

GLEICHHEIT



Unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen



FRA

EUROPEAN UNION AGENCY FOR FUNDAMENTAL RIGHTS



Der vorliegende Bericht befasst sich mit Fragen im Zusammenhang mit dem Recht auf Unversehrtheit (Artikel 3), dem Verbot der Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung (Artikel 4), dem Recht auf Freiheit und Sicherheit (Artikel 6), der Achtung des Privat- und Familienlebens (Artikel 7), der Nichtdiskriminierung (Artikel 21), der Integration von Menschen mit Behinderung (Artikel 26) und dem Gesundheitsschutz (Artikel 35), die unter die Kapitel I – „Würde des Menschen“, Kapitel II – „Freiheiten“ und Kapitel III – „Gleichheit“ der Charta der Grundrechte der Europäischen Union fallen.

***Europe Direct soll Ihnen helfen, Antworten auf Ihre Fragen
zur Europäischen Union zu finden***

Gebührenfreie Telefonnummer (*):
00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Einige Mobilfunkanbieter gewähren keinen Zugang zu 00 800-Nummern oder berechnen eine Gebühr.

Foto (Umschlag & Innenseiten): © SXC

Zahlreiche weitere Informationen zur Europäischen Union sind verfügbar über Internet, Server Europa (<http://europa.eu>).

FRA – Agentur der Europäischen Union für Grundrechte
Schwarzenbergplatz 11 – 1040 Wien – Österreich
Tel. +43 158030-0 – Fax +43 158030-699
E-Mail: info@fra.europa.eu – fra.europa.eu

Luxemburg: Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union, 2012

ISBN 978-92-9192-950-4
doi:10.2811/88354

© Agentur der Europäischen Union für Grundrechte, 2011
Nachdruck – ausgenommen zu kommerziellen Zwecken – mit Quellenangabe gestattet.

Printed in Belgium

GEDRUCKT AUF FSC-ZERTIFIZIERTEM PAPIER



Unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen

Vorwort

Das Inkrafttreten des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention, BRK) stellte einen Meilenstein in der Entwicklung der Menschenrechtsnormen dar. Der erste Menschenrechtsvertrag des 21. Jahrhunderts sieht für Menschen mit Behinderungen eine breite Palette von Grundrechtsgarantien vor, die alle Aspekte ihres Lebens erfassen. Obgleich das Übereinkommen eher die bereits in früheren allgemeingültigen Verträgen verankerten Rechte wiederholen als neue Rechte schaffen sollte, sorgen die in ihm festgeschriebenen Grundsätze der Nichtdiskriminierung, der Selbstbestimmung und der Eingliederung dafür, dass das Übereinkommen hinsichtlich des Konzepts der Behinderung nach internationalem Recht einen Paradigmenwechsel markiert.

Die Kombination von Menschenrechten und übergreifenden Garantien in Bezug auf Nichtdiskriminierung dient einem grundlegenden Zweck: Gewährleistung der Gleichbehandlung von Menschen mit Behinderungen. Dieses klare, aber umfassende Ziel erklärt auch das überwältigende Bekenntnis der Mitgliedstaaten der Europäischen Union (EU) zur Behindertenrechtskonvention. Alle EU-Mitgliedstaaten haben das Übereinkommen unterzeichnet, 20 Mitgliedstaaten haben es bereits ratifiziert – und weitere werden in naher Zukunft folgen. Zudem verfügt die Europäische Union selbst durch die Ratifizierung des Übereinkommens im Dezember 2010 über die Befugnis zur effektiveren Bekämpfung von Diskriminierung und zum wirksameren Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen.

Der Rechtsrahmen ist somit vorhanden. In Anbetracht ihrer Neuartigkeit muss die BRK jedoch noch ihren Platz in den Rechtssystemen der Europäischen Union und ihrer Mitgliedstaaten finden. Dieser Prozess wird im vorliegenden Bericht beleuchtet.

Verfahren der unfreiwilligen Unterbringung und unfreiwilligen Behandlung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen können sich auf die elementarsten Grundrechte auswirken, darunter das Recht auf Unversehrtheit und das Recht auf Freiheit. Aus diesem Grund legen Menschenrechtsnormen, sei es auf der Ebene der Vereinten Nationen oder auf europäischer Ebene, strenge Schutzmaßnahmen fest, um übermäßige Eingriffe in diese Rechte zu beschränken. Die BRK unterstreicht und bestätigt diese Schutzmaßnahmen und fordert zugleich die gleichberechtigte Behandlung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen.

Dieser Bericht untersucht die europäischen und internationalen Rechtsstandards und enthält eine vergleichende rechtliche Analyse der Rechtsvorschriften der EU-Mitgliedstaaten. Die rechtliche Analyse wird ergänzt durch die Ergebnisse einer Feldstudie, die die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte in neun EU-Mitgliedstaaten durchgeführt hat. Die Studie veranschaulicht, wie die Befragten die Verfahren der unfreiwilligen Behandlung und unfreiwilligen Unterbringung tatsächlich erlebt haben. Die Ergebnisse des Berichts machen deutlich, dass eine erneute Diskussion über Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen in der Europäischen Union erforderlich ist.

Morten Kjaerum

Direktor

Ländercodes

Ländercode	EU-Mitgliedstaat
AT	Österreich
BE	Belgien
BG	Bulgarien
CY	Zypern
CZ	Tschechische Republik
DE	Deutschland
DK	Dänemark
EE	Estland
EL	Griechenland
ES	Spanien
FI	Finnland
FR	Frankreich
HU	Ungarn
IE	Irland

Ländercode	EU-Mitgliedstaat
IT	Italien
LT	Litauen
LU	Luxemburg
LV	Lettland
MT	Malta
NL	Niederlande
PL	Polen
PT	Portugal
RO	Rumänien
SE	Schweden
SI	Slowenien
SK	Slowakei
UK	Vereinigtes Königreich



Inhalt

VORWORT	3
ZUSAMMENFASSUNG	7
EINLEITUNG	9
1 INTERNATIONALE UND EUROPÄISCHE STANDARDS	15
1.1. Unfreiwillige Unterbringung	16
1.1.1. Recht auf Freiheit: Standards der Vereinten Nationen	16
1.1.2. Recht auf Freiheit: Standards des Europarats	19
1.2. Unfreiwillige Behandlung	25
1.2.1. Standards der Vereinten Nationen	26
1.2.2. Standards des Europarats	28
2 RECHTSRAHMEN DER EU-MITGLIEDSTAATEN	35
2.1. Rechtsvorschriften	35
2.2. Kriterien für unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung	37
2.2.1. Risiko eines Schadens und therapeutischer Zweck	38
2.2.2. Weniger restriktive Alternativen	40
2.2.3. Berücksichtigung der Meinung des Patienten	41
2.3. Beurteilungs- und Entscheidungsverfahren	42
2.3.1. Qualifikation und Anzahl der an der Beurteilung beteiligten Sachverständigen	42
2.3.2. Behörden oder Einzelpersonen, die zur Entscheidung über eine unfreiwillige Unterbringung befugt sind	44
2.3.3. Gesetzlich vorgeschriebene Anhörung der Person	45
2.3.4. Behörden oder Einzelpersonen, die zur Entscheidung über die Beendigung der Maßnahme befugt sind	46
2.4. Überprüfung der Einweisung und Rechtsmittel	47
2.4.1. Unentgeltlicher Rechtsbeistand	47
2.4.2. Überprüfung und Rechtsmittel im Zusammenhang mit der Rechtmäßigkeit einer unfreiwilligen Unterbringung und/oder unfreiwilligen Behandlung	48
3 PERSÖNLICHE ERFAHRUNGEN – ERGEBNISSE DER FELDSTUDIE	51
3.1. Unfreiwillige Unterbringung	52
3.1.1. Erfahrungen mit unfreiwilliger Unterbringung	52
3.1.2. Erfahrungen mit „freiwilliger“ Unterbringung ohne Wahlfreiheit und Selbstbestimmung	53
3.1.3. Wahlfreiheit und Selbstbestimmung im Zusammenhang mit dem Aufenthalt in Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen	54
3.2. Unfreiwillige Behandlung	55
3.2.1. Unfreiwillige Behandlung in Krankenhäusern	55
3.2.2. Unfreiwillige gemeindenahere Behandlung	58
3.3. Isolation und Zwangsmaßnahmen	58
3.4. Anfechtung der Rechtmäßigkeit von unfreiwilliger Unterbringung oder Behandlung	60
AUSBLICK	63
BIBLIOGRAFIE	65
ANHANG 1:	
Rechtsvorschriften zur unfreiwilligen Unterbringung und unfreiwilligen Behandlung (Zivilrecht)	71
ANHANG 2:	
Kriterien für die unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung, nach EU-Mitgliedstaaten	74

Zusammenfassung

Internationale und nationale Rechtsvorschriften und politische Strategien legen eine Reihe von Normen und Schutzmaßnahmen für die unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung von Menschen mit Behinderungen fest. In Folge des Inkrafttretens des Übereinkommens der Vereinten Nationen (*United Nations*, UN) über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention, BRK) entwickelt sich die Herangehensweise an diese Frage gegenwärtig weiter. Der Paradigmenwechsel hin zu einem rechtsbasierten Ansatz, der durch die BRK auf den Punkt gebracht wurde, stellt möglicherweise neue Anforderungen an bestehende Rechtsvorschriften über die unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung. Dies hat weitreichende Konsequenzen für die Europäische Union (EU) und ihre Mitgliedstaaten.

Dieser Bericht stellt die von der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) durchgeführte rechtliche Analyse der internationalen und nationalen Standards vor und enthält Erfahrungsberichte von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit unfreiwilliger Unterbringung und unfreiwilliger Behandlung. Die Analyse soll einen Überblick über die derzeitige rechtliche Situation in einem von kürzlich erfolgten Reformen geprägten Rechtsgebiet geben und einen Eindruck davon vermitteln, wie die Verfahren der unfreiwilligen Unterbringung und unfreiwilligen Behandlung tatsächlich erlebt werden.

Die Ergebnisse der rechtlichen Analyse der FRA machen deutlich, dass die Menschenrechtsnormen einen Freiheitsentzug von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen unter bestimmten Umständen erlauben, sofern dabei eine Reihe von Schutzmaßnahmen eingehalten wird. Insbesondere hat eine unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung nach festen Verfahrensgarantien zum Schutz der betreffenden Personen abzulaufen, und ein Gericht oder anderes unabhängiges Gremium muss die Rechtmäßigkeit dieser Maßnahmen prüfen. Dieser Bericht analysiert einschlägige Standards der Vereinten Nationen und des Europarats und enthält eine detaillierte Analyse der maßgeblichen Garantien, die in der BRK vorgesehen sind.

Auf der Ebene der EU-Mitgliedstaaten zeigt die Studie auf, dass sich die gesetzlichen Vorschriften zur Regelung der unfreiwilligen Unterbringung und unfreiwilligen Behandlung in den einzelnen Mitgliedstaaten stark unterscheiden. Dennoch lassen sich einige Gemeinsamkeiten feststellen, die bestehenden Menschenrechtsstandards widerspiegeln. Alle Mitgliedstaaten sehen Mindestanforderungen vor, deren Erfüllung Voraussetzung für die Rechtmäßigkeit von unfreiwilliger Unterbringung und unfreiwilliger Behandlung ist. Außerdem gewähren die nationalen Rechtsvorschriften Personen, die unfreiwillig untergebracht wurden, das Recht, gegen diese Entscheidung Rechtsmittel einzulegen und ihre Unterbringung gerichtlich überprüfen zu lassen.

Die soziologische Feldstudie, die mit Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen durchgeführt wurde, bringt überwiegend negative Erfahrungen bei der unfreiwilligen Unterbringung oder unfreiwilligen Behandlung ans Licht. Auch wenn sich die jeweiligen Umstände solcher Zwangsmaßnahmen erheblich unterscheiden, haben sich die Traumatisierung und die Angst, die Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen mit der unfreiwilligen Unterbringung oder unfreiwilligen Behandlung in Verbindung bringen, als immer wiederkehrende Themen in der Befragung herauskristallisiert. Trotz ihrer überwiegend negativen Erfahrungen haben nur wenige der Befragten versucht, die Rechtmäßigkeit ihrer unfreiwilligen Unterbringung oder unfreiwilligen Behandlung anzufechten, was die oftmals mangelnde Kenntnis ihrer Rechte zum Zeitpunkt der Zwangseinweisung widerspiegelt.

In Fällen, in denen die Aufnahme freiwillig erfolgte und in einer Weise durchgeführt wurde, bei der die Betroffenen selbst über ihre Behandlung entscheiden konnten, waren die Erfahrungen positiver. Auch wenn die Ergebnisse weder für die derzeitige Situation in den EU-Mitgliedstaaten noch für die EU als Ganzes repräsentativ sind, geben sie doch Aufschluss über die Erfahrungen einzelner Menschen mit den gesetzlichen Vorschriften zu unfreiwilliger Unterbringung und unfreiwilliger Behandlung.

Einleitung

„In fast jeder Hinsicht zählen Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen zu den am stärksten sozial Ausgegrenzten und alle Betroffenen nennen Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung als wesentliche Hürden auf dem Weg zu Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität.“

Europäische Kommission (2010a), Europäische Plattform gegen Armut und soziale Ausgrenzung: Ein europäischer Rahmen für den sozialen und territorialen Zusammenhalt

Das UN-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention, BRK) wurde im Dezember 2006 angenommen und trat im Mai 2008 in Kraft. Das Übereinkommen bekräftigt eine Reihe wesentlicher Rechte für Menschen mit Behinderungen, darunter auch Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen. Es stellt insofern einen wichtigen Paradigmenwechsel dar, als es anerkennt, dass Menschen mit Behinderungen nicht bloß als Empfänger¹ von Wohltätigkeit oder medizinischer Fürsorge betrachtet werden sollten, sondern vielmehr als Inhaber von Rechten,² die über eine „ihnen innewohnende menschliche Würde verfügen, die ebenso schutzwürdig ist wie diejenige anderer Menschen“.³ Infolgedessen haben die Vertragsstaaten Maßnahmen zu ergreifen, die gewährleisten, dass die Gesellschaft den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen in angemessener Weise Rechnung trägt.⁴

BRK

Artikel 1 Absatz 1 – Zweck

Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern.

Nach Annahme der BRK müssen bestehende Ansätze und Rechtsvorschriften im Zusammenhang mit Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen mit Blick auf die Schwerpunkte Nichtdiskriminierung und Gleichbehandlung überprüft werden. Im Dezember 2010 war

die BRK von 20 EU-Mitgliedstaaten und von der Europäischen Union ratifiziert. Sie hat Auswirkungen auf die Art und Weise, in der EU-Mitgliedstaaten die Gesundheitsfürsorge für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen organisieren. In jüngsten nationalen Reformen werden die Garantien der BRK bereits berücksichtigt. Überdies zitiert der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) die BRK regelmäßig in seiner Rechtsprechung. Das Übereinkommen wird somit als Bezugspunkt für die künftige Festlegung von Standards durch den Europarat und die Europäische Union dienen.⁵

Die Entwicklung der EU-Politik spiegelt auch die Neukonzeption des Begriffs „psychische Gesundheitsprobleme“ wider. Im Juni 2011 überprüfte der Rat der Europäischen Union die Umsetzung des im Jahr 2008 geschlossenen Europäischen Pakts für psychische Gesundheit und Wohlbefinden⁶ und ersuchte die Mitgliedstaaten der EU unter anderem, „[...] psychische Gesundheit und Wohlbefinden zu einer Priorität ihrer Gesundheitspolitik zu machen und Strategien und/oder Aktionspläne zu psychischer Gesundheit, u. a. zu den Themen Prävention von Depression und Selbstmord, zu erstellen; [...] soweit dies möglich und zweckdienlich ist, über lokale Gemeinschaften sozial integrative Behandlungs- und Betreuungsmodelle zu fördern; [...] Maßnahmen gegen die Stigmatisierung und Ausgrenzung sowie die Diskriminierung von Menschen mit psychischen Problemen zu ergreifen“.⁷

Diese politischen Entwicklungen auf EU-Ebene folgten auf eine Reihe von Initiativen, die in den Vorjahren im breiteren europäischen Kontext ergriffen worden waren. Im Jahr 2004 nahm das Ministerkomitee des Europarats eine maßgebliche Empfehlung zu den Rechten von Menschen mit psychischer Störung an, und im Januar 2005 verständigten sich die Gesundheitsminister der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation (WHO) auf eine umfassende Erklärung und einen Aktionsplan für psychische Gesundheit für die Region.⁸ Unterdessen wurden durch die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte europaweit spezifische Verletzungen der Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen, insbesondere von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen, dokumentiert.

1 Im Interesse einer besseren Lesbarkeit wird in diesem Bericht auf die durchgehende Nennung der männlichen und weiblichen Form verzichtet, obwohl selbstverständlich beide Geschlechter gemeint sind.

2 Weitere Informationen zum Paradigmenwechsel hinsichtlich des Begriffs der Behinderung siehe FRA (2011a).

3 Theresia Degener, zitiert in Kämpf, A. (2010), S. 133.

4 Vereinte Nationen (UN), Hoher Kommissar für Menschenrechte (2009).

5 Europäische Kommission (2010b).

6 Europäische Kommission (2009).

7 Rat der Europäischen Union (2011).

8 WHO (2005a), WHO (2005b).

Im Kontext dieser breiter angelegten Neubewertung der Rechte von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind die Verfahren der unfreiwilligen Unterbringung und der unfreiwilligen Behandlung von zentraler Bedeutung. Sie stehen in engem Zusammenhang mit den beiden Grundrechten Würde des Menschen und Gleichheit.⁹

Es gibt keine international anerkannte Definition der Begriffe „unfreiwillige Unterbringung“ oder „unfreiwillige Behandlung“. Im vorliegenden Bericht werden die in der Empfehlung Rec(2004)10¹⁰ des Europarats dargelegten Standards verwendet (nachstehend Empfehlung Rec(2004)10). Artikel 16 der Empfehlung Rec(2004)10 beschreibt unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung als „Maßnahmen [...], die dem augenblicklichen Willen der betroffenen Person widersprechen.“¹¹

Europarat – Empfehlung Rec(2004)10

Artikel 16 – Geltungsbereich von Kapitel III

Die Bestimmungen dieses Kapitels gelten für Personen mit psychischen Störungen, die:

- i. einwilligungsfähig sind und die betreffende Unterbringung oder Behandlung ablehnen; oder
- ii. nicht einwilligungsfähig sind und sich der betreffenden Unterbringung oder Behandlung widersetzen.

Die unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung von Menschen mit Behinderungen sind sensible, komplexe und hochaktuelle Themenbereiche. Sensibel, weil sie mit Menschenrechtsverletzungen einhergehen können, die großteils über lange Zeiträume unentdeckt bleiben; komplex, weil die Notwendigkeit einer Behandlung traditionell – entsprechend dem „medizinischen Modell“ der Behinderung – als Menschenrechtserwägungen übergeordnet gilt;¹² und hochaktuell, weil sowohl in den EU-Mitgliedstaaten als auch im Europarat gegenwärtig Reformen laufen.

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

Europäische Kommission (2005), Grünbuch – Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union

In einem Grünbuch der Europäischen Kommission zur psychischen Gesundheit aus dem Jahre 2005 wurde bereits anerkannt, dass eine zwangsweise Einweisung und unfreiwillige Behandlungen die Rechte der „Patienten“ „beschneiden“ und „als letztes Hilfsmittel nur dann praktiziert werden [sollten], wenn andere weniger restriktive Möglichkeiten sich als undurchführbar erweisen“.¹³ Dementsprechend haben viele Mitgliedstaaten der EU ihren Rechtsrahmen in diesem Bereich jüngst reformiert oder sind im Begriff, dies zu tun. Im Jahr 2013 wird der Europarat die Arbeit an dem ersten bindenden Instrument in diesem Bereich aufnehmen: ein Zusatzprotokoll zu dem Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin (Oviedo-Übereinkommen).¹⁴

Projekthintergrund und Erfassungsbereich des Berichts

Unmittelbar nach ihrer Gründung im Jahr 2007 legte die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) einen Schwerpunkt auf die Grundrechte von Menschen mit Behinderungen.¹⁵ Die FRA startete ihre Tätigkeit mit der Sammlung von Daten und Fakten zur Grundrechtssituation von zwei Personengruppen, die bis dahin kaum Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen waren, nämlich Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen.

Die FRA führte EU-weit eine vergleichende rechtliche Analyse der derzeit gültigen Rechtsvorschriften durch. Diese Analyse wurde durch qualitative Feldforschung in neun EU-Mitgliedstaaten ergänzt, die unterschiedliche Ansätze im Bereich der Behindertenpolitik widerspiegeln. Die Feldforschung wurde in Bulgarien, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Lettland, Rumänien, Schweden, Ungarn und dem Vereinigten Königreich durchgeführt und befasste sich direkt mit Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sowie mit Personen, die in diesem Bereich tätig sind. Dies ermöglicht ein besseres Verständnis dafür, wie Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und Menschen mit geistiger

9 Hartlev, M. (2009).

10 Europarat, Ministerkomitee, Empfehlung Rec(2004)10 des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten zum Schutz der Menschenrechte und der Würde von Personen mit psychischer Störung, angenommen am 22. September 2004.

11 Europarat, Ministerkomitee (2004a).

12 Untersuchungen haben gezeigt, dass dieser Konzeptwechsel noch nicht hinreichend erforscht wurde. Weitere Informationen in Kallert, T. W. (2011), S. 130.

13 Europäische Kommission (2005), S. 11.

14 Europarat (1997); Europarat, Programm und Haushalt 2012–2013, S. 58.

15 Verordnung (EG) Nr. 168/2007 des Rates vom 15. Februar 2007.

Behinderung die Achtung ihrer Rechte in der Praxis erleben.

Der im Jahr 2010 veröffentlichte FRA-Bericht *Das Recht von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und Menschen mit geistiger Behinderung auf politische Teilhabe* enthält den ersten Teil der rechtlichen Analyse. Im Jahr 2011 folgte ein zweiter Bericht mit dem Titel *Der rechtliche Schutz von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen durch das Antidiskriminierungsrecht*.

Der vorliegende Bericht bündelt die wichtigsten Erkenntnisse aus der rechtlichen Analyse sowie der Feldforschung zur unfreiwilligen Unterbringung und unfreiwilligen Behandlung. Die rechtliche Analyse basiert auf Informationen, die von Fralex, dem Netzwerk der Rechtsexperten der FRA, bereitgestellt wurden. Die persönlichen Erfahrungen von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit unfreiwilliger Unterbringung und unfreiwilliger Behandlung basieren auf 115 halbstrukturierten Interviews mit Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sowie auf Fokusgruppen-Interviews mit relevanten Interessengruppen in den neun untersuchten EU-Mitgliedstaaten. Diese Erhebung ergänzt und vertieft die rechtliche Analyse, indem sie aufzeigt, wie einzelne Menschen die Folgen dieser rechtlichen Abläufe in der Praxis erleben.

Unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung kommen in den Rechtsvorschriften der EU-Mitgliedstaaten in vielfältiger Form vor. Dieser Bericht legt den Schwerpunkt auf zivilrechtliche Maßnahmen. Speziell für den straf- oder jugendrechtlichen Kontext geltende Bestimmungen werden im Rahmen dieser Untersuchung nicht behandelt. Auch wenn oftmals eine direkte Verbindung zwischen unfreiwilliger Unterbringung oder unfreiwilliger Behandlung und dem Fehlen der Rechtsfähigkeit besteht (siehe Artikel 16 der Empfehlung Rec(2004)10), würde eine diesbezügliche Analyse den Rahmen dieses Berichts sprengen.¹⁶

Im Rahmen der rechtlichen Analyse werden weder die praktische Umsetzung der einschlägigen Rechtsvorschriften beurteilt noch das Ausmaß, in dem die BRK Reformen auf der Ebene der EU-Mitgliedstaaten erforderlich macht. Vielmehr wird beschrieben, auf welche Weise die nationalen Parlamente die Vorgaben der BRK berücksichtigen und Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen Grundrechtsgarantien bieten. Der Bericht bietet für die Organe der EU und die EU-Mitgliedstaaten vergleichbare Informationen zur gegenwärtigen Situation.

