber. Melancholie und Manie als sich abwechselnde Zustände bemerkte Aretheus (80 n.Chr.). Die Beschreibung von Coelius Aurelianus (5. Jh. n.Chr.) über den ärztlichen Umgang mit akut psychisch Kranken zeigt, dass die Versorgung menschenunwürdig verlief. So wurden psychisch kranke Menschen von den Ärzten mit wilden Bestien verglichen. Durch Nahrungsentzug und Durstenlassen, versuchte man sie zu „bändigen“. Gängige Behandlungsmethoden waren zudem, die Patienten in Ketten zu legen oder sie mit Peitschen körperlich zu züchtigen. Die Behandelnden gingen davon aus, dass die Patienten dadurch wieder zur Vernunft kämen. Aurelianus sah in diesen Behandlungsmethoden einen großen Irrtum. Er erkannte, dass dadurch der Zustand der Patienten eher verschlimmert wurde. Von seinem aus heutiger Sicht fortschrittlichen Denken geprägt, empfahl Aurelianus, wenn unbedingt nötig, den Einsatz von weichen Verbandstoffen als Zwangsmittel. Er stellte fest, dass Zwangsmittel Wut und Unruhe vermehren bzw. überhaupt erst entstehen lassen, anstatt sie zu reduzieren.

Weitere wichtige Erkenntnisse brachte das Werk von Soranus von Ephesus (ca. 100 n. Chr.) über akute und chronische Krankheiten, welches von Aurelianus auch übersetzt wurde. Die Melancholie und Manie wie auch die Phrenitis (Fieberdelir) sind

Krankheitsbilder, die Soranus von Ephesus ausführlich beschrieb. Dabei richtete er den Fokus auf die Symptomatik und den Verlauf dieser Krankheiten.

Dieses Werk leistete einen wichtigen Beitrag im Umgang mit psychiatrischen Zustandsbildern und zeigt, wie Griechen und Römer nach „natürlichen“ Ursachen suchten. (Kisker et al., 1991)

4.2 Mittelalter

Unter dem enorm gewachsenen Einfluss der christlichen Kirche fanden die antiken medizinischen Traditionen der Römer und Griechen in Europa nur bedingt eine Fortsetzung. Sie konnten vor allem in der arabischen Kultur bewahrt werden. Im restlichen Europa stand unter dem damaligen klerikalen Dogma die Vorstellung von „Besessenheit“ wieder im Vordergrund. Der kirchlichen Inquisition, deren Ära bis in die Neuzeit reichte, fielen unter anderem auch psychisch kranke Menschen zum Opfer - und zwar im Zuge der Hexenverfolgungen. Doch gibt es auch Dokumentationen aus dieser Zeit, welche über Proteste seitens einiger Medizingelehrter gegen diese Praktiken der Hexenverfolgung berichten. Hier ist, nach Lenz (2002), besonderes Augenmerk auf das von Johannes Weyer im Jahre 1563 verfasste Werk „De Praestigiis Daemonum“ zu richten. Er vertritt hierin die Ansicht, dass viele der Besessenen und Hexen nicht mit dem Teufel oder bösen Geistern in Verbindung ständen, sondern vielmehr auf natürliche Weise geisteskrank seien und der ärztlichen Behandlung bedürften. Nicht zuletzt deshalb, weil Weyer über den Mut und die Fähigkeit verfügte, einen dem damaligen Zeitgeist widersprechenden und weitsichtigeren Standpunkt zu vertreten, wird ihm vielfach eine herausragende Rolle in der Begründung der neuzeitlichen Psychiatrie zugewiesen. (Lenz und Küfferle, 2002)

Erste Berichte über Abteilungen für Geisteskranke in den im Mittelalter erstmalig entstandenen Spitälern stammen bereits aus dem arabischen Kulturkreis des 8. und 9. Jahrhunderts. So sollen diese Abteilungen etwa in Damaskus und Kairo zu finden gewesen sein. (Lenz und Küfferle, 2002)

In Europa liegt interessanterweise der Beginn einer Institutionalisierung des Umganges mit psychisch Kranken nicht im Frankreich der Aufklärung, sondern er lässt sich in das Spanien der Inquisition zurückverfolgen. So wurden im 15. und 16. Jahrhundert in Valencia, Saragossa oder Madrid einige Asyle für Geisteskranke von kirchlicher Seite gegründet. Später wurden nach ähnlichem Muster Einrichtungen in Rom, Paris, Hamburg, Lübeck und weiteren europäischen Städten gegründet. (Lenz und Küfferle, 2002)

Im 17. Jahrhundert folgte jedoch in den weitgehend absolutistisch beherrschten europäischen Ländern eine regelrechte Verhaftungswelle von sozial auffälligen Menschen wie Bettlern, Vagabunden, Prostituierten und anderen Personen, welche in Gefängnisse und andere geschlossene Häuser verbracht wurden. (Lenz u. Küfferle, 2002)

4.3 Neuzeit

Im Zuge der oben genannten Welle wurden auch viele psychisch Kranke verhaftet. Dörner (2004) führt hierzu genauer aus, dass diese als „Irre“ bezeichneten Menschen zusammen mit Zugehörigen zu anderen Randgruppen, die in der vom Absolutismus geprägten Gesellschaftsordnung als „unerwünschte Störquelle“ galten, von der Polizei verhaftet wurden. Erste Ordnungs- und Unterbringungsgesetze regelten bereits zu dieser Zeit den Umgang mit diesen Gruppen. Da es im 17. Jahrhundert jedoch erst wenige Einrichtungen für psychisch kranke Menschen im engeren Sinne gab, wurden sie unter aus heutiger Sicht unwürdigen Bedingungen in Zucht-, Armen-, Arbeits- und Tollhäusern untergebracht. (Dörner, 2004).

Gegen Ende des 17. und am Anfang des 18. Jahrhunderts entstand als Folge der oben genannten Praktik der Unterbringung eine Art Versorgungssystem auf der Basis solcher Häuser. Aus einem Teil dieser Einrichtungen entwickelten sich speziell die „Irrenhäuser“. In diesem Zeitraum, der unter den Einflüssen des Absolutismus und der Aufklärung stand, begannen sich die wissenschaftlichen Fakultäten zu etablieren. Die Psychiatrie wiederum bildete sich allmählich als eigenständiger Teil der noch jungen Wissenschaften heraus. Sie institutionalisierte sich innerhalb der oben genannten Häuser jedoch vorerst, wie Dörner an anderer Stelle ausführt, als „Insassen-Wissenschaft“. Theorie und therapeutische Praxis wurde allmählich im Umgang mit den Untergebrachten erarbeitet (Dörner, 2004).

Mit dem Zeitalter der Industrialisierung im 18. und frühen 19. Jahrhundert entwickelten sich in den europäischen Ländern auf gesetzlicher Ebene erste Ansätze eines „Irrenrechts“. Regelungen für die Aufnahme und Entlassung von Patienten wurden getroffen. Dreßing und Salize beziehen sich speziell auf die 1838 in das französische Gesetz zur Regelung des Irrenwesens implementierte Forderung von Esquirol nach gesetzlichen Regelungen, welche die Bedingungen für psychisch Kranke verbessern sollten. (Dreßing und Salize, 2004)

Esquirol (1772–1840) sowie sein Lehrer Philippe Pinel (1745–1826) gelten neben ihren wichtigen empirisch-statistischen Arbeiten im klinischen Bereich als Reformer innerhalb

der psychiatrischen Wissenschaft. Da sie die Ursachen seelischer Erkrankungen weniger dem physischen als dem psychischen Bereich zuordneten, konzentrierten sie sich auf wiederholte, sehr persönliche Patientengespräche. Dies könnte man aus heutiger Sicht bereits als Vorläufer des psychotherapeutischen Ansatzes bezeichnen. Ferner vertraten sie die Ansicht, dass Zwangsmaßnahmen auf das Notwendigste beschränkt bleiben müssen. Eine menschenwürdige Unterbringung, körperliche Übungen sowie sinnvolle Beschäftigung erachteten sie als grundlegend wichtig. Diese Überzeugungen flossen in das oben genannte, von Esquirol maßgeblich mitgestaltete und für Europa wegweisende französische Gesetz mit ein. In ihm wurden der Bau und der Betrieb von Anstalten sowie die Bedingungen der Internierung gesetzlich festgelegt. (Lenz und Küfferle, 2002)

Allerdings weisen Dreßing und Salize darauf hin, dass in den ersten Psychatriegesetzen grundsätzlich davon ausgegangen wurde, eine Aufnahme in ein Hospital oder Asyl müsse zwangsweise erfolgen. Da zu dieser Zeit eine Einweisung mit dem Verlust der Freiheit und aller Bürgerrechte verbunden war, mussten Behörden oder juristische Instanzen die Aufnahme anordnen. So sollte die irrtümliche Einweisung von gesunden Menschen vermieden werden. (Dreßing und Salize, 2004) Nach und nach wandelten sich in Europa die Behandlungsmethoden. Im Zuge dieser Veränderungen wurden die „therapeutischen“ Folterinstrumente vor dem Hintergrund neuer naturwissenschaftlicher Ansätze zurückgedrängt. Aus England gelangte die neuere medizinische Herangehensweise über Frankreich auch nach Deutschland. Jedoch traf sie bei der deutschen Wissenschaft teils aus religiösen Gründen vorerst auf Skepsis. Naturwissenschaften wurden zu dieser Zeit noch der philosophischen Fakultät, also der Geisteswissenschaft untergeordnet und wurden lediglich als Ergänzung dieser angesehen. Die damalige Psychiatrie betreffend hielt sich die moralisierende Grundannahme, dass seelische Erkrankung eine Folge von sündhaftem Verhalten wäre. Zu dieser Zeit kam es zu keinen wichtigen Erneuerungen. Gängige Behandlungspraktiken waren beispielsweise Kaltwasserduschen oder Zwangsstehen. Eine größere Zahl von Anstalten wurde errichtet, meist dezentral in ländlichen Regionen. Man wollte die damals in der Regel als gefährlich angesehenen Anstaltsinsassen von der allgemeinen Gesellschaft separieren und verwahren. Diese Dezentralisierung wurde im Übrigen bis in die sechziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts fortgesetzt. Erst Mitte des 19. Jahrhunderts konnten wissenschaftlich begründete somatische Krankheits-auffassungen durch den Psychiater Wilhelm Griesinger (1817-1869) oder den bekannten Hirnforscher Karl Wernicke (1848-1905) im deutschsprachigen Raum Einfluss nehmen und es kam zu bedeutenden

Fortschritten. Griesinger forderte zusätzlich die Errichtung von „Stadt-Asylen“ zur kurzfristigen wohnortnahen stationären Behandlung. Nur unruhige und gefährliche Patienten sollten in Pflegeanstalten auf dem Land versorgt werden. Diese Konzeptionen wurden jedoch vorerst kaum umgesetzt. Nach Griesingers Arbeiten trat die Klassifizierung der Symptomatik etwas in den Hintergrund, nun stand die Erfassung der Krankheitsverläufe im Vordergrund. Emil Kraepelin (1856-1926) beschrieb zusammenfassend die Dementia praecox, welche von Eugen Bleuler 1908 in Schizophrenie umbenannt wurde. Die Krankheitslehre Kraepelins setzte sich allgemein durch und ist auch heute noch als relevant zu erachten. (Lenz und Küfferle, 2002)

Mit der zunehmenden wissenschaftlichen Bedeutung der Psychiatrie wurde auch vermehrt Kritik an den Gesetzen für die Einweisung in die Anstalten laut. Dreßing und Salize (2004) zitieren dazu aus Laehrs „Thesen zur gerichtlichen Psychiatrie“, die 1865 in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie veröffentlicht wurden: „Die Verordnung sei nach dem gegenwärtigen Stand der Medicin eine innere Ungerechtigkeit, da Geistesstörungen nur Folge pathologischer Veränderungen des Gehirns sind, demgemäss daher auch Commotion des Gehirns, Typhus und ähnliche Zustände den gleichen gesetzlichen Bestimmungen unterliegen müssten, was doch nirgends der Fall ist, obgleich auch sie oft die Aufnahmen in Krankenanstalten veranlassen“.

Vor dem Hintergrund weiterführender medizinisch-psychiatrischer Erkenntnisse erfolgten Ende des 19. Jahrhunderts im nordeuropäischen Raum gesetzliche Reformen dahingehend, dass die freiwillige Behandlung zum Regelfall und die Zwangseinweisung nur noch im Ausnahmefall durchgeführt werden sollte. In den reformierten Gesetzen war nun ein Wechsel vom juristisch-behördlichen Einweisungsmonopol hin zum Einweisungsmonopol durch medizinische Instanzen vorgenommen worden. Unter anderem sollte dieser Wechsel zu einer Verminderung der Stigmatisierung von psychiatrischer Krankenhausversorgung beitragen. Die Notwendigkeit der Behandlung und medizinisch-therapeutische Argumente rückten als Voraussetzung für die Unterbringung in den Vordergrund, die Sorge um eine irrtümliche Einweisung gesunder Personen trat in den Hintergrund. (Dreßing und Salize, 2004)

Wesentliche Grundzüge dieser zur Jahrhundertwende verabschiedeten Gesetze überdauerten bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts und wurden dort erst nachhaltig reformiert.

Wichtige Anstöße in den psychologisch/psychiatrischen Wissenschaftszweigen lieferte gegen Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts unter anderem die Neurologie. Sie führte zum Beispiel zur Neurosenlehre oder der Psychoanalyse.

Letztere gedieh unter ihrem bekanntesten Begründer Sigmund Freud (1856 - 1939) zu einer der herausragenden psychotherapeutischen Verfahren des letzten Jahrhunderts, trotz der vielfach kritischen Bewertungen aus heutiger Sicht. Zu dieser Zeit gelangten auch die Verhaltenswissenschaften zu größerer Bedeutung. Über Iwan Pawlows (1849-1936) Lehre der bedingten Reflexe bei Tieren und der Begründung des Behaviorismus durch John B. Watson (1878-1958) kam es in weiterer Folge zur Etablierung verhaltenstherapeutischer Ansätze in der Behandlungsmethodik der klinischen Psychiatrie. (Lenz und Küfferle, 2002)

Trotz dieser Erweiterung der Perspektiven überwog doch die somatische Sichtweise. Die Psychiatrie hatte sich dadurch innerhalb der medizinischen Fakultäten ab 1900 als anerkannte Disziplin durchgesetzt.

4.4 Psychiatrie im Nationalsozialismus

Fast vierzig Jahre vor der Gewaltherrschaft der Nationalsozialisten erschien 1895 „Das Recht auf den Tod. Eine soziale Studie“, veröffentlicht vom Göttinger Psychologen Adolf Jost. Dieses Recht sei immer dann gegeben, so Jost, wenn die Wertlosigkeit eines Lebens für den Betroffenen wie für die Gesellschaft offenkundig sei. 1920 veröffentlichten der Jurist Karl Binding und der Psychiater Alfred Hoche eine Schrift mit dem Titel "Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens". Hierin sprechen sie den Tod vieler „wertvoller“ Menschen an, die im 1. Weltkrieg ihr Leben lassen mussten, während die "Insassen" von "Idioteninstituten" ein sicheres Leben führten. Eine, allein schon angesichts der vielen während des ersten Weltkriegs in den Anstalten an Mangelversorgung verstorbenen Patienten (Kersting, 2003), zweifelhafte Behauptung.

Der Schrift wurde längere Zeit wenig Bedeutung zu gemessen. Das NS-Regime aber berief sich später auf die Thesen Bindings und Hoches und schuf Gesetze, die den Tod und das Leid unzähliger Menschen zur Folge hatten. Zum einen fand die neue Ideologie im "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GzVeN)" vom 1.1.1934 ihren Niederschlag. Nach diesem Gesetz sollten "erbkrankte" Personen mit den Diagnosen "angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläres Irresein, erbliche Fallsucht, Huntington'sche Chorea, erbliche Blindheit oder Taubheit, schwere ererbte körperliche Missbildung und schwerer Alkoholismus" zwangssterilisiert werden. Alle Angehörigen von Heilberufen mussten "Erbkrankte" beim Amtsarzt anzeigen. Zuwiderhandlungen wurden strafrechtlich verfolgt. Zum anderen wurden auf der „rechtlichen“ Grundlage des so genannten Gnadentoderlasses Adolf Hitlers ab

September 1939 in den Anstalten systematisch Patienten im Zuge der so genannten „T4“-Aktion getötet. (Seidel, 1991)

Das so genannte „Euthanasie“- Programm der Nationalsozialisten wurde auch auf ein fragwürdiges wissenschaftliches Fundament zu stellen versucht. Mit den Degenerationstheorien von Benedict A. Morel (1809–1873) und dem darwinistischen Modell, gerade in der „modifizierten“ Form des Sozialdarwinismus mit seiner Lehre von der genetischen und rassischen Entartung, rechtfertigte das NS-Regime seine Verbrechen. Psychische Krankheitsursachen wurden mit der Degenerationshypothese erklärt. Aber auch kriminelles Verhalten wurde damit begründet. Schon Ende des 19. Jahrhunderts wurde diese Hypothese durch C. Lombroso (1836–1909) verbreitet. (Lenz und Küfferle, 2002)

Zwischen 1939 und 1941 wurden im Zuge der so genannten Euthanasie rund 100.000 Menschen ermordet. Weitere 100.000 Menschen starben durch Hunger oder Krankheit im Rahmen einer „wilden Euthanasie“. Zudem wurden mindestens 300 000 Personen zwischen 1934 und 1945 Opfer von Zwangssterilisationen. Dieses geschah durch das oben genannte Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. (Bremer et al, 2001)

4.5 Die Psychiatrie nach dem 2. Weltkrieg, Zeit der Reformprozesse

In der Nachkriegszeit wurde wenig Interesse für die Aufarbeitung der Geschehnisse aus der Zeit des „dritten Reiches“ aufgebracht. Zwar wurden durch den Nürnberger Ärzteprozeß 1946-1947 und durch mehr als 40 Euthanasieprozesse bis ca. 1965 die wesentlichen Fakten der Vernichtungsaktionen allgemein bekannt. Doch geriet die Situation psychisch kranker Menschen erst im Zuge der gesellschaftlichen Umbrüche der späten 60er Jahre in das Blickfeld der nun interessierten Öffentlichkeit und wenig später auch in das der Politik. Der Mannheimer Psychiater H. Häfner glaubt, dass die Verdrängung der NS-Verbrechen an psychisch Kranken die Ursache für einen Reformstau gewesen sei – weshalb die Psychiatriereform in Deutschland erst etwa 15-20 Jahre später in Gang kam als in den USA oder in Großbritannien (Kersting, 2003). Nachdem in den 1930er Jahren in Europa die ersten wirksamen somatischen Behandlungsverfahren, wie etwa die Insulin-Komatherapie, die Cardiazol-Schocktherapie und die auch später noch angewendete Elektrokrampftherapie, kurz EKT, entwickelt worden waren, ergaben sich ab 1951 mit der Entdeckung und Weiterentwicklung der Psychopharmaka völlig neue Behandlungsoptionen. Diese ließen nun die Anwendung eines breiteren ambulant und stationär anwendbaren Behandlungsinstrumentariums zu. In Kombination mit moderneren psycho-

therapeutischen Verfahren war es möglich geworden, viele psychotische Episoden in kürzerer Zeit zu kurieren, eine Rückfallprophylaxe zu betreiben und leichtere Symptome ambulant zu behandeln. Auf diesem Weg konnte eine tiefgreifende Systemänderung in der Versorgung psychisch erkrankter Menschen stattfinden, weg von der verwahrenden und beaufsichtigenden, hin zu einer aktiv behandelnden, therapieorientierten Psychiatrie. Dieser Wechsel hatte in der Folge einen bedeutsamen Anteil am Reformprozess in der Psychiatrie, der sich dann Anfang der 1970er Jahre auf breiter Front in Bewegung setzte. (Kersting, 2003)

Das Klima für eine Reformierung hat auch die Anti-Psychiatrie-Debatte in den 60er- und 70er-Jahren begünstigt. Verfechter der Anti-Psychiatrie, wie zum Beispiel die englischen Psychiater Ronald Laing und David Cooper, der US-Amerikaner Thomas Szasz sowie der französische Soziologe und Philosoph Michel Foucault, vertraten eine sehr kritische Haltung gegenüber der Institution Psychiatrie (Lenz und Küfferle, 2002). Sie sahen den Begriff „psychische Krankheit“ lediglich als Etikett für abweichendes Verhalten von gesellschaftlichen Normen. Diese Etikettierungstheorie (Labeling Approach) wird unter anderem auch in der Kriminologie als Erklärungsansatz für deviantes, also abweichendes Verhalten verwendet (Schwind, 2001). Die Institution Psychiatrie wurde demnach als ausführendes Organ sozialer Kontrolle gesehen, welche deviantes Verhalten aus der Gesellschaft segregieren soll (Dörr, 2005). Die Vertreter der antipsychiatrischen Bewegung sprachen sich vehement gegen jede Art von Zwangsunterbringung und -behandlung aus. Aus diesem Blickwinkel waren sie der Beweis für Ausübung von Macht und sozialer Kontrolle durch die Psychiatrie. (Dreßing und Salize, 2004).