Thematische Berichte zur Situation von Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen in den einzelnen Mitgliedstaaten lieferten weitere Hintergrundinformationen.¹⁷ Zusätzliche Informationen wurden durch den Austausch mit wichtigen Partnern gesammelt, darunter mehrere Delegationen der Hochrangigen Gruppe für Behinderungsfragen der Europäischen Kommission, das Referat Gesundheitsfaktoren der Generaldirektion Gesundheit und Verbraucher der Europäischen Kommission, das Sekretariat des Komitees zur Verhütung von Folter des Europarats und Mental Health Europe sowie einzelne Sachverständige, darunter Prof. Peter Bartlett, Nottinghamshire Healthcare NHS Trust Professor für Betreuungsrecht, Universität Nottingham; Dr. Zdenka Čebašek-Travnik, Menschenrechtsbeauftragter der Republik Slowenien; Prof. Hans Joachim Salize, Arbeitsgruppe Versorgungsforschung, Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim; und Marianne Schulze. Die FRA dankt allen Mitwirkenden für ihre wertvollen Beiträge. Die Meinungen und Schlussfolgerungen im vorliegenden Bericht geben nicht notwendigerweise die Ansichten der Organisationen oder einzelnen Sachverständigen wieder, die an der Ausarbeitung des Berichts mitgewirkt haben.

Terminologie

BRK

Artikel 1 Absatz 2

Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.

Die Präambel der BRK erkennt an, dass sich das Verständnis von Behinderung „ständig weiterentwickelt“, was impliziert, dass es keine gemeinhin akzeptierten Begriffe für die Beschreibung verschiedener Personengruppen mit bestimmten Beeinträchtigungen gibt. Während der Durchführung dieser Studie änderten internationale Einrichtungen die von ihnen verwendeten Begriffe; beispielsweise verwendete der Menschenrechtskommissar des Europarats in seinen *Viewpoints 2009*¹⁸ und *2010*¹⁹ den Sammelbegriff „persons with mental disabilities“ (Menschen mit geistigen Behinderungen) für die Bezeichnung von Menschen mit psychischen Gesund-

¹⁶ Fragen der Rechtsfähigkeit werden in FRA (2012) und in einem weiteren, in Kürze erscheinenden vergleichenden Bericht der FRA zur Rechtsfähigkeit behandelt.

¹⁷ Weitere Informationen zu methodischen Fragen der Sozialforschung finden Sie in FRA (2012).

¹⁸ Europarat, Menschenrechtskommissar (2009).

¹⁹ Europarat, Menschenrechtskommissar (2010).

heitsproblemen oder geistiger Behinderung. Später, in seinem *Menschenrechtskommentar 2012* sprach er von „persons with intellectual and psycho-social disabilities“ (Menschen mit geistigen und psychosozialen Behinderungen).²⁰ Der *Europäische Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden* der Europäischen Kommission verwendet den Begriff „Menschen mit psychischen Problemen“,²¹ während in der *Strategie zugunsten von Menschen mit Behinderungen 2010-2020* der Europäischen Kommission der Begriff der „psychosozialen Behinderungen“ der Behindertenrechtskonvention zur Anwendung kommt.²² Der *Weltbericht Behinderung*²³ der Weltgesundheitsorganisation schließlich spricht von „Menschen mit mentalen Gesundheitsproblemen“. Trotz der terminologischen Unterschiede erkennen alle erwähnten Organisationen an, dass Behinderung eine Frage der Menschenrechte ist und dass ihre Folgen das Ergebnis der Interaktion einer Person mit der Gesellschaft sind.²⁴

Da es keine einheitliche Terminologie gibt, beschloss die FRA nach Konsultation mit Behindertenorganisationen in ihrer aktuellen Studie die Begriffe „Menschen mit geistiger Behinderung“ und „Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen“ zu verwenden. Der Begriff „Menschen mit geistiger Behinderung“ (*persons with intellectual disabilities*) wird von Inclusion Europe, einer Vereinigung von Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Familien in Europa,²⁵ sowie von der European Platform of Self-Advocates,²⁶ einem Netzwerk von Menschen mit geistiger Behinderung verwendet; anderswo wird jedoch der Begriff „Menschen mit Lernbehinderung“ bevorzugt.²⁷ Der Begriff „Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen“ wurde als derjenige betrachtet, der für eine vielsprachige Leserschaft am besten zugänglich ist, obgleich der Begriff „psychosoziale Behinderung“ vom World Network of Users and Survivors of Psychiatry,²⁸ von der International Disability Alliance,²⁹ einer weltweit zum Thema Behinderung tätigen Nichtregierungsorganisation (NRO), und vom UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (*Committee on the Rights of Persons with Disabilities*, CRPD) befürwortet wird.³⁰ Vom European Network of (ex-)Users and Survivors of Psy-

chiatry (ENUSP)³¹ wird dieser Begriff jedoch aufgrund anhaltender Debatten über die Beziehung der Begriffe psychische Gesundheit und Behinderung sowie wegen des Widerstrebens vieler Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, sich selbst als behindert zu bezeichnen, nicht verwendet.

Bei geistiger Behinderung und psychischen Gesundheitsproblemen handelt es sich um zwei ganz unterschiedliche Phänomene, die verschiedene politische Bewegungen generiert haben, mit verschiedenartigen Erfahrungen und Reaktionen einhergehen und oftmals ganz unterschiedliche Anliegen berühren. Es lassen sich jedoch auch gewisse Überschneidungen feststellen. Menschen mit geistiger Behinderung können – ebenso wie die übrige Bevölkerung – auch psychische Gesundheitsprobleme haben.

Um Wiederholungen zu vermeiden, wird in diesem Bericht der Begriff „Menschen mit Behinderungen“ im Geiste der BRK verwendet, womit jedoch in keinsten Weise grundlegende Unterschiede zwischen Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen unterbewertet werden sollen. Verwendet wird ferner der Begriff „Personengruppen“, obgleich voll und ganz anerkannt wird, dass sich die individuellen Erfahrungen der Befragten stark voneinander unterscheiden können.

Fragen im Zusammenhang mit unfreiwilliger Unterbringung und unfreiwilliger Behandlung betreffen sowohl Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen als auch Menschen mit geistiger Behinderung. Die am höchsten entwickelten Standards befassen sich jedoch vornehmlich mit Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen, wie beispielsweise die Empfehlung Rec(2004)10 des Europarats.

Der Bericht gliedert sich in drei Kapitel. Er gibt zunächst einen kurzen Überblick über internationale und europäische Standards und Garantien für den Schutz von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen, die auf internationaler Ebene den rechtlichen Rahmen für die unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung bilden. Das zweite Kapitel befasst sich mit nationalen Rechtsvorschriften der EU-Mitgliedstaaten. Behandelt werden Fragen, die in dem von der Europäischen Kommission kofinanzierten und im Mai 2002 veröffentlichten Bericht *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legis-*

20 Europarat, Menschenrechtskommissar (2012).

21 Europäische Kommission (2009).

22 Europäische Kommission (2010b).

23 WHO (2011).

24 *Ibid.*; Europarat, Ministerkomitee (2006); Europäische Kommission (2010b), Europäische Kommission (2009).

25 Weitere Informationen unter: www.inclusion-europe.org/en/about-us.

26 *Ibid.*

27 Weitere Informationen zum Begriff der Lernbehinderung unter: www.nhs.uk/Livewell/Childrenwithlearningdisability/Pages/Whatlearningdisability.aspx.

28 Weitere Informationen unter: www.wnusp.net.

29 Weitere Informationen unter: www.internationaldisabilityalliance.org/en.

30 UN, CRPD (2011), Randnr. 8.

31 Weitere Informationen unter: www.enusp.org.



lation and Practice in the EU-Member States aufgeworfen und untersucht wurden.³² Der vorliegende Bericht aktualisiert und ergänzt zum Teil die Daten des Berichts aus dem Jahr 2002. Das dritte Kapitel enthält Belege

von persönlichen Erfahrungen von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit unfreiwilliger Unterbringung, unfreiwilliger Behandlung sowie Isolations- und Zwangsmaßnahmen.

32 Salize, H. J. et al. (2002).

1

Internationale und europäische Standards

Unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung von Menschen mit Behinderungen sind in Verbindung mit einer Reihe von Grundrechten zu betrachten. Zu den wichtigsten zählen hier das Recht auf Freiheit, insbesondere im Zusammenhang mit unfreiwilliger Unterbringung, und das Verbot der Folter und anderer Formen von Misshandlung sowie der Schutz des Rechtes auf Privatsphäre im Zusammenhang mit unfreiwilliger Behandlung. Dieser Bericht enthält keine umfassende Analyse dieser Grundrechte, es werden vielmehr die wichtigsten der mit diesen Rechten verknüpften Grundsätze herausgestellt. Damit wird der internationale rechtliche Kontext für die unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung bestimmt, und es wird deutlich gemacht, in welchem Rahmen sich nationale Rechtsvorschriften bewegen.

Auf EU-Ebene werden alle diese Rechte durch die Charta der Grundrechte der Europäischen Union garantiert. Zu den maßgeblichsten Rechten und Grundsätzen, die in der Charta verankert sind, zählen Artikel 3 (Recht auf Unversehrtheit), Artikel 4 (Verbot der Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung), Artikel 6 (Recht auf Freiheit und Sicherheit), Artikel 7 (Achtung des Privat- und Familienlebens), Artikel 21 (Nichtdiskriminierung), Artikel 26 (Integration von Menschen mit Behinderung) und Artikel 35 (Gesundheitsschutz). Die Charta gilt jedoch nur im Bereich des Unionsrechts und wenn die EU-Mitgliedstaaten das Recht der Union durchführen (Artikel 51 Absatz 1).

Zwar verfügt die EU über ergänzende Kompetenzen hinsichtlich der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, der Verhütung körperlicher und geistiger Erkrankungen und der Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der körperlichen und geistigen Gesundheit, das EU-Recht befasst sich jedoch nicht mit speziellen Fragen im Zusammenhang mit der unfreiwilligen Unterbringung und unfreiwilligen Behandlung von Menschen

mit Behinderungen. Diese können jedoch Diskriminierungsfragen aufwerfen. In diesem Sinne könnte – wenn das sekundäre EU-Recht Menschen ebenso umfassend vor Diskriminierung aus Gründen einer Behinderung schützen soll, wie es vor Diskriminierung aus Gründen der Rasse oder der ethnischen Herkunft schützt – die Charta der Grundrechte und insbesondere ihr Artikel 21 Einfluss auf die Art und Weise haben, wie Maßnahmen der unfreiwilligen Unterbringung und unfreiwilligen Behandlung auf nationaler Ebene umgesetzt werden.

Überdies übernehmen die Organe der EU, insbesondere die Europäische Kommission, eine wichtige Rolle als Koordinator im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Manche der von ihnen ausgearbeiteten Strategien und politischen Maßnahmen enthalten Standards, die mit dem Recht auf Freiheit in Bezug auf die unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung verknüpft sind. Das Grünbuch der Europäischen Kommission, ein politisches Dokument, ist in diesem Zusammenhang ein gutes Beispiel.³³ Zudem wird, wenn die EU nationale Politiken ergänzt oder finanzielle Anreize bietet, das Verbot der Diskriminierung aus Gründen einer Behinderung berücksichtigt.

Die *Entschließung des Europäischen Parlaments zum Grünbuch: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern* enthält nützliche Hinweise zu den Rechten von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen, denen die Freiheit entzogen wird. Sie besagt, dass „jegliche Form von Einweisung in stationäre Einrichtungen und Zwangsmedikation regelmäßig überprüft werden und mit Einverständnis der Patienten erfolgen sollte, liegt kein Einverständnis vor, sollte sie nur mit Genehmigung der zuständigen Behörden als letztes Mittel angewandt

³³ Europäische Kommission (2005), S. 11.

werden“.³⁴ Die Entschließung besagt ferner, dass sich „Zwang ebenso wie Zwangsmedikation kontraproduktiv auswirkt“ und dass „jegliche Form von Einweisung in stationäre Einrichtungen und Zwangsmedikation zeitlich befristet sein“ sollte.³⁵ Daher sind „jegliche Einschränkung der persönlichen Freiheit [...] und [...] insbesondere Fixierungen“ zu vermeiden.³⁶ Im Jahr 2009 wiederholte das Europäische Parlament diese Auffassungen, als es die Ansicht vertrat, dass „auf invasive und unmenschliche Behandlungsmethoden sowie auf bevormundende Ansätze verzichtet werden muss, wenn der Stigmatisierung psychischer Erkrankungen wirklich ein Ende gesetzt werden soll.“³⁷

In jenen Bereichen, in denen die Zuständigkeiten der EU eingeschränkt sind, werden Grundrechtsstandards auf internationaler Ebene sowohl durch die UN³⁸ als auch durch den Europarat vorgeschrieben. Im Folgenden werden zunächst die Standards im Zusammenhang mit der unfreiwilligen Unterbringung erläutert, anschließend die Standards im Zusammenhang mit der unfreiwilligen Behandlung. Zwar werden unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung getrennt dargestellt, um eine Analyse zu erleichtern – mehrere Garantien, beispielsweise die auf internationaler Ebene entwickelten Verfahrensrechte, gelten jedoch sowohl für die unfreiwillige Unterbringung als auch für die unfreiwillige Behandlung. Die Standards der UN und des Europarats stellen einen Maßstab für die vergleichende Analyse des Rechts der EU-Mitgliedstaaten dar, die in Kapitel 2 folgt.

1.1. Unfreiwillige Unterbringung

Unfreiwillige Unterbringung, die auch als Zwangseinweisung bezeichnet wird, ist ein Begriff, der Bestandteil internationaler Menschenrechtsverträge ist und durch diese sowie durch rechtswissenschaftliche Auslegung geregelt wird. Sowohl auf der Ebene der UN als auch auf der Ebene des Europarats bieten nicht bindende Dokumente zusätzliche Garantien. Der durch die BRK gekennzeichnete Paradigmenwechsel schafft Klarheit bezüglich dieser Standards, die gewisse Herausforderungen für die Vertragsstaaten bergen können.

34 Europäisches Parlament (2006), Randnr. 33. Siehe auch Europäisches Parlament (1996). In dieser Entschließung fordert das Europäische Parlament „die Mitgliedstaaten auf, die unmenschliche und erniedrigende Behandlung von behinderten Menschen zu verbieten und sicherzustellen, dass behinderte Menschen nie gegen ihren Willen wegen ihrer Behinderungen in einem Heim untergebracht werden, und sich zu vergewissern, dass behinderte Personen, die sich für das Leben in einem Heim entscheiden, in den Genuss von Menschenrechtsnormen kommen“.

35 *Ibid.*

36 *Ibid.*, Randnr. 34.

37 Europäisches Parlament (2009), Randnr. 47.

38 UN, Amt des Hohen Kommissars für Menschenrechte (OHCHR) Regionalbüro für Europa (2011a).

Im Folgenden werden die Entwicklung und das Verständnis der durch die BRK gebotenen Garantien erörtert und diese im Kontext regionaler Menschenrechtsnormen betrachtet.

1.1.1. Recht auf Freiheit: Standards der Vereinten Nationen

Das Recht auf Freiheit ist eines der ältesten Menschenrechte, das wiederholt in UN-Verträgen verankert wurde. Von besonderer Bedeutung ist das Recht auf Freiheit im Kontext der unfreiwilligen Unterbringung, da es einer Freiheitsentziehung gleichkommt, wenn eine Person gegen ihren Willen in eine Einrichtung eingewiesen wird und diese nicht nach Belieben verlassen kann.

Die Annahme der BRK im Jahr 2006 kennzeichnete in Bezug auf Menschenrechtsgarantien im Bereich Behinderung den Anbruch eines neuen Zeitalters. Eine neue Denkart ist für das Übereinkommen bestimmend: Menschen mit Behinderung sind Inhaber von Rechten, und keine Empfänger von Wohltätigkeit. Bevor der Ansatz der BRK untersucht wird, ist es hilfreich, die Entwicklung des Rechtes auf Freiheit zu skizzieren, um die Bedeutung der Veränderungen in Bezug auf die unfreiwillige Unterbringung zu verstehen. Ältere Instrumente müssen im Lichte der BRK ausgelegt werden.³⁹ Hinzu kommt, dass der UN-Sonderberichterstatter für Folter im Jahr 2008 einen Bericht zu Behinderung und Folter veröffentlichte, in dem klargestellt wurde, dass die BRK ältere Normen entkräftet, insbesondere die Resolution der Generalversammlung aus dem Jahr 1991 über die Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung, die eine unfreiwillige Unterbringung und Behandlung in bestimmten Fällen gestatten.⁴⁰

Das älteste und bedeutendste Dokument für die Gewährleistung des Rechtes auf Freiheit ist – neben der nicht bindenden Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte – der Internationale Pakt über bürgerliche und politische Rechte (*International Covenant on Civil and Political Rights*, ICCPR). Artikel 9 Absatz 1 des ICCPR besagt: „Jedermann hat ein Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit. Niemand darf willkürlich festgenommen oder in Haft gehalten werden. Niemand darf seine Freiheit entzogen werden, es sei denn aus gesetzlich bestimmten Gründen und unter Beachtung des im Gesetz vorgeschriebenen Verfahrens.“ Der Menschenrechts-

39 UN, OHCHR, Regionalbüro für Europa (2011b), S. 8.

40 UN, Sonderberichterstatter für Folter (2008), Randnr. 44.

ausschuss hat anerkannt, dass Artikel 9 des ICCPR für die Freiheitsentziehung bei Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen gilt. Wird die Freiheitsentziehung gesetzlich sanktioniert, gelten die Bedingungen nach Artikel 9 Absatz 4 ICCPR, der besagt: „Jeder, dem seine Freiheit durch Festnahme oder Haft entzogen ist, hat das Recht, ein Verfahren vor einem Gericht zu beantragen, damit dieses unverzüglich über die Rechtmäßigkeit der Freiheitsentziehung entscheiden und seine Entlassung anordnen kann, falls die Freiheitsentziehung nicht rechtmäßig ist“. Nach Artikel 2 Absatz 4 ICCPR müssen die Vertragsstaaten zudem dafür Sorge tragen, dass Personen, denen die Freiheit entzogen wurde, ein wirksames Rechtsmittel zur Verfügung steht.⁴¹

Der Menschenrechtsausschuss befasste sich mit Artikel 9 im Kontext von psychischen Gesundheitsproblemen in der Rechtssache *A. gegen Neuseeland*.⁴² A. wurde für einen Zeitraum von neun Jahren mit der Begründung in Gewahrsam genommen, dass er paranoid und eine Gefahr für sich selbst und andere sei. Der Menschenrechtsausschuss nahm Folgendes zur Kenntnis: Es wurde eine eingehende und ausführliche psychiatrische Untersuchung durch drei Fachleute durchgeführt; A. hatte die Möglichkeit, seine Unterbringung vor mehreren Gerichten anzufechten; und der Gewahrsam stand im Einklang mit nationalen Rechtsvorschriften. Nach Auffassung des Ausschusses war daher „die Entziehung von [A.s] Freiheit weder rechtswidrig noch willkürlich und stellte somit keinen Verstoß gegen Artikel 9 Absatz 1 des Paktes dar“. Zudem wurde der Gewahrsam von A. regelmäßig überprüft, was bedeutete, dass auch kein Verstoß gegen Artikel 9 Absatz 4 aus diesen Gründen festgestellt werden konnte. Nichtsdestoweniger ist die Rechtslehre des Ausschusses speziell im Zusammenhang mit Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen relativ unterentwickelt.

Nicht bindende UN-Standards ergänzen die bestehende Rechtsprechung. Obgleich diese im Lichte der BRK neu bewertet werden müssen, ist eine kurze Erwähnung sinnvoll. Die Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken⁴³ enthalten detaillierte Standards für die Überprüfung der Freiheitsentziehung bei Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen. Auch wenn sie nicht bindend sind, ist es hilfreich, diese Grundsätze heranzuziehen, um die rechtlichen Entwicklungen auf UN-Ebene nachvollziehen zu können. Grundsatz 16 Absatz 2 besagt: „Die zwangsweise Einweisung oder Unterbringung erfolgt zunächst für einen kurzen Zeitraum, je nach innerstaatlichem Recht, zur Beobachtung und vorläufigen Behandlung, bis die Einweisung oder

Unterbringung durch das Nachprüfungsorgan nachgeprüft worden ist“.⁴⁴ Grundsatz 17 Absatz 1 besagt: „Das Nachprüfungsorgan ist ein auf innerstaatlichem Recht beruhendes und im Einklang mit den darin niedergelegten Verfahren tätiges richterliches oder anderes unabhängiges und unparteiisches Organ.“ Die Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken sehen zudem vor, dass das Nachprüfungsorgan „periodisch die Fälle von zwangsweise untergebrachten Patienten [nachprüft], und zwar in sinnvollen, im innerstaatlichen Recht festgelegten Zeitabständen“.⁴⁵ Die in Grundsatz 18 dargelegten Verfahrensgarantien besagen ferner, dass, wenn sich ein Patient nicht die Dienste eines Rechtsberaters sichert, „ihm ein solcher beizustellen [ist], und zwar unentgeltlich, soweit dem Patienten die Mittel zu dessen Bezahlung fehlen“.

BRK

Artikel 14 – Freiheit und Sicherheit der Person

1. Die Vertragsstaaten gewährleisten,
 - a) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen;
 - b) **dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt. [...]**

Die BRK selbst erwähnt die unfreiwillige Unterbringung nicht explizit. Artikel 14 Absatz 1 des Übereinkommens wiederholt die Formulierung des Rechtes auf persönliche Freiheit und Sicherheit und besagt eindeutig, dass die Freiheitsentziehung basierend auf dem Vorliegen einer Behinderung mit der BRK unvereinbar und für sich allein genommen diskriminierend wäre.

Zu diesem Schluss kam auch der Vorsitzende des Ad-hoc-Ausschusses für die Ausarbeitung der BRK. Der Vorsitzende schloss die Diskussionen über Artikel 14 mit den Worten: „Dies ist im Grunde eine Antidiskriminierungsbestimmung. Schwerpunkt der Debatte war die Behandlung von Menschen mit Behinderungen auf derselben Grundlage wie andere Menschen. Menschen mit Behinderungen, die eine ernsthafte Gefahr für jemand anderen darstellen, sollten genauso behandelt werden, wie jede andere Person behandelt werden würde.“⁴⁶

41 UN, Menschenrechtsausschuss (1982).

42 UN, Menschenrechtsausschuss, *A. gegen Neuseeland*, Mitteilung Nr. 754/1997 vom 3. August 1999.

43 UN, Generalversammlung (1991). Weitere Informationen zu dem Verfahren zur Überprüfung der unfreiwilligen Unterbringung oder Behandlung sind in Kapitel 2 zu finden.

44 *Ibid.*, Grundsatz 16 Absatz 2.

45 *Ibid.*, Grundsatz 17 Absatz 1 und Grundsatz 17 Absatz 3.