Der Triester Klinikdirektor Franco Basaglia hielt in Italien mit seinen Ansichten unter dem Motto „Freiheit heilt“ Einzug in die politisch-gesellschaftliche Diskussion (Dörr, 2005). So wurde auf Basaglias Betreiben hin die Deinstitutionalisierung der Psychiatrie 1979 gesetzlich verankert, was zu einem völligen Abbau der stationären psychiatrischen Versorgung führte. Dies wird auch heute noch sehr kritisch gesehen, denn unter anderem werden die ambulant behandelnden Mediziner und Angehörigen der Betroffenen bei akuten Krankheitsschüben der Patienten als überfordert gesehen. Trotz dieser zum Teil sehr ideologisierten und extremen Positionen hat diese psychiatriefeindliche Bewegung auch konstruktive Einflüsse auf die Reformierung der Psychiatrie nehmen können. Die Verbesserung von Behandlungs- und Unterbringungsbedingungen, die Einführung ambulanter komplementärer und interdisziplinärer Behandlungsformen und -angebote sowie die Festlegung von Mindeststandards sind die Ergebnisse dieser Reformen (Lenz und Küfferle, 2002).

In Deutschland schlugen sich die Forderungen der Reformbewegung 1975 in der Psychiatrie-Enquete des deutschen Bundestages nieder. Der „Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ gab den entscheidenden Impuls zu einer grundlegenden Änderung der psychiatrischen Versorgungsstruktur. Die Empfehlungen des Berichtes wurden im föderalistisch verwalteten Deutschland in den jeweiligen Bundesländern unterschiedlich umgesetzt. Insgesamt gesehen ist aber eine dezentralisierte, gemeindenahe und komplementär organisierte Versorgungsstruktur entstanden, welche sich unter den Stichworten Sozial- oder Gemeindepsychiatrie systematisch einordnen lässt.

Auf rechtlicher Ebene wurde 1950 in der europäischen Konvention für Menschenrechte grundlegend formuliert, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen bei psychisch kranken Menschen grundsätzlich durch entsprechende gesetzliche Formulierungen zu reglementieren seien (Council of Europe, 1950). Weitere wichtige Formulierungen auf europäischer Ebene waren die Empfehlung R (83)2 des europäischen Ministerrates zum Schutz der Rechte zwangseingewiesener Patienten von 1983 und die Empfehlung 1235 des Europäischen Parlaments von 1994 zu Psychiatrie und Menschenrechten, welche eine erhebliche Eigen- oder Fremdgefährdung oder die Gefahr einer gesundheitlichen Verschlechterung bei fehlender Behandlung als Voraussetzung einer Zwangsunterbringung benennt (Assembly of the Council of Europe, 1994). Auf übereuropäischer Ebene sind zum einen die Resolution der Vereinten Nationen zum Schutz von Personen mit psychischen Krankheiten von 1991 (United Nations, 1991) und der WHO zu nennen (WHO, 1996) Seit den 1990er Jahren stellen einige Autoren eine stärkere Beachtung der Patientenrechte und der Deinstitutionalisierungsprozesse in der Gesetzgebung fest. (Dreßing und Salize, 2004)

In der Bundesrepublik wurden nach 1949 öffentlich-rechtliche Unterbringungsgesetze auf Länderebene verabschiedet, welche nach der Wiedervereinigung 1989 modifiziert, bzw. in den neuen Bundesländern neu geschaffen wurden. Daneben existiert die Möglichkeit einer zivilrechtlichen Unterbringung nach Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB), die 1992 durch die Einführung des Betreuungsrechts in Bezug auf die Stellung des Patienten weiterentwickelt worden ist.

Auf Europäischer Ebene, wie auch in Deutschland, ist die Anwendung von Zwang in der Unterbringung und Heilbehandlung von psychisch erkrankten Menschen also nach wie vor Bestandteil der psychiatrischen Praxis und findet ihre Legitimation in den aktuellen Gesetzgebungen der jeweiligen Nationalstaaten. Im folgenden Teil wird darauf, neben anderen Aspekten, genauer eingegangen.

5. Aspekte der psychiatrischen Zwangsmaßnahmen im internationalen Kontext

5.1 Kriterien für eine Zwangsunterbringung (und Zwangsbehandlung)

In den nationalen Unterbringungsgesetzen finden sich in verschiedenen Definitionen und Kombinationen die Kriterien für die Zwangsunterbringung psychisch kranker Patienten wieder. Die angewendeten Kriterien sind: Psychische Krankheit, Eigen- und/oder Fremdgefährdung, Behandlungsbedürftigkeit sowie Störung der Einsichts- und Zustimmungsfähigkeit.

5.1.1 Psychische Krankheit als Unterbringungskriterium

Die Psychische Erkrankung ist in allen europäischen Unterbringungsgesetzen als Kriterium zu finden, doch herrschen in der genauen Definition und der praktischen Umsetzung erhebliche Unterschiede zwischen den Nationalstaaten. Grundsätzlich orientieren sich die Länder an den für Humankrankheiten international geltenden Klassifikations- und Diagnosesystem ICD-10 („International Classification of Diseases“ der Weltgesundheitsorganisation WHO) sowie dem DSM IV („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ der American Psychiatric Association, APA) (Berger, 2004).

Die europäischen Gesetzgebungen unterscheiden sich dahingehend, ob psychische Krankheiten auf organisch und nicht-organisch begründbare Psychosen beschränkt sind, oder ob Neurosen und Persönlichkeitsstörungen mit einbezogen werden. Weiterhin hängt es teilweise von Schweregrad und Ausprägung der Störungen ab, ob diese ein Unterbringungsverfahren auslösen können. Unterschiedlich ist auch der Ein- oder Ausschluss von Suchterkrankungen oder geistigen Behinderungen geregelt (Dreßing und Salize, 2004).

5.1.2 Gefährlichkeit als Kriterium

Viele der aktuellen Unterbringungsgesetze stützen sich auf das Kriterium der Eigen- und/oder Fremdgefährdung als Unterbringungs Voraussetzung. Bei oberflächlicher Betrachtung scheint dieses Kriterium einen klaren und nachvollziehbaren Rechtfertigungsgrund für den vorübergehenden Entzug von freiheitlichen Grundrechten darzustellen. Doch fällt bei genauerer Betrachtung auf, dass dieses Kriterium verschieden interpretiert und ausgestaltet wird. In einigen Ländern genügt die bloße Androhung von Gewalt durch eine psychisch erkrankte Person, oder gar nur, dass die Gefährdung aufgrund der vorliegenden Symptomatik jederzeit eintreten könne (Dreßing und Salize, 2004).

In anderen Psychiatriegesetzen, wie zum Beispiel einigen deutschen öffentlich-rechtlichen Unterbringungsgesetzen auf Länderebene heisst es, dass die Gefährdung unmittelbar bevorstehen müsse oder bereits tatsächlich eingetreten ist. Weiterhin wird unterschieden, ob eine reale Eigen- oder Fremdgefährdung für Leib und Leben besteht, oder ob eine Gefährdung von eigenen oder fremden Sachwerten existiert (Marschner und Volckart 2001).

Zur Verwendung des Gefährlichkeitskriteriums kann kritisch angemerkt werden, dass eine genaue Prognostizierung einer vorhandenen oder auszuschließenden Gefahr nur sehr schwierig aufzustellen ist. Cleveland stellt hierzu aber fest, dass Gefährlichkeit mit der Schwere der psychischen Erkrankung und der dadurch bedingten Symptomatik korreliert (Cleveland et al., 1989; Dreßing und Salize, 2004).

Weiterhin besteht das Problem der sozialen Stigmatisierung der betroffenen Patienten. Sie werden als für die Gesellschaft gefährliche Personen angesehen und das Stereotyp des „unberechenbaren psychisch Kranken“ kann sich so etablieren. In diesem Zusammenhang bleibt der meist obligate Einsatz von Polizei und anderen behördlichen Organen während der Zwangseinweisung dem betreffenden Patienten und den unmittelbaren Mitbürgern in besonderer Erinnerung. Selbst nach einer Rückbildung der gefährdenden Symptomatik bleiben oftmals die Vorbehalte der Mitmenschen weiter bestehen. Dies soll natürlich nicht verleugnen, dass auch andere Unterbringungskriterien eine stigmatisierende Wirkung haben können.

5.1.3 Kriterium der Behandlungsbedürftigkeit

In den älteren Unterbringungsgesetzen ist die Behandlungsbedürftigkeit als entscheidendes Kriterium für eine Zwangsunterbringung zu finden. Allerdings wird sie heute auch noch verwendet, meist in Kombination mit anderen Kriterien. Eine

zwangsweise Unterbringung wird nach diesem Kriterium dann befürwortet, wenn eine behandelbare psychische Erkrankung vorliegt, der Patient aber nicht deren Behandlungsnotwendigkeit erkennen kann. In einigen Ländern wird aber daran die Bedingung gestellt, dass die Behandlung Aussicht auf Erfolg hat. Ist die Behandlungsbedürftigkeit als einziges Kriterium im Gesetz erwähnt, so wird dies von Kritikern meist als paternalistisch und die Freiheitsrechte des Patienten missachtend kritisiert. (Dreßing und Salize, 2004)

5.1.4 Störung der Einsichts- und Zustimmungsfähigkeit als Kriterium

Die Einsichts- und Zustimmungsfähigkeit spielt in der Diskussion um die Anordnung und Anwendung von Zwangsmaßnahmen seit dem vergangenen Jahrzehnt eine zunehmend wichtige Rolle. Die derzeitige Gesetzgebung geht jedoch auch hier unterschiedliche Wege. Im Zusammenhang mit der zwangsweisen Unterbringung wird die Einsichtsfähigkeit selten überprüft. Geht es um die Anordnung einer Zwangsbehandlung, so wird eine Überprüfung in vielen nationalen Gesetzen verlangt. Die Beurteilung der entsprechenden Fähigkeiten des Patienten ist komplex und sie kann, je nach Auswahl der Beurteilungsmethoden durch den begutachtenden Arzt zu unterschiedlichen Ergebnissen führen (Dreßing und Salize, 2004).

Eine weitere Schwierigkeit stellt die aktuell zu beobachtende Trennung von Zwangsunterbringung und -behandlung in vielen Ländern dar. Ein zwangsweise untergebrachter Patient kann dort eine Behandlung ablehnen, obwohl er nach den bisher geltenden Kriterien als behandlungsbedürftig gilt. Deshalb zielen die Reformvorschläge seitens der Psychiatrie auf die generelle Einführung des Kriteriums der gestörten Einsichtsfähigkeit ab. Erscheint diese Fähigkeit nach einer Begutachtung als gestört, so kann der Betreffende aus Sicht der Mediziner eine Behandlung nicht mehr kompetent ablehnen. Es wäre also eine Behandlung ohne Zustimmung oder mit der stellvertretenden Zustimmung eines gesetzlichen Vertreters möglich.

Große Aufmerksamkeit erlangte in der Literatur das so genannte Stone-Roth-Modell mit folgenden Unterbringungs- und Behandlungskriterien:

1. Schwere psychische Krankheit
2. Schlechte Prognose ohne Behandlung
3. Vorhandensein einer Erfolg versprechenden Behandlungsmethode
4. Fehlende Einsichtsfähigkeit des Patienten
5. Die Behandlung würde von einem anderen Patienten in der gleichen Situation als vernünftig angesehen

(Stone, 1975; Roth, 1979, Dreßing und Salize, 2004).

Aus dem medizinischen Selbstverständnis heraus wäre unter den oben genannten Umständen die Anwendung von Zwang gerechtfertigt. Auch die einflussreiche American Psychiatric Association (APA) hat das Kriterium der fehlenden oder gestörten Einsichts- und Zustimmungsfähigkeit als Empfehlung mit in ihre Leitlinien aufgenommen (Berger 2004).

Die entsprechenden Vorschläge stellen aus Sicht der Kritiker aber einen großen Schritt in Richtung eines nicht mehr zeitgemäßen Paternalismus, also der Bevormundung des Patienten durch das psychiatrische Versorgungssystem dar (s. 5.2). Sie befürchten unter diesen Kriterien einen Anstieg der Zwangshospitalisierungen.

Diese Befürchtungen haben sich bisher in vergleichenden Studien im amerikanischen Raum nicht bestätigen können. Die Stone-Roth-Kriterien erwiesen sich in einigen Fällen gegenüber dem alternativ verwendeten Gefährlichkeitskriterium sogar als restriktiver. Darüber hinaus stellte sich heraus, dass unter Anwendung der Stone-Roth-Kriterien ebenso wie unter der Anwendung des Gefährlichkeitskriteriums für annähernd dieselbe Patientengruppe die Notwendigkeit für eine Zwangshospitalisierung gesehen wird. (Hoge et al., 1988; Hoge et al., 1989; Monahan et al., 1982; Dreßing und Salize, 2004)

Grundsätzlich mangelt es in der internationalen Praxis an standardisierten und operationalisierten Testverfahren, mit denen das Vorliegen eines bestimmten Kriteriums bestätigt oder ausgeschlossen werden kann. Ein solches Vorgehen könnte, wie in der allgemeinen psychiatrischen Diagnostik bereits weit verbreitet, zu einer erhöhten Reliabilität in Bezug auf die Bestimmung der Voraussetzungen einer Zwangshospitalisierung beitragen (Dreßing und Salize, 2004)

5.2 Medizinisch-paternalistische versus legalistische Position

Wie bereits im vorigen Teil erläutert, lag für einen bestimmten Zeitraum die Entscheidungshoheit über die Anordnung von Zwangsmaßnahmen im psychiatrischen Kontext bei den medizinischen Instanzen. Diese Traditionen wurden spätestens durch die internationale Menschenrechtsbewegung und deren Einfluss auf die Reformprozesse seit den 1960er Jahren in Frage gestellt. Ihnen wurde seitens der Gesetzgebung mit einer zunehmenden Verrechtlichung der entsprechenden Prozeduren begegnet. Forster spricht mit Blick auf Zwangseinweisungen von einem neuen Legalismus, der das medizinische Monopol bei den Entscheidungen verdrängt (Forster, 1997). Es geht genauer betrachtet um das Spannungsverhältnis zwischen

bevormundender Fürsorge auf der einen Seite und der Wahrung des Grundrechts auf Selbstbestimmung auf der anderen Seite.

Der medizinisch-paternalistische Ansatz vertritt die Überzeugung, dass die Behandlung der akuten psychischen Erkrankung Vorrang vor dem Recht auf Selbstbestimmung habe. Denn die Erkrankung selbst schränke die persönliche Freiheit schwerwiegender ein als die zur Behandlung notwendigen Maßnahmen. „Erst ein psychisch gesunder Mensch sei eigentlich in der Lage, von seinen Freiheitsrechten Gebrauch zu machen und um diesen Zustand zu erreichen, seien auch vorübergehende Einschränkungen bestimmter Menschenrechte zu tolerieren“ (Chodoff, 1984). Es wird hier davon ausgegangen, dass die bei schweren Verläufen bestimmter psychischer Erkrankungen auftretenden Symptome, wie zum Beispiel Wahnvorstellungen oder halluzinatorische Fehlwahrnehmungen, die Einsichts-fähigkeit des Betroffenen einschränken. Er kann somit nicht die Notwendigkeit der Behandlung erkennen. Daher kann eine Behandlung aus dieser Sicht auch ohne Einwilligung des Patienten durchgeführt werden, wenn sie im mutmaßlichen Interesse des Patienten liegt. Grundlage einer Zwangsbehandlung aus dem medizinisch-paternalistischen Verständnis heraus ist demnach die Behandlungsbedürftigkeit. (Dreßing und Salize, 2004)

Der Ansatz hingegen, der das Recht des psychisch Kranken auf Selbstbestimmung proklamiert, kann in zwei Positionen unterteilt werden. Zum einen mahnen bestimmte Teile der so genannten Anti-Psychiatriebewegung dieses Recht als absolut geltend an und sehen für die Anwendung von Zwangsmaßnahmen keinerlei Rechtfertigungsgründe, die dieses durchbrechen könnten (Szasz, 1961). Zum anderen vertritt eine gemäßigte Position die Ansicht, dass unter klar definierten und restriktiv ausgelegten Bedingungen, welche sich gerichtlich überprüfen und kontrollieren lassen, die Freiheitsrechte im Falle einer schweren psychiatrischen Erkrankung eingeschränkt werden dürfen (Harding 2000). Diese Haltung bezeichnet Forster als legalistische Position. Prinzipiell dürfen nach legalistischer Auffassung die Grundrechte nur soweit beschränkt werden, wie es gerade notwendig ist. Diese Vorgänge sollen nach einer überprüfbaren und möglichst standardisierten Prozedur ablaufen, ähnlich derer eines Strafprozesses. Die Aussage der medizinischen Instanzen, der Zustand eines Menschen sei behandlungsbedürftig, reicht nach dieser Auffassung allein als Begründung für die Anwendung von Zwangsmitteln nicht aus. Als wesentliche Bedingung für Zwangsmaßnahmen wird von den Vertretern der legalistischen Position das Vorhandensein einer Eigen- oder Fremdgefährdung ins Feld geführt. Außerdem wird von ihnen eine Verrechtlichung der Prozesse während der Zwangshospitalisierung gefordert, zum Beispiel soll die Bewegungs- und Kommunikationsfreiheit, das Recht

auf Berufung und gesetzliche Vertretung sowie auf Behandlungsablehnung gewahrt sein. (Forster, 1997)

In vielen europäischen Ländern hat sich im Laufe der Reformprozesse eine Balance zwischen dem medizinisch-paternalistischen und dem legalistischen Modell eingependelt, welche sich aus den jeweiligen Gesetzgebungen und der Praxis ablesen lässt. Doch wird dieses Gleichgewicht durch viele unterschiedliche Gesichtspunkte beeinflusst, je nach aktueller gesellschaftlich-politischer Diskussion. Ein nicht zu vernachlässigender Punkt ist beispielsweise der Umgang mit psychisch kranken Personen, die durch Gewalttaten in Erscheinung treten. Der Psychiatrie wird von Teilen der Gesellschaft hier die Aufgabe zugeschrieben, nicht nur aus Gründen der Behandlungsbedürftigkeit, sondern auch zum Schutz der Allgemeinheit die Grundrechte der betroffenen Personen einzuschränken (Müller, 1999), also hoheitliche Aufgaben wahrzunehmen.

5.3 Trennung von Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung

Dass eine Unterbringung oder Heilbehandlung ohne rechtswirksame Einwilligung des Betroffenen grundsätzlich der Rechtsordnung widerspricht, dürfte in so gut wie allen Staaten mit freiheitlich demokratischer Grundordnung eine Selbstverständlichkeit darstellen. Dennoch wurden und werden diese Grundsätze unter bestimmten Bedingungen durchbrochen.

Die zwangsweise Unterbringung wurde in der Vergangenheit auf der Basis eines Unterbringungsgesetzes nach Erfüllung der zu Grunde liegenden Bedingungen, also Behandlungsbedürftigkeit und/oder Eigen- oder Fremdgefährdung durch die jeweiligen medizinischen und/oder behördlichen Instanzen angeordnet. Die Behandlungsbedürftigkeit konnte aus Sicht der Verantwortlichen unter anderem auch aus dem Eigen- oder Fremdgefährdungsverhalten abgeleitet werden und stellte prinzipiell eine Rechtfertigung zu einer Zwangsbehandlung dar. Sie wurde im psychiatrischen wie auch juristischen Kontext in Einheit mit der Zwangseinweisung kausal verknüpft. Es bestand die Auffassung, dass die Symptomatik einer schweren psychischen Erkrankung die Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit sowohl für die Unterbringung als auch für die Behandlung in gleichem Maße einschränke.

Erst in den 1970er Jahren wurde von diversen Autoren unterschiedlicher wissenschaftlicher Disziplinen die These formuliert, dass die Einsichts-, Beurteilungs- und Einwilligungsfähigkeit auf ganz verschiedenen Ebenen gestört oder auch teilweise erhalten sein könne. Einfluss auf die verantwortlichen Instanzen nahm diese

Sichtweise 1979 in den USA. Dort räumte ein Gericht in Massachusetts einer Patientin erstmals das Recht auf Verweigerung der Behandlung ein. (Dreßing und Salize, 2004) Mittlerweile ist auch in europäischen Ländern tendenziell eine solche Trennung von Zwangsunterbringung und Heilbehandlung zu beobachten. Dem Recht auf Selbstbestimmung scheint in Bezug auf Heilbehandlung in der Rechtsgüterabwägung eine größere Bedeutung zugemessen zu werden, die medizinisch-paternalistische Position tritt dagegen allmählich zurück. Nach der UN-Deklaration von 1991 zum Schutz von Personen mit psychischer Krankheit soll eine Behandlung nur noch bei informierter Zustimmung „informed consent“ durchgeführt werden. Grundsätzlich soll hiernach dem Patienten das Recht zustehen, eine Behandlung auch ablehnen zu können. (UN 1991)

Nach wie vor umstritten ist die Durchführung einer Zwangsbehandlung in Notfallsituationen. Allein in Deutschland gelten dafür auf Länderebene sehr unterschiedliche Gesetzesformulierungen. Einige sprechen zum Beispiel von einer grundsätzlichen Tolerierungspflicht einer Behandlung durch den Patienten, wenn diese nicht mit einer erheblichen Gefährdung für Leben und Gesundheit einhergeht, in anderen Landesgesetzen kann auch die erhebliche Gesundheitsgefährdung Dritter eine Zwangsbehandlung bedingen (Marschner und Volckart, 2001).