46 UN, BRK, Ad-hoc-Ausschuss (2006).

Der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD) bestätigt diese Auffassung, indem er die Vertragsstaaten in seinen Leitlinien für das vorzulegende vertragspezifische Dokument zu Artikel 14 auffordert darzulegen, welche Maßnahmen sie getroffen haben, „um sicherzustellen, dass alle Menschen mit Behinderungen, gleich welcher Art, das Recht auf Freiheit und persönliche Sicherheit genießen und dass keiner Person aufgrund ihrer Behinderung die Freiheit entzogen wird.“⁴⁷ Er erkundigt sich ferner, welche Maßnahmen in die Wege geleitet wurden, „um alle Rechtsvorschriften aufzuheben, die eine Unterbringung in Einrichtungen oder den Entzug der Freiheit von Menschen mit Behinderungen, gleich welcher Art, zulassen“.⁴⁸

In seinen Schlussbetrachtungen im Zusammenhang mit Tunesien erklärte der CRPD zudem, dass „sich der Ausschuss unter Bezugnahme auf Artikel 14 der BRK über die Tatsache Gedanken macht, dass das Vorliegen einer Behinderung, auch einer geistigen oder psychosozialen Behinderung, nach geltendem Recht die Grundlage für die Entziehung der Freiheit darstellen kann“.⁴⁹ In seinen Schlussbetrachtungen zu Spanien nahm der CRPD „das rechtliche Regelwerk zur Kenntnis, dass die Institutionalisierung von Menschen mit Behinderungen, einschließlich Menschen mit geistiger und psychosozialer Behinderung („psychisch Kranke“), ermöglicht“.⁵⁰ Der Ausschuss äußerte zudem seine Sorge „hinsichtlich des berichteten Trends zum Rückgriff auf vorsorgliche Maßnahmen der Institutionalisierung, die für die betroffenen Personen *de facto* nur nachträgliche Schutzmaßnahmen beinhalten“.⁵¹

Der CRPD empfahl Spanien die Überprüfung „seiner Gesetze, welche die Freiheitsentziehung auf der Grundlage einer Behinderung, einschließlich einer psychosozialen oder geistigen Behinderung, ermöglichen; Bestimmungen aufzuheben, die die unfreiwillige Einweisung im Zusammenhang mit einer offenkundigen oder diagnostizierten Behinderung legitimieren; und Maßnahmen zu treffen, die gewährleisten, dass die Gesundheitsversorgung, einschließlich der gesamten psychiatrischen Versorgung, auf der Einwilligung nach vorheriger Aufklärung der betroffenen Person basiert“.⁵² In seinen Schlussbetrachtungen zu Tunesien empfahl der CRPD, dass bis zu der geforderten Rechtsreform „alle Fälle von Menschen mit Behinderungen, denen in Krankenhäusern und Facheinrichtungen die Freiheit entzogen wird, überprüft werden sollten und dass die Überprüfung auch die Möglichkeit eines Rechtsbehelfs umfassen sollte“.⁵³

Diese Erklärungen unterstreichen entschieden die Garantien von Artikel 14 der BRK. Sie scheinen Forderungen nach einer Aufhebung oder zumindest „umfassenden Änderung“⁵⁴ von Rechtsvorschriften zur psychischen Gesundheit zu unterstützen, die eine unfreiwillige Unterbringung speziell für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen zulassen und regeln.⁵⁵ Einige Kommentatoren und Anwälte argumentieren, dass laut Artikel 14 der BRK, eine Zwangseinweisung aus Gründen der psychischen Gesundheit oder einer anderen Behinderung unter keinen Umständen zulässig sei.⁵⁶

Für das Amt des Hohen Kommissars für Menschenrechte (*Office of the High Commissioner for Human Rights*, OHCHR) „umfasst rechtswidrige Internierung Situationen, in denen die Entziehung der Freiheit auf einer Kombination einer psychischen oder geistigen Behinderung und anderen Elementen wie etwa Gefährlichkeit oder auch Versorgung und Behandlung basiert. Da solche Maßnahmen zum Teil durch die Behinderung der betreffenden Person gerechtfertigt werden, sind sie als diskriminierend sowie als Verstoß gegen das Verbot der Freiheitsentziehung aus Gründen der Behinderung und gegen das in Artikel 14 niedergelegte Recht auf den Genuss persönlicher Freiheit gleichberechtigt mit anderen zu betrachten.“⁵⁷ Das OHCHR schlägt folgende Auslegung vor:

47 Siehe die Antworten mehrerer Staaten in ihren Berichten an den CRPD: Belgien: UN, CRPD (2010c); Deutschland: UN, CRPD (2011e); und Vereinigtes Königreich: UN, CRPD (2011f).

48 CRPD (2009).

49 CRPD (2011a), Randnr. 24.

50 CRPD (2011b), Randnr. 35.

51 *Ibid.*, Randnr. 35.

52 *Ibid.*, Randnr. 36.

53 CRPD (2011a), Randnr. 25.

54 Syse, A. (2011), S. 146.

55 Minkowitz, T. (2010), S. 167; siehe auch Kallert, T. W. (2011), S. 137.

56 Minkowitz, T. (2010), S. 167.

57 OHCHR (2009), Randnr. 48; siehe auch: Schulze, M. (2010), S. 96.

„[Artikel 14] [...] bedeutet jedoch nicht, dass eine rechtmäßige Internierung von Menschen mit Behinderungen zum Zweck ihrer Versorgung und Behandlung oder eine vorbeugende Internierung überhaupt nicht möglich wäre, sondern dass die rechtliche Begründung für die Einschränkung der Freiheit von der Behinderung abgekoppelt und neutral definiert werden muss, sodass sie für alle Menschen gleichermaßen gilt.“⁵⁸

Der CRPD war bisher noch nicht mit Situation befasst, die in keinem speziellen Zusammenhang mit Behinderungen standen, beispielsweise die Wahrung der öffentlichen Ordnung. Für diesen Bereich gibt es keine verbindliche Auslegung. Um den Geltungsbereich der Garantien von Artikel 14 mit Sicherheit bestimmen zu können, wird der Umgang des CRPD mit auf dem Fakultativprotokoll zur BRK basierenden individuellen Mitteilungen, in denen diese spezifische Situation zur Sprache gebracht wird, von entscheidender Bedeutung sein. Wichtig wird auch sein, wie auf Artikel 33 der BRK basierende nationale Überwachungsstrukturen mit Beschwerden auf der Grundlage von Artikel 14 umgehen werden.

Da eine verbindliche Auslegung von Artikel 14 der BRK durch den CRPD fehlt, sind die Vertragsstaaten – basierend auf ihren internationalen Verpflichtungen und im Einklang mit den Schlussbetrachtungen in Bezug auf Spanien – aufgefordert, ihren Rechtsrahmen eingehend zu überprüfen und Bestimmungen aufzuheben, die eine unfreiwillige Unterbringung in Verbindung mit einer offenkundigen oder diagnostizierten Behinderung gestatten.⁵⁹ Dies stellt eine erhebliche Herausforderung dar,⁶⁰ da hierfür eine beträchtliche juristische Entwicklung auf regionaler Ebene erforderlich wäre. Wie es scheint, vertreten die Mitgliedstaaten des Europarats gegenwärtig die Auffassung, dass die derzeitigen Standards des Europarats den Vorgaben der BRK entsprechen. Diese Standards werden im nächsten Abschnitt vorgestellt.

1.1.2. Recht auf Freiheit: Standards des Europarats

EMRK

Artikel 5 – Recht auf Freiheit und Sicherheit

1. Jede Person hat das Recht auf Freiheit und Sicherheit. Die Freiheit darf nur in den folgenden Fällen und nur auf die gesetzlich vorgeschriebene Weise entzogen werden: [...]
- (e) **rechtmäßige Freiheitsentziehung [...] bei psychisch Kranken [...]**;

Die Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) gestattet explizit den Freiheitsentzug „bei psychisch Kranken“ (eine Formulierung, die der Terminologie der 1950er-Jahre entspricht, der Zeit, in der die Konvention angenommen wurde). Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) zur Freiheitsentziehung bei Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen ist umfangreich, die Verfahren, in denen er mit Menschen mit geistiger Behinderung befasst war, sind jedoch weniger zahlreich.⁶¹ In diesen Verfahren wurde festgestellt, was der EGMR unter dem Begriff „psychisch krank“ versteht,⁶² und es wurde ausgeführt, dass bei der Entscheidung über das Vorliegen einer Freiheitsentziehung „eine Reihe von Kriterien wie die Art, die Dauer, die Auswirkungen und die Modalitäten der Durchführung der in Frage stehenden Maßnahme“ zu berücksichtigen sind.⁶³ In mehreren Verfahren ging es darum festzustellen, ob dem Beschwerdeführer, im Sinne von Artikel 5, die Freiheit entzogen wurde.⁶⁴ In anderen Verfahren wurde entschieden, dass einer Person die Freiheit entzogen werden kann, wenn sie ein psychisches Gesundheitsproblem hat, das eine Zwangsunterbringung rechtfertigt. Eine solche Unterbringung kann erforderlich sein, wenn eine Person behandlungsbedürftig ist oder wenn die Person „Kontrolle und Überwachung benötigt, um sie beispielsweise daran zu hindern, sich selbst und anderen Schaden zuzufügen“.⁶⁵ Der Gerichtshof befasste sich mit der Notwendigkeit, dem Patienten die Gründe für seine Festnahme mitzuteilen (gemäß Artikel 5 Absatz 2 EMRK),⁶⁶ sowie mit dem Erfordernis regelmäßiger Überprüfungen der Notwen-

⁶¹ Bartlett, P. et al. (2007).

⁶² Siehe beispielsweise: EGMR, *Winterwerp gegen Niederlande*, Nr. 6301/73, 24. Oktober 1979; und EGMR, *Rakevich gegen Russland*, Nr. 58973/00, 28. Oktober 2003.

⁶³ EGMR, *Ashingdane gegen Vereinigtes Königreich*, Nr. 8225/78, 28. Mai 1985, Randnr. 41.

⁶⁴ Siehe beispielsweise: EGMR, *H.M. gegen Schweiz*, Nr. 39187/98, 26. Februar 2002; EGMR, *Storck gegen Deutschland*, Nr. 61603/00, 16. Juni 2005; und EGMR, *H.L. gegen Vereinigtes Königreich*, Nr. 45508/99, 5. Oktober 2004 oder EGMR, *D.D. gegen Litauen*, Nr. 13469/06, 14. Februar 2012, Randnr. 146.

⁶⁵ EGMR, *Hutchison Reid gegen Vereinigtes Königreich*, Nr. 50272/99, 20. Februar 2003, Randnr. 52.

⁶⁶ Siehe beispielsweise: EGMR, *Van der Leer gegen Niederlande*, 21. Februar 1990, Randnrn. 27-31.

⁵⁸ OHCHR (2009), Randnr. 49.

⁵⁹ CRPD (2011b), Randnr. 36; siehe auch Syse A. (2011), S. 146.

⁶⁰ Trömel, S. (2009), S. 129.

digkeit der Freiheitsentziehung durch ein Gericht (vorgeschieden durch Artikel 5 Absatz 4 EMRK).⁶⁷ Einschlägige Rechtssachen konzentrieren sich unter anderem auf die Qualität der gerichtlichen Urteilsfindung,⁶⁸ das Erfordernis eines Rechtsanwalts für den Patienten⁶⁹ und die Notwendigkeit eines wirksamen Rechtsbeistands.⁷⁰ Artikel 5 Absatz 5 EMRK garantiert zudem einen Anspruch auf Schadensersatz im Falle einer Verletzung der Garantien bezüglich des Rechtes auf Freiheit.

„Jegliche Beschränkungen der Rechte des Einzelnen müssen seine individuellen Bedürfnisse berücksichtigen, wirklich gerechtfertigt sein, durch ein rechtsbasiertes Verfahren verfügt und von wirksamen Schutzmaßnahmen begleitet werden.“

Thomas Hammarberg, Menschenrechtskommissar des Europarates, *Viewpoint*, 21. September 2009

Diese Rechtsprechung kam in dem Urteil der Großen Kammer vom 17. Januar 2012 in der Rechtssache *Stanev gegen Bulgarien*⁷¹ zur Anwendung. Eine erschöpfende Behandlung der umfangreichen Rechtsprechung des EGMR ist im Rahmen dieses Berichts nicht möglich; eine Zusammenfassung dieser wegweisenden Rechtssache wird genügen, da sie nicht nur explizit auf Artikel 14 BRK, der sich mit Freiheit und Freiheitsentziehung im Zusammenhang mit einer Behinderung befasst, Bezug nimmt, sondern auch die Rechtsprechung des Gerichtshofs im Lichte der Weiterentwicklung der Menschenrechtsnormen wiederholt und ausbaut. In den nächsten Abschnitten wird daher die Herangehensweise des EGMR an dieses Rechtsgebiet beleuchtet.

In der Rechtssache geht es um die unfreiwillige Unterbringung eines Mannes, der gezwungen war, jahrelang in einem Pflegeheim für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen zu leben. Der Sachverhalt lässt sich wie folgt zusammenfassen: Rusi Stanev wurde unter teilweise Betreuung gestellt, und seine Betreuerin veranlasste seine Unterbringung in einem Pflegeheim für Männer mit psychischen Gesundheitsproblemen. Herrn Stanev war ein Verlassen der Einrichtung nur mit Erlaubnis des Direktors gestattet. Er versuchte, seine Geschäftsfähigkeit wiederherstellen zu lassen, aber die Staatsanwaltschaft wies, nachdem seitens der Ärzte eine Schizophrenie diagnostiziert worden war, das Begehren ab und befand, dass Herr Stanev nicht allein zurechtkäme und dass die Einrichtung der für ihn am besten geeignete Ort sei. Herr Stanev versuchte daraufhin, seine teilweise Betreuung widerrufen zu lassen,

aber auch dieser Antrag war erfolglos. Er wurde mit der Begründung zurückgewiesen, dass er von dem Betreuer hätte eingereicht werden müssen. Vergeblich ersuchte Herr Stanev seinen Betreuer mehrmals mündlich, einen Antrag auf Entlassung zu stellen. Ein privates psychiatrisches Gutachten kam zu dem Ergebnis, dass die Diagnose Schizophrenie von Herrn Stanev nicht zutreffend war. Es stellte ferner fest, dass sich sein psychischer Gesundheitszustand verbessert habe und keine Gefahr einer Verschlechterung bestehe. Zudem könne er nach Ansicht des Direktors wieder in die Gesellschaft eingegliedert werden. Der Aufenthalt in dem Heim, wo er der Gefahr einer Institutionalisierung ausgesetzt sei, füge ihm gesundheitlichen Schaden zu. In seiner Beschwerde vor dem EGMR machte Herr Stanev geltend, dass ihm infolge seiner Unterbringung in einer Einrichtung gegen seinen Willen unrechtmäßig und willkürlich die Freiheit entzogen worden war (Artikel 5 Absatz 1 EMRK) und dass es nach bulgarischem Recht unmöglich sei, die Rechtmäßigkeit der Freiheitsentziehung überprüfen zu lassen oder vor Gericht einen Schadensersatzanspruch geltend zu machen (Artikel 5 Absätze 4 und 5 EMRK).

Im Folgenden werden die einzelnen Teile der Rechtssache *Stanev* behandelt, soweit diese sich auf Artikel 5 Absatz 1 und Artikel 5 Absatz 4 EMRK beziehen.

Wann eine Freiheitsentziehung zulässig ist

Der Schutz vor willkürlicher Entziehung der Freiheit nach Artikel 5 EMRK gilt, wenn einer Person die Freiheit entzogen wird. Ausschlaggebend für die Anwendung von Artikel 5 ist nicht die Frage, ob eine Person tatsächlich in ihrer Freiheit beschränkt oder interniert wird, sondern vielmehr die Frage, ob sie gegen ihren Willen in einer Einrichtung untergebracht wird und diese nicht ohne Genehmigung verlassen kann. In der Rechtssache *Stanev* gelangte der EGMR zu dem Schluss, dass Herr Stanev „unter ständiger Kontrolle stand und das Heim nicht ohne Einwilligung verlassen konnte, wann immer er dies wollte“.⁷² Die Dauer der Unterbringung von Herrn Stanev, die „nicht festgelegt worden und somit unbegrenzt“ war, reichte von ihrer Dauer her aus, um den Beschwerdeführer die „negativen Auswirkungen der ihm auferlegten Beschränkungen“ spüren zu lassen.⁷³ Demnach war der EGMR zu dem Schluss gelangt, dass dem Beschwerdeführer die Freiheit entzogen wurde. Um mit Artikel 5 Absatz 1 EMRK vereinbar zu sein, muss die Anordnung einer Freiheitsentziehung

67 Siehe beispielsweise: EGMR, *D.D. gegen Litauen*, Nr. 13469/06, 14. Februar 2012, Randnr. 165.

68 EGMR, *Gajcsi gegen Ungarn*, Nr. 34503/03, 3. Oktober 2006.

69 EGMR, *Megyeri gegen Deutschland*, Nr. 13770/88, 12. Mai 1992.

70 EGMR, *Magalhães Pereira gegen Portugal*, Nr. 44872/98, 26. Februar 2002.

71 EGMR, Große Kammer, *Stanev gegen Bulgarien*, Nr. 36760/06, 17. Januar 2012.

72 *Ibid.*, Randnr. 128.

73 *Ibid.*, Randnr. 129.

den Vorgaben des einzelstaatlichen Rechts entsprechen. Da die Entscheidung der Betreuerin des Herrn Stanev, ihn ohne seine vorherige Zustimmung in einer Einrichtung unterzubringen, nach bulgarischem Recht ungültig war, widersprach die Freiheitsentziehung Artikel 5 EMRK.

Der Gerichtshof führte seine Prüfung des Falls fort, um zu beurteilen, ob die Entziehung der Freiheit in den Anwendungsbereich der Ausnahmeregelungen zu dem Recht auf persönliche Freiheit (Artikel 5 Absatz 1 Buchstaben a bis f EMRK) fällt und ob die Freiheitsentziehung aufgrund dieser Ausnahmeregelungen gerechtfertigt werden kann. Obgleich Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe e EMRK grundsätzlich den Freiheitsentzug „bei psychisch Kranken“ gestattet,⁷⁴ ist eine Entziehung der Freiheit aus derartigen Gründen nur in Extremfällen gerechtfertigt. Entweder stellt die betreffende Person aufgrund ihres gewalttätigen Verhaltens eine ernst zu nehmende Gefahr dar oder die Freiheitsentziehung ist aus therapeutischen Gründen erforderlich.

Zur ordnungsgemäßen Abwägung der Situation verlangt die Rechtsprechung des EGMR eine professionelle medizinische Beurteilung, die auf dem aktuellen psychischen Gesundheitszustand der Person basiert und nicht ausschließlich auf Ereignissen in der Vergangenheit.⁷⁵ Weitere Klarstellungen zu den Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Freiheitsentziehung mit Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe e vereinbar ist, enthält die Rechtssache *Winterwerp*, in der der Gerichtshof Folgendes ausführte: „In Anbetracht dessen, was der zuständigen staatlichen Stelle nachzuweisen ist – das Bestehen einer tatsächlichen Geistesstörung –, verlangt dies ein objektives ärztliches Gutachten. Außerdem muss der Grad oder die Art der Geistesstörung eine zwangsweise Unterbringung rechtfertigen. Darüber hinaus hängt die Rechtmäßigkeit der bestehenden Unterbringung von dem Fortdauern dieser Störung ab“.⁷⁶

Der EGMR war bereit, Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe e auf die Rechtssache *Stanev* anzuwenden, da für die Unterbringungsentscheidung der psychische Gesundheitszustand des Beschwerdeführers, die Erklärung der teilweisen Geschäftsunfähigkeit und die Anordnung der teilweisen Betreuung maßgeblich waren. Der Gerichtshof vertrat die Auffassung, dass es nicht den Anforderungen der EMRK entspreche, eine Unterbringungsentscheidung auf ein zwei Jahre altes psychiatrisches Gutachten zu stützen.⁷⁷ Gleichmaßen wurde festgestellt, dass die Unterbringung auch andere Anforderungen dieser Bestimmung nicht erfüllte, weil eine Unterbringung auf der Feststellung basieren müsse, dass das Verhalten einer Person eine Gefahr für sich oder andere darstellt. Schließlich unterstrich der Gerichtshof, dass die Behörden keine regelmäßige Beurteilung des Gesundheitszustands von Herrn Stanev durchführten. Diese wäre jedoch erforderlich gewesen um sicherzustellen, dass eine Unterbringung weiterhin notwendig war.⁷⁸ Somit kam der Gerichtshof zu dem Schluss, dass eine Verletzung von Artikel 5 Absatz 1 EMRK vorlag.

Mit der Darlegung zusätzlicher Schutzmaßnahmen gegen die Freiheitsentziehung ging der Gerichtshof über frühere Urteile hinaus. Er räumte zwar ein, dass in manchen Fällen das Wohlergehen einer Person berücksichtigt werden sollte, wies aber mit Nachdruck darauf hin, dass „[d]er objektive Bedarf einer Person an Unterkunft und Betreuung [...] jedoch nicht automatisch zur Auferlegung von freiheitsentziehenden Maßnahmen führen“ muss. Er erklärte ferner: „Jede Schutzmaßnahme sollte so weit wie möglich die Wünsche des Betroffenen widerspiegeln, sofern er sie zu äußern vermag. Das Versäumnis der Einholung von dessen Meinung könnte zu Missbrauch führen und die Ausübung der Rechte von schutzbedürftigen Personen behindern. Jede Maßnahme ohne vorherige Konsultation der betroffenen Person erfordert daher in der Regel eine sorgfältige Überprüfung der Situation.“⁷⁹

74 Weitere Informationen zur Beurteilung der Bedeutung des Begriffs „psychisch Kranke“ durch den EGMR in: EGMR, *Winterwerp gegen Niederlande*, Nr. 6301/73, 24. Oktober 1979, Randnr. 37.

75 EGMR, *Varbanov gegen Bulgarien*, Nr. 31365/96, 5. Oktober 2000.

76 EGMR, *Winterwerp gegen Niederlande*, Nr. 6301/73, 24. Oktober 1979, Randnr. 39.

77 Vergleiche mit EGMR, *D.D. gegen Litauen*, 14. Februar 2012, Nr. 13469/06, Randnr. 157, wo die Beschwerdeführerin nur wenige Wochen vor ihrer Unterbringung in ein psychiatrisches Krankenhaus eingewiesen und dort untersucht worden war. Ein medizinisches Gremium dieses Krankenhauses gelangte zu dem Schluss, dass die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt unter „anhaltender paranoider Schizophrenie“ litt.

78 EGMR, Große Kammer, *Stanev gegen Bulgarien*, Nr. 36760/06, 17. Januar 2012, Randnr. 158.

79 *Ibid.*, Randnr. 153.

Überprüfung der Rechtmäßigkeit der Freiheitsentziehung

EMRK

Artikel 5 – Recht auf Freiheit und Sicherheit

4. Jede Person, die festgenommen oder der die Freiheit entzogen ist, hat das Recht zu beantragen, dass ein Gericht innerhalb kurzer Frist über die Rechtmäßigkeit des Freiheitsentzugs entscheidet und ihre Entlassung anordnet, wenn der Freiheitsentzug nicht rechtmäßig ist.

Der EGMR hat auch eine Auslegung einer der maßgeblichsten Garantien des Rechts auf Freiheit und Sicherheit vorgenommen, nämlich dass die Rechtmäßigkeit der Freiheitsentziehung gerichtlich überprüfbar sein muss. In seiner Rechtsprechung ist der EGMR näher auf die praktischen Konsequenzen dieses Rechtes eingegangen. In einer Reihe von Fällen betonte der Gerichtshof das Erfordernis einer zügigen Entscheidung über die Rechtmäßigkeit der Unterbringung in Situationen, in denen Menschen in psychiatrischen Einrichtungen untergebracht werden, was grundsätzlich nach Artikel 5 Absatz 1 Buchstabe e zulässig ist.⁸⁰ Diese Garantie kommt auch in den Standards des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (*European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment*, CPT) zum Ausdruck, die besagen: „[E]ine Person, die in eine psychiatrische Einrichtung durch ein nichtgerichtliches Organ zwangseingewiesen worden ist, [muss] das Recht haben, ein Verfahren anzustrengen, durch welches über die Rechtmäßigkeit ihrer Freiheitsentziehung unverzüglich durch ein Gericht entschieden wird.“⁸¹

In der Rechtssache *Gorshkov* betonte der EGMR, dass „eine zentrale Garantie nach Artikel 5 Absatz 4 darin besteht, dass ein zwangsweise zur psychiatrischen Behandlung untergebrachter Patient das Recht haben muss, auf eigene Initiative eine gerichtliche Überprüfung zu betreiben“, und dass diese Bestimmung daher „zunächst ein unabhängiges Rechtsinstrument erfordert, mit dessen Hilfe die zwangseingewiesene Person vor einem Richter erscheinen kann, der über die Rechtmä-

ßigkeit der fortgesetzten Freiheitsentziehung befinden wird. Der Zugang der zwangseingewiesenen Person zu einem Richter sollte nicht von dem guten Willen der Behörde, welche die Unterbringung angeordnet hat, abhängig sein, deren Einschaltung im Ermessen des Sanitätsdienstes oder der Verwaltung des Krankenhauses liegt“.⁸² Selbst ein Vorgehen, das ein automatisches Erscheinen eines Menschen mit einer psychischen Erkrankung vor einem Richter vorsieht, ist kein angemessener Ersatz für das Recht auf gerichtliche Überprüfung auf Veranlassung der betroffenen Person.