Aus der Sicht der Behandelnden stellt sich die Frage, ob eine zunehmende Trennung von Unterbringung und Behandlung therapeutisch sinnvoll ist. Viele Mediziner sind der Ansicht, dass eine weitere Verrechtlichung der Zwangsbehandlung dazu führen kann, dass vielen Patienten eine wirksame Therapie vorenthalten wird (Dreßing und Salize, 2004). Weiterhin erscheint es als fraglich, wie eine Zwangsunterbringung dann noch zu rechtfertigen ist, denn die moderne Psychiatrie versteht sich nicht als eine rein verwahrende Institution.

5.4 Bedingte Entlassung, ambulante Zwangsbehandlung

In den 80er und 90er Jahren des letzten Jahrhunderts führten in den USA einige spektakuläre Gewalttaten zu einer Modifikation der Unterbringungsgesetze, da diese zum Teil auch von psychisch kranken Personen begangen wurden. Es wurde in den Gesetzen die Möglichkeit implementiert, eine Entlassung mit der Erfüllung bestimmter Auflagen zu verbinden. Dazu kann gehören, sich unter anderem über einen festgelegten Zeitraum nach der Entlassung einer ambulanten Zwangsbehandlung zu unterziehen. Damit sollte unter anderem der Schutz der Allgemeinheit verbessert werden. Allerdings wurde die bedingte Entlassung auch in Verbindung mit knapperen

Ressourcen und Krankenhausbetten in die Diskussion eingebracht. (Dreßing und Salize, 2004)

Zur Zeit zeichnet sich nach einer Reihe von Studien mit unterschiedlichen Resultaten ab, dass nur eine kleinere Gruppe von psychotischen Patienten von einer bedingten Entlassung und/oder einer ambulanten Zwangsbehandlung profitieren könnte. Dies wären hauptsächlich Patienten, die eine Medikamenteneinnahme ablehnen und aufgrund dieser Medikamenten-Noncompliance häufiger Rückfälle mit Klinikaufenthalten haben. (Appelbaum, 2001).

5.5 Faktoren für Unterbringungshäufigkeit

Bei der Unterbringungshäufigkeit muss in der Diskussion beachtet werden, dass Zahlen in den jeweiligen Staaten über unterschiedliche statistische Methoden erfasst werden. Die bisher erstellten Statistiken sind nicht auf supranationaler Ebene direkt miteinander vergleichbar, es können damit nur bestimmte Trends beschrieben werden. Sie arbeiten mit Begriffen wie absoluter Häufigkeit, relativer Häufigkeit, Unterbringungsraten und -quoten. Die verbreitetsten statistischen Größen sind die Unterbringungsrate, welche die jährliche Zahl der Zwangsunterbringungen pro 100.000 Einwohner benennt, sowie die Unterbringungsquote, welche den prozentualen Anteil von Zwangsunterbringungen an allen stationären Aufnahmen eines Jahres darstellt. Weitere Vergleichsgrößen sind die Bettenrate pro 1000 Einwohner und die mittlere Verweildauer in der stationären Behandlung. In Kapitel 6.2 wird dies unter epidemiologischen Aspekten erörtert.

Wesentliche Einflussfaktoren für die Häufigkeit von Zwangsunterbringungen sind die jeweiligen gesetzlichen Regelungen und Kriterien in den einzelnen Staaten. In einer Vielzahl von Studien konnten Korrelationen zwischen Gesetzesänderungen und Veränderungen in der Häufigkeit von Zwangsunterbringungen nachgewiesen werden. So verzeichneten beispielsweise die Behörden in Österreich nach einer Gesetzesreform im Jahr 1990 einen Anstieg der Unterbringungsraten, obwohl der Gesetzgeber eigentlich eine Reduktion beabsichtigte (Haberfellner und Rittmansberger, 1996). Bei der genannten Gesetzesänderung wurde das Amt des Patientenanwaltes implementiert, um die Rate zu senken. Dies führte doch in der Praxis zu einer Zunahme der absoluten Zahl von Zwangsunterbringungen. Als mögliche Erklärung wird die Tätigkeit des Patientenanwaltes herangezogen (Dreßing und Salize, 2004). Sie führte zu mehr Transparenz und zu einer Sensibilisierung der für die Zwangseinweisung verantwortlichen Instanzen, und so anscheinend dazu, öfter als

früher den formal-juristischen Weg der Zwangseinweisung zu wählen, um Patienten behandeln zu können.

Die Änderungen der gesetzlichen Voraussetzungen veränderten teilweise auch die definierten Kriterien für die Zwangseinweisung und so ließen sich meist auch Auswirkungen auf die Zusammensetzung der Patientenschaft beobachten. In Ländern, in denen das Kriterium der Gefährlichkeit als Unterbringungs Voraussetzung eingeführt ist, werden vermehrt junge männliche Patienten untergebracht. In Ländern, in denen das Kriterium der Behandlungsbedürftigkeit gesetzliche Bedingung ist, werden vermehrt ältere Frauen untergebracht (Segal, 1989; Dreßing und Salize, 2004).

Die Gesetze, welche die Unterbringung regeln, üben also Effekte auf die Praxis aus. Doch müssen diese Veränderungen nicht immer die vom Gesetzgeber beabsichtigte Richtung nehmen, wie oben erwähnt. Es spielen noch andere Faktoren in der praktischen Umsetzung der Gesetze eine Rolle, die Einfluss auf die Unterbringungshäufigkeit haben können.

In Deutschland beschreibt Crefeld in einer Studie für das Bundesland Nordrhein-Westfalen erhebliche regionale Unterschiede in den Einweisungsraten, die von 0,2/1000 bis 2,2/1000 Einwohner reichen. Wie in jedem Bundesland regelt ein landesweit einheitlich geltendes Gesetz die Unterbringung. Es liegt nahe, dass diese divergierenden Zahlen durch regional unterschiedliche Einweisungsgewohnheiten, Versorgungsstrukturen und behördliche Abläufe zu begründen sind, nicht jedoch durch den unmittelbaren Einfluss des Gesetzes. (Crefeld, 1997)

In Regionen mit gut ausgebautem und differenziertem psychiatrischen Versorgungsangebot sind die Unterbringungszahlen insgesamt niedriger als in Regionen, in denen eher eine zentral orientierte Versorgung in Form eines psychiatrischen Großkrankenhauses stattfindet. Dies kann nach Riecher-Rössler und Rössler teilweise durch bessere Kriseninterventionsmöglichkeiten erklärt werden, die sich in differenziert ausgebauten und nach modernem gemeindepsychiatrischen Konzept versorgten Regionen bieten. (Riecher - Rössler und Rössler, 1993)

In ähnlichem Kontext werden von Spengler und Böhme bei gleichen gesetzlichen Voraussetzungen auch große Unterschiede in der Unterbringungshäufigkeit zwischen ländlichen und städtischen Regionen beschrieben. (Spengler u. Böhme, 1989)

Weitere Effekte auf Unterbringungszahlen können auch ökonomischer Natur sein. Die Verringerung von Behandlungskosten durch die Reduzierung der Bettenzahl in Kliniken und dem damit zusammenhängenden Bestreben, kürzere Verweildauern der Patienten zu erreichen, sind nur ein Beispiel. Dies kann unter schlecht ausgebauten gemeindepsychiatrischen Strukturen zu so genannten Drehtüreffekten führen, das

heisst, dass eine nicht nachhaltig durchgeführte Behandlung in Verbindung mit unzureichender Prophylaxe bei einer Gruppe von Patienten zu Rückfällen führen kann, die dann wiederum erneut notfallmäßig untergebracht werden müssen. Diese Gruppe von Patienten mit höherer Anzahl von Behandlungsepisoden pro Jahr erhöhen statistisch gesehen die Unterbringungsrate, wobei die Quote der Unterbringungen relativ stabil bleibt. Dies wird damit erklärt, dass sich bei den beschriebenen Drehtüreffekten neben der Zahl der erneuten Zwangseinweisungen auch die Zahl der freiwilligen stationären Aufnahmen erhöht. (Dreßing und Salize, 2004)

Trotz gleicher gesetzlicher Grundlagen existieren demnach regionale Unterschiede in der Häufigkeit von Zwangseinweisungen, die durch Faktoren wie Versorgungsstruktur, Erreichbarkeit, administrative Abläufe, finanzielle Vorgaben und Ähnliches zu begründen sind. Werden diese Aspekte in den gesetzgebenden Vorhaben nicht ausreichend beachtet, so können die zielführenden Veränderungen nicht ihre volle Wirkung entfalten, zum Teil sogar konterkariert werden. Diese Mechanismen folgen keinem monokausalen und linearen Erklärungsmuster, sondern in der Praxis finden zirkuläre und sich wechselseitig beeinflussende Prozesse statt.

5.6 Zivilrechtliche Unterbringung vs. Forensik

Mit der Einführung des Kriteriums der Gefährlichkeit als Voraussetzung für eine Zwangseinweisung wurde zuerst in den USA von psychiatrischer Seite die Befürchtung geäußert, dass dies zu einer vermehrten Unterbringung von gefährlichen persönlichkeitsgestörten Patienten führen würde, die zudem auch schlechter zu therapieren seien. Außerdem ging man von einer negativen Beeinflussung des therapeutischen Settings beziehungsweise Milieus aus und befürchtete, moderne Therapieformen, wie etwa die Behandlung auf einer offenen Station, wegen der Gefährlichkeit einiger Patienten aufgeben zu müssen. (Stone, 1975; Hiday und Smith, 1987; Hiday, 1988; Dreßing und Salize, 2004)

Allerdings bestätigten sich diese Befürchtungen nicht und verschiedene Studien zeigten ein eher uneinheitliches Bild. Zum Teil könnte dies mit dem unterschiedlichen Umgang mit dem Begriff der Gefährlichkeit in Forschung und Praxis zusammenhängen. Besteht die Gefahr sich selbst oder anderen gegenüber, werden verbale Drohungen bereits als fremdgefährdend eingestuft, oder in welcher Intensität kommt aggressives Verhalten vor, vom leichten Schubsen bis hin zum Angriff mit einer Waffe? All diese Aspekte stellen die Bandbreite der im Behandlungsalltag vorkommenden Situationen dar. Bei differenzierter Betrachtung des aggressiven

Verhaltens zwangsuntergebrachter Patienten stellte sich heraus, dass sie die Aggressionen vorwiegend gegen sich selbst richteten und schwerwiegendes gefährliches Verhalten gegenüber Anderen äußerst selten war. (Rubin und Mills, 1983; Hiday und Smith, 1987; nach Dreßing und Salize, 2004)

Dass die Einführung des Gefährlichkeitskriteriums aber auch in eine andere Richtung führen kann, zeigen Schanda und Knecht auf: Die Psychiatrie fühlt sich bei restriktiver Auslegung der Unterbringungsgesetze für bestimmte Patientengruppen nicht mehr zuständig und weist die ihr von der Gesellschaft zugeordnete Funktion der sozialen Kontrolle von vermeintlich gefährlichen Patienten durch Nicht-Aufnahme dieser zurück. Erst bei einer tatsächlich stattgefundenen Straftat erfolgt dann eine Sanktionierung durch die Justiz, möglicherweise in einer forensischen Einrichtung der Psychiatrie. (Schanda und Knecht, 1997, Schanda, 1999)

Allerdings besteht dadurch die Möglichkeit und Gefahr der Kriminalisierung bestimmter Patientengruppen und deren Verschiebung aus dem psychiatrischen System in den Bereich des Strafvollzugssystems, explizit in den des forensischen Vollzuges.

5.7 Medizinische und psychologische Aspekte / Folgen der Zwangshospitalisierung

Zu den Folgen der Zwangsunterbringungen und deren Effekt auf den Verlauf der psychischen Erkrankungen gibt es nur sehr wenige katamnestiche Untersuchungen. Auch Längsschnittbetrachtungen betroffener Patientengruppen im Vergleich zu freiwillig stationär aufgenommenen Patientengruppen sind selten. Von den Betroffenen selbst werden Zwangsmaßnahmen oft als traumatisierend beschrieben. Gefühle der Angst, Hilflosigkeit, Feindseligkeit oder Schuld sind Bestandteile der Traumata zwangshospitalisierter Patienten. (Wadeson und Carpenter, 1976; Dreßing und Salize, 2004)

In der Schweiz äußerten 73% der Patienten in einer Umfrage, dass sie bei bestimmten Umständen eine Zwangsunterbringung als gerechtfertigt ansehen (Lauber et al., 2000). Als hilfreich und angebracht bezeichneten in einer anderen retrospektiven Befragung 75% der zwangshospitalisierten Patienten die Durchführung der Maßnahme (Edelsohn und Hiday, 1990; Dreßing und Salize, 2004). „Insbesondere die Remission der Symptomatik führt zu einer positiven Einstellungsänderung und macht auch eine nachfolgende freiwillige ambulante Behandlung und, falls nötig, spätere stationäre Behandlungen auf freiwilliger Basis wahrscheinlicher“ (Kane et al., 1983; Dreßing und Salize, 2004). Können Patienten den Eindruck gewinnen, dass die Entscheidungsfindung zur Durchführung einer Zwangsmaßnahme in einem fairen

Prozess stattgefunden hat, so ist dies für den weiteren Verlauf förderlich (Lidz et al.,1995, Dreßing und Salize, 2004). Viele Patienten, bei denen während der Behandlung Zwangsmaßnahmen angewendet wurden, entwickelten jedoch nicht im gleichen Maße eine Krankheitseinsicht, wie dies in einer Kontrollgruppe von freiwillig behandelten Patienten der Fall war (Smolka et al.,1997).

Längsschnittuntersuchungen, die längere Zeitspannen nach der Hospitalisierung betrachten, sind noch seltener zu finden ab. Sie zeigen eine hohe Rate von Rehospitalisierungen vormals zwangsuntergebrachter Patienten (Dreßing und Salize, 2004), jedoch erscheinen die Studien nicht reliabel, denn es fehlen Vergleichsmöglichkeiten und Kontrollgruppen.

Bruns stellte fest, dass zwangshospitalisierte Patienten insgesamt eine größere Zahl von prognostisch ungünstigen Faktoren aufweisen, als eine Vergleichsgruppe von freiwillig hospitalisierten Patienten (Bruns, 1991). Allerdings stellt sich hier die Frage, warum die Gruppe der Zwangshospitalisierten ungünstigere Faktoren im prognostischen Hinblick aufweist. Liegt dies vielleicht an den psychischen Folgen der ausgeübten Zwangsmaßnahmen oder ist dies dadurch zu erklären, dass die Patienten von vornherein eine wesentlich schwerere und schlechter zu therapierende Symptomatik mitbringen, die eine Zwangshospitalisierung nötig machten?

5.8 Menschen- und Patientenrechte

Nach den massiven Verletzungen grundlegender freiheitlicher Menschenrechte durch Diktaturen in der westlichen Welt vor und während des zweiten Weltkrieges wurden in den späten 40er und den 50er Jahren des vergangenen Jahrhunderts auf Ebene der Vereinten Nationen und in Europa erstmals allgemeine Menschenrechte deklariert. Im Artikel 5 der Europäischen Menschenrechtskonvention wird festgehalten, dass jeder das Recht auf Freiheit und Sicherheit der eigenen Person hat. Jedoch können unter bestimmten gesetzlichen Regelungen die Freiheitsrechte beschränkt werden, wie in Artikel 6 fixiert. Der Betroffene einer solchen Beschränkung hat aber dann ein prinzipielles Recht auf ein faires Gerichtsverfahren und eine persönlichen Anhörung. Der Artikel 5 bezieht sich ausdrücklich auch auf den Freiheitsentzug bei psychisch Kranken. (Council of Europe, 1950)

1991 veröffentlichten die Vereinten Nationen die Leitlinien zum Schutz von psychisch kranken Menschen (UN 1991). Zusammen mit den Impulsen aus der internationalen Menschenrechtsbewegung nahmen die Deklarationen weitreichende Einflüsse auf die Situation psychisch kranker Menschen, nicht zuletzt auch in Europa. Jedoch ist bei der

Formulierung der Europäischen Menschenrechtskonvention zu fragen, warum psychisch kranke Menschen in Artikel 5 in einem Satz neben Alkoholikern, Infektionskranken und Landstreichern genannt werden.

Von ärztlicher Seite wird die Menschenrechtsdiskussion in gewissen Teilen als an der psychiatrisch-klinischen Realität vorbeigehend angesehen. Die in den Vordergrund gerückte legalistische Ausrichtung der Gesetzgebung stellt aus Sicht der meisten behandelnden Kliniker ein Dilemma dar. Gerade die Trennung von Unterbringung und Behandlung bei akut behandlungsbedürftigen Patienten, wie in Kapitel 5.3 beschrieben, sei in diesem Zusammenhang nochmals erwähnt. Zugleich erscheint die Wahrnehmung und Umsetzung der Patientenrechte im klinischen Betrieb noch Defizite aufzuweisen. Viele Patienten verfügen nicht über umfassende Kenntnis ihrer Rechte und Möglichkeiten. Es herrschen auch noch größere nationale und regionale Unterschiede hinsichtlich der Implementierung von Kontrollinstanzen und Rechtsbeiständen, worauf noch im folgenden Kapitel eingegangen wird.

Um Unterbringungs- und Behandlungsmaßnahmen gegen den Willen von betroffenen Patienten nach Möglichkeit zu reduzieren oder ganz zu vermeiden, gibt es mittlerweile eine Vielzahl von Überlegungen. Als mögliche Alternativen gehen aus der aktuellen Diskussion Instrumente wie Patientenverfügungen, Patiententestamente, Vorsorgevollmachten oder Behandlungsvereinbarungen hervor. Auch wenn Ausgestaltung, rechtliche Einordnung und Relevanz der jeweiligen Dokumente unterschiedlich zu bewerten ist, basieren alle auf der Idee, dass eine Person im Zustand geistiger und körperlicher Gesundheit Regelungen für die Situation trifft, in der sie krankheitsbedingt keine rechtswirksame Willenserklärung mehr abgeben kann. Im Hinblick auf eine psychische Erkrankung könnte eine denkbare Vereinbarung so formuliert sein, dass ein Patient nach Remission einer Psychose und entsprechender Aufklärung über seine Krankheit festlegt, welche Behandlungsmaßnahmen er im Falle einer Wiedererkrankung oder, bei chronischer Erkrankung, eines Rückfalles festlegen und welche Maßnahmen er ablehnen möchte. (Dreßing und Salize, 2004)

Die Verbindlichkeit von Patientenvereinbarungen wird jedoch aus juristischer Sicht in Deutschland angezweifelt. Maßgebend ist bei Einwilligungsunfähigkeit der mutmaßliche Wille des Patienten zum Zeitpunkt der ärztlich notwendigen Maßnahme. Patientenverfügungen können allenfalls zur Ermittlung des mutmaßlichen Willens beitragen, ähnlich wie Äußerungen von Angehörigen (Berger, 2004). Ob dies im speziellen Fall von psychisch erkrankten Patienten als juristische Analogie zu psychisch gesunden Patienten und deren Verfügungen zu sehen und auszulegen ist, wird sich in der Praxis zeigen.

6. Darstellung der Regelungen zur Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung in den EU - Ländern

Im Auftrag und mit Förderung durch die Europäische Kommission – Direktorium für Gesundheit und Verbraucherschutz – haben Harald Dreßing und Hans Joachim Salize im Jahr 2002 eine Studie über Zwangsunterbringung und -behandlung psychisch Kranker in Europa erstellt. Sie berücksichtigt die 15 Mitgliedstaaten der Europäischen Union zu diesem Zeitpunkt. Ziel war dabei, die in den einzelnen Nationalstaaten in unterschiedlicher Form vorliegenden Informationen zusammenzutragen und rechtliche Rahmenbedingungen, sowie die Praxis in den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union zu beschreiben und zu analysieren. Auf der Grundlage dieser, vorerst nur in englisch vorgelegten, Studie erschien 2004 eine nachbearbeitete Version in deutscher Sprache. Waren in der englischen Erstausgabe die Ausführungen weithin von der Darstellung der Situation in den einzelnen Ländern geprägt, wurden die Ergebnisse nun auch systematisch nach den verschiedenen zu berücksichtigenden Aspekten aufgearbeitet. Die Studie wurde von der Europäischen Kommission gefördert (Health and Consumer Protection Directorate/Public Health - Grant Agreement No. SI 2.254882 2000CVF3-407). Zur Durchführung der Arbeit wurde unter der Leitung der

Verfasser das Kompetenznetzwerk „Mental Health Legislation“ innerhalb der Europäischen Union aufgebaut, dass sich jeweils auf die Mitwirkung eines oder mehrerer Experten in den Nationalstaaten stützt.

Die meisten EU Länder verfügen über Unterbringungsgesetze für psychisch Kranke mit nationaler Geltung. In einigen Ländern existieren auch verschiedene Regelungen nebeneinander sowie auf unterschiedlichen Ebenen.

Frankreich wendet zum einen die HO Regelung (Hospitalisation d' Office) an, nach der auf Antrag der Polizei bei einer Fremdgefährdung verfahren wird. Zum anderen gibt es die HDT Regelung (Hospitalisation à la demande d' un tiers), die auf Antrag von Familienmitgliedern oder anderen Personen im Falle der Eigengefährdung angewendet werden kann. Die nachfolgenden Darstellungen beziehen sich primär auf die HO Regelung, die HDT Regelung wird aber bei wesentlichen Besonderheiten erwähnt.