In der Rechtssache *Stanev gegen Bulgarien* stellte der Gerichtshof fest, dass nach nationalem Recht kein Rechtsmittel zur Überprüfung der Rechtmäßigkeit der Unterbringung von Herrn Stanev zur Verfügung stand. Zu keinem Zeitpunkt und in keiner Weise waren Gerichte in die Unterbringung eingebunden, und die nationalen Rechtsvorschriften sahen keine automatische regelmäßige gerichtliche Überprüfung der Unterbringung in einer Einrichtung für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen vor. Überdies hätte die Rechtmäßigkeit der Unterbringung aus Gründen der fehlenden Einwilligung nur auf Initiative der Betreuerin überprüft werden können. Der Gerichtshof erkannte daher auf einen Verstoß gegen Artikel 5 Absatz 4 EMRK.⁸³

In Ergänzung zu der Rechtsprechung des EGMR hat der Europarat weitere relevante Standards angenommen, die nachstehend erörtert werden.

Gemeinsame Schutzmaßnahmen

Das Oviedo-Übereinkommen (Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin)⁸⁴ aus dem Jahre 1997 weist in seinem Artikel 7 über den Schutz von Menschen mit psychischer Störung auf die Möglichkeit der unfreiwilligen Unterbringung hin. Detaillierte Schutzmaßnahmen sind jedoch in einer Empfehlung des Europarats aus dem Jahre 2004 zu finden.

Die Empfehlung Rec(2004)10 des Ministerkomitees folgt der Auslegung von Artikel 5 der EMRK und bestätigt die Haltung des EGMR. Sie bündelt die vom Gerichtshof näher ausgeführten Schutzmaßnahmen und Garantien, die in Abschnitt 1.1.2 behandelt wurden, und legt dar, welche Voraussetzungen erfüllt sein sollten, bevor eine Entscheidung über eine unfreiwillige Unterbringung oder

80 Als weitere Beispiele siehe: EGMR, *Luberti gegen Italien*, Nr. 9019/80, 23. Februar 1984; EGMR, *Musial gegen Polen*, Nr. 24557/94, 25. März 1999; EGMR, *L.R. gegen Frankreich*, Nr. 33395/96, 27. Juni 2002; EGMR, *Pereira gegen Portugal*, Nr. 44872/98, 26. Februar 2002; EGMR, *Kolanis gegen Vereinigtes Königreich*, Nr. 517/02, 21. Juni 2005, Randnr. 82; und *Pereira gegen Portugal* (Nr. 2), Nr. 15996/02, 20. Dezember 2005.

81 Europarat, CPT (2010), Randnr. 53.

82 EGMR, *Gorshkov gegen Ukraine*, Nr. 67531/96, 8. November 2005, Randnrn. 44-45.

83 EGMR, Große Kammer, *Stanev gegen Bulgarien*, Nr. 36760/06, 17. Januar 2012, Randnr. 172 ff., siehe auch: EGMR, *D.D. gegen Litauen*, Nr. 13469/06, 14. Februar 2012, Randnrn. 165-166.

84 Europarat (1997). Das Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin (*Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin*) trat am 1. Dezember 1999 in Kraft. Es wurde von 16 Mitgliedstaaten der EU ratifiziert. Die EU hat es nicht ratifiziert, obgleich Artikel 33 Absatz 1 des Übereinkommens die Möglichkeit eines Beitritts der EU vorsieht.

unfreiwillige Behandlung getroffen werden kann. Dabei fördert sie gemeinsame Maßnahmen und Garantien der Mitgliedstaaten des Europarats.

Artikel 17 Absatz 1 der Empfehlung Rec(2004)10 verlangt die Erfüllung von fünf Bedingungen, bevor eine unfreiwillige Unterbringung einer Person erfolgen kann.

Europarat, Ministerkomitee – Empfehlung REC(2004)10

Artikel 17 – Kriterien für die unfreiwillige Unterbringung

1. Eine Person darf nur dann einer unfreiwilligen Unterbringung unterworfen werden, wenn sämtliche nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sind:
 - i. die Person hat eine psychische Störung;
 - ii. der Zustand der Person birgt die signifikante Gefahr eines erheblichen Schadens für ihre Gesundheit oder für andere Personen;
 - iii. die Unterbringung umfasst einen therapeutischen Zweck;
 - iv. es stehen keine weniger restriktiven Mittel für eine angemessene Versorgung zur Verfügung;
 - v. die Meinung der betroffenen Person wurde berücksichtigt. [...]

Diese kumulativen Kriterien sollten in normalen Verfahren zur unfreiwilligen Unterbringung einer Person zur Anwendung kommen. Nach Artikel 17 Absatz 2 der Empfehlung Rec(2004)10 kann eine Person ausnahmsweise gegen ihren Willen festgehalten werden, um festzustellen, ob bei ihr eine psychische Störung vorliegt. Diese Situation erstreckt sich auf Notfälle, aber da die Kriterien weniger streng sind als die in normalen Situationen angewandten Kriterien, sollte die Unterbringung nur für eine möglichst kurze Dauer erfolgen.

Eine allgemeine Schutzklausel ist auch in Artikel 24 der Empfehlung Rec(2004)10 verankert. Er besagt, dass die unfreiwillige Unterbringung beendet werden sollte, wenn eines der Kriterien nicht mehr erfüllt ist. Für die Beurteilung, ob eines oder mehrere der relevanten Kriterien nicht mehr erfüllt sind, ist der Arzt zuständig, dem die Betreuung der Person obliegt, sofern sich nicht ein Gericht die Beurteilung der Gefahr eines ernststen Schadens vorbehalten hat.

Des Weiteren führt die Empfehlung den Grundsatz des geringstmöglichen Eingriffs (*principle of least restriction*) ein.⁸⁵ Aufbauend auf dem seit langer Zeit bestehenden Rechtsgrundsatz der Verhältnismäßigkeit besagt Artikel 8 der Empfehlung Rec(2004)10, dass „Menschen mit psychischen Störungen das Recht haben sollten, in einer so wenig restriktiven Umgebung und mit so wenig restriktiven beziehungsweise eingreifenden Methoden behandelt zu werden, wie dies unter Berücksichtigung ihrer gesundheitlichen Bedürfnisse und des gebotenen Schutzes der Sicherheit von anderen vertretbar ist“. Dies wird wiederholt in Artikel 10 Ziffer ii der Empfehlung Rec(2004)10, der die Mitgliedstaaten auffordert, „Alternativen zur unfreiwilligen Unterbringung und unfreiwilligen Behandlung möglichst weithin verfügbar zu machen“.

Wenn die grundlegenden Kriterien für die unfreiwillige Unterbringung erfüllt sind, werden die Verfahren im Zusammenhang mit der Einweisungsentscheidung zur Kernfrage. Diese Verfahrensgarantien beziehen sich auf die Frage, wer die Entscheidung zur unfreiwilligen Unterbringung einer Person treffen kann und welche Fachkenntnisse dafür Voraussetzung sind.

⁸⁵ Bestätigt durch den EGMR im Jahr 2012, siehe: EGMR, Große Kammer, *Stanev gegen Bulgarien*, Nr. 36760/06, 17. Januar 2012, Randnrn. 157-158.

Europarat, Ministerkomitee – Empfehlung REC(2004)10

Artikel 20 – Verfahren für den Erlass von Entscheidungen über unfreiwillige Unterbringung und/oder unfreiwillige Behandlung

Entscheidung

1. Die Entscheidung, eine Person einer unfreiwilligen Unterbringung zu unterwerfen, sollte durch ein Gericht oder eine andere zuständige Stelle erlassen werden. Das Gericht oder die andere zuständige Stelle sollte:
 - i. die Meinung der betroffenen Person berücksichtigen;
 - ii. gemäß gesetzlich vorgesehenen Verfahren und basierend auf dem Grundsatz handeln, dass die betroffene Person untersucht und angehört werden sollte. [...]
3. Entscheidungen über die unfreiwillige Unterbringung oder unfreiwillige Behandlung einer Person sollten dokumentiert werden und die Höchstdauer angeben, nach deren Verstreichen die Entscheidungen nach geltendem Recht formell zu überprüfen sind. [...]

Verfahren im Vorfeld der Entscheidung

4. Eine unfreiwillige Unterbringung, oder deren Verlängerung, sollte nur auf der Grundlage einer Untersuchung durch einen Arzt, der über die erforderliche Kompetenz und Erfahrung verfügt, sowie in Übereinstimmung mit fundierten und bewährten fachlichen Standards erfolgen.
5. Der Arzt oder die zuständige Stelle sollte die der betroffenen Person nahestehenden Menschen befragen, es sei denn, die betroffene Person erhebt dagegen Einwände, dies ist nicht praktikabel oder aus anderen Gründen nicht zweckdienlich.
6. Ein eventueller Vertreter der Person sollte in Kenntnis gesetzt und konsultiert werden.

Artikel 25 der Empfehlung Rec(2004)10 befasst sich detailliert mit dem Recht auf Überprüfung der Freiheitsentziehung. Er fordert die Mitgliedstaaten des Europarats auf, dafür Sorge zu tragen, dass einer unfreiwilligen Unterbringung oder unfreiwilligen Behandlung unterworfenen Personen folgende Möglichkeiten haben: gegen eine Entscheidung Rechtsmittel einzulegen, die Rechtmäßigkeit der Maßnahme beziehungsweise den

Fortbestand ihrer Anwendung durch ein Gericht in angemessenen Zeitabständen überprüfen zu lassen – unabhängig davon, ob die betroffene Person, ihr persönlicher Rechtsanwalt oder ihr Vertreter eine solche Überprüfung beantragt – und bei solchen Überprüfungs- oder Rechtsmittelverfahren persönlich oder über einen persönlichen Rechtsanwalt oder Vertreter angehört zu werden. Überdies sollte die Entscheidung unverzüglich getroffen werden, und es ist ein Rechtsmittelverfahren gegen die Entscheidung des Gerichts vorzusehen.

Im Juni 2011 erklärte sich der Lenkungsausschuss für Bioethik (*Steering Committee on Bioethics*, CDBI) des Europarats bereit, die Arbeit an einem Zusatzprotokoll zum Oviedo-Übereinkommen aufzunehmen. Das Protokoll wird sich schwerpunktmäßig mit dem Schutz der Menschenrechte und der Würde von Personen mit psychischer Störung, insbesondere im Zusammenhang mit unfreiwilliger Behandlung und Unterbringung, befassen. Die Vorbereitungsarbeiten sind für 2013 vorgesehen.⁸⁶

Damit die Freiheitsentziehung einer Person mit einem psychischen Gesundheitsproblem gerechtfertigt ist, sollten gemäß den Standards des Europarats zusammenfassend die folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Die Unterbringungsentscheidung sollte von einer Behörde erlassen werden, die von Rechts wegen befugt ist, eine Person in ein psychiatrisches Krankenhaus oder eine andere Einrichtung einzuweisen, und, sofern keine Dringlichkeit gegeben ist, muss die Entscheidung auf einem eindeutig nachgewiesenen psychischen Gesundheitsproblem basieren. Es reicht nicht aus, dass bei der Behörde ein Antrag auf Unterbringung einer unter einem psychischen Gesundheitsproblem leidenden Person gestellt wird. Vielmehr muss geprüft werden, ob es bezogen auf die Gesundheit der betreffenden Person oder bezogen auf die Rechte oder Interessen anderer zwingende Gründe gibt, die eine Unterbringung rechtfertigen.
- Das zu der Unterbringungsentscheidung führende Verfahren sollte gewährleisten, dass die betroffene Person die Gelegenheit zur Anhörung erhält, gegebenenfalls durch einen Vertreter.
- Die Freiheitsentziehung sollte nicht länger andauern, als es der psychische Gesundheitszustand der Person, die der Unterbringungsmaßnahme unterworfen wird, rechtfertigt.

⁸⁶ Europarat, Ministerkomitee (2011). Der Lenkungsausschuss für Menschenrechte (CDDH) und das Europäische Komitee zur Verhütung von Folter unterstützen diese Idee eines Zusatzprotokolls zum Oviedo-Übereinkommen.



- Der Verlauf der Maßnahme sollte ihrem therapeutischen Zweck entsprechen. Schließlich sollte jederzeit die Möglichkeit einer gerichtlichen Überprüfung gegeben sein, um die fortgesetzte Rechtmäßigkeit der Freiheitsentziehung zu beurteilen.

Abschließend ist festzuhalten, dass im CDBI die Frage der Vereinbarkeit der Rechte gemäß der BRK mit den oben genannten Kriterien erörtert wurde. Im November 2011 nahm der CDBI eine Vereinbarkeitserklärung an.

Erklärung zu dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen, angenommen vom Lenkungsausschuss Bioethik des Europarats (CDBI) auf seiner 41. Tagung (2.-4. November 2011)

1. Der CDBI hat sich mit dem Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen befasst. Er hat insbesondere untersucht, ob die Artikel 14, 15 und 17 mit der durch andere nationale und internationale Texte vorgesehenen Möglichkeit vereinbar sind, eine Person mit einer schweren psychischen Störung unter bestimmten Bedingungen einer unfreiwilligen Unterbringung oder unfreiwilligen Behandlung zu unterwerfen. [...]
2. Als Ergebnis der Erörterung gelangte der Ausschuss zu dem Schluss, dass das Vorliegen einer Behinderung an sich eine Freiheitsentziehung oder eine unfreiwillige Behandlung nicht rechtfertigen darf. Eine unfreiwillige Behandlung oder Unterbringung kann in Verbindung mit einer schweren psychischen Störung nur dann gerechtfertigt sein, wenn das Ausbleiben einer Behandlung oder Unterbringung aller Voraussicht nach zu erheblichem Schaden für die Gesundheit der Person oder für Dritte führen wird.

Zudem dürfen diese Maßnahmen nur vorüberhaltlich gesetzlich vorgeschriebener Schutzmaßnahmen, die Überwachungs-, Kontroll- und Beschwerdeverfahren beinhalten, getroffen werden.⁸⁷

Da eine ausformulierte verbindliche Auslegung der Bedeutung der Garantien zum Recht auf Freiheit im Text der BRK durch den Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen fehlt, kann keine endgültige Auslegung des Schutzbereichs der BRK gegeben werden. Obgleich manche Stimmen eine Überprüfung älterer Standards auf der Grundlage der Garantien der BRK fordern, haben die Mitgliedstaaten auf der Ebene des

Europarats jüngst bestätigt, dass die Standards des Europarats mit den Normen der BRK voll und ganz vereinbar sind. Es ist nicht Ziel des vorliegenden Berichts, über eine solche Frage zu entscheiden. Es reicht aus, zur Kenntnis zu nehmen, dass die Gewährleistung der Vereinbarkeit künftig eine Herausforderung darstellen könnte.

1.2. Unfreiwillige Behandlung

Unfreiwillige Behandlung kann in direkten Zusammenhang mit unfreiwilliger Unterbringung gebracht werden. Artikel 17 der Empfehlung Rec(2004)10 stellt beispielsweise eine Verbindung zwischen Zwangseinweisung und ihrem „therapeutischen Zweck“ her. Dieser „therapeutische Zweck“ ist eine der Grundvoraussetzungen, die von Rechts wegen erfüllt sein müssen, damit die Zwangseinweisung gerechtfertigt ist. In seiner Auslegung von Artikel 5 der EMRK erkennt der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte an, dass eine Unterbringung auch dann erfolgen kann, wenn eine medizinische Behandlung nicht notwendig ist.⁸⁸ Der entscheidende Faktor, der den „unfreiwilligen“ Aspekt der Behandlung markiert, bezieht sich auf die Einwilligung der Person in eine spezifische Behandlung.

Der Begriff der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung steht auch im Mittelpunkt rechtlicher Entwicklungen auf der Ebene der Vereinten Nationen (UN) und stellt auf europäischer Ebene ein wichtiges Kriterium dar. Die Voraussetzung der Einwilligung in eine medizinische Behandlung wurde in Artikel 3 – das Recht auf Unversehrtheit – der Charta der Grundrechte der Europäischen Union aufgenommen.⁸⁹

Verfahrensgarantien, die sowohl für die unfreiwillige Unterbringung als auch für die unfreiwillige Behandlung gelten, werden in der folgenden Erörterung nicht wiederholt. Vielmehr wird sich der Abschnitt auf die wichtigsten Grundrechte in diesem Zusammenhang konzentrieren. Diese sind die Freiheit von Folter, der Schutz der Würde des Menschen und das Recht auf Privatsphäre. Mehrere wichtige Aspekte des Rechtes auf Privatsphäre, beispielsweise der Zugang zu und die Vertraulichkeit von medizinischen Daten, werden hier nicht behandelt. Im Mittelpunkt dieses Abschnitts stehen stattdessen die wichtigsten Aspekte der unfreiwilligen

⁸⁸ Siehe beispielsweise: EGMR, *Hutchison Reid gegen Vereinigtes Königreich*, Nr. 50272/99, 20. Februar 2003, Randnr. 52.

⁸⁹ Artikel 3 Absatz 2 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union besagt: „Im Rahmen der Medizin und der Biologie muss insbesondere Folgendes beachtet werden: die freie Einwilligung der betroffenen Person nach vorheriger Aufklärung entsprechend den gesetzlich festgelegten Modalitäten“. Die Erläuterungen zur Charta der Grundrechte des Präsidiums des Konvents, der die Charta ausgearbeitet hat, besagen, dass diese Grundsätze bereits im Oviedo-Übereinkommen enthalten sind und dass „die Charta [...] von diesen Bestimmungen nicht abweichen“ will. Siehe Europäische Union, Präsidium des Konvents (2007).

⁸⁷ Europarat, Ministerkomitee (2012).

Behandlung, wobei zunächst die UN-Standards dargelegt werden, im Anschluss jene des Europarats.

1.2.1. Standards der Vereinten Nationen

Der folgende Abschnitt behandelt die für Entscheidungen über medizinische Behandlungen relevanten Entwicklungen im Bereich der UN-Menschenrechtsstandards. Für ein besseres Verständnis der rechtlichen Entwicklung, die durch die BRK verkörpert wird, werden kurz frühere Instrumente erwähnt.

Artikel 7 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte (ICCPR) verankert das Verbot der Folter. Der zweite Satz des Artikels besagt, dass „niemand ohne seine freiwillige Zustimmung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen unterworfen werden [darf]“. Dieser Artikel ist von Bedeutung, da er den Begriff der Zustimmung einführt. Sein Geltungsbereich beschränkt sich jedoch auf Versuche und ein Verbot medizinischer Versuche ist enger gefasst als ein Verbot medizinischer Behandlung.⁹⁰ Der Wortlaut von Artikel 7 ICCPR wurde direkt in Artikel 15 BRK aufgenommen.

BRK

Artikel 15 – Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe

1. Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden. Insbesondere darf niemand ohne seine freiwillige Zustimmung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen unterworfen werden. [...]

Überdies fordert der CRPD die Vertragsstaaten auf, „über die Maßnahmen [zu berichten], die getroffen wurden, um Menschen mit Behinderungen wirksam vor medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen zu schützen, zu denen sie nicht nach vorheriger Aufklärung ihre freie Einwilligung gegeben haben, einschließlich Menschen mit Behinderungen, die bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit Unterstützung benötigen“.⁹¹ Während der Verhandlungen des CRPD wurde eine Bezugnahme auf Zwangseingriffe oder Zwangseinweisung aus dem Entwurf von Artikel 15 gestrichen, da manche Staaten der Auffassung waren, dass diese nach nationalem Recht zulässig sind.⁹² Die Verhandlungsführer lehnten eine detailliertere Bestimmung in Anbetracht des potenziellen Risikos eines Konflikts mit der im UN-

Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe verankerte Definition des Begriffs Folter ab.⁹³ In diesem Kontext muss Artikel 15 in Verbindung mit den Artikeln 17 und 25 der BRK gelesen werden.

BRK

Artikel 17 – Schutz der Unversehrtheit der Person

Jeder Mensch mit Behinderungen hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit.

Eines der Ziele von Artikel 17 der BRK bestand, den Verfassern zufolge, darin, die Frage der unfreiwilligen Behandlung anzugehen. Der Entwurf von Artikel 17 sollte eine solche Behandlung verbieten.⁹⁴ Die Verfasser verständigten sich letztendlich auf eine kurze Formulierung, die „eine unfreiwillige Behandlung weder explizit gestattet noch untersagt“.⁹⁵ Dennoch fordert der CRPD die Vertragsstaaten auf, über „die Maßnahmen [zu berichten], die getroffen wurden, um Menschen mit Behinderungen vor medizinischer (oder sonstiger) Behandlung zu schützen, zu der sie nicht nach vorheriger Aufklärung ihre freie Einwilligung gegeben haben“.⁹⁶ In seinen Schlussbetrachtungen zu Tunesien äußerte der CRPD gewisse Bedenken „hinsichtlich der Unklarheit in Bezug auf den Geltungsbereich von Rechtsvorschriften zum Schutz von Menschen mit Behinderungen vor Behandlungen, zu denen sie nicht nach vorheriger Aufklärung ihre freie Einwilligung gegeben haben, einschließlich Zwangsbehandlung im Bereich der psychiatrischen Versorgung“. Er empfahl ferner, dass Tunesien „die Abschaffung von Operationen und Behandlungen, zu denen der Patient nicht nach vorheriger Aufklärung seine umfassende Einwilligung gegeben hat, gesetzlich verankert“.⁹⁷

90 Joseph, S., Schultz, J. und Castan, M. (2004), S. 254; siehe auch: UN, Sonderberichterstatter für Folter (2008), Randnr. 58.

91 UN, CRPD (2009).

92 Trömel, S. (2009), S. 130.

93 Schulze, M. (2010), S. 99.

94 Trömel, S. (2009), S. 131; Schulze, M. (2010), S. 109; Bartlett, P. (2012a).

95 Kämpf, A. (2010), S. 130.

96 UN, CRPD (2009).

97 UN, CRPD (2011a), Randnrn. 28 und 29.

Dieser Ansatz scheint jedoch für manche Vertragsstaaten eine ernst zu nehmende Herausforderung darzustellen. Australien gab bei der Ratifizierung des Übereinkommens die nachstehende formale Erklärung ab:

„Australien anerkennt, dass jeder Mensch mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit hat. Australien erklärt ferner, dass nach seiner Auffassung die zwangsweise Unterstützung oder Behandlung von Personen, auch Maßnahmen für die Behandlung einer geistigen Behinderung, nach dem Übereinkommen gestattet sind, wenn ihre Notwendigkeit gegeben ist, alle anderen Möglichkeiten ausgeschöpft sind und sie Sicherungen unterliegen.“⁹⁸

Hinsichtlich der Einwilligung zur Behandlung ist Artikel 17 der BRK wiederum eng verknüpft mit Artikel 25 der BRK.

BRK

Artikel 25 – Gesundheit

Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere [...]

- d) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;

Artikel 25 Buchstabe d der BRK führt die Kernprinzipien Menschenrechte, Würde und Autonomie zusammen und verknüpft sie zu dem Begriff der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung.

Die Einwilligung in die Behandlung wurde im Rahmen der Vereinten Nationen auch in anderen Foren behandelt. In seiner Allgemeinen Bemerkung Nr. 14 zu Artikel 12 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (*International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, ICESCR) bestätigte der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, dass Staaten davon absehen sollten, „zur Behandlung psychisch Kranker medizinische Zwangsbehandlungen anzuwenden, außer in Ausnahmefällen. [...] Solche Ausnahmefälle sollten spezifischen und restriktiven Bedingungen unterliegen und der guten fachlichen Praxis sowie geltenden internationalen Standards, darunter den Grundsätzen für den Schutz von psychisch Kranken, entsprechen.“⁹⁹

Die Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken enthalten Leitlinien zu dem Begriff der Einwilligung. Grundsatz 11 Absatz 2 besagt insbesondere:

„Eine Einwilligung in Kenntnis der Sachlage bezeichnet eine Einwilligung, die frei und nicht aufgrund von Drohungen oder ungebührlicher Überredung erteilt wird, nachdem der Patient in angemessener und verständlicher Weise und einer ihm verständlichen Form und Sprache belehrt worden ist über a) die Diagnose; b) den Zweck, die Methode, die voraussichtliche Dauer und den zu erwartenden Nutzen der vorgeschlagenen Behandlung; c) andere Behandlungsweisen, so auch weniger eingreifende Behandlungsweisen; d) mögliche Schmerzen oder Beschwerden, Risiken und Nebenwirkungen aufgrund der vorgeschlagenen Behandlung.“

Wie weiter oben dargelegt, sind diese Grundsätze jedoch Gegenstand von Kritik. Dem UN-Sonderberichterstatter für Folter zufolge entkräftet die BRK ältere Normen (insbesondere die Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken), die eine unfreiwillige Behandlung in bestimmten Fällen gestatten.¹⁰⁰

99 UN, ICESCR (2000), Randnr. 34.

100 UN, Sonderberichterstatter für Folter (2008), Randnr. 44.

Eine ähnliche Aussage wurde in dem Bericht des UN-Sonderberichterstatters über das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit getroffen; siehe UN, Berichterstatter für Gesundheit (2005), Randnr. 24.

98 Siehe *United Nations Enable, Declarations and Reservations*, abrufbar unter: www.un.org/disabilities/default.asp?id=475.

Der Sonderberichterstatter für Folter beschäftigte sich mit mehreren Formen medizinischer Interventionen. Bezüglich der Elektrokrampftherapie (EKT) verweist er auf die Standards des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (CPT-Standards) (siehe „Standards des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter“ in Abschnitt 1.2.2.) und gelangt zu dem Schluss, dass „eine unmodifizierte EKT große Schmerzen und Leiden verursachen und häufig medizinische Folgewirkungen haben kann, darunter Knochen- und Wirbelbrüche, Bänderrisse, kognitive Defizite und möglicherweise Gedächtnisverlust. Diese Methode kann nicht als zulässige medizinische Praxis angesehen werden und kann Folter oder Misshandlung darstellen. Bei der modifizierten Form der EKT [z. B. mit Narkose, Muskelrelaxation oder Sauerstoffbeatmung] ist die freie Einwilligung nach vorheriger Aufklärung der betroffenen Person unabdingbar, namentlich eine Aufklärung über die Nebenwirkungen und möglichen Risiken, wie zum Beispiel Herzprobleme, Verwirrung, Gedächtnisverlust oder sogar Tod.“¹⁰¹ Der Ausschuss gegen Folter (*Committee Against Torture*, CAT) der Vereinten Nationen stimmte mit dieser Auffassung überein. In seinen Schlussbetrachtungen in Bezug auf Finnland aus dem Jahr 2011 empfahl er, dass jede Anwendung der EKT auf freier Einwilligung nach vorheriger Aufklärung basieren müsse.¹⁰²

Der Sonderberichterstatter für Folter führt eine Reihe von Argumenten an, die für diese Debatte relevant sind. Er argumentiert, dass der Missbrauch psychiatrischer Behandlungen „größere Aufmerksamkeit bedarf“,¹⁰³ eine Auffassung, die durch seine Feststellung gerechtfertigt wird, dass es „[i]nnerhalb von Institutionen sowie bei der ambulanten Zwangsbehandlung [...] vorkommen [kann], dass Menschen mit psychischen Behinderungen Psychopharmaka, einschließlich Neuroleptika und anderer bewusstseinsverändernder Medikamente, ohne ihre freie Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, gegen ihren Willen, unter Zwang oder als Form der Strafe verabreicht werden“.¹⁰⁴ Zudem bringt der Sonderberichterstatter Nebenwirkungen der Verabreichung von Medikamenten ausdrücklich mit Folter in Verbindung. Er erläutert, dass Psychopharmaka als Nebenwirkungen „Zittern, Schüttelfrost und Krämpfe verursachen und bei der betroffenen Person Apathie und Abstumpfung hervorrufen“.¹⁰⁵ Er stellt fest, dass die zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka als eine Form von Folter anerkannt wurde,¹⁰⁶ und macht deutlich, dass

„die zwangsweise und ohne Einwilligung durchgeführte Verabreichung von Psychopharmaka, insbesondere von Neuroleptika, zur Behandlung psychischer Erkrankungen streng geprüft werden muss. Je nach den Umständen des Einzelfalls können das zugefügte Leid und die Auswirkungen auf die Gesundheit der betroffenen Person eine Form der Folter oder Misshandlung darstellen.“¹⁰⁷

Dieser Abschnitt zeigt, dass die Auswirkungen der BRK nicht unterschätzt werden dürfen. Bis der CRPD eine kombinierte Auslegung der Artikel 15, 17 und 25 speziell für die Anwendung auf die unfreiwillige Behandlung ausgearbeitet wird, es schwierig sein, den genauen Umfang der von den Vertragsstaaten durchzuführenden Reformen abzuschätzen. Der nächste Abschnitt befasst sich mit den vom Europarat erarbeiteten Standards.

1.2.2. Standards des Europarats

Auf der Ebene des Europarats betrifft die unfreiwillige Behandlung zwei zentrale Grundrechte: das Recht auf Freiheit von grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung und das Recht auf Achtung des Privatlebens. Bevor die im Oviedo-Übereinkommen und in den einschlägigen Empfehlungen des Europarats vorgesehenen Schutzmaßnahmen und Garantien erörtert werden, wird näher auf diese beiden Grundrechte eingegangen.

EMRK

Artikel 3 – Verbot der Folter

Niemand darf der Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Strafe oder Behandlung unterworfen werden.

In Artikel 3 der EMRK ist ein Verbot der Folter und anderer Formen der Misshandlung verankert. Es gibt jedoch relativ wenig auf Artikel 3 basierende Rechtsprechung zur unfreiwilligen Behandlung. Der Präzedenzfall im Zusammenhang mit psychiatrischer Behandlung ist die Rechtssache *Herczegfalvy gegen Österreich* aus dem Jahr 1992. Der Beschwerdeführer war unter Betreuung gestellt worden, und der Betreuer hatte in eine Behandlung eingewilligt, gegen die der Beschwerdeführer anging. Er war zwangs-ernährt und zwangsweise mit Neuroleptika behandelt, isoliert und an ein Sicherheitsbett gefesselt worden. In

101 UN, Sonderberichterstatter für Folter (2008), Randnr. 61.

102 UN, Ausschuss gegen Folter (2011), Randnr. 11.

103 UN, Sonderberichterstatter für Folter (2008), Randnr. 62.

104 *Ibid.*, Randnr. 63.

105 *Ibid.*

106 UN, Sonderberichterstatter für Folter (1986), Randnr. 119.

107 UN, Sonderberichterstatter für Folter (2008), Randnr. 63.



diesem wegweisenden Fall legte der Gerichtshof einige Grundsätze nieder, die für seine spätere Rechtsprechung richtungweisend waren:

„Der Gerichtshof ist der Auffassung, dass die für Patienten in psychiatrischen Anstalten typische Unterlegenheit und Machtlosigkeit erhöhte Sorgfalt bei der Überprüfung einer behaupteten Konventionsverletzung erforderlich macht. Auch wenn die zuständigen Gesundheitsbehörden auf der Grundlage der anerkannten Regeln der Heilkunde darüber zu entscheiden haben, welche therapeutischen Mittel und Methoden, gegebenenfalls mit Gewaltanwendung, angewandt werden sollen, um die physische und psychische Gesundheit von Patienten zu schützen, die absolut nicht für sich selbst entscheiden können und für die sie somit die Verantwortung tragen, bleiben solche Patienten nichtsdestoweniger durch Artikel 3 geschützt, dessen Anforderungen keine Ausnahmen zulassen.

Die bewährten Grundsätze der Medizin sind zugegebenermaßen in solchen Fällen prinzipiell entscheidend; grundsätzlich kann eine therapeutisch notwendige Maßnahme nicht als unmenschlich oder erniedrigend angesehen werden. Der Gerichtshof muss sich nichtsdestoweniger davon überzeugen, dass die medizinische Notwendigkeit überzeugend nachgewiesen wurde.“¹⁰⁸

Der Gerichtshof hat bisher in keiner Rechtssache, die sich auf eine psychiatrische Behandlung bezog, einen Verstoß gegen Artikel 3 festgestellt.¹⁰⁹ Dazu müssten verschiedene Kriterien erfüllt sein, darunter nicht zuletzt ein Mindest-Schweregrad, damit eine Misshandlung eine erniedrigende oder unmenschliche Behandlung darstellt. Der Gerichtshof hat eine Behandlung für „erniedrigend“ befunden, wenn sie in den Opfern Furcht-, Angst- und Minderwertigkeitsgefühle auslöst, durch die sie erniedrigt und entwürdigt werden. Der Gerichtshof hat eine Behandlung für „unmenschlich“ befunden, wenn sie unter anderem vorsätzlich erfolgt, jeweils stundenlang angewandt wird und entweder tatsächliche körperliche Verletzungen oder intensives physisches oder psychisches Leid verursacht. Darüber hinaus hat „der Gerichtshof regelmäßig betont, dass das betreffende Leid und die betreffende Erniedrigung in jedem Fall über das unvermeidliche Element von Leid oder Erniedrigung, das mit einer bestimmten Form einer legitimen Behandlung oder Strafe verbunden ist, hinausgehen“.¹¹⁰ Es ist noch zu klären, welches diese unvermeidlichen Elemente im Kontext der unfreiwilligen Behandlung wären.

In weniger extremen Fällen wird die Anordnung einer medizinischen Zwangsuntersuchung nach Artikel 8 EMRK, der das Recht auf Achtung des Privatlebens garantiert, geprüft. Der Gerichtshof entschied, dass „der Körper eines Menschen den intimsten Aspekt des Privatlebens betrifft. Somit stellt eine erzwungene medizinische Intervention, auch wenn sie geringfügig ist, einen Eingriff in dieses Recht dar.“¹¹¹ Eine Intervention stellt nur dann eine Verletzung von Artikel 8 dar, wenn die Anforderungen von Artikel 8 Absatz 2 EMRK nicht erfüllt sind. Dazu gehört, dass nachgewiesen werden muss, dass die Maßnahme nicht dem nationalen Recht entsprach, in einer demokratischen Gesellschaft nicht notwendig war, unter anderem zum Schutz der Gesundheit oder zum Schutz der Rechte und Freiheiten anderer. Nach dieser Bestimmung ist eine erzwungene medizinische Behandlung nur dann zulässig, wenn sie für die Erreichung eines legitimen Ziels erforderlich ist, typischerweise für den Schutz der Rechte von anderen oder den Schutz der betroffenen Person und ihrer Gesundheit.¹¹² In der Rechtssache *Matter gegen Slowakei* wurde die erzwungene medizinische Untersuchung des Beschwerdeführers in einem psychiatrischen Krankenhaus für gerechtfertigt und nicht unverhältnismäßig befunden.¹¹³ In der Rechtssache *Storck gegen Deutschland* erkannte der Gerichtshof auf eine Verletzung von Artikel 8, da die unfreiwillige medizinische Behandlung unter Umständen angeordnet wurde, in denen die betroffene Person willkürlich und gegen ihren Willen festgehalten wurde.¹¹⁴ In ähnlicher Weise erkannte der Gerichtshof in der Rechtssache *Shopov gegen Bulgarien* auf eine Verletzung von Artikel 8, da die Herr Shopov auferlegte Zwangsbehandlung nicht regelmäßig gerichtlich überprüft wurde, was dem nationalen Recht widersprach.¹¹⁵ In der Rechtssache *Fyodorov und Fyodorova gegen Ukraine* erkannte der Gerichtshof auf eine Verletzung von Artikel 8, weil der erste Beschwerdeführer gegen seinen Willen einer rechtswidrigen psychiatrischen Untersuchung unterzogen und bei ihm eine chronische wahnhaftige Störung diagnostiziert wurde.¹¹⁶

Andere Standards des Europarats, namentlich das Oviedo-Übereinkommen, die Empfehlungen des Europarats und die CPT-Standards, berücksichtigen diese Entwicklungen beim EGMR.

108 EGMR, *Herczegfalvy gegen Österreich*, Nr. 10533/83, 24. September 1992, Randnr. 82.

109 Siehe beispielsweise eine jüngst erfolgte Anwendung der ständigen Rechtsprechung: EGMR, *D.D. gegen Litauen*, Nr. 13469/06, 14. Februar 2012, Randnrn. 174-175. Siehe auch Barlett, P. (2012a).

110 EGMR, *Kudla gegen Polen*, Nr. 30210/96, 26. Oktober 2000, Randnr. 92.

111 EGMR, *Y. F. gegen Türkei*, Nr. 24209/94, 22. Juli 2003, Randnr. 33.

112 Siehe beispielsweise EGMR (Entsch.), *Schneiter gegen Schweiz*, Nr. 63062/00, 31. März 2005.

113 EGMR, *Matter gegen Slowakei*, Nr. 31534/96, 5. Juli 1999, Randnrn. 71-72.

114 EGMR, *Storck gegen Deutschland*, Nr. 61603/00, 16. Juni 2005.

115 EGMR, *Shopov gegen Bulgarien*, Nr. 11373/04, 2. September 2010.

116 EGMR, *Fyodorov und Fyodorova gegen Ukraine*, Nr. 39229/03, 7. Juli 2011.

Im Oviedo-Übereinkommen von 1997 wird der Grundsatz der freien Einwilligung in eine medizinische Behandlung nach vorheriger Aufklärung eindeutig formuliert.¹¹⁷

Europarat – Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin (Oviedo-Übereinkommen)

Artikel 5 – Allgemeine Regel

Eine Intervention im Gesundheitsbereich darf erst dann erfolgen, nachdem die betroffene Person über sie aufgeklärt worden ist und frei eingewilligt hat.

Die betroffene Person ist zuvor angemessen über Zweck und Art der Intervention sowie über deren Folgen und Risiken aufzuklären.

Die betroffene Person kann ihre Einwilligung jederzeit frei widerrufen.

Artikel 5 zeigt das „Selbstbestimmungsrecht des Patienten in seinem Verhältnis zu den Angehörigen der Heilberufe auf; daraus ergibt sich, dass paternalistischen Lösungsansätzen, die sich über die Wünsche des Patienten hinwegsetzen könnten, eine Absage erteilt wird.“¹¹⁸ Artikel 6 des Oviedo-Übereinkommens soll einwilligungsunfähige Personen schützen. Artikel 6 Absatz 3 besagt: „Ist eine volljährige Person aufgrund einer geistigen Behinderung, einer Krankheit oder aus ähnlichen Gründen von Rechts wegen nicht fähig, in eine Intervention einzuwilligen, so darf diese nur mit Einwilligung ihres gesetzlichen Vertreters oder einer von der Rechtsordnung dafür vorgesehenen Behörde, Person oder Stelle erfolgen. Die betroffene Person ist soweit wie möglich in das Einwilligungsverfahren einzubeziehen.“ Um sicherzustellen, dass betroffene Personen in sinnvoller Weise in den Entscheidungsprozess einbezogen werden, „müssen [sie] daher über die Bedeutung und die Umstände der Intervention aufgeklärt werden und danach muss ihre Stellungnahme eingeholt werden.“¹¹⁹

Empfehlung Rec(2004)10 wiederholt diese Anforderungen im Wesentlichen.

Europarat, Ministerkomitee – Empfehlung REC(2004)10

Artikel 12 – Allgemeine Grundsätze der Behandlung einer psychischen Störung

2. [...] einer Person mit einer psychischen Störung darf, sofern sie einwilligungsfähig ist, eine Behandlung nur mit ihrer Einwilligung zuteilwerden, oder, wenn die Person einwilligungsunfähig ist, mit Genehmigung eines Vertreters, einer Behörde beziehungsweise einer vom Gesetz vorgesehenen Person oder Stelle.

Das erläuternde Memorandum zu Empfehlung Rec(2004)10 unterstreicht, dass ein Gericht anzurufen ist, wenn bezüglich einer spezifischen Behandlung die Ansichten eines Vertreters und des Arztes divergieren.¹²⁰ Überdies ist in Fällen, in denen eine Behandlungsentscheidung zu einem Zeitpunkt getroffen wird, zu dem die betroffene Person rechtlich nicht einwilligungsfähig ist, sobald sich die rechtliche Situation ändert, die Einwilligung der Person einzuholen, bevor die Behandlung fortgeführt wird.¹²¹

Europarat – Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin (Oviedo-Übereinkommen)

Artikel 7 – Schutz von Personen mit psychischer Störung

Bei einer Person, die an einer schweren psychischen Störung leidet, darf eine Intervention zur Behandlung der psychischen Störung nur dann ohne ihre Einwilligung erfolgen, wenn ihr ohne die Behandlung ein ernster gesundheitlicher Schaden droht und die Rechtsordnung Schutz gewährleistet, der auch Aufsichts-, Kontroll- und Rechtsmittelverfahren umfasst.

¹¹⁷ Europarat (1997).

¹¹⁸ Europarat (1996), Randnr. 34.

¹¹⁹ *Ibid.*, Randnr. 46.

¹²⁰ Diese Frage wurde durch den EGMR entschieden; siehe EGMR,

Glass gegen Vereinigtes Königreich, Nr. 61827/00, 9. März 2004.

¹²¹ Europarat, Ministerkomitee (2004a).



Artikel 7 stellt eine Ausnahme zu der in Artikel 5 des Oviedo-Übereinkommens verankerten allgemeinen Regel der Einwilligung dar. Drei Bedingungen müssen erfüllt sein: Die Person muss an einer schweren psychischen Störung leiden; die Behandlung muss das Ziel verfolgen, die psychische Störung zu bessern; und ohne die Behandlung der psychischen Störung droht ihr ein ernster gesundheitlicher Schaden. Eine Behandlung kann ohne die Einwilligung der Person erfolgen, wenn der nationale Rechtsrahmen, der zu beachten ist, eine solche Intervention ermöglicht und wenn der Person ohne die Intervention ein ernster gesundheitlicher Schaden droht. Wird dieser Artikel in Verbindung mit Artikel 26 des Oviedo-Übereinkommens gelesen, der bestimmte Umstände darlegt, unter denen die Ausübung der in dem Übereinkommen enthaltenen Rechte Einschränkungen unterliegen kann, könnte eine Intervention auch dann erfolgen, wenn ohne die Intervention ein Schaden für die Gesundheit und Sicherheit anderer droht. Der Verweis auf die nationale Rechtsordnung in Artikel 7 des Oviedo-Übereinkommens lässt darauf schließen, dass alle verfahrensrechtlichen Voraussetzungen erfüllt sein müssen.

An dieser Stelle sollte eine weitere Empfehlung des Europarats Erwähnung finden. Empfehlung R(99)4 des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten über die Grundsätze betreffend den Rechtsschutz der urteilsunfähigen Mündigen enthält einen Teil V, der Eingriffen im Bereich der Gesundheit gewidmet ist. Er besagt, dass, wenn eine mündige Person faktisch fähig ist, einem bestimmten Eingriff im Bereich der Gesundheit frei und im Wissen, worum es geht, zuzustimmen, dieser Eingriff nur mit ihrer Zustimmung vorgenommen werden darf.

Empfehlung Rec(2004)10 definiert im Detail die Voraussetzungen, unter denen eine Person einer erzwungenen medizinischen Behandlung unterworfen werden darf (Artikel 18), sowie die Bedingungen, die eine unfreiwillige Behandlung zu erfüllen hat (Artikel 19).

Europarat, Ministerkomitee – Empfehlung REC(2004)10

Artikel 18 – Kriterien für die unfreiwillige Behandlung

Eine Person darf nur dann einer unfreiwilligen Behandlung unterworfen werden, wenn sämtliche nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- i. Die Person hat eine psychische Störung;
- ii. der Zustand der Person birgt die signifikante Gefahr eines erheblichen Schadens für ihre Gesundheit oder für andere Personen;
- iii. es stehen keine weniger eingreifenden Mittel für eine angemessene Versorgung zur Verfügung;
- iv. die Meinung der betroffenen Person wurde berücksichtigt.

Artikel 19 – Grundsätze betreffend die unfreiwillige Behandlung

1. Die unfreiwillige Behandlung sollte:
 - i. gegen spezifische klinische Anzeichen und Symptome gerichtet sein;
 - ii. in angemessenem Verhältnis zum Gesundheitszustand der Person stehen;
 - iii. Teil eines schriftlichen Behandlungsplans sein;
 - iv. dokumentiert werden;
 - v. gegebenenfalls zum Ziel haben, so bald wie möglich den Einsatz einer für die Person akzeptablen Behandlung zu ermöglichen.

Die Bestimmungen der Empfehlung Rec(2004)10 gehen in einer Reihe von Punkten auch über die EMRK und das Oviedo-Übereinkommen hinaus. Sie empfiehlt beispielsweise, dass die unfreiwillige Behandlung Teil eines schriftlichen Behandlungsplans sein soll, eine Schutzmaßnahme, durch die besser überwacht werden kann, ob die medizinischen Entscheidungen auf fundierten Belegen basierten und ob die Behandlung so wenig restriktiv wie möglich war.¹²² Die Artikel 20 und 21 der Empfehlung Rec(2004)10 enthalten Verfahrensklauseln, die festlegen, welche Voraussetzungen der Entscheidungsprozess vor Anordnung einer unfreiwilligen Behandlung erfüllen soll (Artikel 21 bezieht sich auf Notfallverfahren, die auch in Artikel 8 des Übereinkommens über Menschenrechte und Biomedizin angesprochen werden).

¹²² Siehe auch: Europarat, Komitee zur Verhütung von Folter (CPT) (2010f), Randnr. 37.

Artikel 22 der Empfehlung Rec(2004)10 legt ein Auskunftsrecht zum Wohle des Patienten dar. Dies ist eine maßgebliche Schutzmaßnahme für die Rechte der betroffenen Person. Beziehen sich diese Bestimmungen auf die Situation von Vertretern – die auch über die zur Verfügung stehenden Rechte und Rechtsmittel in Kenntnis gesetzt werden und die Möglichkeit haben sollten, sich mit der von ihnen vertretenen Person auszutauschen –, sind sie im Einklang mit der oben behandelten Rechtsprechung zu verstehen. Besondere Bedeutung haben die Rechtssachen *Herczegfalvy gegen Österreich* – wo auf der Notwendigkeit bestanden wird, die Vertraulichkeit der Kommunikation mit der Außenwelt zu wahren – und *Vaudelle gegen Frankreich*¹²³ – wo die Notwendigkeit dargelegt wird, im Kontext eines Gerichtsverfahrens nicht nur der betroffenen Person, sondern auch ihrem Vertreter Auskunft zu erteilen.

Die Standards des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter

Schließlich ist auch die Auffassung des Europäischen Komitees zur Verhütung von Folter (CPT) relevant. Das CPT hat eine Reihe von Standards im Zusammenhang mit erzwungener Behandlung entwickelt, die Folgendes besagen:

„Es ist eine Prinzipienfrage, dass die Patienten in der Lage sein sollten, ihre freie und informierte Einwilligung zur Behandlung zu erteilen. Die unfreiwillige Einlieferung einer Person in eine psychiatrische Einrichtung sollte nicht als eine Ermächtigung verstanden werden, sie ohne ihre Einwilligung zu behandeln. Daraus folgt, dass jedem urteilsfähigen Patienten, ob freiwillig oder unfreiwillig eingewiesen, die Möglichkeit gegeben werden sollte, die Behandlung oder jeden anderen medizinischen Eingriff abzulehnen. Jede Abweichung von diesem grundlegenden Prinzip sollte sich auf eine gesetzliche Grundlage stützen und nur in klar und eng definierten Ausnahmefällen Anwendung finden.“

„Selbstverständlich kann die Einwilligung zu einer Behandlung nur als frei und informiert qualifiziert werden, wenn sie auf vollständigen, richtigen und verständlichen Informationen über den Zustand des Patienten und die vorgeschlagene Behandlung basiert [...]. Folglich sollten allen Patienten systematisch einschlägige Informationen über ihren Zustand und die für sie vorgeschlagene Behandlung zur Verfügung gestellt werden. Einschlägige Informationen (Untersuchungsergebnisse etc.) sollten ihnen auch im Anschluss an die Behandlung mitgeteilt werden.“¹²⁴

Das CPT schließt die Möglichkeit, dem Patienten „unter außergewöhnlichen Umständen“ eine medizinische Behandlung aufzuerlegen, nicht aus. Diese Umstände

müssen jedoch gesetzlich vorgeschrieben sein und einem spezifischen Verfahren folgen. Das CPT würde beispielsweise empfehlen:

„[...] die Verfahren zu überprüfen, um zu gewährleisten, dass allen Patienten – unabhängig von der Freiwilligkeit oder Unfreiwilligkeit – systematisch Informationen über ihren Zustand und die für sie angeordnete Behandlung zur Verfügung gestellt werden. Zudem sollten die Ärzte angewiesen werden, stets vor Behandlungsbeginn die Einwilligung des Patienten einzuholen. Das Formular zur Einwilligung in die Behandlung nach vorheriger Aufklärung sollte durch den Patienten unterzeichnet werden [...]. Einschlägige Informationen sollten den Patienten (und ihren Rechtsvertretern) auch während der und im Anschluss an die Behandlung mitgeteilt werden.“¹²⁵

Nach Ansicht des CPT sollte psychiatrische Behandlung auf einem „individualisierten Ansatz“ beruhen. Seinen Standards zufolge stellt sie mehr als die Verabreichung von Medikamenten dar und „sollte ein großes Angebot rehabilitativer und therapeutischer Aktivitäten enthalten, darunter Zugang zu Beschäftigungstherapie, Gruppentherapie, Einzelpsychotherapie, Kunst, Theater, Musik und Sport“.¹²⁶ Den Ausführungen des CPT zufolge kann es bei mangelnder Schulung der Mitarbeiter oder im Falle einer auf Verwahrung statt Genesung basierenden Kultur zu einer Situation kommen, in der die „grundlegenden Bestandteile einer effektiven psychosozialen Rehabilitationsbehandlung unterentwickelt sind oder sogar gänzlich fehlen“, was zu einer hauptsächlich aus medikamentöser Therapie bestehenden Behandlung führt.¹²⁷

In den CPT-Standards werden die Staaten zudem darauf hingewiesen, dass das CPT „gleichfalls auf etwaige Anzeichen für Medikamentenmissbrauch [achtet]“.¹²⁸ Das CPT hat spezifische Leitlinien für den Einsatz der Elektrokrampftherapie (EKT) erarbeitet, eine Maßnahme, die stets mit Anästhesie und Muskelrelaxans vorgenommen und von angemessenen Schutzvorkehrungen – darunter Schulung des Personals und spezifische Dokumentation jeder einzelnen Inanspruchnahme – begleitet werden sollte.¹²⁹

Insgesamt ist festzuhalten, dass die oben beschriebenen Normen nicht ausschließen, dass Menschen mit psychischer Störung unter außergewöhnlichen Umständen gegen ihren eigenen freien Willen behandelt werden können, wenn der betreffenden Person aufgrund ihres Zustands ein ernster gesundheitlicher Schaden droht.