In Deutschland wird im Hinblick auf die Wahrung der öffentlichen Sicherheit die so genannte öffentlich rechtliche Unterbringung eines psychisch kranken Menschen bei akuter Gefährdung für Leib und Leben der eigenen Person oder Dritter angewendet. Da die Bundesrepublik föderal verwaltet wird, fällt die öffentlich rechtliche Unterbringung, die im Sinne einer Gefahrenabwehr zu verstehen ist, in die Kompetenz der Bundesländer. Es existieren deshalb 16 zum Teil unterschiedliche Unterbringungsgesetze. Daneben ist bundeseinheitlich eine so genannte fürsorgliche Unterbringung nach dem Betreuungsgesetz möglich, welche im Bürgerlichen Gesetzbuch geregelt ist. Eine Unterbringung nach dem BGB ist nur bei Eigengefährdung des Betroffenen wegen einer Lebens- oder erheblichen Gesundheitsgefahr möglich. Außerdem steht hierbei das Kriterium der Behandlungsbedürftigkeit im Vordergrund. Die beiden Unterbringungsarten sind vom Vormundschaftsgericht zu genehmigen, beziehungsweise anzuordnen. (Marschner und Volckart, 2001)

6.1 Systematische Darstellung der Regelungen

Die folgende systematische Darstellungsweise gibt einen Überblick über bestimmte Aspekte der Zwangsunterbringung und -behandlung in den Ländern der Europäischen Union. In den tabellarischen Ansichten werden die einzelnen EU-Länder mit folgenden Abkürzungen gekennzeichnet: Aus - Österreich, Bel - Belgien, Den - Dänemark, Fin - Finnland, Fran - Frankreich, Ger - Deutschland, Gree - Griechenland, Ita - Italien, Ire -

Irland, Lux - Luxemburg, Neth - Niederlande, Port - Portugal, Swe - Schweden, Spa - Spanien, UK - Großbritannien.

Soweit nicht als gesondertes Zitat ausgewiesen, stammen die Daten und Erläuterungen der nachfolgenden Darstellungen aus der oben genannten Studie (Dreßing und Salize, 2004)

6.1.1 Allgemeine Informationen zu den Unterbringungsgesetzen

6.1.1.1 Separate Unterbringungsgesetze

In Griechenland, Italien und Spanien finden sich Regelungen über Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie in einem allgemeinen Gesundheitsgesetz, welches sich nicht nur auf psychisch Kranke bezieht. Hier werden auch andere Zwangsmaßnahmen geregelt, wie etwa die Behandlung von gefährlichen Infektionskrankheiten bei nicht kooperativen Patienten. Die Grundidee einer allgemeinen Gesundheitsgesetzgebung ist die Vermeidung einer sozialen Stigmatisierung der betreffenden psychisch kranken Menschen durch eine für sie separat aufgeführte Regelung.

Regelung	Anzahl	Länder
Länder mit eigenständigem Psychatriegesetz	12	Aus, Bel, Den, Fin, Fran, Ger, Ire, Lux, Neth, Port, Swe, UK
Länder ohne eigenständiges Psychatriegesetz	3	Gree, Ita, Spa

6.1.1.2 Verabschiedungszeitpunkt der Unterbringungsgesetze

Zeitpunkt	Anzahl	Länder
Vor 1980	2	Ger*, Ita
Zwischen 1980 -1989	5	Den*, Ger* , Lux*, Spa*, UK*
1990 und danach	14	Aus, Bel, Den*, Fin, Fran, Ger*, Gree, Ire, Lux*, Neth, Port, Spa*, Swe, UK*

* In Dänemark, Deutschland, Luxemburg, Spanien und Großbritannien existieren mehrere, zu unterschiedlichen Zeitpunkten und auf unterschiedlichen Ebenen verabschiedete Gesetze nebeneinander.

Obwohl einige der Gesetze erst Anfang der 1990er Jahre in Kraft getreten sind, finden sich in mehreren Ländern Planungen für neue Gesetzgebungen.

In Großbritannien wird aufgrund ungenügender ambulanter Nachbehandlung die Einführung ambulanter Zwangsbehandlungen erwogen.

Finnland diskutiert eine detailliertere Regelung von Zwangsmaßnahmen und -behandlung während der Zwangsunterbringung, da die aktuelle Gesetzgebung in diesem Punkt nicht mit den Richtlinien der Europäischen Menschenrechtskonvention übereinstimmt.

Frankreich erwägt eine Reform, bei der das HO-Verfahren und das HDT-Verfahren integriert werden soll.

Irland hat seit 2001 ein neues Unterbringungsgesetz.

6.1.1.3 Geltungsbereich der Gesetze

Bereich	Anzahl	Länder
National	12	Aus, Bel, Fin, Fran, Gree, Ire, Ita*, Lux, Neth, Port, Spa, Swe
Regional	3	Den*, Ger*, UK*

* In Italien gibt es vereinzelt regional zusätzliche administrative Regelungen, zum Beispiel, dass das Einweisungsgutachten von einem Facharzt für Psychiatrie erstellt werden muss.

* Deutschland ist, wie bereits erwähnt, das einzige Land in der EU, in dem eine föderale Gesetzgebung für die öffentlich rechtliche Unterbringung existiert und diese in die Kompetenz der 16 Bundesländer fällt. Daneben gibt es eine bundeseinheitliche Unterbringung nach dem Betreuungsgesetz, welche zivilrechtlich geregelt ist.

* In Großbritannien haben Schottland und Nordirland eigene, zum Teil deutlich abweichende Gesetze.

6.1.1.4 Prinzip des geringstmöglichen Eingriffs

Überprüfung d. Maßnahme	Anzahl	Länder
Ja	13	Aus, Bel, Den, Fin, Ger, Gree, Ire, Ita, Lux, Neth, Port, Swe, UK
Nein	2	Fran Spa

Nur in Frankreich und Spanien fordern die Gesetze nicht explizit, dass vor einer Zwangsunterbringung weniger eingreifende Alternativmaßnahmen geprüft worden und verfügbar sind, die eine Zwangseinweisung unnötig machen.

Keines der Gesetze fordert ausdrücklich, dass Alternativen wirklich probiert werden müssen. Es existieren auch keine Kontrollmöglichkeiten, um die gesetzlichen Forderungen in der praktischen Umsetzung zu überprüfen.

6.1.1.5 Übergeordnete Ziele

Übergeordnete Ziele	Anzahl	Länder
Im Gesetz genannt	8	Den, Fran, Ger, Ire, Lux, Neth, Port, Swe
Nicht im Gesetz genannt	7	Aus, Bel, Fin, Gree, Ita, Spa, UK

Eine Reihe von Psychriegesetzen nennt neben den primären Zielen der Abwehr von Gefahren für den Patienten und/oder Dritte auch übergeordnete Ziele.

Am häufigsten wird genannt, eine weitere Verschlechterung des Gesundheitszustandes vermeiden zu wollen.

Die Wiedereingliederung in die Gesellschaft wird explizit im deutschen, französischen und luxemburgischen Recht genannt.

6.1.1.6 Weiterbehandlung nach einer Zwangsunterbringung

Weiterbehandlung	Anzahl	Länder
Gesetzlich vorgesehen	6	Bel, Ger, Lux., Port, Swe, UK
Gesetzlich nicht vorgesehen	9	Aus, Den, Fin, Fran, Gree, Ire, Ita, Neth, Spa

In sechs Ländern ist eine Weiterbehandlung nach einer Zwangshospitalisierung überhaupt gesetzlich formuliert und vorgeschrieben.

In Belgien wird nach Beendigung der Unterbringungsmaßnahme ein Kontrakt zwischen Patient und behandelndem Arzt unterzeichnet, der die Weiterbehandlung für ein Jahr detailliert beschreibt. Dieser wird in Kopie dem Gericht übersandt.

In Portugal und Schweden gibt es eine regelrechte ambulante Zwangsbehandlung nach Ende einer Unterbringungsmaßnahme, welche unter Kontrolle des Gerichts steht. Ähnliches gilt für Luxemburg, welches bei Nichteinhaltung der Auflagen innerhalb der ersten drei Monate nach Entlassung mit einer erneuten Zwangsunterbringung droht.

In Deutschland wird von einer Zustimmung des Patienten zu einer Weiterbehandlung ausgegangen. Die nachbehandelnden Ärzte und/oder sozial-psychiatrischen Dienste der Kommunen werden in einigen Bundesländern aber automatisch bei Entlassung des Patienten informiert.

In England und Frankreich werden die entlassenen Patienten im Anschluss durch eine Art Supervision begleitet, die Gesetze beinhalten aber keine Vorschriften zu einer ambulanten Zwangsbehandlung.

6.1.1.7 Zwangsunterbringung von Kindern und Jugendlichen

Österreich, Deutschland, Finnland und Portugal regeln die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in eigenständigen Gesetzen. Eine nähere Untersuchung wurde dazu in der vorliegenden Studie nicht vorgenommen.

6.1.1.8 Unterbringung von Demenzpatienten

Führen Demenzerkrankungen zu akuten psychiatrischen Störungen beziehungsweise Symptomen, so greifen in den meisten EU-Ländern die Vorschriften der Unterbringungsgesetze, wenn sich der Patient aktiv einer Einweisung widersetzt. Ist der Patient aufgrund der Erkrankung nicht einsichtsfähig und kann keine verbindliche Willenserklärung abgeben, so sollen in acht Ländern gesonderte Betreuungsgesetze greifen, so auch in Deutschland. Hier kann ein gesetzlich bestellter Betreuer für den betreffenden Patienten eine stellvertretende Willenserklärung abgeben. In anderen Ländern erfolgt eine Einweisung und Behandlung jedoch oftmals ohne formal juristische Prozeduren. Insgesamt ist die Gruppe der demenzkranken Patienten in der Unterbringungspraxis in den Ländern der EU rechtlich weniger geschützt als andere psychiatrische Patienten.

6.1.1.9 Unterbringung von psychisch kranken Straftätern

Allgemein besteht in den EU-Ländern die Tendenz, psychisch kranke Straftäter getrennt von den restlichen psychiatrischen Patienten unterzubringen, allerdings können gemeinsame Behandlungen vorkommen. Häufig ist diese Praxis in Großbritannien zu finden, im Gegensatz dazu findet in Portugal eine strikte Trennung der Patientengruppen statt.

6.1.1.10 Unterbringungseinrichtungen für psychiatrische Patienten

Die Zwangsunterbringung findet zum Großteil in psychiatrischen Fachkrankenhäusern oder psychiatrischen Fachabteilungen von Allgemeinkrankenhäusern statt.

Einrichtung	Länder
-------------	--------

Allgemeinkrankenhaus	Bel, Ita, Spa, Swe
Psychiatrische Abteilung	Aus, Bel, Den, Fin*, Fran, Ger, Gree, Ire, Ita, Neth, Port, Spa, Swe, UK
Psychiatrisches Krankenhaus	Aus, Bel, Den, Fin*, Fran, Ger, Gree, Ire, Neth, Port, Spa, Swe, UK
Gefängnis	Bel, Gree
Psychiatrisches Pflegeheim	Bel*, Ger, Neth, Port, Spa, Swe, UK
Andere Pflegeheime	Bel*, Ger*, Spa, Swe
Forensische Abteilung	Aus, Bel, Den, Fin, Ger, Neth, Swe, UK
Spezielle Station für schwierige Patienten	Fran

* Belgien: Zur Nachbehandlung ist eine Unterbringung auch in einem Pflegeheim möglich.

* Deutschland: Nach den Bestimmungen des Betreuungsgesetzes gemäß BGB kann eine fürsorgliche Unterbringung auch außerhalb einer Psychiatrischen Institution stattfinden.

* Finnland: Für eine Zwangseinweisung ist hier noch die Unterbringung in einer geschlossenen Station obligat. In allen anderen Ländern der EU werden mittlerweile auch zwangsuntergebrachte Patienten auf offenen Stationen behandelt.

In keinem Land der EU findet eine Absonderung der zwangsuntergebrachten von den freiwillig hospitalisierten Patienten statt.

6.1.2 Die Zwangsunterbringung - Definitionen, Voraussetzungen und Kriterien

6.1.2.1 Definition der Zwangsunterbringung

Alle Länder der EU definieren explizit den Begriff der Zwangsunterbringung oder beschreiben zumindest die notwendigen Unterbringungszustände.

Außer in Schweden, welches auch die Möglichkeit einer Unterbringung im häuslichen Umfeld des Patienten kennt, beziehen sich die Regelungen der übrigen Länder auf eine Unterbringung in einem Krankenhaus oder einer anderen Institution.

Definition	Anzahl	Länder
------------	--------	--------

explizite Definition	15	Aus, Bel, Den, Fin, Fran, Ger, Gree, Ire, Ita, Lux, Neth, Port, Spa, Swe, UK
----------------------	----	--

6.1.2.2 Kriterien für eine Zwangsunterbringung

Grundsätzlich lassen sich vier Kriterien für Zwangsunterbringungen in den gesetzlichen Regelungen der Nationalstaaten in den oben genannten Kombinationen feststellen. In jedem Fall wird das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung zu Grunde gelegt.

Kriterien	Länder
Krankheit plus Gefährlichkeit	Aus, Bel, Fran, Ger*, Lux, Neth
Krankheit plus Gefährlichkeit oder Krankheit plus Behandlungsbedürftigkeit	Den*, Fin ,Gree, Ire*, UK*, Port
Krankheit plus Behandlungsbedürftigkeit	Ita, Spa, Swe

*Allerdings wird nur in Dänemark, Deutschland, Irland und Großbritannien nach unterschiedlichen Definitionen und Aufzählungen entsprechender Diagnosen spezifiziert. In allen anderen Ländern werden keine näheren diagnostischen Kategorien genannt.

6.1.2.3 Grad der Eigen- /Fremdgefährdung

Die Ausführungen in den zehn Ländern sind recht allgemein gehalten, was den Zeitpunkt, die Art und das Ausmaß der Gefahr betrifft.

In keinem der Länder wird mit standardisierten und operationalisierten Definitionen des Gefährlichkeitskriteriums gearbeitet.

Ausmaß der Gefährlichkeit	Anzahl	Länder
Näher definiert	10	Aus, Bel, Den, Fin, Fran, Ger, Ire, Neth, Port, Swe
Nicht näher definiert	5	Gree, Ita, Lux, Spa, UK

6.1.2.4 Ausschlussbedingungen

Ausschlussbedingungen	Anzahl	Länder
-----------------------	--------	--------

Im Gesetz erwähnt	6	Aus, Ger, Gree, Ire, Swe, UK
Im Gesetz nicht erwähnt	9	Bel, Den, Fin, Fran, Ita, Lux, Neth, Port, Spa

In sechs nationalen Unterbringungsgesetzen werden teilweise sehr unterschiedliche Bedingungen genannt, die eine Zwangsunterbringung nicht rechtfertigen oder ausschließen. Hauptsächlich werden allgemeine Menschenrechtsgrundsätze angeführt, wie zum Beispiel, dass niemand wegen seiner politischen oder religiösen Haltung der Freiheit beraubt oder verfolgt werden darf. Hervorzuheben ist, dass in Deutschland und Österreich eine fehlende Behandlungsbereitschaft als alleiniges Unterbringungskriterium in den Gesetzen als nicht ausreichend bezeichnet wird.

6.1.2.5 Wahrscheinlichkeit der Unterbringungskriterien

Wahrscheinlichkeit	Anzahl	Länder
Als Kriterium erwähnt	5	Aus, Fin, Ger, Ire, Neth
Als Kriterium nicht erwähnt	10	Bel, Den, Fran, Gree, Ita, Lux, Port, Spa, Swe, UK

In Österreich und Irland fordern die Gesetze explizit eine hohe Wahrscheinlichkeit für das Vorhandensein von Kriterien, die eine Unterbringung rechtfertigen. Meist handelt es sich dabei um das Kriterium der Eigen- oder Fremdgefährdung. In Finnland genügt eine nicht näher beschriebene Wahrscheinlichkeit des Vorliegens eines Kriteriums bereits für die vorläufige Unterbringung für vier Tage, danach muß diese überprüft werden.

In Deutschland ist in einigen Unterbringungsgesetzen ausgeführt, dass eine Gefahr unmittelbar bevorstehen müsse. Im übrigen ist eine freiheitsentziehende Maßnahme nur zulässig, wenn sämtliche Kriterien und gesetzliche Voraussetzungen erfüllt sind.

In keinem Gesetz ist eine standardisierte und operationalisierte Überprüfung der Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen von Unterbringungskriterien erwähnt.

6.1.2.6 Operationalisierung der Unterbringungskriterien

In keinem der 15 EU-Länder dieser Studie kommen standardisierte Instrumente zum Einsatz, welche die Einschätzung von Unterbringungskriterien operationalisierbar gestalten könnten.

6.1.2.7 Qualitätsstandards

Qualitätsstandards	Anzahl	Länder
Definiert	12	Aus, Bel, Den, Fran, Ger, Ire, Ita, Lux, Neth, Port, Swe, UK
Nicht definiert	3	Fin, Gree, Spa
Regelmäßige Überprüfung	9	Aus, Bel, Den, Fran, Ger, Ire, Neth, Swe, UK
Keine regelm. Überprüfung	3	Ita, Lux, Port
Akkreditierung d.Einrichtung	8	Aus, Bel, Den, Fran, Ger, Ire, Lux, Neth

Die meisten Länder führen in ihren Unterbringungsgesetzen gewisse Standards an, die Einrichtungen erfüllen müssen, in denen Patienten zwangsweise untergebracht werden. Diese Ausführungen sind jedoch sehr allgemein gehalten. Der Großteil der Länder mit definierten Qualitätsstandards lässt diese auch regelmäßig überprüfen, jedoch nach sehr unterschiedlichen Modalitäten. So genügt in Deutschland eine jährliche Überprüfung durch eine Besuchskommission. In Großbritannien werden häufigere Überprüfungen durchgeführt, teilweise auch während der Nachtschicht. Eine besondere Akkreditierung der Einrichtungen, die für Zwangsunterbringungen zur Verfügung stehen, wird in acht Ländern der EU vorgenommen.

6.1.3 Das Zwangsunterbringungsverfahren

6.1.3.1 Eingeschaltete Instanzen

In allen 15 Ländern der EU werden im Regelverfahren zur Zwangseinweisung immer mehrere Instanzen in den Entscheidungsprozess einbezogen. In den meisten Ländern sind unterschiedliche Professionen beteiligt, etwa in der Form, dass ein Arzt die Begutachtung vornimmt und ein Richter entscheidet. In einigen Ländern werden mehrere unabhängige Ärzte in das Verfahren einbezogen, um eine zusätzliche Kontrollinstanz einzufügen.

6.1.3.2 Anordnung der Zwangsunterbringung

Entscheidungsträger	Anzahl	Länder
---------------------	--------	--------

Nicht medizinische Instanz	9	Aus, Bel, Fran, Ger, Gree, Ita, Neth, Port, Spa
Medizinische Instanz	6	Den, Fin, Ire, Lux, Swe, UK

Die nicht medizinische Instanz wird in den meisten Ländern durch ein Gericht dargestellt.

In Österreich tagt in den ersten zwei Wochen der durch ärztliche Gutachten veranlassten Unterbringung eine Kommission, die dann endgültig entscheidet. Diese setzt sich aus einem Arzt, einem Richter und einem Patientenanwalt zusammen.

In Italien ordnet der Bürgermeister eine Zwangsunterbringung an, was dann durch das Vormundschaftsgericht überprüft wird.

6.1.3.3 Qualifikation der Gutachter

In einigen Ländern, in denen Allgemeinärzte die erste Begutachtung vornehmen, ist gefordert, dass diese über Erfahrung im psychiatrischen Bereich verfügen. In anderen Ländern wird ein zweites Gutachten von einem Facharzt gefordert, spätestens bei Aufnahme in der Klinik.

Qualifikation	Anzahl	Länder
Facharzt für Psychiatrie	9	Aus, Gree, Ire, Lux, Neth, Port, Spa, Swe, UK
Allgemeinmediziner	6	Bel, Den, Fin, Fran, Ger, Ita

In der französischen HO-Regelung genügt lediglich ein Allgemeinmediziner als Gutachter. Ähnliches gilt in einigen deutschen Landesunterbringungsgesetzen.

6.1.3.4 Anzahl notwendiger Gutachten

Im überwiegenden Teil der Europäischen Union werden in den Gesetzen zwei Gutachten gefordert, die die Voraussetzungen für eine zwangsweise Unterbringung als erfüllt bestätigen.

Ausreichend	Anzahl	Länder
1 Gutachten	4	Bel, Den, Ger, Neth
2 Gutachten	10	Aus, Fran, Gree, Ire, Ita, Lux, Port, Spa,

		Swe, UK
3 Gutachten	1	Fin

6.1.3.5 Recht auf Anhörung

Anhörung	Anzahl	Länder
Obligat	12	Aus, Bel, Den, Gree, Ire, Ita, Lux, Neth, Port, Spa, Swe, UK
Nicht obligat	3	Fin*, Fran, Gree

*In Finnland muss eine persönliche Stellungnahme des Patienten im Entscheidungsprozess zwar eingeholt werden, diese kann aber auch aus der Patientenakte entnommen werden.

6.1.3.6 Zeitspanne nach Begutachtung

In allen Ländern, außer Spanien, wird in den Gesetzen eine maximale Zeitspanne definiert, die zwischen Begutachtung und Durchführung der Unterbringungsmaßnahme liegen darf.

Land	Zeitspanne	Land	Zeitspanne
Aus	4 Tage	Ire	24 Std.
Bal	15 Tage	Ita	2 Tage
Den*	24 Std.- 7 Tage	Lux	3 Tage
Fin	3 Tage	Neth	5 Tage
Fran	24 Std.	Port	12 Tage
Ger*	24 Std.- 14 Tage	Swe	4 Tage
Gree	10 Tage	UK	14 Tage

* Erfolgt in Dänemark die Unterbringung aufgrund einer Gefahrenabwehr, beziehungsweise wird das Gefährlichkeitskriterium angewendet, so reduziert sich die Zeitspanne auf 24 Stunden.

* In Deutschland dürfen in den einzelnen Bundesländern, je nach Gesetz, zwischen 24 Stunden und 14 Tagen zwischen der Begutachtung und der Unterbringung vergehen, obwohl die Anwendung des Gefährlichkeitskriteriums obligatorisch ist.

6.1.3.7 Notfallmäßige Unterbringung

Die meisten nationalen Gesetze sehen eine Möglichkeit vor, im Notfall Patienten ohne die Genehmigung der jeweiligen Instanzen in eine Klinik einzuweisen und/oder dort zurückzuhalten. Die Entscheidungsprozesse während dieser Notfallprozeduren sind deutlich kürzer als im Regelfall und es genügt meistens eine ärztliche oder behördliche Anordnung. Die Patientenrechte sind hier gegenüber denen des Regelfalls schlechter gestellt.

In der begrenzten Zeitspanne des separaten Notfallverfahrens ist zu erörtern und entscheiden, ob eine weiterführende und gerichtlich zu genehmigende Zwangsunterbringung nötig ist, ob der Patient sich freiwillig weiter behandeln lässt oder entlassen werden kann. Belgien und Griechenland fallen hier durch außerordentlich lange Zeitspannen für eine notfallmäßige Unterbringung auf.

Land	Maximale Dauer	Anordnung durch
Aus	48 Stunden	Psychiater
Bel	10 Tage	Staatsanwalt
Den	Reguläres Verfahren	Psychiater
Fin	Reguläres Verfahren	Psychiater
Fran	48 Stunden	Paris: Polizei; sonst d. Bürgermeister
Ger	In 15 Bundesländern 24 Stunden, Baden Württemberg 3 Tage	Behörde, Psychiater
Gree	10 Tage	Psychiater, Staatsanwalt
Ire	Reguläres Verfahren	Psychiater
Ita	48 Stunden	Bürgermeister
Lux	24 Stunden	Polizei, Psychiater
Neth	24 Stunden	Bürgermeister
Port	48 Stunden	Psychiater

Spa	24 Stunden	Psychiater
Swe	24 Stunden	Psychiater
UK	72 Stunden	Polizei oder Psychiater; ist Patient bereits in d.Klinik: Arzt od.Fachpfleger

In vielen Ländern der EU werden die Patienten größtenteils notfallmäßig zwangseingewiesen. Das bedeutet, dass die in den Gesetzen teilweise vorgesehenen Stufenpläne für die Standardprozedur, welche doch die Ultima Ratio Zwangsunterbringung vermeiden sollen, oft nicht greifen können.

Das trifft auch auf Deutschland zu, wo für beide Arten, also zivilrechtliche und öffentlich rechtliche Unterbringung, vorgeschaltete vorläufige Unterbringungsmaßnahmen bei Gefahr im Verzug möglich sind. Marschner verweist hier auf verschiedene Untersuchungen aus Deutschland, die zeigen, dass regional teilweise über 90% der Einweisungsmaßnahmen als sofortige und notfallmäßige Unterbringungen vollzogen wurden (Marschner und Volckart, 2001).

6.1.3.8 Unterbringungsdauer und Überprüfungsintervalle im Regelfall

Die gesetzlichen Vorgaben reichen im Regelfall bei der Unterbringungsdauer von ein bis zwei Wochen bis hin zu neun Monaten, ähnliches gilt für die Überprüfungszeiträume. Besonders fallen die häufigen und kurzen Überprüfungsintervalle in Dänemark auf.

Land	Dauer der Zwangsunterbringung	Zeitintervalle der Überprüfung
Aus	3 Monate	Spätestens nach 3 Monaten
Bel	40 Tage zur Beobachtung, dann bis zu 2 Jahren	Nach 25 Tagen und jeweils 15 Tage vor jeder Verlängerung
Den	Keine gesetzlichen Vorgaben	3, 10, 20, 30 Tage, dann alle 4 Wochen
Fin	9 Monate	3 Monate
Fran	Keine gesetzlichen Vorgaben	HDT Regelung: 15 Tage, dann monatlich, HO Regelung: 1 Monat, 3 Monate, 6 Monate
Ger	Vorläufige Unterbringung für 6 Wochen, verlängerbar auf 3	Saarland: alle 6 Monate, ansonsten je nach

	Monate. Ansonsten bis zu 1 Jahr, in besonderen Fällen bis zu 2 Jahren	Unterbringungsdauer, aber nicht zwingend vorgeschrieben
Gree	6 Monate	3 Monate
Ire	21 Tage, verlängerbar auf 3 Monate, danach 6 Monate	Nach 21 Tagen, 3 Monaten, 6 Monaten
Ita	7 Tage, bei Verlängerung keine Begrenzung vorgesehen	7 Tage, danach keine Vorgaben
Lux	14 Tage, danach 28 Tage	14 Tage, 28 Tage, danach keine Vorgaben
Neth	Vorläufige Unterbringung für 3 Wochen. Ansonsten bis zu 6 Monaten, dann bis zu 12 Monaten	Ansonsten keine regelmäßigen Überprüfungen
Port	Keine gesetzlichen Vorgaben	2 Monate
Spa	Keine gesetzlichen Vorgaben	6 Monate
Swe	4 Wochen, 4 Monate, dann jeweils 6 Monate	4 Wochen, 4 Monate, 6 Monate
UK	Zur Diagnostik und möglichen Erstbehandlung 28 Tage, zur weiteren Behandlung 6 Monate, verlängerbar um 6 Monate, dann jährliche Verlängerung	18 Tage, sonst 6 Monate

6.1.3.9 Änderung des Patientenstatus

In allen Ländern der EU können freiwillig hospitalisierte Patienten in psychiatrischen Kliniken einer Zwangsunterbringung zugeführt werden. Dies ist etwa der Fall, wenn sich bei einem freiwillig aufgenommenen Patienten im Verlauf eine schwere psychotische Symptomatik zeigt, die eine Eigen- oder Fremdgefährdung darstellt.

6.1.3.10 Verfahren bei Statusänderung

Verfahrensweise	Anzahl	Länder
Wie im Regelfall	13	Aus, Bel, Den, Fran, Ger, Gree, Ire, Ita, Lux, Neth, Port, Spa, UK
Separate Regelung	2	Fin, Swe

In Finnland besteht bei der Statusveränderung nicht die Vorschrift wie im Regelverfahren, drei Begutachtungen durch Mediziner durchführen zu lassen.

In Schweden sind die Kriterien bei einer Statusveränderung dagegen verschärft. Hier wird im Unterschied zum Standardverfahren das Vorliegen einer Eigen- oder Fremdgefährdung gefordert.

6.1.3.11 Vorzeitige Beendigung

In allen Ländern, in denen im Regelfall die Zwangsunterbringung für einen bestimmten Zeitraum angeordnet wird, besteht die Möglichkeit einer vorzeitigen Beendigung der Maßnahme. In Dänemark, Frankreich, Portugal und Spanien, in denen gesetzlich keine Zeitvorgaben vorgesehen sind, entfällt dies natürlich.

Die vorzeitige Beendigung der Unterbringung ist in allen Ländern deutlich weniger formell geregelt. In Deutschland beispielsweise kann ein Patient vorzeitig aus der Unterbringung entlassen werden, ohne dass eine Genehmigung des Vormundschaftsgerichts nötig ist. Der behandelnde Arzt ist nur gehalten, das Gericht über die Beendigung der Maßnahme zu informieren.

Ähnlich wie in Deutschland wird auch in den restlichen EU-Ländern verfahren.

6.1.3.12 Beurlaubung

In acht Ländern ist eine Beurlaubung während der Unterbringungsmaßnahme möglich, allerdings sind die zeitlichen Vorgaben sehr unterschiedlich.

Urlaub	Anzahl	Länder
Möglichkeit vorgesehen	8	Bel, Den, Fin, Fran, Ger, Ire, Neth, Spa
Möglichkeit nicht vorgesehen	9	Aus, Gree, Ita, Lux, Port, Swe, UK

In der Regel erfolgt die Beurlaubung des Patienten unter dem Aspekt seiner Erprobung außerhalb der Klinik.

In den meisten Ländern dauert ein solcher Urlaub einige Tage. Eine Ausnahme stellt Deutschland dar, hier können Beurlaubungen sogar mehrere Monate andauern, allerdings können sie mit Weisungen und Auflagen verbunden sein.

6.1.4 Regelungen für Zwangsbehandlungen

6.1.4.1 Differenzierung zwischen Zwangsunterbringung und -behandlung

Unterscheidung	Anzahl	Länder
Ja	7	Aus, Den, Ger, Lux, Neth, Swe, Uk
Nein	8	Bel, Fin, Fran, Gree, Ire, Ita, Port, Spa

In der Hälfte der EU-Länder wird in den Gesetzen zwischen der zwangsweisen Unterbringung und der Behandlung differenziert. In den entsprechenden Ländern wird aber auch hiermit unterschiedlich verfahren. Einige schreiben bei Durchführung einer Zwangsbehandlung lediglich eine besondere Dokumentationspflicht für den behandelnden Psychiater vor.

In Deutschland wird in einigen Unterbringungsgesetzen der Bundesländer ausgeführt, dass in Notfallsituationen der Patient eine Behandlung zu dulden hat, wenn Gefahr für Leib und Leben besteht. Insgesamt sind die Auslegungen sowohl für den Notfall als auch für den Regelfall oftmals strittig sowie verfassungsrechtlich zu hinterfragen (s. 6.1.4.3). Sie werden außerdem fortlaufend durch aktuelle Gerichtsurteile beeinflusst. (Marschner u. Volckart 2001)

6.1.4.2 Unterbringungsmaßnahme ohne Behandlung

Zwangsunterbringung	Anzahl	Länder
Ohne Behandlung	6	Aus, Bel, Ger, Gree, Neth, UK
Mit Behandlung	9	Den, Fin, Fran, Ire, Ita, Lux, Port, Spa, Swe

In sechs Ländern besteht die Möglichkeit, eine Zwangsunterbringung ohne eine spezifische Behandlungsmaßnahme durchzuführen. In der Klinik wird diese Zeit zur Beobachtung, Begutachtung und Diagnostik genutzt. Denkbar ist auch, dass der Patient von sich aus die Behandlung ausdrücklich verweigert, und eine etwaig von ihm ausgehende Gefahr schon durch Beobachtung und Kontrolle unter stationären Bedingungen beseitigt werden kann.

In den neun anderen Ländern hat im Zuge der Zwangsunterbringung grundsätzlich eine Behandlung stattzufinden, da dort die Unterbringung als primär medizinische Maßnahme gesehen wird.

Die Zeitspannen für eine Unterbringungsmaßnahme ohne spezifische Behandlung variieren in den sechs Ländern zwischen 28 Tagen in England und 6 Monaten in den Niederlanden. Deutschland und Österreich liegen mit 3 Monaten in der Mitte. Belgien und Griechenland machen keine Vorgaben dazu.

6.1.4.3 Informierte Zustimmung zur Behandlung

In zehn Ländern können Patienten ohne deren so genannte „informierte Zustimmung“ (informed consent) behandelt werden. In den Ländern, in denen nur eine konsentiertere Behandlung während der Unterbringungsmaßnahme erlaubt ist, existieren jedoch für Not- oder Ausnahmesituationen besondere Regelungen, nach denen ein Patient auch ohne seine Zustimmung behandelt werden kann.

Informierte Zustimmung	Anzahl	Länder
obligat	5	Aus, Ger, Ire, Neth, Swe
nicht obligat	10	Bel, Den, Fin, Fran, Gree, Ita, Lux, Port, Spa, UK

In den meisten Gesetzen sind Not- und Ausnahmesituationen gemeint, in denen Gefahr für Leib und Leben des Patienten oder Dritter besteht und der Patient nicht einsichtsfähig ist. Allerdings muss hier in der Regel stellvertretend das Einverständnis eines gesetzlichen Vertreters eingeholt werden.

In Deutschland bedarf es im national geltenden fürsorglichen Betreuungsrecht, wie auch in einigen Landesgesetzen, der Genehmigung durch das Gericht, wenn durch die Behandlung Leben oder Gesundheit des Patienten gefährdet ist, auch bei stellvertretender Einwilligung durch den gesetzlichen Vertreter.

Allerdings besteht im Fall der Unterbringung zum Zweck der Heilbehandlung nach deutschem Betreuungsrecht aktuell auch eine gewisse Rechtsunsicherheit. Während ein Teil der Rechtsprechung die stationäre Zwangsbehandlung im Rahmen einer Betreuung unter bestimmten Umständen für rechtmäßig erachtet, geht ein anderer Teil, unter Berufung auf eine BGH Entscheidung aus dem Jahr 2000, insoweit von einer vollständigen Unzulässigkeit von stationären Zwangsbehandlungen im Betreuungsrecht aus. Eine Klärung dieser wichtigen Streitfrage wird voraussichtlich erst durch eine weitere Entscheidung des Bundesgerichtshofs zu erwarten sein (Niedersächsische Besuchscommission, 2003). Eine Änderung des Betreuungsrechtes in Richtung einer grundsätzlichen Möglichkeit der Zwangsbehandlung

wurde am 18.02.2005 von allen Parteien des Bundestages abgelehnt (Deutscher Bundestag, 2005).

6.1.4.4 Therapiemaßnahmen, Behandlungsmethoden

In der Hälfte der Länder sind in den Gesetzen Regelungen zu bestimmten Behandlungsmethoden zu finden. Die Ausführungen fallen national sehr heterogen aus, es werden dabei ganz unterschiedliche Therapie- und Behandlungsmaßnahmen explizit genannt.

Maßnahmen, Methoden	Anzahl	Länder
Detailliert geregelt	7	Aus, Den, Ger, Ire, Neth, Port, UK
Nicht detailliert geregelt	8	Bel, Fin, Fran, Gree, Ita, Lux, Spa, Swe

Bemerkenswert sind zum Beispiel differenzierte Regelungen zur Psychochirurgie, obwohl diese in der Praxis keine tragende Rolle spielt. Dagegen wird die therapeutisch wesentlich bedeutendere Psychopharmakotherapie unpräzise oder in einigen nationalen Gesetzen gar nicht beschrieben. Die aktuell wieder vereinzelt eingesetzte Elektrokrampftherapie (in modifizierter Form) ist in einigen Ländern unter bestimmten Bedingungen erlaubt, in Österreich komplett verboten. In Deutschland ist jede die Persönlichkeit im Kernbereich verändernde Therapiemaßnahme verboten, jedoch wird nicht näher erläutert, welche Maßnahmen damit gemeint sind.

6.1.4.5 Zwangsmittel

Zwangsmittel	Anzahl	Länder
Explizite Regelungen	5	Aus, Den, Ger, Neth, Swe
Keine expliziten Regelungen	10	Bel, Fin, Fran, Gree, Ire, Ita, Lux, Port, Spa, UK

In fünf Ländern, welche mit expliziten Regelungen zu weiteren Zwangsmitteln in den Unterbringungsgesetzen arbeiten, gehen die Vorschriften in die Richtung, dass diese nur in besonderen Situationen und unter besonderen Bedingungen angewendet werden dürfen. Hauptsächlich sind dafür Situationen in den Regelungen erwähnt, in denen eine Eigen- oder Fremdgefährdung nicht anders abgewendet werden kann. Teilweise sind diese Art von Zwangsmaßnahmen aber auch zur Wahrung der

Sicherheit und Ordnung auf den Stationen erlaubt. In Deutschland muss der Einsatz von Zwangsmitteln durch das Vormundschaftsgericht angeordnet werden, in Notfallsituationen kann dieses nachträglich geschehen. Wie diese Maßnahme in den anderen Ländern prozedural abzufließen hat, wird in dieser Studie nicht näher erläutert. In England gibt es keine Formulierung im Gesetz, wohl aber im „Code of practice“, einem Leitfaden, der in der Praxis genau befolgt wird.

In Belgien, Finnland, Portugal und Spanien finden sich in den Gesetzen nur allgemeine Formulierungen. Zum Beispiel gibt es Aussagen über eine besondere Dokumentationspflicht oder darüber, dass die Behandlung in einem Setting stattzufinden hat, das den geringstmöglichen Zwang bedeutet.

Die restlichen Länder verfügen über keine genaueren Regelungen zu dieser Art von Zwangsmaßnahmen.

6.1.4.6 Detailregelungen zu Zwangsmitteln

Nur in den nachfolgend genannten Ländern wird der Einsatz von Zwangsmitteln relativ detailliert geregelt.

Detailregelungen	Länder
Fixieren	Aus, Den, Ger, Neth, Swe, UK
Isolieren, Absondern	Aus, Ger, Neth, Swe, UK
Sedieren	Den, Ger

In den nicht genannten Ländern kommen diese Maßnahmen auch zum Einsatz, sind jedoch nicht genauer gesetzlich formuliert.

6.1.4.7 Ambulante Zwangsbehandlung

In Belgien, Luxemburg, Portugal und Schweden ist in den Gesetzen die Möglichkeit einer zwangsweisen Weiterbehandlung nach Ende der psychiatrischen Unterbringungsmaßnahme vorgesehen. Diese Behandlungsform trifft in Deutschland, Spanien und Österreich lediglich auf forensisch untergebrachte Straftäter zu. In Belgien und Spanien sieht noch das Betreuungsrecht die Möglichkeit einer ambulanten Zwangsbehandlung vor.

In Frankreich, Holland und England kann eine bedingte Entlassung unter bestimmten Auflagen erfolgen. Ein Verstoß kann zu einer erneuten Einweisung führen. Eine ambulante Zwangsbehandlung ist hier aber gesetzlich nicht vorgesehen.

6.1.5 Patientenrechte

6.1.5.1 Verständigung weiterer Personen

In sechs Ländern ist eine obligatorische Einbeziehung eines Rechtsbeistandes gesetzlich vorgeschrieben. Diese Funktion muss in Österreich, Irland und Dänemark nicht zwingend durch einen Juristen ausgeübt werden, es können auch speziell ausgebildete Sozialarbeiter (Aus), Psychologen, Priester, Lehrer oder Krankenschwestern (Ire, Den) mit einbezogen werden. In allen anderen Ländern kann ein Rechtsbeistand nur auf Antrag des Patienten eingeschaltet werden.

In Schweden und einigen deutschen Bundesländern erfolgt die Benachrichtigung eines Familienangehörigen nur mit Einverständnis des Patienten.

Personen	Anzahl	Länder
Rechtsbeistand	6	Aus, Bel, Den, Ire, Neth, Port
Familienangehörige	9	Fran, Ger, Ire, Lux, Neth, Port, Spa, Swe, UK
Betreuer	7	Aus, Ger, Lux, Neth, Port, Spa, Swe
Sonstige	2	Bel*, Ger*

* Belgien: Arzt des Vertrauens, Vertrauensperson

* Deutschland: Vertrauensperson, Leiter der Einrichtung, in der der Patient seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

6.1.5.2 Kostenfreier Rechtsbeistand

In der Hälfte der Länder ist die Hinzuziehung eines Rechtsbeistandes für den Patienten im Unterbringungsverfahren kostenfrei.

Kostenfreiheit	Anzahl	Länder
Ja	8	Aus, Bel, Den, Ire, Port, Spa, Swe, UK

Nein	7	Fin, Fran, Ger, Gree, Ita, Lux, Neth
------	---	--------------------------------------

In den anderen Ländern existieren Möglichkeiten für eine externe Kostenübernahme, wenn der Patient nicht über ausreichende Finanzen verfügt.

6.1.5.3 Patientenverfügung/-testament

Patientenverfügung	Anzahl	Länder
Berücksichtigung	3	Aus, Ger*, Neth
Keine Berücksichtigung	12	Bel, Den, Fin, Fran, Gree, Ita, Ire, Lux, Port, Swe, Spa, UK

* In Deutschland ist in nur einem Landesunterbringungsgesetz explizit die Berücksichtigung der Patientenverfügung erwähnt. Ansonsten gilt für Deutschland grundsätzlich, dass Patiententestamente/-verfügungen zu berücksichtigen sind, wenn dadurch nicht die Sicherheit des Patienten oder der Allgemeinheit beeinträchtigt wird. Juristisch umstritten ist die Relevanz von solchen vorab verfassten Willenserklärungen eines Patienten im Hinblick darauf, ob der Betreffende zum Zeitpunkt der Erklärung als einsichts- und testierfähig anzusehen war und wie aktuell die Verfügung ist (siehe auch Kapitel 5.7).

Ähnliche Regelungen zu Patientenverfügungen existieren nur noch in Österreich und in den Niederlanden.