¹²⁵ Europarat, CPT (2010e), Randnr. 145.

¹²⁶ Europarat, CPT (2010f), Randnr. 37.

¹²⁷ *Ibid.*

¹²⁸ *Ibid.*, Randnr. 38.

¹²⁹ *Ibid.*, Randnr. 39.

¹²³ EGMR, *Vaudelle gegen Frankreich*, Nr. 35683/97, 30. Januar 2001.

¹²⁴ Europarat, CPT (2010f), Randnr. 41.

In diesem Kapitel wurden die Standards und Garantien der UN und des Europarats für den Schutz von Menschen mit Behinderungen im Kontext der unfreiwilligen Unterbringung und Behandlung dargestellt. Im Hinblick auf die unfreiwillige Unterbringung sehen beide Kataloge von Standards Umstände vor, unter denen Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen die Freiheit entzogen werden kann, sofern gesetzlich vorgeschriebene Verfahren zur Anwendung kommen und die Rechtmäßigkeit der Freiheitsentziehung regelmäßig überprüft wird. Die EMRK trennt speziell die Freiheitsentziehung vom Vorliegen einer Behinderung, sodass eine Behinderung an sich eine Unterbringung nicht rechtfertigt. Sowohl auf der Ebene der Vereinten Nationen als auch des Europarats gibt es bei den Standards bezüglich der unfreiwilligen Behandlung Schnittstellen zwischen mehreren in Wechselbeziehung stehenden Rechten, namentlich die Freiheit von Folter, das Recht auf Privatsphäre und der Schutz der Unversehrtheit der Person. Das Recht des Europarats gestattet eindeutig die unfreiwillige Behandlung bei psychischen Gesundheitsproblemen,

sofern bestimmte, genau definierte Voraussetzungen erfüllt sind. Auf UN-Ebene ist eine weitere Auslegung durch den CRPD erforderlich, um klarzustellen, inwieweit die unfreiwillige Behandlung mit den Normen der BRK vereinbar ist. Allerdings wiederholen sowohl die Standards der UN als auch diejenigen des Europarats, wie wichtig es ist, vor Beginn einer medizinischen Behandlung die freie Einwilligung nach vorheriger Aufklärung des Patienten einzuholen.

Im nächsten Kapitel werden die Ergebnisse der FRA-Studie zur Gesetzeslage im Bereich der unfreiwilligen Unterbringung und Behandlung in den 27 EU-Mitgliedstaaten vorgestellt. Da der Schwerpunkt des Kapitels auf der rechtlichen Situation liegt, werden nicht gesetzlich vorgeschriebene Maßnahmen oder Schutzmaßnahmen nicht behandelt. Die Bedeutung derartiger Maßnahmen für den Schutz der Rechte von Menschen in Situationen von unfreiwilliger Unterbringung und Behandlung wird zwar anerkannt, ihre Analyse liegt jedoch außerhalb des Erfassungsbereichs dieses Berichts.

2

Rechtsrahmen der EU-Mitgliedstaaten

Ausgangspunkt dieses Kapitels ist der von der Europäischen Kommission kofinanzierte Bericht „Zwangseinweisung und unfreiwillige Behandlung von psychisch kranken Patienten – Rechtsvorschriften und Verfahren in den EU-Mitgliedstaaten“ (*Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in the EU-Member States*) aus dem Jahr 2002,¹³⁰ der eine vergleichende Analyse der bestehenden Rechtsvorschriften in den damals 15 Mitgliedstaaten der EU enthält. Zehn Jahre später erfasst der vorliegende Bericht die Situation in 27 EU-Mitgliedstaaten im Februar 2012 und bemüht sich mittels ähnlicher Fragestellungen wie in dem Bericht aus dem Jahr 2002 um eine begrenzte Analyse von Entwicklungstendenzen. Der vorliegende Bericht stützt sich jedoch auf die Kriterien für unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung, die in der nach dem Bericht aus dem Jahre 2002 erschienenen Empfehlung Rec(2004)10 des Europarats dargelegt wurden. Es können nicht alle Situationen erfasst werden, die durch die Rechtsvorschriften der EU-Mitgliedstaaten geregelt werden. Beispielsweise erstreckt sich die Analyse nicht auf die Freiheitsentziehung von geschäftsunfähigen Personen, da dieser Aspekt in einem gesonderten Bericht der FRA behandelt werden wird. Die Heranziehung bestehender Standards des Europarats als Grundlage für diese Analyse bedeutet auch, dass nicht notwendigerweise zwischen unfreiwilliger Unterbringung und unfreiwilliger Behandlung unterschieden wird, wenn diese Standards für beide Situationen gelten.

Dieses Kapitel untersucht zunächst die nationalen Rechtsvorschriften aus formaler Sicht (Abschnitt 2.1) und vergleicht anschließend die verschiedenen in den EU-Mitgliedstaaten angewandten Kriterien (Abschnitt 2.2). Schließlich werden einige Kernfragen in Bezug auf Verfahrensrechte im Kontext des Überprüfungs- und Rechtsmittelverfahrens behandelt (Abschnitt 2.3).

¹³⁰ Salize, H. J. et al. (2002).

2.1. Rechtsvorschriften

Die für die unfreiwillige Unterbringung und die unfreiwillige Behandlung geltenden Rechtsvorschriften der EU-Mitgliedstaaten sind durch große Unterschiede geprägt, was bereits vor zehn Jahren in dem Bericht aus dem Jahr 2002 betont wurde.¹³¹ Die Erkenntnisse der FRA bestätigen, dass dies auch 2012 noch zutrifft. 2013 wird der Europarat mit der Ausarbeitung eines Protokolls zum Oviedo-Übereinkommen beginnen, das ein rechtlich bindendes Instrument darstellen wird (siehe Kapitel 1). Gegenwärtig enthält jedoch nur ein nicht bindendes Instrument, nämlich die Entscheidung Rec(2004)10, einen Katalog spezifischer Standards für alle Mitgliedstaaten des Europarats und damit der EU.

Der Bericht von 2002 stellt fest, dass es zum damaligen Zeitpunkt in 12 der 15 EU-Mitgliedstaaten spezielle Gesetze zur psychischen Gesundheit gab, die die unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung regelten.¹³² Dem Bericht zufolge war der Hauptgrund dafür, dass es in **Griechenland, Italien** und **Spanien** keine spezifischen Rechtsvorschriften in diesem Bereich gab, dass man die stigmatisierende Wirkung einer Vorschrift, die speziell auf Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen Anwendung findet, vermeiden wollte.¹³³ Der diskriminierende Aspekt von spezifischen Rechtsvorschriften für den Bereich der psychischen Gesundheit hat zu Forderungen nach Rechtsreformen geführt.¹³⁴ In den EU-27 gibt es in einer Mehrzahl der Mitgliedstaaten (19) spezifische Gesetze zur psychischen Gesundheit, die die unfreiwillige Unterbringung oder unfreiwillige Behandlung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen regeln (siehe Anhang 1). In **Belgien**

¹³¹ *Ibid.*, S. 3; siehe auch Legemaate, J. (2005).

¹³² *Ibid.*, S. 18.

¹³³ *Ibid.*, S. 18.

¹³⁴ Siehe beispielsweise: Szmukler, G. und Dawson, J. (2011).

beispielsweise ist das Gesetz über den Schutz von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen von 1990 ein föderales Zivilgesetz,¹³⁵ in **Dänemark** ist es das Gesetz von 1989, geändert im Jahr 2006, über die Entziehung der Freiheit und andere Anwendung von Zwang, das diesen Bereich regelt.¹³⁶ Zwei weitere Beispiele der jüngsten Zeit: **Luxemburg** verabschiedete im Jahr 2009 ein entsprechendes Gesetz¹³⁷ und in **Frankreich** wurden die unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung durch das Gesetz vom 5. Juli 2011 grundlegend reformiert.¹³⁸

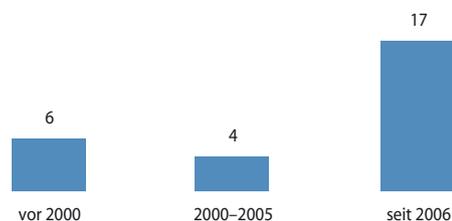
Acht EU-Mitgliedstaaten haben keine spezifischen Bestimmungen zur psychischen Gesundheit, die Zwangseinweisungen und/oder Zwangsbehandlungen von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen regeln. Stattdessen enthalten allgemeine Gesundheitsgesetze Regelungen für diese Bereiche. Das Gesundheitsgesetz in **Bulgarien** regelt sowohl die Unterbringung als auch die Behandlung, während in der **Tschechischen Republik** das Gesundheitsgesetz die unfreiwillige Behandlung und die Zivilprozessordnung die unfreiwillige Unterbringung regelt.¹³⁹ In **Griechenland** ist es das Zivilgesetzbuch, das auf die unfreiwillige Behandlung anwendbar ist, was hier die unfreiwillige Unterbringung einschließt.

Der Bericht von 2002 zeigte auf, dass viele Länder ihre Rechtsvorschriften im Verlauf der 1990er-Jahre reformiert hatten. Mit zahlreichen Gesetzesänderungen, neuen Gesetzen oder geplanten Reformen hat sich dieser Trend in den EU-Mitgliedstaaten seitdem fortgesetzt.¹⁴⁰ Einige dieser Reformen wurden durch Entwicklungen im Bereich der Grundrechtsstandards, insbesondere durch das Inkrafttreten der BRK ausgelöst. Dies war zum Beispiel in **Österreich** der Fall. Der erläuternde Bericht zu dem im Jahr 2010 verabschiedeten Gesetz zur Änderung des Unterbringungsgesetzes nimmt ausdrücklich auf die BRK Bezug.¹⁴¹ Die ministerielle Präsentation des **französischen** Gesetzes über Rechte und Schutz von Menschen in psychiatrischer Betreuung führte – als Teil der Zielvorgaben des Gesetzes – auch einen besseren Schutz des Rechts auf Freiheit von Patienten auf und verwies auf europäische Standards.¹⁴² Im Jahr 2011 setzte das **tschechische** Justizministerium eine Arbeitsgruppe ein, um das Gesetz im Bereich der unfreiwilligen Unter-

bringung und unfreiwilligen Behandlung zu reformieren und so den Schutz der Grundrechte von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen zu verbessern.¹⁴³

Ogleich diese nicht in den Erfassungsbereich dieses Berichts fallen, sollte auf nationale Gerichtsentscheidungen verwiesen werden, die ebenfalls auf die BRK Bezug nehmen und Änderungen von Rechtsvorschriften oder Reformen anstoßen. Ein Beispiel dafür ist eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts in **Deutschland** aus dem Jahr 2011.¹⁴⁴ Diese Entscheidung bezog sich auf die durch Ländergesetze geregelte Zwangsbehandlung in der forensischen Psychiatrie. Das Bundesverfassungsgericht stellte fest, dass die einschlägige Vorschrift gegen das deutsche Grundgesetz verstößt und verwies dabei auch auf die BRK. Der Rechtslehre zufolge wird diese Entscheidung tief greifende Reformen des Rechtsrahmens für die unfreiwillige Behandlung in Deutschland nach sich ziehen.¹⁴⁵ Die Entscheidung basierte zwar auf dem deutschen Grundgesetz, nahm aber auch auf die BRK Bezug. Abbildung 1 gibt einen Überblick über die Annahme von einschlägigen Rechtsvorschriften (unter Berücksichtigung ihrer letzten signifikanten Reform). Die Abbildung wurde basierend auf der Liste der Rechtsvorschriften in Anhang 1 erstellt.

Abbildung 1: Annahme von Rechtsvorschriften in den 27 EU-Mitgliedstaaten, einschließlich jüngster signifikanter Reformen



Quelle: FRA, Februar 2012

In EU-Mitgliedstaaten mit föderalistischer Staatsstruktur sind spezifische regionale gesetzliche Bestimmungen relevant. Dies ist beispielsweise in **Deutschland** der Fall, wo jedes der 16 Länder eigene Gesetze hat, die sich teilweise erheblich unterscheiden.¹⁴⁶ In anderen Mit-

135 Belgien, Gesetz über den Schutz von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen, 26. Juni 1990.

136 Dänemark, Konsolidiertes Gesetz über die Anwendung von Zwang in der Psychiatrie, Nr. 1111 vom 1. November 2006; siehe auch: UN, CRPD (2011d).

137 Luxemburg, Gesetz über die Krankenhauseinweisung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen ohne deren Einwilligung, 10. Dezember 2009.

138 Frankreich, Gesetz Nr. 2011-803 vom 5. Juli 2011.

139 UN, CRPD (2011c).

140 Siehe beispielsweise die diversen Reformen in Schweden: UN, CRPD (2011g).

141 Österreich, BGBl. I Nr. 18/2010, 17. März 2010.

142 Siehe Parlamentsdebatte im Vorfeld der Verabschiedung des Gesetzes Nr. 2011-803 vom 5. Juli 2011.

143 UN, CRPD (2011c), S. 23.

144 Deutschland, Bundesverfassungsgericht (BVerfG), 2 BvR 882/09, 23. März 2011.

145 Marschner R. (2011).

146 UN, CRPD (2011e).

gliedstaaten wie **Italien** und **Spanien** tragen Gesetze der Regionen bzw. Autonomen Gemeinschaften zur Ausgestaltung des nationalen Rechtsrahmens bei. In ähnlicher Weise gilt im **Vereinigten Königreich** das Gesetz zur psychischen Gesundheit (*Mental Health Act*) nur für England und Wales, Schottland und Nordirland haben andere Rechtsvorschriften.¹⁴⁷

Der Bericht von 2002 befasste sich mit der Frage, ob nationale Rechtsvorschriften den Zweck einer zwangsweisen Unterbringung oder Behandlung explizit anführen.¹⁴⁸ Die Ergebnisse der Untersuchung der FRA zeigen, dass die Rechtsvorschriften der EU-Mitgliedstaaten grundsätzlich einen übergeordneten Zweck der unfreiwilligen Unterbringung oder unfreiwilligen Behandlung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen festlegen. Im Detail lassen sich hier Unterschiede in den einzelnen Mitgliedstaaten feststellen. Die Unterbringung wird häufig mit der Verhütung von Schaden verknüpft. In **Ungarn** beispielsweise bezweckt eine unfreiwillige psychiatrische Behandlung den Schutz des Lebens, der Gesundheit und der körperlichen Unversehrtheit des Patienten selbst sowie anderer Menschen.¹⁴⁹ Ähnliche Formulierungen finden sich in anderen Staaten, zum Beispiel in **Bulgarien**: „zur Behandlung der psychischen Störung und zum Schutz der beeinträchtigten Person und anderer Menschen, die unter den Folgen ihres psychotischen Verhaltens leiden könnten“.¹⁵⁰

Zuweilen sind Zweck und Zielsetzungen der Gesetze allgemeiner formuliert. In den Rechtssystemen innerhalb des **Vereinigten Königreichs** legen die Rechtsvorschriften keine genauen Ziele fest und bieten für Entscheidungsträger eine Vielzahl von Rechtfertigungsgründen für eine unfreiwillige Unterbringung, basierend auf einem oder mehreren der folgenden Gründe: Gesundheit des Patienten, Wohlergehen des Patienten und/oder Schutz der Öffentlichkeit.¹⁵¹

Die Abgrenzungen von Zweck und Zielsetzungen kommen größtenteils in den konkreten Kriterien für die Einweisung und Behandlung zum Ausdruck, die im nächsten Abschnitt analysiert werden.

2.2. Kriterien für unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung

Die Empfehlung Rec(2004)10 des Europarats legt fünf kumulative Kriterien fest, deren Erfüllung Voraussetzung für die unfreiwillige Unterbringung einer Person ist (Artikel 17 Absatz 1 Rec(2004)10, siehe Kapitel 1 Abschnitt 1.2.2). Abgesehen vom therapeutischen Zweck, der ein Kriterium für die unfreiwillige Unterbringung ist, gelten die anderen vier Kriterien auch für die unfreiwillige Behandlung (Artikel 18 Rec(2004)10, siehe Kapitel 1 Abschnitt 1.2.2). Anhang 2 enthält einen Überblick über vier Kriterien, die durch die Rechtsvorschriften der EU-Mitgliedstaaten vorgeschrieben werden. Im Hinblick auf die in Empfehlung Rec(2004)10 angeführten Kriterien ergibt die Analyse der nationalen Rechtsvorschriften ein heterogenes Bild.

Eines der fünf Kriterien für die unfreiwillige Unterbringung, die in Empfehlung Rec(2004)10 festgeschrieben sind, findet sich in allen nationalen Rechtsvorschriften: das Vorliegen eines psychischen Gesundheitsproblems. Der erläuternde Bericht zu Empfehlung Rec(2004)10 führt weiter aus, dass eine unfreiwillige Unterbringung nur für die schwersten Formen von psychischen Gesundheitsproblemen für angemessen erachtet wird.¹⁵²

Auch wenn das Vorliegen eines psychischen Gesundheitsproblems als Voraussetzung gilt, kann eine Unterbringung allein dadurch nicht gerechtfertigt werden. Im Folgenden werden die einzelnen Rechtsvorschriften der EU-Mitgliedstaaten analysiert, um zu bewerten, welche zusätzlichen Kriterien die gesetzlichen Bestimmungen vorsehen. Zunächst werden der Zustand der betreffenden Person, das Risiko eines Schadens und der therapeutische Zweck analysiert (Abschnitt 2.2.1), anschließend die bestehenden Alternativen (Abschnitt 2.2.2) und ob laut Gesetz die Meinung der betroffenen Person zu berücksichtigen ist (Abschnitt 2.2.3).

147 UN, CRPD (2011f).

148 Salize, H. J. *et al.* (2002), S. 19.

149 Ungarn, Gesundheitsgesetz, 15. Dezember 1997, Artikel 191 Absatz 1 und Artikel 188; siehe auch: UN, CRPD (2010d).

150 Bulgarien, Gesundheitsgesetz, 1. Januar 2005, Artikel 146.

151 Vereinigtes Königreich (England und Wales), Gesetz zur psychischen Gesundheit 1983, Artikel 2 Absatz 2 und Artikel 3 Absatz 2. Zudem muss eine angemessene Behandlung zur Verfügung stehen, wenn die Unterbringungsdauer 28 Tage übersteigt.

152 Europarat, Ministerkomitee (2004a), Randnr. 128.

2.2.1. Risiko eines Schadens und therapeutischer Zweck

Die Gefahr, dass die Person sich selbst oder anderen einen ernsthaften Schaden zufügen könnte, sowie ein bestätigtes psychisches Gesundheitsproblem, sind die beiden wichtigsten Voraussetzungen, um eine unfreiwillige Unterbringung zu rechtfertigen. Dass die Unterbringung auch einen therapeutischen Zweck verfolgen muss, wird nicht explizit festgelegt. Dies ist der Fall in **Belgien, Bulgarien, Deutschland, Estland, Litauen, Luxemburg, Malta, den Niederlanden, Österreich, der Tschechischen Republik, Ungarn und Zypern**. In **Österreich** beispielsweise darf laut Paragraph 3 Absatz 1 des Unterbringungsgesetzes in einer psychiatrischen Abteilung untergebracht werden, wer „an einer psychischen Krankheit leidet und im Zusammenhang damit sein Leben [...] oder das Leben [...] anderer ernstlich und erheblich gefährdet“.¹⁵³ In ähnlicher Weise schreibt das Gesetz über die psychische Gesundheitsversorgung in **Litauen** – neben einer Einweisungsverweigerung, die einer fehlenden Einwilligung gleichkommt – für eine unfreiwillige Unterbringung die Erfüllung von zwei Kriterien vor: erstens, das Vorliegen eines psychischen Gesundheitsproblems und zweitens, die Gefahr eines ernsthaften Schadens für die Gesundheit oder das Leben der betroffenen Person bzw. für die Gesundheit oder das Leben von anderen Personen.¹⁵⁴

In 13 Mitgliedstaaten werden neben dem Vorliegen eines psychischen Gesundheitsproblems zwei Kriterien – das Risiko eines Schadens *und* das Erfordernis einer Behandlung – aufgeführt. Dies ist in **Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Lettland, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, der Slowakei, Slowenien** und dem **Vereinigten Königreich** der Fall. In manchen Rechtsvorschriften wird das Erfordernis einer Behandlung jedoch nicht explizit aufgeführt, sondern stellt eine mehr oder weniger implizite Voraussetzung dar.

In vielen dieser EU-Mitgliedstaaten legen die Rechtsvorschriften nicht fest, ob beide Kriterien erfüllt sein müssen oder ob für die Rechtfertigung einer unfreiwilligen Unterbringung eines dieser Kriterien ausreichend ist. In **Rumänien** beispielsweise führt Artikel 45 des Gesetzes zur psychischen Gesundheit die folgenden drei Voraussetzungen für eine rechtmäßige unfreiwillige Unterbringung auf: das Vorliegen einer schweren psy-

chischen Störung sowie vermindertes Urteilsvermögen; eine unmittelbare Gefahr der Selbstverletzung oder der Verletzung anderer Personen infolge der psychischen Störung; die Nichteinweisung in ein psychiatrisches Krankenhaus würde eine ernsthafte Verschlechterung des Gesundheitszustands zur Folge haben oder eine angemessene Behandlung behindern. In der **Slowakei** sieht Artikel 6 Absatz 9 des Gesundheitsgesetzes zwei verschiedene Kombinationen von Kriterien vor, die erfüllt sein müssen, damit die Genehmigung zur unfreiwilligen Unterbringung rechtmäßig ist: erstens, ein psychisches Gesundheitsproblem oder Symptome eines psychischen Gesundheitsproblems sowie das Risiko, dass die Person eine Gefahr für sich selbst und ihre Umgebung darstellt; oder zweitens, ein psychisches Gesundheitsproblem oder Symptome eines psychischen Gesundheitsproblems in Kombination mit der Gefahr einer ernst zu nehmenden Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands der betroffenen Person.

In einigen wenigen dieser EU-Mitgliedstaaten legen die Rechtsvorschriften ausdrücklich fest, dass eine Behandlung erforderlich sein muss. Dies ist beispielsweise in **Dänemark** der Fall, wo laut Artikel 5 des Gesetzes über die Anwendung von Zwang in der Psychiatrie¹⁵⁵ eine unfreiwillige Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus oder eine Zwangseinweisung nur dann zulässig ist, wenn der „Patient“ ein psychisches Gesundheitsproblem hat oder sich in einem Zustand befindet, der ähnliche Symptome aufweist. Begründet wird dies dadurch, dass es unvermeidbar wäre, in Vorbereitung auf eine Behandlung keine freiheitsentziehenden Maßnahmen anzuwenden, weil die Aussicht auf eine Genesung oder eine erhebliche und entscheidende Verbesserung des gesundheitlichen Zustands der Person anderenfalls beträchtlich verringert würde, oder diese eine unmittelbare und ernsthafte Gefahr für sich selbst oder andere darstellen könnte. Artikel 95 des **griechischen** Gesetzes 2071/1992 führt folgende Kriterien auf: die Person muss eine psychische Störung haben; die Person muss unfähig sein, Entscheidungen über ihr gesundheitliches Wohl zu treffen; das Ausbleiben der Behandlung kann eine Heilung unmöglich machen oder zur Verschlechterung des Gesundheitszustands der Person führen. Alternativ ist eine unfreiwillige Behandlung zulässig, wenn die Behandlung notwendig ist, um gewaltsame Handlungen der Person gegen sich selbst oder Dritte zu verhindern.

¹⁵³ Österreich, Unterbringungsgesetz (UbG), BGBl. 155/1990, § 3 Absatz 1. § 3 Absatz 2 fügt als dritte Voraussetzung hinzu, dass keine weniger restriktiven Alternativen zur Verfügung stehen; siehe auch: UN, CRPD (2010b), Randnr. 162.

¹⁵⁴ Litauen, Gesetz über die psychische Gesundheitsversorgung 1995, Nr. I-924, Änderung 2005 (*pin.*, 1995, Nr. 53-1290), Artikel 27.

¹⁵⁵ Dänemark, Konsolidiertes Gesetz über die Anwendung von Zwang in der Psychiatrie, Nr. 1111 vom 1. November 2006.



In einer kleinen Gruppe von EU-Mitgliedstaaten kann die Notwendigkeit einer therapeutischen Behandlung der Person, bei gleichzeitigem Vorhandensein eines psychischen Gesundheitsproblems, als Rechtfertigung für eine unfreiwillige Unterbringung gelten. In diesen Ländern wird das Kriterium, eine Gefahr für sich selbst oder andere darzustellen, nicht als Voraussetzung für die unfreiwillige Unterbringung in den Rechtsvorschriften aufgeführt. Dies gilt für **Italien** und **Spanien**. In Italien ist eine Zwangseinweisung nur möglich, wenn der Patient infolge seines psychischen Gesundheitszustands dringend psychiatrische Betreuung benötigt; der Patient eine angemessene psychiatrische Behandlung verweigert; und gezielte und wirksame Therapiemaßnahmen nur in einer stationären psychiatrischen Einrichtung durchführbar sind.¹⁵⁶ Die Gefahr, dass die Person sich selbst oder anderen einen Schaden zufügen könnte, ist keine unmittelbare Anforderung. Dementsprechend erfolgt keine Gefahreinstufung in Form von Risikoniveaus oder Schwellenwerten. Nach Artikel 763 Absatz 1 des spanischen Zivilprozessgesetzes¹⁵⁷ ist das Hauptkriterium für eine unfreiwillige Behandlung das psychische Gesundheitsproblem der betroffenen Person. Artikel 763 des Zivilprozessgesetzes stützt sich auf ein klinisches Kriterium. Dies bedeutet, dass jedes klinische Anzeichen, das eine Behandlung unter Krankenhausbedingungen dringend erforderlich macht, für die Anordnung einer unfreiwilligen Unterbringung ausreichend wäre.¹⁵⁸

Wie oben dargelegt, ist ein wichtiges Kriterium in einer großen Mehrzahl der EU-Mitgliedstaaten die Gefahr, die eine Person für sich selbst oder andere darstellen könnte. Der Bericht von 2002 enthielt eine Einteilung der EU-15 anhand der Festlegung eines Risikoniveaus, merkte allerdings an, dass manche Mitgliedstaaten zwar ein festgelegtes Maß an Gefährdung vorschreiben, die Schwellenwerte jedoch oftmals vage definiert sind.¹⁵⁹ Die mangelnde Präzision in den Rechtsvorschriften vieler Mitgliedstaaten scheint mit der Tatsache in Verbindung zu stehen, dass „Risikobewertung keine exakte

Wissenschaft ist“,¹⁶⁰ wie die Verfasser der Empfehlung Rec(2004)10 anerkannten. In der großen Mehrzahl der Mitgliedstaaten verwenden die Rechtsvorschriften Begriffe, die deutlich machen, dass die Wahrscheinlichkeit eines Schadens hoch ist, wodurch eine Vielzahl von Situationen erfasst wird. Wenige Mitgliedstaaten entscheiden sich für eine spezifischere Herangehensweise, bei der Situationen präzise benannt werden.

Die folgenden Beispiele dienen zur Veranschaulichung dieses Umstands. Artikel 5 des **dänischen** Gesetzes über die Anwendung von Zwang in der Psychiatrie verweist auf „unmittelbare und erhebliche Gefahr für die Person selbst und andere“. Wie und anhand welcher Kriterien oder Standards das Maß der „Erheblichkeit“ der Gefährdungslage beurteilt werden soll, wird nicht genauer erläutert. Das **irische** Gesetz spricht von „ernst zu nehmender Wahrscheinlichkeit“,¹⁶¹ während das **österreichische** Gesetz eine ernstliche und erhebliche Gefährdung vorschreibt.¹⁶² In **Spanien** ist die Situation ähnlich. In **Luxemburg** wird im normalen Verfahren (eine Unterbringung auf Antrag eines Familienangehörigen oder Betreuers) allgemein auf den Begriff einer „Gefahr“ verwiesen, in Ausnahmefällen kann die Unterbringung in Situationen „unmittelbarer Gefahr“ erfolgen.¹⁶³ In ähnlicher Weise sieht das **ungarische** Gesundheitsgesetz eine Trennlinie zwischen gefährlichem Verhalten und unmittelbar gefährlichem Verhalten vor. Letzteres stellt eine *unmittelbare und gravierende* Gefahr dar, die eine Notfallbehandlung erforderlich macht, während das erstgenannte Verhalten eine erhebliche Gefahr darstellen könnte, die Anlass zur Anordnung einer Zwangsbehandlung gibt.¹⁶⁴

Das **niederländische** Gesetz über (die Zwangseinweisung in) psychiatrische Krankenhäuser sieht keine spezifische Gefährdungsschwelle vor, Artikel 1 führt jedoch folgende Situationen auf (nicht erschöpfend): das Risiko, dass sich der Patient selbst töten oder ernsthaften körperlichen Schaden zufügen wird; dass er seine soziale Stellung und sein Umfeld stark schädigen wird; oder dass er sich selbst gravierend vernachlässigen wird. Die Auflistung umfasst auch die Gefahr, dass belästigendes Verhalten des Patienten aggressive Handlungen anderer Personen auslöst; die Gefahr, dass der Patient jemand anderen

156 Italien, Gesetz Nr. 833 vom 23. Dezember 1978, Artikel 34 Absatz 4.

157 Artikel 763 des Zivilprozessgesetzes wurde durch das spanische Verfassungsgericht für verfassungswidrig erklärt, weil das Gesetz im Primärrecht statt im Sekundärrecht hätte verankert werden müssen. Es verstößt daher gegen Artikel 17 Absatz 1 der Verfassung, der das Recht auf Freiheit und Sicherheit schützt. Siehe Spanien, Verfassungsgerichtsentscheidung 132/2010 vom 2. Dezember 2010. Bis der Gesetzgeber diesen Artikel ändert, bleibt Artikel 763 jedoch in der Praxis weiterhin anwendbar, um ein Rechtsvakuum zu vermeiden.

158 Der spanische Rechtsrahmen unterscheidet zwischen den zwei Modalitäten und regelt diese getrennt: unfreiwillige Unterbringung (Artikel 763 des Zivilprozessgesetzes) und unfreiwillige Behandlung (Artikel 9 des Gesetzes über die Autonomie des Patienten). Es gibt jedoch keine rechtliche Definition dieser Begriffe. Ein großer Teil der Rechtslehre geht davon aus, dass die unfreiwillige Behandlung nach dem Grundsatz *ad maiore ad minus* durch die unfreiwillige Unterbringung abgedeckt wird.

159 Salze, H. J. et al. (2002), S. 23.

160 Europarat, Ministerkomitee (2004a), Randnr. 129.

161 Irland, Gesetz zur psychischen Gesundheit 2001, 1. November 2006, Artikel 3.

162 Österreich, Unterbringungsgesetz (UbG), BGBl. 155/1990, § 3 Absatz 1.

163 Luxemburg, Gesetz über die Krankenhauseinweisung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen ohne deren Einwilligung, 10. Dezember 2009, Artikel 3 und 8.

164 Ungarn, Gesundheitsgesetz, 15. Dezember 1997, Artikel 188 Buchstabe b und c, Artikel 119 und Artikel 200.

töten oder einer anderen Person ernsten körperlichen Schaden zufügen könnte; die Gefahr eines Schadens für das psychische Wohlergehen anderer; und die Gefahr, dass der Patient einer seiner Betreuung unterstehenden Person Schaden zufügen wird.¹⁶⁵ Auch Paragraph 1906 des **deutschen** Bürgerlichen Gesetzbuchs verweist speziell auf die Gefahr, dass sich die Person selbst tötet oder sich selbst erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt, ohne jedoch die Art oder Unmittelbarkeit der Gefahr näher zu bezeichnen.¹⁶⁶

Insgesamt kommt das Kriterium der Gefährdung in den Rechtsvorschriften der EU-Mitgliedstaaten in unterschiedlicher Form zum Ausdruck. Gemäß Empfehlung Rec(2004)10 sollten Maßnahmen der unfreiwilligen Unterbringung oder Behandlung angemessen sein, und es dürfen keine weniger restriktiven oder eingreifenden Maßnahmen zur Verfügung stehen. Im Folgenden wird dargestellt, in welchem Maße diese Bedingung in den Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten zum Tragen kommt.

2.2.2. Weniger restriktive Alternativen

Unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung sollten nur zur Anwendung kommen, wenn keine alternativen Maßnahmen zur Verfügung stehen. Die Kriterien von Artikel 17 Absatz 1 Ziffer iv und Artikel 18 Ziffer iii der Empfehlung Rec(2004)10 werden in dem Erläuternden Bericht zu der Empfehlung wie folgt erklärt: Die unfreiwillige Unterbringung ist unvermeidbar, weil entweder die notwendige Betreuung nicht außerhalb einer Einrichtung geleistet werden kann oder weil keine alternativen Mittel zur Verfügung stehen. Gleichermaßen sollte eine unfreiwillige Behandlung nur erfolgen, wenn weniger eingreifenden Maßnahmen nicht ausreichen würden.¹⁶⁷ Der Bericht von 2002 zeigte, dass die überwältigende Mehrheit der EU-15 ausdrücklich vorschrieb, Zwangsmaßnahmen als letztes Mittel einzusetzen.¹⁶⁸ Auch in den EU-27 ist dies ein Kriterium, das in der Mehrzahl der Mitgliedstaaten erfüllt sein muss, bevor unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung zulässig sind (siehe Anhang 2).

In **Estland** beispielsweise besagt das Gesetz, dass neben anderen Kriterien, die für die Unterbringung in einer sozialen Einrichtung erfüllt sein müssen, „die Anwendung früherer Maßnahmen nicht ausreichend war oder der Einsatz anderer Maßnahmen nicht möglich ist“.¹⁶⁹ In ähnlicher Weise ist eine unfreiwillige psychiatrische Notfallversorgung zulässig, wenn – neben anderen Kriterien, die erfüllt sein müssen – „andere psychiatrische Betreuung nicht ausreichend ist“.¹⁷⁰ In **Deutschland** schreiben das Privatrecht sowie das öffentliche Recht eine Prüfung der Maßnahme auf Verhältnismäßigkeit vor, die durch die Gerichte in allen Verfahren zur unfreiwilligen Unterbringung und Behandlung bestätigt wurde.¹⁷¹ Einige Ländergesetze zur unfreiwilligen Unterbringung enthalten Bestimmungen, die ausdrücklich festlegen, dass den Betroffenen Hilfe zu gewähren ist, die speziell auf die Vermeidung der Unterbringung gerichtet ist. Artikel 39 des **slowenischen** Gesetzes zur psychischen Gesundheit gestattet die rechtmäßige Freiheitsentziehung, wenn die beschriebenen Gefährdungen nicht durch andere, weniger eingreifende Mittel verhindert werden können. Zu diesen Mitteln gehören unter anderem: Behandlung in einer offenen psychiatrischen Abteilung eines Krankenhauses, ambulante Behandlung oder Behandlung unter ärztlicher Beobachtung.¹⁷²

In einigen EU-Mitgliedstaaten ist diese Anforderung nur im Zusammenhang mit einer Notfallunterbringung vorgeschrieben. Das **ungarische** Gesundheitsgesetz führt beispielsweise als eine der Voraussetzungen für die Anordnung einer Notfallbehandlung auf, dass unmittelbar gefährliches Verhalten nur durch die Einweisung des Patienten in eine Einrichtung der psychiatrischen Versorgung abgewendet werden kann.¹⁷³ Dieses Kriterium bedeutet implizit, dass die Person nicht in eine psychiatrische Einrichtung eingewiesen werden sollte, wenn die Gefahr durch andere, weniger eingreifende Maßnahmen abgewendet werden kann. Das Gesetz führt jedoch nicht detailliert aus, welche Alternativen berücksichtigt und ausgeschöpft werden müssen, bevor auf die Versorgung in einer psychiatrischen Einrichtung zurückgegriffen werden kann.

165 Niederlande, Gesetz über (die Zwangseinweisung in) psychiatrische Krankenhäuser 1992, Artikel 1.

166 Deutschland, Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), eingeführt durch das Betreuungsgesetz (BtG), 1. Januar 1992, § 1906 Absatz 1 Unterabsatz 1.

167 Europarat, Ministerkomitee (2004a), Randnrn. 135 und 141.

168 Salize, H. J. et al. (2002), S. 20.

169 Estland, Sozialgesetz, 8. Februar 1995, geändert im Jahr 2008, Artikel 19 Absatz 1 Ziffer 3.

170 Estland, Gesundheitsgesetz, 12. Februar 1997, geändert im Jahr 2002, Artikel 11 Absatz 1 Ziffer 3.

171 Siehe beispielsweise: Deutschland, Bundesgerichtshof, Urteil in der Rechtssache Nr. XII ZB 236/05, 1. Februar 2006; siehe auch: UN, CRPD (2011e).

172 Slowenien, Gesetz zur psychischen Gesundheit 77/08, 28. Juli 2008, Artikel 39.

173 Ungarn, Gesundheitsgesetz, 15. Dezember 1997, Artikel 199 Absatz 1.

In anderen EU-Mitgliedstaaten bezieht sich der Einsatz weniger restriktiver Methoden nur auf die unfreiwillige Behandlung. Dies gilt beispielsweise für **Malta**, wo laut Artikel 14 Absatz 3 des Gesetzes zur psychischen Gesundheit die beiden Ärzte, die eine unfreiwillige Behandlungsmaßnahme beantragen, „angeben müssen, ob andere Methoden für den Umgang mit dem Patienten zur Verfügung stehen, und, wenn dies der Fall ist, warum solche Methoden nicht geeignet sind“.¹⁷⁴ **Litauen** und **Rumänien** haben einen ähnlichen Rechtsrahmen.

In **Bulgarien, Griechenland, Irland, Lettland, der Slowakei, Spanien, der Tschechischen Republik** und **Zypern** sehen die nationalen Rechtsvorschriften nicht explizit als Grundvoraussetzung vor, dass zunächst alle weniger restriktiven Möglichkeiten ausgeschöpft werden müssen. Das Gesetz überlässt die Entscheidung über eine unfreiwillige Unterbringung jenen Personen, die an der Beurteilung des gesundheitlichen Zustands einer Person beteiligt sind.

2.2.3. Berücksichtigung der Meinung des Patienten

Zwangsmaßnahmen widersprechen per Definition dem Wunsch der betroffenen Person.¹⁷⁵ Die Empfehlung Rec(2004)10 schreibt vor, dass die Meinung der betroffenen Person in mehreren Phasen des Verfahrens zur unfreiwilligen Unterbringung oder unfreiwilligen Behandlung zu berücksichtigen ist. Der Erläuternde Bericht zur Empfehlung Rec(2004)10 besagt eindeutig, dass während einer Unterbringungsmaßnahme ein „Gleichgewicht zwischen der Achtung der Selbstbestimmtheit und der Notwendigkeit, eine Person mit psychischen [Gesundheitsproblemen] zu schützen, möglicherweise schwierig ist, und daher wird betont, dass die Meinung der Person ausdrücklich zu berücksichtigen ist.“¹⁷⁶ Die Meinung der Person muss sowohl im Falle der unfreiwilligen Unterbringung als auch im Falle der unfreiwilligen Behandlung berücksichtigt werden. Eine Entscheidung zur unfreiwilligen Unterbringung sollte in keinem Fall eine Entscheidung zur unfreiwilligen Behandlung einschließen – die Entscheidungen sollten unabhängig voneinander getroffen werden, und die Meinung der Person ist in beiden Fällen einzuholen.¹⁷⁷ Der Bericht von 2002 verfolgt einen anderen Ansatz und konzentriert

sich auf die Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, die eine Person im Falle einer unfreiwilligen Behandlung erteilen sollte. Für die EU-15 wurde festgestellt, dass in zehn EU-Mitgliedstaaten eine solche Einwilligung nicht gesetzlich vorgeschrieben war,¹⁷⁸ obgleich die Einwilligung nach vorheriger Aufklärung zu den vom CPT befürworteten maßgeblichen Grundsätzen gehört (siehe Kapitel 1, Abschnitt 1.2.2). Einwilligung nach vorheriger Aufklärung trägt zwar zur Bildung eines Urteils bei, ist jedoch etwas enger gefasst, als die allgemeine Anforderung der Berücksichtigung der Meinung einer Person, die durch Empfehlung Rec(2004)10 vorgeschlagen wird. Die nachstehende Analyse umfasst zwei gesetzlich vorgeschriebenen Situationen: Die Meinung der betroffenen Person wird vor einer formellen Anhörung durch den Arzt und durch den Richter berücksichtigt.

In zahlreichen EU-Mitgliedstaaten verweisen die Gesetze bisweilen auf die Meinung der betroffenen Person im Zusammenhang mit der unfreiwilligen Unterbringung, häufiger jedoch im Zusammenhang mit der unfreiwilligen Behandlung. Dies ist beispielsweise in **Belgien, Dänemark, Deutschland, Finnland, Irland** und **Italien** der Fall. Das dänische Gesetz schreibt vor, dass vor Anordnung einer Zwangsbehandlung versucht werden muss, die Einwilligung des Patienten einzuholen.¹⁷⁹ Des Weiteren muss die Einweisung in eine Krankenhausabteilung sowie eine Behandlungsmaßnahme möglichst auf der Einwilligung des Patienten nach dessen vorheriger Aufklärung beruhen. Dies erfordert, dass sachgerechte und auf die Bedürfnisse der Person zugeschnittene Informationen bereitgestellt werden, die bei der Entscheidung über eine freiwillige Behandlung hilfreich sein können. Auch das **schwedische**¹⁸⁰ und das **polnische**¹⁸¹ Gesetz schreiben die Bereitstellung von solchen Informationen vor. In **Frankreich** muss laut Gesetz die Meinung der betroffenen Person hinsichtlich des Behandlungsplans eingeholt werden.¹⁸² Eine ähnliche Anforderung enthält das **polnische** Gesetz zur psychischen Gesundheit.¹⁸³

In einigen wenigen EU-Mitgliedstaaten verweisen die Gesetze nicht auf das Einholen der Meinung der betroffenen Person im Zuge einer unfreiwillig durchgeführten Maßnahme. Dies ist in **Griechenland, Lettland, Malta, der Slowakei, der Tschechischen Republik** und dem **Vereinigten Königreich** der Fall.

174 Malta, Gesetz zur psychischen Gesundheit 1981.

175 Europarat, Ministerkomitee (2004a), Randnr. 16.

176 *Ibid.*, Randnr. 136.

177 Siehe beispielsweise: Belgien, Gesundheitsministerium (2011), S. 3.

178 Salize, H. J. et al. (2002), S. 29.

179 Dänemark, Verordnung Nr. 1499 vom 14. Dezember 2006 über Zwangsbehandlung, Fixierung, Zwangsprotokolle usw. in psychiatrischen Abteilungen, Artikel 3; siehe auch: UN, CRPD (2011d).

180 Schweden, Gesetz über die Zwangsbehandlung in der Psychiatrie.

181 Polen, Gesetz über den Schutz der psychischen Gesundheit, Artikel 23 Absatz 3.

182 Frankreich, Gesetzbuch über die öffentliche Gesundheit, Artikel L3211-2-1.

183 Polen, Gesetz über den Schutz der psychischen Gesundheit, Artikel 33 Absatz 2.

In mehreren Rechtssystemen, beispielsweise in **Österreich** oder **Polen**,¹⁸⁴ ist der Richter, der letztendlich eine formelle Unterbringungsentscheidung treffen wird, aufgefordert, die betroffene Person vor einer Unterbringungsmaßnahme anzuhören. Laut Paragraph 19 des österreichischen Unterbringungsgesetzes hat ein Richter die betroffene Person innerhalb von vier Tagen ab Beginn eines Unterbringungsverfahrens anzuhören, um sich einen persönlichen Eindruck zu verschaffen.¹⁸⁵

In diesen Abschnitten wurden die fünf entscheidenden Kriterien behandelt, die erfüllt sein müssen, bevor eine Person einer unfreiwilligen Unterbringung und unfreiwilligen Behandlung unterworfen wird. Basierend auf diesen Kriterien wird eine Beurteilung vorgenommen und kann eine Entscheidung zur Durchführung von Zwangsmaßnahmen getroffen werden.

2.3. Beurteilungs- und Entscheidungsverfahren

In Situationen, in denen kein Notfall vorliegt, kommt im Bereich der unfreiwilligen Unterbringung und unfreiwilligen Behandlung in der Regel ein zweistufiges Verfahren zur Anwendung: Zunächst erfolgt eine Risikobewertung oder es wird ein Beobachtungszeitraum angeordnet, danach wird über die Unterbringung und/oder Behandlung entschieden. Das CPT betonte in mehreren Fällen, dass die Begründung der Entscheidung nicht formelhaft sein sollte.¹⁸⁶ Die in Artikel 20 der Empfehlung Rec(2004)10 dargelegten Standards für Beurteilungs- und Entscheidungsverfahren kommen in den Garantien und Schutzmaßnahmen der EU-Mitgliedstaaten in unterschiedlichem Ausmaß zum Ausdruck. Die nachstehende Analyse gibt einen Überblick über die Art und Weise, in der die Beurteilung im Normalfall erfolgt, und beschreibt das eigentliche Verfahren, das zu einer Unterbringungs- und/oder Behandlungsentscheidung führt.

2.3.1. Qualifikation und Anzahl der an der Beurteilung beteiligten Sachverständigen

CPT

Das Verfahren, mit dessen Hilfe über die unfreiwillige Unterbringung entschieden wird, sollte Garantien der Unabhängigkeit und Unparteilichkeit sowie eine objektive medizinische Begutachtung bieten. [...] die formelle Entscheidung, eine Person in einem psychiatrischen Krankenhaus unterzubringen, sollte stets auf den Befund von mindestens einem Arzt – vorzugsweise zwei Ärzten – mit psychiatrischer Qualifikation gestützt werden, und die tatsächliche Unterbringungsentscheidung sollte von einer anderen Stelle getroffen werden als derjenigen, die die Unterbringung empfohlen hat.¹⁸⁷

In einigen wenigen EU-Mitgliedstaaten kann ein beliebiger Arzt die medizinische Beurteilung vornehmen. Das **belgische** Recht beispielsweise enthält keinerlei Angaben zur erforderlichen Ausbildung des Arztes, der die Entscheidung trifft: Er muss weder Psychiater noch Neurologe sein, und es kann sich auch um den Arzt handeln, der die Behandlung durchführt. Das CPT kommentierte diese Vorschrift und forderte die belgischen Behörden auf, das Gesetz dahingehend zu ändern, dass die Beurteilung durch einen ausgebildeten Psychiater vorgenommen werden muss.¹⁸⁸ Auch das Gesetz in der **Slowakei** schreibt nicht explizit vor, dass der Arzt, der die medizinische Beurteilung vornimmt, über spezielle Fachkenntnisse auf dem Gebiet der Psychiatrie verfügen muss. In **Luxemburg** muss dem Antrag auf Einweisung einer Person ein Attest eines Arztes beiliegen, der nicht der Belegschaft der psychiatrischen Abteilung des aufnehmenden Krankenhauses angehört.¹⁸⁹ Im Jahr 2009, unmittelbar vor der Gesetzesreform in Luxemburg, äußerte das CPT Bedenken hinsichtlich der Tatsache, dass der die Erstbeurteilung vornehmende Arzt kein Facharzt der Psychiatrie sein muss.¹⁹⁰

In der Mehrzahl der EU-Mitgliedstaaten sieht das Gesetz jedoch vor, dass – im regulären Verfahren – nur Mediziner mit anerkannter Ausbildung und Erfahrung auf dem Gebiet der Psychiatrie für die Durchführung der Untersuchung sowie die Erstellung des medizinischen Gutachtens berechtigt sind. Ein Beispiel ist **Rumänien**, wo ein „qualifizierter Psychiater“ eine Entscheidung trifft, die durch eine mit drei Mitgliedern besetzte Revisionskommission (*comisia de revizie*) bestätigt wird. Diese

184 Polen, Gesetz über den Schutz der psychischen Gesundheit.
185 Österreich, Unterbringungsgesetz (UbG), BGBl 155/1990, § 19.
186 Siehe beispielsweise: Europarat, CPT (2011), Randnr. 189 oder Europarat, CPT (2010b), Randnr. 108.