6.1.5.4 Unabhängige Kontrollkommissionen

Kontrollkommission	Anzahl	Länder
Ja	12	Aus, Den, Fin, Fran, Ger, Ire, Ita, Lux, Neth, Port, Swe, UK
Nein	3	Bel, Gree, Spa

In zwölf Ländern der EU sind unabhängig operierende Kontrollkommissionen gesetzlich vorgeschrieben, welche den formalen und praktischen Ablauf der Zwangsunterbringungen überprüfen sollen.

Die Ausführungen in den nationalen Gesetzen sind sehr unterschiedlich. So genügt in Deutschland mindestens ein Besuch pro Jahr, während in England der Einsatz der

Kommissionen in den Unterbringungseinrichtungen wesentlich ausgeprägter stattfindet, etwa auch unangekündigt in der Nacht.

6.1.5.5 Beschwerdemöglichkeiten

In allen fünfzehn Ländern der Studie sind in den entsprechenden Gesetzen Beschwerdemöglichkeiten gegen die Anordnung und Durchführung von zwangsweisen Unterbringungs- oder Behandlungsmaßnahmen vorgesehen.

Die meisten Gesetze sehen den Beschwerdeweg über das Gericht vor. In Dänemark, Irland und Großbritannien sind lokale psychiatrische Kommissionen der erste Adressat für Beschwerden. Ähnliches gilt für Frankreich und Luxemburg, hier gibt es lokale Beschwerdekommissionen.

In Deutschland gibt es neben der Einschaltung des Gerichts die Möglichkeit der Petition beim jeweiligen Landesparlament, außerdem kann eine Dienstaufsichtsbeschwerde und eine Verfassungsbeschwerde erhoben werden.

In allen Ländern kann einer stattgegebenen Beschwerde die Beendigung der jeweiligen Maßnahme folgen, oder auf sie Einfluss durch spezifische Veränderungen genommen werden.

6.1.5.6 Einschränkung von Patientenrechten

In den genannten Ländern besteht eine gesetzliche Regelung zur Einschränkung bestimmter Patientenrechte. Diese Eingriffe können aus Gründen der Sicherheit des Patienten oder der Ordnung und Sicherheit in der Klinik vorübergehend notwendig werden. Situationen, die eine Einschränkung der genannten Rechte erforderlich machen, beziehen sich auf eine akute Gefährdung, wie etwa, wenn der Verdacht begründet ist, dass durch eine Postsendung oder durch einen Besuch Drogen oder Waffen eingeschmuggelt werden sollen. Die Einschränkung kann also auch dadurch bestehen, dass der Besucher durchsucht werden kann. Dies ist aber nur in Deutschland in sechs Landesgesetzen näher ausgeführt.

Einschränkung von	Anzahl	Länder
Freier Kommunikation	5	Aus, Fran, Ger, Lux, Neth
Persönlicher Habe	3	Ger, Gree, Neth
Besuchsrecht	7	Aus, Bel, Fran, Ger, Lux, Neth, Swe

Die gesetzlichen Regelungen zu den genannten Punkten erscheinen in den meisten Ländern nicht als ausreichend. So kann davon ausgegangen werden, dass in der Praxis bestimmte Beschränkungen von Patientenrechten stattfinden, ohne dass dies durch gesetzliche Bestimmungen legitimiert beziehungsweise reglementiert wird.

6.2 Epidemiologie

Die nachfolgenden epidemiologischen Daten sind ebenfalls der Studie von Dressing und Salize aus dem Jahr 2004 entnommen.

6.2.1 Bettenraten und mittlere Verweildauer aller stationär behandelte psychiatrischer Patienten

Länder	Jahr	Betten/1000 Einwohner	Mittlere Verweildauer
Aus	1999	0,51	17,6 Tage
Bel	1999	1,2	-
Den	2000	0,77	36 Tage
Fin	1999	1,0	46 Tage
Fran	1998	1,14	35,7 Tage(1997)
Ger	1997	0,70	33,2 Tage
Gree	-	-	-
Ire	1999	1,91	130 Tage
Ita	1998	1,0	13,4 Tage
Lux	2000	1,0	-
Neth	2000	1,7	-
Port	2000	0,3	-
Spa	1999	0,43	18 Tage
Swe	1998	0,67	28 Tage
UK	1999	0,69	52 Tage

Die Bettenrate ist die Gesamtzahl psychiatrischer Krankenhausbetten auf 1000 Einwohner. Die mittlere Verweildauer dient dem Vergleich von Aufenthaltsdauern zwangshospitalisierter mit denen aller behandelten Patienten.

In der Bettenrate aus Belgien sind auch Plätze in Tageskliniken enthalten, in Dänemark fließen Zahlen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit ein. Italien kann bei der Verweildauer nur Zahlen aus Sardinien heranziehen. Finnland berechnet die Bettenrate nach einer anderen Formel als die restlichen EU-Länder.

Trotz der nicht standardisiert erhobenen Daten lässt sich aus den stark variierenden Zahlen ein Hinweis darauf ableiten, dass die Versorgungsstrukturen innerhalb der EU-Länder große Unterschiede aufweisen. Gewisse Zusammenhänge und Einflussfaktoren auf die ermittelten Zahlen wurden auch in Kapitel 5.4 dargestellt.

6.2.2 Absolute Häufigkeit von Zwangsunterbringungen, Unterbringungs- raten und Unterbringungsquoten

Als Quellen wurden die jeweiligen nationalen Statistiken genutzt, die zum Beispiel in Deutschland oder Holland aus den Justizministerien, beziehungsweise den Gerichten stammen. In anderen Ländern führen Gesundheitsministerien oder beauftragte Universitäten die entsprechenden Statistiken.

Länder	Jahr	Absol. Häufigkeit	Unterbring.quot e	Unterbring.rate
Aus	1999	14122	18	175
Bel	1998	4799	5,8	47
Den	2000	1792	4,6	34
Fin	2000	11270	21,6	218
Fran	1999	61063	12,5	11
Ger	2000	163551	15,9	175
Gree	-	-	-	-
Ire	1999	2729	10,9	74
Ita	1999	-	12,1	-
Lux	2000	396	26,4	93
Neth	1999	7000	13,2	44

Port	2000	618	3,2	6
Spa	-	-	-	-
Swe	1998	10104	30	114
UK	1998	46300	13,5	93

Die Daten zur Unterbringungshäufigkeit können allerdings nur bedingt miteinander verglichen werden. In vielen Ländern wird die Gesamtzahl der Episoden von zwangsweisen Hospitalisierungen in den Kliniken erfasst, aber einzelne Länderstatistiken berücksichtigen keinen Statuswechsel von freiwilliger zu zwangsweiser Unterbringung. In anderen Ländern werden dagegen die Zahlen der anhängigen Gerichtsverfahren (Deutschland) oder der bereits getroffenen Gerichtsentscheidungen (Holland) dokumentiert, aber nicht die Zahl der Krankenhausepisoden.

Auch wenn die Zahlen aufgrund der genannten methodischen Einschränkungen nur unter gewissen Vorbehalten interpretiert werden können, so geben sie doch einen interessanten und nützlichen Überblick über die Situation zur Zwangsunterbringung in den Ländern der EU.

Die als statistische Größe oft verwendeten Unterbringungsraten fallen national sehr unterschiedlich aus. Auffällig sind die hohen Zahlen in Finnland (218), Deutschland (175) und Österreich (175). Die Berechnung der Unterbringungsraten bezieht sich auf die Zahl der Episoden von Zwangsunterbringungen oder gerichtlich abgewickelten Verfahren auf 100000 Einwohner. Allerdings ist dabei zu berücksichtigen, dass sich in Folge der Deinstitutionalisierungsprozesse in der Psychiatrie die stationäre Verweildauer erheblich verkürzt und gleichzeitig die Zahl der Behandlungsepisoden erhöht hat (vgl. 5.4). Es kann hier davon ausgegangen werden, dass sich bei verkürzter Verweildauer und Zunahme der Behandlungsepisoden nicht nur die Zahl der freiwilligen, sondern auch die Zahl der zwangsweisen Unterbringungen erhöhen. Verweildauer und Aufnahmefrequenz bestimmen also in Abhängigkeit von der Versorgungsstruktur eines Landes die Unterbringungsrate.

Einen besseren Vergleich liefern deshalb die Quoten der Zwangsunterbringungen. Sie berechnen sich aus dem prozentualen Anteil von zwangsweisen Unterbringungen an der Gesamtzahl aller stationären Behandlungsepisoden und berücksichtigen damit unterschiedliche Verweildauer und Aufnahmefrequenz in den Ländern.

In den 1990er Jahren ist in Deutschland, Frankreich, England, Österreich und in geringerem Ausmaß auch in Schweden und Finnland die absolute Häufigkeit der Zwangsunterbringungsmaßnahmen gestiegen. Da aber die absoluten Zahlen, wie oben bereits ausgeführt, von Verweildauer und Aufnahmefrequenz abhängen, können erst nach Berücksichtigung der Verläufe der Unterbringungsquoten über einen bestimmten Zeitraum Rückschlüsse über die reale Entwicklung gezogen werden.

Hier wird darauf verwiesen, dass die Unterbringungsquoten in den einzelnen Ländern über die Zeit sehr stabil geblieben sind. Dies gilt auch für die Länder, die einen deutlicheren Anstieg der Unterbringungsepisoden verzeichnet haben. Es kann daraus geschlossen werden, dass Zwangsunterbringungen in der psychiatrischen Praxis im Verhältnis zu allen anderen stationären Aufnahmen gesehen nicht dramatisch zugenommen haben. Die gestiegenen Raten sind demnach eher Ausdruck der veränderten Versorgungsstrukturen mit kürzeren, aber häufigeren Behandlungsepisoden, sowohl zwangsweiser als auch freiwilliger Art.

6.2.3 Diagnosegruppen bei Zwangseinweisungen

Aus sechs Ländern liegen Daten über Diagnosen nach ICD 10 bei zwangsweise untergebrachten Patienten vor. In allen Ländern zeigt sich, dass die Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis den Hauptanteil der Diagnosen stellen, die Quote reicht von 29,4 % in Holland bis 52,7 % in Finnland.

Auffällig ist auch ein hoher Anteil von 20 bis 47 % bei Diagnosen, die einer Restgruppe zuzuordnen sind, wie etwa Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und ähnliche Erkrankungen oder Störungen.

Suchterkrankungen und affektive Psychosen sind für etwa 10 bis 20 %, organische Psychosen für unter 10 % der Zwangseinweisungen verantwortlich.

6.2.4 Geschlechtsverteilung bei Zwangsunterbringung

Daten zur Geschlechtsverteilung konnten in acht Ländern erhoben werden.

Dabei zeigt sich ein Überwiegen des männlichen Geschlechts, vor allem in den Ländern, in denen das Gefährlichkeitskriterium als Unterbringungs Voraussetzung maßgeblich ist. In Ländern, in denen auch die Behandlungsbedürftigkeit als Kriterium für eine zwangsweise Unterbringung vorgeschrieben ist, zeigen dagegen eine eher ausgeglichene Geschlechtsverteilung bei zwangsweise untergebrachten Patienten.

6.2.5 Weitere epidemiologische Daten in Kontext

Im weiteren Verlauf der Studie wurde analysiert, ob und welchen Einfluss gewisse Kriterien der Zwangsunterbringung in den EU-Ländern auf die jeweiligen Unterbringungszahlen in der Praxis ausüben. Allerdings schränkt die Tatsache, dass nur Daten aus drei bis sieben Ländern für die jeweilige statistische Berechnung vorlagen, die Betrachtungsmöglichkeiten stark ein.

Im Einzelnen zeigt die Untersuchung des Einflusses des Unterbringungskriteriums auf die Unterbringungszahlen, also Rate wie Quote, keine statistische Signifikanz. Der Intention der Gesetzgeber, durch die Anwendung des Gefährlichkeitskriteriums die Häufigkeit der Zwangsunterbringung zu senken, wird demnach keine Rechnung getragen.

Auch der Einfluss der externen, nicht medizinischen Entscheidungsinstanz im Zwangseinweisungsverfahren lässt sich auf die Unterbringungszahlen als statistisch nicht signifikant nachweisen.

Eine statistisch signifikante Beeinflussung der Unterbringungszahlen ist allerdings bei obligatorischer Einschaltung eines Rechtsbeistandes zu verzeichnen. Sowohl Rate als auch Quote sind in den Ländern, mit Ausnahme von Österreich, deutlich niedriger, die im Zwangsunterbringungsverfahren obligatorisch einen Rechtsbeistand hinzuziehen. Diese Länder sind Belgien, Dänemark, Irland, Niederlande und Portugal.

Die Beeinflussung der Versorgungsstruktur auf die Unterbringungszahlen wurde bereits in Kapitel 5.4 und 6.2.2 beschrieben.

7. Die „Offene Methode der Koordinierung“ als Gestaltungsinstrument europäischer Harmonisierungsprozesse

Die Strukturen der stationären, teilstationären und ambulanten psychiatrischen Versorgung sind ein Teilbereich innerhalb der öffentlichen Gesundheitssysteme. Aspekte wie Rehabilitation und Eingliederung psychisch kranker Menschen in die Gesellschaft stellen gleichzeitig auch Aufgaben im Bereich der sozialen (Sicherungs-) Systeme dar.

Es stellt sich die Frage, wie die im vorangegangenen Kapiteln dargestellten Unterschiede auf dem Gebiet der Psychiatrie, insbesondere der zwangsweisen psychiatrischen Versorgungsmaßnahmen, im Zuge der angestrebten Konvergenz der europäischen Sozial- und Gesundheitssysteme überwunden werden können.

7.1 Vorüberlegungen

Die stetig voranschreitenden Harmonisierungsprozesse in der Europäischen Union haben mit dem Beschluss des Europäischen Rates vom März 2004 in Lissabon auch die öffentlichen Gesundheitssysteme erreicht. Demnach sollen die so genannten Sozialschutzsysteme, zu denen auch die Gesundheitssysteme gehören, reformiert werden, um (medizinische) Leistungen von hoher Qualität zu erbringen (Europäischer Rat, 2004).

In Kapitel 7 wird in Bezug auf die Psychiatriegesetzgebung innerhalb der Gesundheitssysteme der Nationalstaaten die Notwendigkeit der Reformierung und Abstimmung der spezifischen Gesetze gefordert, um die nicht unerheblichen Unterschiede und Defizite innerhalb des EU-Raums abzubauen.

Die politischen Gestaltungsmöglichkeiten, die der EU im „Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft“ an die Hand gegeben werden, sind in Bezug auf das Gesundheitswesen in Artikel 152 dargestellt:

„(1) Bei der Festlegung und Durchführung aller Gemeinschaftspolitiken und -maßnahmen wird ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt.

Die Tätigkeit der Gemeinschaft ergänzt die Politik der Mitgliedstaaten und ist auf die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, die Verhütung von Humankrankheiten und die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit gerichtet. Sie umfasst die Bekämpfung der weit verbreiteten schweren Krankheiten; dabei werden die Erforschung der Ursachen, der Übertragung und der Verhütung dieser Krankheiten sowie die Gesundheitsinformation und -erziehung gefördert. [...]

(2) Die Gemeinschaft fördert die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten in den in diesem Artikel genannten Bereichen und unterstützt erforderlichenfalls deren Tätigkeit.

Die Mitgliedstaaten koordinieren untereinander im Benehmen mit der Kommission ihre Politiken und Programme in den in Absatz 1 genannten Bereichen. Die Kommission kann in enger Verbindung mit den Mitgliedstaaten alle Initiativen ergreifen, die dieser Koordinierung förderlich sind.“

Nach Absatz 1 und 2 zu folgern ist eine Zusammenarbeit der Mitgliedstaaten gewollt und wird durch die Gemeinschaft gefördert. Allerdings zeigen Absatz 4 c und 5 den Kompetenzen der EU deutliche Grenzen auf:

„(4)c) Fördermaßnahmen, die den Schutz und die Verbesserung der menschlichen Gesundheit zum Ziel haben,“ sind „unter Ausschluss jeglicher Harmonisierung der Rechts- und Verwaltungsvorschriften der Mitgliedstaaten“ durchzuführen.

„(5) Bei der Tätigkeit der Gemeinschaft im Bereich der Gesundheit der Bevölkerung wird die Verantwortung der Mitgliedstaaten für die Organisation des Gesundheitswesens und die medizinische Versorgung in vollem Umfang gewahrt.“

(Art. 152 EGV)

Demnach wäre eine durch die Europäische Gemeinschaft intendierte Harmonisierung der Gesetzgebung im Bereich des Gesundheitswesens kaum möglich, da die gesetzgeberischen beziehungsweise organisatorischen Kompetenzen den Mitgliedsstaaten überlassen bleiben.

Allerdings ist fraglich, ob eine durch die EU „erzwungene“ Harmonisierung der Gesundheitsgesetzgebung überhaupt ein geeignetes Mittel wäre, die genannten Unterschiede nachhaltig zu überwinden. Dazu erscheinen die nationalstaatlichen

Gesundheitssysteme sowie die entscheidenden administrativen Strukturen zu unterschiedlich ausgeprägt. Die jeweiligen Gesundheitssysteme, innerhalb derer ja die psychiatrische Versorgung stattfindet, haben spezifische gesellschaftliche und wirtschaftliche Voraussetzungen, beruhen auf unterschiedlich gewachsenen Strukturen und folgen eigenen Funktionsprinzipien und Wirkungsmechanismen. Eine schlichte Vereinheitlichung oder umfassende Harmonisierung ist vor diesem Hintergrund kaum möglich noch erstrebenswert. Die Gestaltungsmöglichkeiten der Mitgliedstaaten zur Sicherung der auf unterschiedlichen Traditionen beruhenden Gesundheits- und Sozialsysteme sollten gewährleistet bleiben (Bundesministerium für Gesundheit, 2005). Der Handlungsrahmen in der Gesundheits- und Sozialpolitik auf europäischer Ebene reicht von europäischen Gesetzgebungskompetenzen an einigen bestimmten Schnittstellen, zum Beispiel zu den Bestimmungen zum europäischen Binnenmarkt, bis hin zu einem unverbindlichen Informations- und Erfahrungsaustausch.

Für die Nationalstaaten und deren Administrationen hat das zur Folge, dass je nach betroffenem Politikfeld Instrumente in Form rechtlicher Regelungen bis hin zu lockerer Kooperation bzw. Koordinierung einzusetzen sind. Während etwa in den mit dem europäischen Binnenmarkt verbundenen Bereichen weitgehend Instrumente der Harmonisierung seitens der EU zur Anwendung kommen, kommt für weite Bereiche der Gesundheits- und Sozialpolitik im Wesentlichen nur eine eingeschränkte Rolle der EU-Ebene in Betracht, die von Fördermaßnahmen bis zur Anwendung der so genannten „Offenen Methode der Koordinierung“ (OMK) reichen kann (Bundesministerium für Gesundheit, 2005).

7.2 Die Offene Methode der Koordinierung

Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der komplexen Integrations- und Harmonisierungsleistungen, welche die EU auch im Bereich der Sozialschutz- und Gesundheitssysteme zu bewerkstelligen hat, entwickelt sich seit Ende des vergangenen Jahrzehnts eine neue methodische Herangehensweise:

Die bisherigen „klassischen“ Steuerungsinstrumente der Gemeinschaftspolitik, Verordnung und Richtlinie, bekommen, ebenfalls durch den Beschluss des Europäischen Rates in Lissabon vom März 2000, eine weitere politische Integrationsmethode zur Seite gestellt: die „Offene Methode der Koordinierung“. (Europäischer Rat, 2000)

Die Offene Methode der Koordinierung ist ein Mittel, einen Erfahrungsaustausch dort zu organisieren, wo die Europäische Union ansonsten keine oder nur beschränkte Kompetenzen hat. Die Mitgliedstaaten sollen im Zuge der OMK voneinander lernen. Der Europäische Rat von Lissabon wollte auf diesem Wege die politischen Koordinierungsmöglichkeiten der EU ergänzen. Im Kern zeichnet sich die Methode durch die Absicht aus, neben den beiden klassischen Methoden der supranationalen Rechtsetzung der EU, also Verordnung und Richtlinie, und der Zusammenarbeit auf Regierungsebene im Rahmen des EU-Vertrags eine Zwischenstufe zu schaffen. Insofern wird häufig von der OMK auch als einer „weichen“ Alternative gesprochen. Die OMK integriert Aspekte von Verordnung und Richtlinie in ihrer Methodik: rechtlich verbindlich ist die Mitwirkung der Mitgliedsstaaten bei der Anwendung der Methode, rechtlich unverbindlich sind jedoch die aus den Ergebnissen zu ziehenden Rückschlüsse in Bezug auf die nationale Politik. Die Unterlassung einer Umsetzung von Leitlinien, die im Rahmen der OMK für ein bestimmtes Politikfeld festgeschrieben werden, kann von der EU-Kommission nicht als gemeinschaftsrechtswidriges Verhalten qualifiziert werden (Maucher, 2004). Somit kommen auch keine Möglichkeiten der Sanktionierung in Betracht, zum Beispiel mit einem so genannten „blauen Brief“ oder weiterführenden Maßnahmen wie etwa bei Nichteinhaltung des EU-Stabilitätspaktes im Bereich der gemeinschaftlichen Währungspolitik nach Art. 104 des EG-Vertrages (Art. 104 EGV).

Bei der OMK legt die Europäische Kommission Leitlinien für einen bestimmten Politikbereich mit einem Zeitplan für die Verwirklichung kurz-, mittel- und langfristiger Ziele fest. Zudem werden EU-weit gültige Indikatoren vereinbart, über die von den Mitgliedsstaaten zu berichten ist und die gleichzeitig als ein Maßstab für die Bewertung der Umsetzungserfolge dienen.

Bei der OMK sollen auf Ebene der Mitgliedsstaaten alle relevanten Akteure einbezogen werden, wobei von der EU-Ebene die Instrumente zur Politiküberwachung und Bewertung von Aktionen bereitgestellt werden.

Der prozessuale Ablauf der OMK lässt sich anhand des folgenden Schemas verdeutlichen:

1. Festlegung von gemeinsamen Zielen oder konkreten Leitlinien für alle Mitgliedstaaten: Die EU-Kommission macht Vorschläge; diese werden in mit Vertreter nationaler Fachministerien besetzten Gremien beraten und durchlaufen gleichzeitig das reguläre Ratsverfahren. Der Europäische Rat beschließt dann auf den jährlichen Frühjahrsgipfeln die konkrete Umsetzung

der OMK für ein bestimmtes Politikfeld konkret mit Zeitplänen und Handlungszielen.

2. Definition von Indikatoren und Kennziffern, sogenannte „Benchmarks“, durch eingesetzte Expertengruppen für Leistungsvergleiche bzw. zur Erfolgsmessung bei Maßnahmen, um Ansätze bewährter Praxis, so genannte „Best Practice“, zu vergleichen.
3. Umsetzung der gemeinsamen Ziele/Leitlinien in die jeweilige Politik der Nationalstaaten durch nationale Aktionspläne, nationale Strategieberichte oder ähnliches. In dieser Phase werden außer den zuständigen nationalen Fachministerien auch weitere Akteure einbezogen, zum Beispiel Nichtregierungsorganisationen (NGOs) wie Interessenverbände .
4. Dauerbeobachtung, so genanntes „Monitoring“, und Evaluation der Politik durch Kommission und Expertengremien in Bezug auf Wirkungen, Fortschritte beziehungsweise Erfolge.
5. Erstellen von Länderberichten seitens der Fachministerien in den Mitgliedsstaaten zu Inhalten und Form der Umsetzung der Leitlinien und Ziele durch Gesetzgebung, Maßnahmen und Programme. Dies schließt die Dokumentation von Beispielen guter Praxis beziehungsweise bewährter Verfahren mit ein.
6. Erarbeitung eines Syntheseberichts durch die EU-Kommission, der eine Analyse und Bewertung der Länderberichte sowie etwaige Empfehlungen an die Mitgliedsstaaten enthält.

(Maucher, 2004)

Durch die Anwendung der OMK wird ein Prozess ermöglicht, in dem die verschiedenen Politikinhalte und -verfahren der Mitgliedstaaten und damit erzielte Ergebnisse verglichen werden können. Dies soll die Basis für einen Informations- und Erfahrungsaustausch und wechselseitiges Lernen anhand von bewährten Verfahren aus der Praxis darstellen. Bei der OMK wird konzeptionell ein dezentraler Ansatz gewählt, der vorsieht, dass die Union, die Mitgliedstaaten, die regionalen und lokalen Ebenen sowie die Sozialpartner und die Bürgergesellschaft im Rahmen unterschiedlicher Formen von Partnerschaften aktiv mitwirken (Maucher, 2004). Nach Ansicht verschiedener Experten und der EU-Kommission (Europäische Kommission, 2003) ist die OMK auf fünf Schlüsselemente gegründet:

1. Subsidiarität: Auf EU-Ebene werden zwar Ziele festgelegt, aber die Verantwortlichkeiten über Programme, Maßnahmen und Inhalte sind horizontal über die Ebene der Mitgliedstaaten verteilt.
2. Konvergenz: Darunter ist das gemeinsame Streben nach vereinbarten Zielen durch die konzertierte Aktion der OMK zu verstehen, bei der jeder Mitgliedstaat dazu beitragen soll, die durchschnittliche Leistung in Europa anzuheben.
3. Führen nach Zielen: Durch die Vorgabe von konkreten Zielen und Indikatoren (Benchmarks) sollen die Ergebnisse des Konvergenzprozesses transparent und Fortschritte verifizierbar gemacht werden. Die Ziele lassen sich aus den gemeinsamen Werten und Vorstellungen der Mitgliedstaaten formulieren und umfassen Themen und Aspekte, die von gemeinsamen Interesse sind.
4. Länderüberwachung: Der stetige länderübergreifende Berichterstattungsprozess (Monitoring) führt zu einem Vergleich erreichter Fortschritte und zur Bewertung von Wirkungen. Durch diesen so genannten „Peer-Review-Prozess“, also der Bewertung durch Fachkollegen, lassen sich bewährte und erfolgreiche Praktiken (Best Practice) identifizieren. Diese multilaterale Überwachung erzeugt einen „Konvergenzdruck“ in Richtung der leistungsfähigsten Akteure in der EU.
5. Integrierter Ansatz: Der OMK-Prozess bezieht sich nicht allein auf ein streng abgegrenztes Politikfeld. Es werden auch andere Bereiche angesprochen, die strukturellen Bezug zum eigentlichen politischen Zielgebiet haben und Einfluss darauf nehmen. Das können Wirtschafts-, Sozial-, Bildungs- und Regionalpolitik sein. Somit werden Ergebnisse nicht durch einzelne linear ausgerichtete Aktionen oder Maßnahmen erzielt, sondern es sind konzertierte Aktionen über verschiedene Politikfelder erforderlich.

Jedoch werden auch mahnende beziehungsweise kritische Stimmen zur OMK laut. Nach Auffassung des deutschen Bundesgesundheitsministeriums (BMGS) birgt die OMK auch Risiken für die Wahrung der nationalen Kompetenzen: „Sie darf nicht zu einem Vehikel für einen Systemvergleich mutieren, sondern muss zu einzelnen konkreten Fragen helfen, den besten Weg zu finden (Benchmarking, best practice). Eine Inflation von Leitlinien und Indikatoren lehnt das Ministerium ab. Auch der Ausbau der OMK kann kritisch gesehen werden; es muss regelmäßig überprüft werden, ob eine schleichende Aushöhlung nationaler Kompetenzen stattfinden kann.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2005)

Der OMK wird zugute gehalten, dass sie eine Beteiligung der NROs für alle Politikfelder anstrebt. Die Einbeziehung ist jedoch, genau wie die der lokalen Gebietskörperschaften, in Art und Umfang unbestimmt. Die zielführenden Entscheidungen werden in Verhandlungen zwischen den Mitgliedstaaten getroffen, so dass die Beteiligung verschiedener Institutionen auf europäischer Ebene einen nur oberflächlichen Charakter hat. Dies bringt der OMK den Vorwurf einer unzureichenden öffentlichen Teilhabe ein. Die Anregungen zu ihrer Weiterentwicklung seitens der sozialen NGOs beziehen sich insofern auch schwerpunktmäßig auf die Formalisierung einer frühzeitigen und kontinuierlichen Beteiligung aller betroffenen Akteure, also auch der Verbände auf den verschiedenen Ebenen.(Maucher, 2004)

7.3 In der Perspektive: Die Anwendungsmöglichkeiten der OMK im Bereich der Versorgung psychisch kranker Menschen

Die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit hat im Januar 2005 einen Rahmen für weit reichende Maßnahmen vorgegeben und ein starkes politisches Engagement zur Bekämpfung psychischer Krankheiten gefordert. Die Europäische Kommission, Kooperationspartner der Konferenz, wurde aufgefordert, nach Maßgabe ihrer Befugnisse und der Erwartungen des Rates und in Partnerschaft mit der WHO zur Umsetzung dieses Aktionsrahmens beizutragen. Deshalb schlug die Kommission vor, eine EU-Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit zu entwickeln. (WHO, 2005)

Als eines der bisherigen Resultate hat die EU-Kommission, Generaldirektion „Gesundheit und Verbraucherschutz“, im Oktober 2005 ein Grünbuch mit dem Titel „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ (Europäische Kommission, 2005) vorgelegt. Mit dem Grünbuch leitet die Kommission einen öffentlichen Konsultationsprozess zu der Frage ein, wie psychische Erkrankungen in der EU besser bekämpft und das psychische Wohlbefinden besser gefördert werden können.

Die Kommission stellt in dem Grünbuch fest, dass die psychische Gesundheit der EU-Bevölkerung stark verbesserungsbedürftig ist. Als Beispiele werden angeführt, dass:

- psychische Erkrankungen jeden vierten Bürger betreffen und zu suizidalen Handlungen führen können.
- psychische Erkrankungen erhebliche Kosten verursachen und das Wirtschafts-, Sozial- und Bildungssystem sowie das Strafverfolgungs- und Justizsystem belasten:

- es nach wie vor zu Stigmatisierung, Diskriminierung und Missachtung der Menschenrechte und der Menschenwürde psychisch kranker und geistig behinderter Menschen kommt. Dies stellt europäische Grundwerte in Frage.

Das Grünbuch gibt einen umfassenden Überblick über bisherige EU-Aktivitäten im Bereich der psychischen Gesundheit. Darüber hinaus werden unter anderem folgende Aspekte thematisiert:

- Integration der psychischen Gesundheit in die stationäre Behandlung in Krankenhäusern mit dem Ziel der deutlichen Verkürzung der Hospitalisierungsdauer;
- Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz (Abbau von Stressoren, Förderung der individuellen Leistungsfähigkeit, etc.);
- Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung, Betreuung in gemeinde- beziehungsweise sozialpsychiatrischen Verbundeinrichtungen;
- Good Practice-Modelle für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Psychiatrie;
- Häufigkeiten, Voraussetzungen und Bedingungen für eine zwangsweise Einweisung in psychiatrische Anstalten.

Die EU-Strategie soll die Rahmenbedingungen für den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen Mitgliedstaaten schaffen sowie die Kohärenz einschlägiger Aktionen im Gesundheitssektor und außerhalb des Gesundheitssektors in den Mitgliedstaaten und auf Gemeinschaftsebene steigern. Die Systeme der Gesundheitsüberwachung sollen erweitert werden, um die bestehenden nationalen und internationalen Indikatoren für psychische Gesundheit oder über die psychiatrische Versorgung, zum Beispiel „Gleichheit“ oder „Zugang“, zu vereinheitlichen und auf diese Weise in der gesamten EU einen Bestand vergleichbarer Daten zu schaffen.

Weiterhin soll eine (Informations-) Plattform für die Einbeziehung so genannter „Stakeholder“, also Interessenvertreter, einschließlich Patienten- und Zivilgesellschaftsorganisationen beziehungsweise Nichtregierungsorganisationen (NGOs), geschaffen werden. Dabei soll es auch darum gehen, Erkenntnisse über „Best Practice“ zwischen den Mitgliedstaaten auszutauschen. (Europäische Kommission, 2005)

Die im Grünbuch und in der EU-Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit genannten Ziele, Leitlinien und Maßnahmen lassen die Möglichkeit der Anwendung der „Offenen Methode der Koordinierung“ in Betracht kommen:

1. Die unter anderem genannten Zielformulierungen der Förderung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung und die Förderung der sozialen Integration psychisch kranker und geistig behinderter Menschen und der Schutz deren Grundrechte und Menschenwürde stellen bereits mögliche Ziele für die OMK dar.
2. Um die Zielformulierungen überprüfbar zu machen, können quantitative und qualitative Indikatoren anhand von Benchmarks festgelegt werden. In Frage käme unter anderem ein Benchmarking:
 - der Häufigkeit und Qualität der Hospitalisierungen;
 - der Hospitalisierungsdauer;
 - der stationären psychiatrischen Plätze durch Vorantreiben des Deinstitutionalisierungsprozesses zu Gunsten eines flächendeckenden Ausbaus eines integrierten sozial-, beziehungsweise gemeinde-psychiatrischen Versorgungsangebotes;
 - der Häufigkeit und Qualität der zwangsweise durchgeführten Unterbringungsmaßnahmen;
 - der Häufigkeit und Qualität der Anwendung von Zwangsmitteln wie Fixierung, Isolierung oder Zwangsmedikation;
 - der Suizidhäufigkeit.
3. Mit dem eingeleiteten Konsultationsprozess und der Einbeziehung von Nicht-regierungsorganisationen (NGOs) wie Patienten- und Zivilgesellschaftsorganisationen, die neben den politischen Akteuren auftreten, kann ein weiterer methodischer Punkt der OMK erfüllt werden. Damit wird, neben der geplanten Erweiterung und Abstimmung der Gesundheits-berichterstattung und -überwachung ein Austausch von „Best Practice“-Erkenntnissen zwischen den Mitgliedstaaten ermöglicht.
4. Die erlangten Erkenntnisse und Rückschlüsse können verknüpft mit den Zielformulierungen und Leitlinien in die nationale und regionale Politik unter Berücksichtigung der nationalen und regionalen Unterschiede einfließen.
5. Die regelmäßige Überwachung (Monitoring), Bewertung und Evaluierung des Fortschritts der nationalen Bemühungen kann über die in Punkt 3 aufgeführten Komponenten durchgeführt werden.

7.3.1 Die OMK im Bereich psychiatrischer Zwangsmaßnahmen

Zwangsmaßnahmen einschließlich Zwangsmittel stellen einen kleineren Teilaspekt der Versorgung psychisch kranker Menschen dar. In Kapitel 7.3 wurde auf sie im Bereich der Benchmarks kurz eingegangen.

Allerdings erscheint die Anwendung der gesamten OMK-Prozedur auf diesen speziellen Themenausschnitt wenig realistisch. Ein denkbares Szenario wäre, das Gebiet der Zwangsmaßnahmen in die Anwendung der OMK in das Gesamtgebiet der Förderung der psychischen Gesundheit der EU-Bevölkerung einzubetten, wie bereits in Kapitel 7.3 ausgeführt.

Zum Beispiel kann sich im Hinblick auf die in der EU-Strategie zur Förderung der psychischen Gesundheit angestrebte Verbesserung der Situation in Bezug auf die Rechte und Würde psychisch kranker Menschen ein Benchmarking innerhalb der OMK auf den Bereich der Zwangsmaßnahmen positiv auswirken. Dies soll ein Beispiel aus Deutschland verdeutlichen, das im Bereich des Benchmarkings bei einer möglichen Anwendung der OMK als Vorbild dienen könnte:

Im Projekt "Erfassung und Reduzierung von Gewalt und Zwang in psychiatrischen Krankenhäusern" des Zentrums für Psychiatrie Weissenau und des "Arbeitskreises Prävention von Gewalt in der Psychiatrie" von 2003 bis 2005 wurden Häufigkeit und Qualität von Zwangsmaßnahmen in 12 teilnehmenden psychiatrischen Kliniken analysiert. Durch Benchmarking der Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen und Entwicklung eines Manuals zur Deeskalation von Gewaltsituationen im Rahmen eines internen Qualitätsmanagement konnte ein deutlicher Rückgang von Zwangsmaßnahmen erzielt werden.

Für das Benchmarking wurde die Inzidenz von Zwangsmaßnahmen weiteren Kennparametern gegenübergestellt, zum Beispiel dem Anteil der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Patienten an der Gesamtzahl der behandelten Patienten, der durchschnittlichen Dauer einer Maßnahme und der kumulativen Dauer der Maßnahmen, jeweils getrennt nach Stationen und Diagnosegruppen. Bei der Beurteilung wurde der Einfluss der erhobenen Klinik-Strukturdaten berücksichtigt. (Zentrum für Psychiatrie Weissenau, 2005)

Bei der Anwendung der OMK im Bereich der psychiatrischen Versorgung könnten, nicht nur bezüglich des Benchmarkings, die gesammelten Erfahrungen und Erkenntnisse aus diesem regionalen Projekt nach gewissen Modifikationen auf eine überregionale oder gar europäische Ebene übertragen werden.

8. Zusammenfassung und Schlussbemerkungen

Viele europäische Länder haben in den neunziger Jahren des letzten Jahrhunderts, auch unter dem Einfluss von Entscheidungen der Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte, ihre nationale Psychiatriegesetzgebung reformiert. Doch sind die Regelungen und Entscheidungen und die gesammelten Erfahrungen in den Nachbarländern sehr unterschiedlich und wurden gegenseitig bisher wenig zur Kenntnis genommen. Im Zuge der zwischenzeitlich weiter voranschreitenden europäischen Integration und der Beitritte neuer Mitgliedsländer wird eine genaue Analyse der bestehenden Verhältnisse und eine Abstimmung der gesetzlichen Grundlagen sowie der öffentlichen Gesundheits- und Sozialsysteme erforderlich sein. In den Kapiteln 5 und 6 wurde bereits ein detaillierter Einblick vermittelt, in welchen Bereichen der Gesetzgebung und deren Umsetzung in die Praxis es aufgrund der aufgezeigten Unterschiede internationalen Abstimmungsbedarf geben könnte. Zusammenfassend sollen nochmals die wichtigsten Aspekte dargestellt werden:

8.1 Internationale Standards in Gesetzgebung und Praxis

Die Betrachtung der nationalen Gesetze lässt trotz systematischer Unterschiede erkennen, dass die Zwangsunterbringung in den EU-Ländern als Ultima Ratio der Krisenintervention in der Behandlung psychisch kranker Menschen anzusehen ist. Da sich die Europäische Union auch als Wertegemeinschaft versteht und auf einen gemeinsamen Kulturraum zurückgreift, sollten auch in Bezug auf die rechtlichen Bestimmungen für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen identische Regeln gelten. Doch von dem, was sich auf therapeutischen Gebiet als internationaler Standard zu etablieren beginnt, ist die Gesetzgebung sowie die Praxis noch weit entfernt.

8.2 Unterbringung und Diagnostik

In Bezug auf die Kriterien, die eine Zwangsunterbringung rechtfertigen, mangelt es in der internationalen Praxis an standardisierten und operationalisierbaren Testverfahren, um das Vorliegen, zum Beispiel einer Gefährdung für Leib und Leben, zu bestätigen oder auszuschließen. Im Gegensatz dazu ist in der allgemeinen psychiatrischen Diagnostik diese Standardisierung bereits verbreitet und üblich.

Auch die verschiedenen Kombinationen der einzelnen Kriterien in den nationalen Gesetzen führen in der Praxis zu unterschiedlichen Auswirkungen, wie zum Beispiel in der Zusammensetzung der Patientenschaft in psychiatrischen Einrichtungen.

Ebenso unterschiedlich verhält es sich mit der Kategorisierung der Diagnosen und der ärztlichen Begutachtung der betroffenen Patienten. Oftmals sind die in den Gesetzen erwähnten diagnostischen Kategorien so allgemein beschrieben, dass eine Beschränkung der Zwangsunterbringung auf bestimmte Krankheitsbilder kaum möglich ist. Hier müsste, auch im Hinblick auf einen gemeinsamen Qualitätsmaßstab, an internationale Standards angeknüpft werden.

8.3 Zwangsunterbringungsverfahren

Unterschiede bestehen auch bei der Anordnung der Zwangsunterbringung. In den meisten Ländern entscheidet eine nicht-medizinische Instanz über die zu ergreifende Einweisungsmaßnahme. Dadurch soll der ärztliche Ermessensspielraum eingegrenzt und kontrolliert werden. In der Hauptsache wird diese Aufgabe den Gerichten zugeordnet.

In den anderen Ländern bleibt die Verantwortung über die Entscheidung zur Durchführung einer zwangsweisen Unterbringung der medizinischen Instanz überlassen.

Neben den differenzierten und ausführlich geregelten Standardverfahren besteht in den meisten Ländern die Möglichkeit, im Notfall per einstweiliger behördlicher Anordnung Zwangsunterbringungen durchzuführen. Bei diesen „fürsorglichen Zurückhaltungen“, welche, national variierend, von 24 Stunden bis hin zu zehn Tagen dauern dürfen, bedarf es aufgrund des Notfallcharakters nur einer nachträglichen richterlichen Genehmigung.

Allerdings stellen diese notfallmäßigen Einweisungen, beziehungsweise Zurückhaltungen in allen europäischen Ländern den Hauptanteil der durchgeführten Unterbringungsmaßnahmen dar, so auch in Deutschland. Dieses Vorgehen erscheint aus psychiatrischer Sicht plausibel, da die Zwangsunterbringung, wie bereits erwähnt, die Ultima Ratio der Krisenintervention darstellt. Da aber hierbei nur eingeschränkte Verfahrensgarantien gelten und grundlegende Patientenrechte gegenüber den Standardverfahren schlechter gestellt sind (beispielsweise braucht die richterliche Anhörung und Anordnung nicht sofort zu erfolgen), sollten sich künftige Reformen und Harmonisierungsprozesse unbedingt stärker auf diese Problematik konzentrieren.

8.4 Zwangsbehandlung und Zwangsmittel

Die praktische Durchführung einer stationären Zwangsbehandlungsmaßnahme ist mittlerweile in einigen Ländern gesondert von der Durchführung der Zwangsunterbringung geregelt. Dies ist dadurch begründet, dass die früher übliche Gleichsetzung von Zwangsunterbringung und -behandlung von Experten mittlerweile in Frage gestellt worden ist. Ein zwangsweise stationär aufgenommenener Patient kann in diesen Ländern im Regelfall eine spezifische Behandlung ablehnen.

Spezifische Behandlungsmaßnahmen werden nur in einigen nationalen Gesetzen genauer formuliert. In nur vier Ländern wird überhaupt die übliche Praxis der Behandlung mit Psychopharmaka angesprochen. Ebenso werden in nur fünf Ländern Regelungen für besondere Zwangsmittel wie Fixation oder Isolation aufgeführt. Da diese Maßnahmen jedoch in allen Ländern der EU Anwendung finden und dabei grundlegende Menschen- beziehungsweise Patientenrechte berührt sind, sollten sich auch alle Länder auf eine Formulierung gemeinsamer (Qualitäts-) Standards und Kontrollen dieser einigen. Diese Standards sollten durch EU-weit nach identischen Leitlinien arbeitende Kommissionen regelmäßig überprüft werden. Außerdem können die daraus resultierenden Ergebnisse einem noch zu installierendem gemeinsamen Berichterstattungsnetzwerk zur Verfügung gestellt werden.

8.5 Differenziertes Versorgungsangebot

Die Gesetze sind nach wie vor auf die stationäre Behandlung fokussiert, obwohl sich mittlerweile die Versorgungsangebote vorrangig auf eine gemeindenahе ambulante und teilstationäre Behandlung ausgerichtet haben. Unter anderem vor dem Hintergrund einer zunehmenden Ökonomisierung in der Gesundheitspolitik und dem aktuellen Bestreben der Akteure im Gesundheitswesen, Psychiatrie als eine Art „Dienstleistung“ und den Patienten als „Nutzer“ des Systems anzusehen, hat sich das Versorgungsangebot teilweise neu strukturiert und ist „kundenorientierter“ geworden. Dieser strukturelle Wandel ist durch die Legislative im Hinblick auf Unterbringungsgesetze in den einzelnen europäischen Ländern bisher kaum reflektiert worden, obwohl durch das vielseitige Angebot auch differenziertere ambulante Behandlungsmöglichkeiten denkbar sind. Auch der Aspekt der Nachbehandlung, insbesondere die Möglichkeit der ambulanten Zwangsnachbehandlung zur Rückfallprophylaxe bei entlassenen Patienten, die in ihrer akuten Krankheitsphase zu einer erheblichen Eigen- oder Fremdgefährdung bis hin zur Begehung schwerer

Straftaten geneigt haben, wird bis jetzt von den meisten Ländern vernachlässigt. In nur sechs Ländergesetzen finden sich allgemeine Formulierungen zu diesem Thema.

8.6 Heterogene Datenlage

Die heterogenen epidemiologischen Daten und die sehr unterschiedlichen Erhebungsarten lassen erahnen, welche Schwierigkeiten innereuropäische Harmonisierungsbestrebungen zu überwinden haben. Um diese überhaupt auf ein tragfähiges Fundament stellen, beziehungsweise als evident darstellen zu können, bedarf es einer EU-weit standardisierten Datenerhebung, welche eine differenziertere Analyse als bisher zulässt. Zu diesem Zweck sollte, wie oben erwähnt, ein ständiges länderübergreifendes Berichterstattungsnetzwerk installiert werden. Außerdem könnte zur fortlaufenden Analyse der Prozesse das Kompetenznetzwerk „Mental Health Legislation“ in der Europäischen Union weiter ausgebaut werden, welches von Harald Dreßing und Hans Joachim Salize eigens zur Erstellung ihrer von der Europäischen Kommission geförderten Studie aufgebaut wurde (Dreßing und Salize, 2004).

Trotz der unterschiedlichen Methoden der Datenerhebung kristallisieren sich einige Kernaussagen heraus:

Die spezifischen Veränderungen in den absoluten Unterbringungszahlen sind nur bedingt interpretierbar. Wichtig ist, die relativen Zahlen zu betrachten, hierbei erweist sich die Unterbringungsquote als wichtigster Indikator. Die Quoten zeigen im Kontext, dass sich in keinem der Länder eine relative Zunahme von Zwangseinweisungen trotz teilweiser gestiegener Unterbringungsraten feststellen lässt. Der Anstieg der Raten lässt sich wesentlich durch veränderte Behandlungsstandards mit kürzeren Verweildauern und häufigeren Rehospitalisierungen erklären.

Viele Bestrebungen in Richtung einer restriktiven legalistischen Ausrichtung der Unterbringungsverfahren haben sich jedoch nicht in einem gewünschten Rückgang der Einweisungszahlen niedergeschlagen. Einzig die Implementierung eines obligatorischen Rechtsbeistandes hat sich speziell in der Unterbringungsquote der entsprechenden Länder in Richtung einer Reduktion bemerkbar gemacht.

8.7 Patientenrechte

Im Hinblick auf ihre Rechte sind zwangsuntergebrachte Patienten durch die Symptomatik ihrer Erkrankung meist nicht in der Lage, diese eigenverantwortlich wahrzunehmen. Eine obligatorische Beiordnung eines Rechtsbeistandes erscheint dadurch gerechtfertigt. Das kann auch im Hinblick auf die Dunkelziffer versteckt

angewendeter Zwangsmaßnahmen ein Argument sein, welches zu einer Sensibilisierung und erhöhten Achtsamkeit aller Beteiligten führt. Ein Rechtsbeistand wird aber nur in sechs Ländern automatisch in einem Zwangsunterbringungsverfahren eingeschaltet.

Ebenfalls in wenigen Ländern geregelt sind Situationen, in denen Einschränkungen der Grundrechte des Patienten nötig sein können, wie zum Beispiel das Recht auf freie Kommunikation, das Besuchsrecht oder das Recht auf persönliche Habe.

In den übrigen Ländern können diese Rechte in der Praxis ebenfalls eingeschränkt sein, jedoch ist dies wegen nicht vorhandener Regelungen dort kaum zu kontrollieren. Zur Wahrung der Patientenrechte sollten daher in allen Ländern zu diesen Aspekten klare Regelungen getroffen werden.

Damit auch hier ein gemeinsamer Qualitätsstandard erreicht werden kann, ist die Einführung von EU-weit nach einheitlichen Leitlinien operierenden Besuchs- und Kontrollkommissionen verknüpft mit einem länderübergreifenden Berichterstattungssystem hilfreich.

Außerdem könnte sich die so genannte „Grundrechteagentur“ der EU, die bis zum 1. Januar 2007 den Betrieb aufnehmen wird, der Belange der psychisch kranken und geistig behinderten Menschen und der Situation in psychiatrischen Einrichtungen annehmen (Europäische Kommission, 2005)

8.8 Europäische Konvergenzprozesse im Gesundheits- und Sozialsektor

Die bisherigen Annäherungs- und Harmonisierungsbestrebungen innerhalb der EU galten in erster Linie dem Sektor der Wirtschafts- und Währungspolitik. Dieser Komplex ist hauptsächlich durch die beiden klassischen Steuerungsinstrumente der EU, der Verordnung und der Richtlinie, geregelt.

Seit der Zusammenkunft des Europäischen Rates im März 2000 in Lissabon und der darauf folgenden Treffen sind neue strategische Ziele in das Blickfeld der EU gerückt. Sie betreffen die Reformierung der Sozialschutz- und Gesundheitssysteme mit dem Ziel der Verbesserung der Leistungsfähigkeit der Systeme.

Allerdings besitzt die EU im Bereich der Gesundheitspolitik keine direkten Gesetzgebungskompetenzen und hat somit keine Möglichkeit, auf die bestehenden nationalen Gesundheitsgesetzgebungen im Sinne einer Harmonisierung durch Verordnungen oder Richtlinien einzuwirken. Im Übrigen erscheint es fraglich, ob eine schlichte Harmonisierung der nationalen Gesundheitssysteme aufgrund ihrer

ausgesprochenen Heterogenität überhaupt möglich und hilfreich wäre, die Leistungsfähigkeit des europäischen Gesundheitswesens insgesamt zu steigern.

Mit den Beschlüssen des Europäischen Rates tritt jedoch ein neues politisches Steuerungsinstrument auf den Plan, die „Offene Methode der Koordinierung“ (OMK). Mit ihr will die EU ihre Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten dort stärken, wo sie über keine direkten Kompetenzen verfügt. Diese Absicht wird zur Zeit auch im europäischen Gesundheitswesen verfolgt

Im Prozess der OMK sollen die Mitgliedstaaten durch einen Erfahrungsaustausch und Vergleich von bewährten Praktiken (Best Practice) voneinander lernen. Der Vergleich wird durch die Festlegung und Überprüfung bestimmter quantitativer und qualitativer Indikatoren und Vorgaben (Benchmarks) ermöglicht. Die Erkenntnisse aus diesen Vorgängen können dann unter Berücksichtigung der jeweiligen strukturellen Unterschiede in die nationale und regionale Politik einfließen, um die zu Beginn der OMK unter den Mitgliedstaaten vereinbarten Leitlinien und Ziele zu erreichen. Zielformulierungen können beispielsweise die Erhöhung des Gesundheitsniveaus der gesamten EU-Bevölkerung oder eine bedarfsgerechtere Verteilung von Gesundheitstechnologien sein. Bei der Umsetzung des OMK-Prozesses in den Mitgliedstaaten ist auch die Mitwirkung von Nichtregierungsorganisationen wie Interessengruppen erwünscht. Der gesamte Prozess wird fortdauernd überwacht (Monitoring) und analysiert.

Da die Versorgung psychisch kranker Menschen ein Bestandteil des Gesundheitswesens ist, kann die OMK auch in diesem Teilbereich eine Anwendung finden.

8.9 Die OMK im Bereich der psychiatrischen Versorgung

Die EU-Kommission hat 2005 ein Grünbuch mit dem Titel „Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern - Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union“ vorgelegt. Mit dem Grünbuch leitet die Kommission einen öffentlichen Konsultationsprozess zu der Frage ein, wie psychische Erkrankungen in der EU besser bekämpft und das psychische Wohlbefinden besser gefördert werden können. Neben anderen Formulierungen werden in diesem Grünbuch Aspekte wie die Verkürzung der Hospitalisierungsdauer, die Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung und Good Practice-Modelle für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Psychiatrie genannt. Außerdem stehen auch die Bedingungen und Kriterien für die Durchführung von Zwangsunterbringungen und Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie im Blickfeld.

Die EU-Strategie zur Verbesserung der psychischen Gesundheit soll die Rahmenbedingungen für den Austausch und die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten schaffen. Dabei soll es auch darum gehen, Erkenntnisse über bewährte Praktiken zwischen den Mitgliedstaaten auszutauschen. Die Strukturen der Gesundheitsüberwachung sollen erweitert und verbessert werden, um die bestehenden nationalen und internationalen Indikatoren für psychische Gesundheit und die psychiatrische Versorgung zu vereinheitlichen und auf diese Weise in der gesamten EU einen vergleichbaren Datenbestand zu schaffen. Weiterhin soll eine (Informations-) Plattform für die Einbeziehung so genannter „Stakeholder“, also Interessenvertreter, einschließlich Patienten- und Zivilgesellschaftsorganisationen beziehungsweise Nichtregierungsorganisationen (NGOs), geschaffen werden.

Die im Grünbuch und in der EU-Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit genannten Formulierungen und Aspekte legen die Anwendung der „Offenen Methode der Koordinierung“ nahe:

Es existieren bereits gemeinsame Zielvereinbarungen und Leitlinien. Die Datengrundlage zur Vorgabe gemeinsamer Indikatoren im Sinne eines Benchmarkings soll durch eine verbesserte Gesundheitsüberwachung (Monitoring) geschaffen werden. Der eingeleitete Konsultationsprozess ermöglicht neben dem Auftritt der politischen Akteure die Einbeziehung von Nichtregierungsorganisationen. Außerdem soll der Austausch von Best Practice ermöglicht werden. All diese „Komponenten“ sind mit den Bestandteilen des OMK-Prozesses vergleichbar.

Die Anwendung der OMK auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung kann sich zudem auch positiv auf den Teilbereich der psychiatrischen Zwangsmaßnahmen auswirken.

Dies zeigt ein Beispiel aus Deutschland, das im Bereich des Benchmarkings bei einer möglichen Anwendung der OMK als Vorbild dienen könnte:

Im Projekt "Erfassung und Reduzierung von Gewalt und Zwang in psychiatrischen Krankenhäusern" des Zentrums für Psychiatrie Weissenau und des "Arbeitskreises Prävention von Gewalt in der Psychiatrie" von 2003 bis 2005 wurden Häufigkeit und Qualität von Zwangsmaßnahmen in 12 teilnehmenden psychiatrischen Kliniken analysiert. Durch Benchmarking der Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen und Entwicklung eines Manuals zur Deeskalation von Gewaltsituationen im Rahmen eines internen Qualitätsmanagements konnte ein deutlicher Rückgang von Zwangsmaßnahmen erzielt werden.

Die offene „Methode der Koordinierung“ kann ein probates Mittel darstellen, um das Ziel der Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Europäischen Gemeinschaft zu verwirklichen. Die „Souveränität“ der Mitgliedstaaten der EU im Hinblick auf die Organisation der jeweiligen Gesundheitssysteme bliebe dabei weitestgehend gewahrt.

Literaturverzeichnis

Appelbaum, P.S. (2001): Thinking Carefully About Outpatient Commitment. *Psychiatric Services* 52: 347-50.

- Assambly fo the Council of Europe (1994): Recommendation 1235 on psychiatry and human rights.
- Berger, M. (Hg.) (2004): Psychische Erkrankungen - Klinik und Therapie. 2.Auflage. München: Elsevier.
- Bremer, F.; Hansen, H.; Blume, J. (Hg.) (2001): Wie geht`s uns denn heute! Sozialpsychiatrie zwischen alten Idealen und neuen Herausforderungen. Neumünster: Paranus.
- Bruns, G. (1991): Zwangseinweisungspatienten - eine psychiatrische Risikogruppe. Nervenarzt 62: 308-12.
- Bundesministerium für Gesundheit (2005): Europa wächst wirtschaftlich immer enger zusammen. http://www.bmgs.de/europa/europeanode,param=Links.html__nnn=true#doc604394bodyText12005, eingesehen am 14.04.2006.
- Chodoff, P. (1984): Involuntary Hospitalization of the Mentally Ill as a Moral Issue. American Journal of Psychiatry 141: 384-9.
- Council of Europe (1950): The European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms. ETS No. 5. Rome.
- Crefeld, W. (1997): Zwangseinweisungen nehmen weiter zu. Psychosoziale Umschau 1: 14-15.
- Die Europäische Ministerielle WHO-Konferenz Psychische Gesundheit im Januar 2005, <http://www.euro.who.int/mentalhealth2005>, eingesehen am 10.04.2006.
- Dörner, K. (2004): Irren ist menschlich.: Lehrbuch der Psychiatrie, Psychotherapie. 2.Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Dörr, M. (2005): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. München: Reinhardt.
- Dreßing, H. & Salize, H.J. (2004): Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker. Gesetzgebung und Praxis in den Mitgliedsländern der Europäischen Union. 1. Auflage. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Europäischer Rat in Lissabon (2000): Schlussfolgerungen des Vorsitzes. EP Informationsdienst der Korrespondenten. <http://www.europaweb.de/europa/03euinf/10councilisbrat.htm>, eingesehen am 12.04.2006.
- Europäischer Rat in Lissabon (2004): Schlussfolgerungen des Vorsitzes. Übermittlungsvermerk für die Delegationen. http://ue.eu.int/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/de/ec/79702.pdf, eingesehen am 12.04.2006.
- Forster, R. (1997): Psychiatrische Macht und rechtliche Kontrolle. Wien: Döcker.
- Geiger, R. (2004): EUV, EGV : Vertrag über die Europäische Union und Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft / erl. von Rudolf Geiger . - 4. Auflage. München: Beck.
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (nach Vorlagen der Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn). Zürich: Ringier.
- Haberfellner, E.M. & Rittmansberger, H. (1996): Unfreiwillige Aufnahme im psychiatrischen Krankenhaus - Die Situation in Österreich. Psychiatrische Praxis 23: 139-42.
- Harding, T.W. (2000): Human Rights Law in the Field of Mental Health: a Critical Review. Acta Psychiatrica Scandinavica 101: 24-30.

- Hiday, V.A. & Smith, A.L. (1987): Effects of the Dangerousness Standard in Civil Commitment. *Journal of Psychiatry and Law* 15: 433-54.
- Hiday, V.A. (1988): Civil Commitment: a Review of Empirical Research. *Behavioural Science and the Law* 6: 15-43.
- Kersting, F.W. (Hg.) (2003): *Psychiatriereform als Gesellschaftsreform*. Paderborn: Schöningh.
- Kisker, K.P.; Freyberger, H.; Rose, H.K.; Wulff, E. (Hg.) (1991): *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. 5. Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2003): Die Zukunft der Europäischen Beschäftigungsstrategie (EBS) - Eine Strategie für Vollbeschäftigung und bessere Arbeitsplätze für alle. KOM(2003)6 endgültig. http://europa.eu.int/comm/employment_social/employment_strategy/index_de.htm, eingesehen am 23.01.2006.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005): Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union. KOM(2005)484. http://www.europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/mental_health_de.htm, eingesehen am 10.04.2006.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2005): Verordnung des Rates zur Errichtung einer Agentur der Europäischen Union für Grundrechte. KOM(2005)280. http://ec.europa.eu/comm/justice_home/doc_centre/rights/doc/com_2005_280_de.pdf, eingesehen am 10.04.2006.
- Lauber, C.; Falcato, L.; Rössler, W. (2000): Attitudes to Compulsory Admission in Psychiatry. *The Lancet* 355: 2080.
- Lenz, C.O. (2003): *EU- und EG-Vertrag: Kommentar zu dem Vertrag über die Europäische Union und zu dem Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft*. 3. Auflage. Köln: Bundesanzeiger.
- Lenz, G. & Küfferle, B. (2002): *Klinische Psychiatrie: Grundlagen, Krankheitslehre und spezifische Therapiestrategien*. 2. Auflage. Wien: Facultas.
- Marschner, R. & Volckart, B. (2001): *Freiheitsentziehung und Unterbringung: Materielles Recht und Verfahrensrecht*. begr. von Saage, E. 4. Auflage. München: Verlag C.H. Beck.
- Maucher, M. (2004): Beteiligung möglich? -Die Offene Methode der Koordinierung und ihre Anwendung im Sozialbereich. http://www.soziale-dienste-in-europa.de/Anlage25405/Artikel_Offene_Methode_der_Koordinierung_Beteiligungsverfahren.pdf, eingesehen am 23.01.2006.
- Müller, P. (1999): Neue PsychKGs: Liberale Absichten und reale Nachteile durch weiter eingeschränkte Rechte der betroffenen Patienten. *Recht & Psychiatrie* 3: 107-11.
- Palandt, O. (2005): *Bürgerliches Gesetzbuch*. 64. Auflage. Beck'sche Kurz-Kommentare. München: Beck.
- Riecher-Rössler, A. & Rössler, W. (1993): Compulsory Admission of Psychiatric Patients - An International Comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87: 231-6.
- Rubin, L.C. & Mills, M.H. (1983): Behavioural Precipitants to Civil Commitment. *American Journal of Psychiatry* 140: 603-6.

- Schanda, H. & Knecht, G. (1997): Strafrechtliche Folgewirkungen des Unterbringungsgesetzes. *Neuropsychiatrie* 11: 154-60.
- Schanda, H. (1999): The Aschenputtel-Principle in Modern Health Care. *Criminal Behaviour and Mental Health* 9: 199-204.
- Schwind, H.D. (2001): *Kriminologie: Eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen*. 11. Auflage. Heidelberg: Kriminalistik-Verlag.
- Seidel, R. (Hg.) (1991): *Psychiatrie am Abgrund*. Köln: Rheinland-Verlag.
- Smolka, M.; Klimitz, H.; Scheuring, B.; Faendrich, E. (1997): Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie aus Sicht der Patienten. *Nervenarzt* 68: 888-95.
- Spengler, A. & Böhme, K. (1989): Versorgungsepidemiologische Aspekte der sofortigen Unterbringung. *Nervenarzt* 60: 226-32.
- Stone, A.A. (1975): *Mental Health and Law: a System in Transition*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office
- Szasz, T.S. (1961): *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Dell.
- Tölle, R. (1999): *Psychiatrie*. 12. Auflage. Berlin: Springer.
- United Nations (1991): *Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care*. Adopted by General Assembly Resolution 46 (119) of 17th December. New York.
- World Health Organisation (1996): *Ten Basic Principles of Mental Health Law*. WHO/MNH/MND/96.9. Geneva.
- Zentrum für Psychiatrie Weissenau (2005): *Erfassung und Reduzierung von Gewalt und Zwang in psychiatrischen Krankenhäusern*. <http://www.zfp-web.de/K2/index.php3>, eingesehen am 27.04.2006.

Erklärung

Hiermit versichere ich, die vorliegende Arbeit eigenständig und nur unter Benutzung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt zu haben. Alle zitierten oder sinngemäß übernommenen Textstellen habe ich als solche gekennzeichnet und die Zitierquellen vollständig angegeben.

Mit einer Auslegung in der Fachhochschulbibliothek bin ich einverstanden.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

This paper represents the views of its author on the subject. These views have not been adopted or in any way approved by the Commission and should not be relied upon as a statement of the Commission's or Health & Consumer Protection DG's views. The European Commission does not guarantee the accuracy of the data included in this paper, nor does it accept responsibility for any use made thereof.