187 Europarat, CPT (2010g), Randnr. 73.
188 Europarat, CPT (2010a), Randnr. 205.
189 Luxemburg, Gesetz über die Krankenhauseinweisung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen ohne deren Einwilligung, 10. Dezember 2009, Artikel 9.
190 Europarat, CPT (2010b), Randnr. 104.



drei Mitglieder werden vom Direktor des Krankenhauses ernannt – zwei Psychiater, „nach Möglichkeit andere als derjenige, der die ursprüngliche Entscheidung getroffen hat“, und ein Arzt einer anderen Fachrichtung oder ein Vertreter der Zivilgesellschaft.¹⁹¹

In bestimmten Situationen kann es vorkommen, dass sowohl ein Allgemeinmediziner als auch ein Psychiater in das Beurteilungsverfahren involviert sind. Dies hängt mit der Tatsache zusammen, dass die Gesetze der EU-Mitgliedstaaten oftmals Situationen vorsehen, in denen ein Antrag auf unfreiwillige Unterbringung und/oder Behandlung von einem Mediziner gestellt wird, bei dem es sich um einen Allgemeinmediziner handeln kann. In **Österreich** beispielsweise wird die vorläufige Beurteilung durch einen im öffentlichen Sanitätsdienst stehenden Arzt oder einen Polizeiarzt vorgenommen. Dieser stellt eine Bescheinigung aus, in der die Gründe anzuführen sind, aus denen der Arzt die Voraussetzungen der Unterbringung für gegeben erachtet. Die Genehmigung der Unterbringung erfolgt jedoch durch ein ärztliches Zeugnis des Leiters der psychiatrischen Abteilung, das dieser nach einer Untersuchung der betroffenen Person ausstellt.¹⁹² Im **Vereinigten Königreich** (England und Wales) wird der Unterbringungsantrag durch „zwei zugelassene Mediziner“ gestellt,¹⁹³ von denen einer ein ausgebildeter Psychiater sein muss.¹⁹⁴

In einigen Ländern ist das Entscheidungsverfahren noch stärker geregelt. In **Irland** beispielsweise entscheidet ein Gericht für Fragen der psychischen Gesundheit (*Mental Health Tribunal*), das mit drei Personen besetzt ist – einem Facharzt für Psychiatrie, einem Rechtsanwalt (*barrister*) oder Verfahrensbevollmächtigten (*solicitor*) mit mindestens siebenjähriger praktischer Erfahrung und einem Laien, bei dem es sich nicht um einen Arzt oder eine Pflegekraft handeln darf.

Ein weiterer wichtiger Standard, der eine Schutzmaßnahme gegen willkürliche Entscheidungen darstellt, ist die Anzahl der Sachverständigengutachten, die zur Genehmigung der unfreiwilligen Unterbringung eingeholt werden, sowie deren Unabhängigkeit von der Einrichtung, in der die Person untergebracht werden soll. Der letztgenannte Aspekt wird in den Berichten des CPT immer wieder angeführt.¹⁹⁵ Unter Beachtung dieses maßgeblichen Aspekts werden im nächsten Abschnitt die nationalen rechtlichen Bestimmungen für

die Anzahl der in das Beurteilungsverfahren vor der Entscheidung über eine unfreiwillige Unterbringung eingebundenen Sachverständigen analysiert.

In neun EU-Mitgliedstaaten sind mit einem Sachverständigengutachten eines Mediziners die rechtlichen Anforderungen hinsichtlich der Beurteilung der psychiatrischen Erkrankung einer Person erfüllt. Dies gilt für **Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Luxemburg, die Niederlande, Polen** und die **Tschechische Republik**. Zwar könnte in manchen Ländern die Entscheidungsbehörde – in der Mehrzahl der Mitgliedstaaten das Gericht (siehe Abschnitt 2.3.2) – ein zusätzliches Gutachten verlangen oder einen zusätzlichen unabhängigen Sachverständigen bestellen, diese Schutzmaßnahme ist jedoch fakultativ. In den **Niederlanden** beispielsweise wird das Gericht von dem Therapeuten des Patienten (z. B. einem Psychiater, Psychologen oder Allgemeinmediziner) informiert und kann in besonderen Fällen einen zusätzlichen unabhängigen Sachverständigen bestellen. Ähnliche Bestimmungen finden sich im nationalen Recht anderer Staaten.

In fast der Hälfte der EU-Mitgliedstaaten werden zwei Sachverständigengutachten (ärztliche Zeugnisse) verlangt. Weitere vier Länder sehen eine Kommission oder die getrennten Gutachten von drei oder mehr „Ärzten“ vor. Diese können als entscheidender Schritt betrachtet werden, wenn es um die Sicherstellung der Unparteilichkeit des ärztlichen Gutachtens und die Verhütung willkürlicher Entscheidungen geht. Beispielsweise ist in **Schweden** die Entscheidung darüber, ob der Zwangsbehandlungsschein ausgestellt wird, der erste Schritt in einer Beurteilung der Notwendigkeit einer Zwangsbehandlung durch zwei Ärzte. Die Anordnung der unfreiwilligen Behandlung muss auf einem Behandlungsschein basieren, der von einem anderen als dem über die Einweisung des Patienten entscheidenden Arzt auszustellen ist. Die Einweisungsentscheidung ist durch den Chefarzt beziehungsweise den leitenden Psychiater der Einrichtung zu treffen, in der der Patient behandelt werden soll. Überdies überprüft das Verwaltungsgericht alle Zwangseinweisungen und sieht die Untersuchung des Patienten durch einen unabhängigen Facharzt für Psychiatrie vor.¹⁹⁶

In **Finnland, Frankreich, Irland, Lettland, Litauen und Rumänien** schreibt das Gesetz mehr als zwei ärztliche

191 Rumänien, Gesetz zur psychischen Gesundheit (Gesetz 487/2002), Artikel 52.

192 Österreich, Unterbringungsgesetz (UbG), BGBl 155/1990, §§ 8 und 10.

193 Vereinigtes Königreich, Gesetz zur psychischen Gesundheit 1983 (c.20), Artikel 2 Absatz 3 und Artikel 3 Absatz 3.

194 *Ibid.*, c.20, Artikel 145 Absatz 1, geändert durch das Gesetz zur psychischen Gesundheit 2007.

195 Siehe beispielsweise: Europarat, CPT (2010c), Randnr. 61; Europarat, CPT (2009a), Randnrn. 137-138; Europarat, CPT (2010d), Randnrn. 44 und 46.

196 Schweden, Gesetz über die Zwangsbehandlung in der Psychiatrie, Artikel 4-13.

Gutachten vor. Nach Artikel 1 Absatz 6 des **lettischen** Gesetzes über die ärztliche Behandlung wird ein „Ärzterrat“ einberufen, der definiert ist als „eine Zusammenkunft von nicht weniger als drei Ärzten zur Stellung einer Diagnose und zur Festlegung der weiteren Behandlungsstrategie“. In ähnlicher Weise sind in **Finnland** im Verlauf des Verfahrens zur Anordnung der unfreiwilligen Behandlung einer Person auf der Grundlage des Gesetzes zur psychischen Gesundheit die Gutachten von drei unabhängigen Ärzten maßgeblich. Gutachten werden eingeholt von dem zuweisenden Arzt, dem behandelnden Krankenhausarzt und dem Chefarzt des Krankenhauses. Zudem wird, wenn eine Person zur Beobachtung eingewiesen wurde – vor Beginn der Beobachtung – durch einen Arzt begutachtet, ob die Anforderungen für die unfreiwillige Unterbringung voraussichtlich erfüllt sind.¹⁹⁷ Den finnischen Behörden zufolge werden die Rechte der Patienten durch die Zahl der eingebundenen Ärzte (bis zu vier) ordnungsgemäß gewahrt.¹⁹⁸ In **Frankreich** und **Litauen** sind an der Beurteilung zwei Psychiater sowie ein weiterer Arzt beteiligt. In **Frankreich** führt der Arzt innerhalb der ersten 24 Stunden der Beobachtung eine körperliche Untersuchung durch;¹⁹⁹ in **Litauen** vertritt er die Verwaltung der psychiatrischen Einrichtung.²⁰⁰

2.3.2. Behörden oder Einzelpersonen, die zur Entscheidung über eine unfreiwillige Unterbringung befugt sind

Die Intervention eines Richters oder einer anderen zuständigen Stelle ist Bestandteil aller auf Ebene des Europarats erarbeiteten Standards (siehe Abschnitt 1.2.2). Der Erläuternde Bericht zu Empfehlung Rec(2004)10 stellt klar, dass „das Grundprinzip darin besteht, dass eine Partei, die unabhängig von der Person oder der Stelle ist, die die Maßnahme vorschlägt, eine unabhängige Entscheidung [über die unfreiwillige Unterbringung] trifft“.²⁰¹ Die Empfehlung des Europarats schließt nicht aus, dass die Entscheidung von einem Arzt getroffen wird.²⁰² In den Rechtsvorschriften der EU-Mitgliedstaaten finden sich beide Konzepte, sowohl Entscheidung durch einen Richter als auch Entscheidung durch einen Arzt.

In einer großen Mehrzahl der EU-Mitgliedstaaten wird die endgültige Entscheidung durch eine nicht medizinische Behörde getroffen. Der Entscheidungsprozess besteht aus verschiedenen Schritten. Zu Beginn steht in

der Regel eine ärztliche Bescheinigung, die von einem oder mehreren Medizinern ausgestellt wird (siehe Abschnitt 2.3.1). Auf der Grundlage der Bescheinigung entscheidet ein Gericht oder eine gerichtsähnliche Behörde über die Unterbringung.

In den meisten EU-Mitgliedstaaten wird die Entscheidung über die unfreiwillige Unterbringung in einem regulären Einweisungsverfahren durch eine nicht medizinische Behörde getroffen, in der Regel handelt es sich dabei um ein Gericht. Dem Bericht von 2002 ist zu entnehmen, dass die Gesetze von zehn der damals 15 EU-Mitgliedstaaten diese Anforderung enthielten. In den EU-27 kommt diese Herangehensweise in 21 Mitgliedstaaten zum Tragen. In **Belgien** beispielsweise wird die Entscheidung über eine Beobachtung durch einen Richter im Anschluss an einen Antrag eines Beteiligten getroffen.²⁰³ Nachdem der Direktor der Einrichtung dem Richter einen Bericht des ärztlichen Leiters der Abteilung übermittelt hat, trifft der Richter eine Entscheidung über die Verlängerung der Unterbringung. In dringenden Fällen entscheidet der Staatsanwalt, wobei er innerhalb von 24 Stunden nach dieser Entscheidung den Richter in Kenntnis zu setzen hat.²⁰⁴ Im **Vereinigten Königreich** handelt es sich – in Abhängigkeit vom jeweiligen Rechtssystem – nicht immer um eine gerichtliche Entscheidung, die jedoch in jedem Fall außerhalb des Zuständigkeitsbereichs der medizinischen Behörde liegt und von anderen unabhängigen Behörden getroffen wird. In England und Wales kann die unfreiwillige Unterbringung durch den „nächsten Verwandten“ der unterzubringenden Person initiiert werden.²⁰⁵ Die zweite Möglichkeit, die in der großen Mehrzahl der Fälle zur Anwendung kommt, besteht darin, dass die Entscheidung durch eine anerkannte Fachkraft für psychische Gesundheit (*Approved Mental Health Professional*) getroffen wird. Um als solche zu gelten, muss eine Person eine der folgenden Qualifikationen vorweisen: Sozialarbeiter, Pflegekraft mit praktischer Erfahrung im Bereich der psychischen Gesundheit, Pflegekraft für Menschen mit Lernbehinderung, Ergotherapeut oder Diplom-Psychologe (*chartered psychologist*).²⁰⁶ Diese Person muss zudem einen von der Regierung zugelassenen Schulungslehrgang absolviert haben. Ein ähnliches System gilt in Nordirland, mit der Ausnahme, dass der Antrag auf Einweisung zur Begutachtung nur durch den nächsten Verwandten oder einen Sozialarbeiter gestellt werden kann, nicht durch eine andere Fachkraft. In Schottland müssen alle Anträge Gegenstand einer Anhörung vor dem Gericht für Fragen der psychischen Gesundheit (*Mental Health*

197 Finnland, Gesetz zur psychischen Gesundheit, Artikel 9 Absatz 3.

198 Europarat, CPT (2009b), Randnr. 53.

199 Frankreich, Gesetzbuch über die öffentliche Gesundheit, Artikel L. 3211-2-2. Siehe auch: Europarat, CPT (2012), Randnr. 178.

200 Litauen, Gesetz über die psychische Gesundheitsversorgung/1995, Nr. I-924, Änderung 2005, Artikel 16.

201 Europarat, Ministerkomitee (2004a), Randnr. 151.

202 *Ibid.*, Grundsatz 20 Absatz 2.

203 Belgien, Gesetz über den Schutz von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen, 26. Juni 1990, Artikel 5.

204 *Ibid.*, Randnr. 9.

205 Vereinigtes Königreich, Gesetz zur psychischen Gesundheit 1983 (c.20), Artikel 11 Absatz 1.

206 Vereinigtes Königreich, *Mental Health (Approved Mental Health Professionals) (Approval) (England) Regulations 2008*, SI 1206/2008, reg. 3 (1) und Schedule 1.



Tribunal) sein. Das Gericht ist befugt,²⁰⁷ diverse Verfügungen zu erlassen, auch in Bezug auf die unfreiwillige Unterbringung und die Durchführung medizinischer Behandlungen. Es ist mit drei Personen besetzt – ein Rechtsanwalt, ein Arzt und ein „allgemeines Mitglied“ (*general member*).²⁰⁸ Das „allgemeine Mitglied“ muss über eine Ausbildung bzw. einschlägige Kompetenzen oder Erfahrungen im Umgang mit Menschen mit psychischen Störungen verfügen. Laut den Bestimmungen²⁰⁹ kann es sich dabei um einen Gesundheits- und Krankenpfleger, einen klinischen Psychologen, einen Sozialarbeiter, einen Ergotherapeuten oder eine Person, die einer anderen Beschäftigung im Gesundheits- oder Pflegebereich nachgeht, handeln. In jedem Fall muss die betreffende Person über Erfahrungen als Dienstnehmer oder Anbieter von Dienstleistungen verfügen.²¹⁰

In **Luxemburg** entscheidet ein eigens bestellter Richter in dem Bezirk, in dem sich die betroffene Person aufhält, über die unfreiwillige Unterbringung.²¹¹ Jeder Gerichtsbezirk verfügt über einen Richter, der die Einweisung von Personen in medizinische Versorgungseinrichtungen überwacht und darüber entscheidet, ob die betreffende Person unter Beobachtung gestellt oder entlassen wird. Zudem überwacht er eventuelle künftige Einweisungen oder Unterbringungen. Der Richter ist außerdem befugt, Berichte anzufordern und nach seinem Ermessen Personen oder Stellen anzuhören, um sich ein klares Bild von der Situation zu machen, auf das er seine Entscheidung stützen kann.

In einigen EU-Mitgliedstaaten handelt es sich jedoch letztendlich um eine medizinische Entscheidung. In **Malta** beispielsweise liegt die Entscheidung beim Leiter des psychiatrischen Krankenhauses²¹² und in **Rumänien** entscheidet die „medizinische Behörde“.²¹³ Das **finnische** Gesetz zur psychischen Gesundheit schreibt vor, dass die endgültige Entscheidung über eine unfreiwillige Behandlung einer Person – die eine unfreiwillige Unterbringung erfordert – nach Ablauf eines viertägigen Beobachtungszeitraums durch den leitenden Psychiater des Krankenhauses zu treffen ist. Diese Entscheidung ist für drei Monate gültig. Für eine Verlängerung, mit einer Gültigkeitsdauer von bis zu sechs Monaten, wird eine zweite Entscheidung getroffen, die der sofortigen

Bestätigung durch das Verwaltungsgericht unterliegt.²¹⁴ Im Jahr 2011 kritisierte der Ausschuss gegen Folter (CAT) in seinen Schlussbetrachtungen in Bezug auf Finnland das finnische Verfahren und empfahl eine Reform des Gesetzes zur psychischen Gesundheit.²¹⁵ Auch in **Dänemark, Irland** und **Schweden** werden Unterbringungsentscheidungen durch Psychiater oder Allgemeinmediziner getroffen.

2.3.3. Gesetzlich vorgeschriebene Anhörung der Person

Der Bericht von 2002 untersuchte die gesetzlich vorgeschriebene Anhörung der betroffenen Person, wobei der Schwerpunkt besonders auf der Anwesenheit der Person bzw. einer Vertretung während der Anhörung vor einem Richter lag. In der EU-15 war eine solche Anhörung in 12 Mitgliedstaaten gesetzlich vorgeschrieben.²¹⁶ Auch laut Empfehlung Rec(2004)10 sollte der Richter sowohl im Rahmen eines Verfahrens zur unfreiwilligen Unterbringung als auch im Rahmen eines Verfahrens zur unfreiwilligen Behandlung die Meinung der betroffenen Person berücksichtigen.²¹⁷

In der überwiegenden Mehrzahl der EU-Mitgliedstaaten verlangt das Gesetz die Anwesenheit der betroffenen Person bei der Anhörung, in deren Verlauf über eine unfreiwillige Unterbringung entschieden wird. Diese Verpflichtung kann verfassungsrechtlicher Art sein, wie in **Deutschland**,²¹⁸ oder in den spezifischen Rechtsvorschriften enthalten sein. In **Estland** beispielsweise muss die Person, die unfreiwillig untergebracht werden soll, vor der gerichtlichen Entscheidung angehört werden.²¹⁹ Der Oberste Gerichtshof hat bei zahlreichen Gelegenheiten befunden, dass die Gerichte alles in ihrer Macht Stehende unternehmen müssen um sicherzustellen, dass die betroffene Person bei der gerichtlichen Anhörung anwesend ist. Das Gericht muss tätig werden, um die Fähigkeit der Person zur Teilnahme an der gerichtlichen Anhörung festzustellen und dafür Sorge zu tragen, dass die Person an dem Gerichtsverfahren teilnimmt, das die Festlegung der Beschränkungen ihrer Rechte zum Gegenstand hat. Die Gerichte sollten bei der Entscheidung darüber, ob die betroffene Person an der Anhörung teilnehmen sollte oder nicht, „das höchstmögliche Maß

207 Vereinigtes Königreich, *Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003*, asp. 13, Artikel 66.

208 *Ibid.*, asp. 13, Schedule 2, para 1.

209 Vereinigtes Königreich, *Mental Health Tribunal for Scotland (Appointment of General Members) Regulations 2004*, SSI 2004 No. 375, 21. September 2009.

210 *Ibid.*, reg2(1)(a).

211 Luxemburg, Gesetz über die Krankenhauseinweisung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen ohne deren Einwilligung, 10. Dezember 2009, Artikel 13.

212 Malta, Gesetz zur psychischen Gesundheit, Artikel 16 Absatz 1.

213 Rumänien, Gesetz zur psychischen Gesundheit (Gesetz 487/2002), Artikel 52.

214 Finnland, Gesetz zur psychischen Gesundheit, Artikel 10.

215 UN, CAT (2011), Randnr. 11.

216 Salize, H. J. et al. (2002), S. 25.

217 Europarat, Ministerkomitee (2004a), Artikel 20 Absatz 1 Ziffer i.

218 Deutschland, Grundgesetz, Artikel 103 Absatz 1.

219 Estland, Zivilprozessordnung, 20. April 2005, Artikel 536 Absatz 1.

an Gewissheit“ erlangen.²²⁰ Wird die betroffene Person nicht persönlich angehört, muss das Gericht dies objektiv begründen und dokumentieren. Eine ähnliche Verpflichtung schreibt das **zypriotische** Recht vor. Der CPT merkte jedoch an, dass die Patienten bei der gerichtlichen Anhörung praktisch nie anwesend waren. Der persönliche Vertreter war häufig ein Familienangehöriger und gleichzeitig die Person, die die Krankenhauseinweisung beantragt hatte.²²¹

In einigen EU-Mitgliedstaaten wird die Person möglicherweise nicht im Rahmen einer formellen Anhörung angehört. In der **Tschechischen Republik** beispielsweise holt das Gericht zwar die Meinung des Patienten ein, im Zuge der formellen Entscheidung jedoch kann – wenn der Patient für unfähig befunden wird, an dem Verfahren teilzunehmen – die anfängliche Unterbringungsentscheidung in dessen Abwesenheit getroffen werden.²²² In **Lettland** hat eine Person das Recht, im Überprüfungsverfahren angehört zu werden, wenn ein Richter dies für „möglich“ erachtet.²²³ Der CPT schlug in seinen Bemerkungen vor, das Recht auf Anhörung der betroffenen Person durch einen Richter zu stärken.²²⁴ Das **italienische** Gesetz verlangt keine Anhörung der betroffenen Person. Die Anhörung kann vor einem Vormundschaftsrichter und einem Gericht stattfinden, die berechtigt sind, die für notwendig erachteten Untersuchungen durchzuführen.²²⁵

2.3.4. Behörden oder Einzelpersonen, die zur Entscheidung über die Beendigung der Maßnahme befugt sind

CPT-Standards

Die unfreiwillige Unterbringung in einer psychiatrischen Einrichtung sollte enden, sobald der Geisteszustand des Patienten sie nicht mehr erfordert.²²⁶

In der Mehrzahl der EU-Mitgliedstaaten wird die Aufhebung einer unfreiwilligen Unterbringung durch den behandelnden Arzt angeordnet. Artikel 11 des **dänischen** Gesetzes über die Anwendung von Zwang in der Psychiatrie beispielsweise besagt, dass eine unfreiwillige Unterbringung beendet werden muss, wenn die Voraussetzungen für die Zwangsbehandlung nicht mehr vorliegen. Dies muss unabhängig davon geschehen, ob der Patient die Entscheidung durch Einreichung eines Entlassungsantrags initiiert hat oder nicht. Im Rahmen des Überprüfungsverfahrens muss der Chefarzt feststellen, ob die Voraussetzungen, die die unfreiwillige Unterbringung legitimieren, weiterhin vorliegen. Dies hat in folgenden Zeitabständen zu geschehen: drei, zehn, 20 und 30 Tage nach Beginn der unfreiwilligen Unterbringung und danach mindestens alle vier Wochen.²²⁷ In der **Tschechischen Republik** ist die Einrichtung jederzeit zur Entlassung des Patienten berechtigt, wenn sich die Situation verändert, und zwar unabhängig von der gerichtlichen Anordnung, in der ein spezifischer Zeitraum festgelegt wurde.²²⁸

In vielen Mitgliedstaaten ergibt sich die Beendigung einer Zwangsunterbringung oder Zwangsbehandlung aus der Zusammenarbeit von medizinischem Personal und dem Gericht. In **Ungarn** beispielsweise entscheidet in der Regel das Gericht über die Beendigung der Behandlung. Nach Artikel 199 Absatz 9 und Artikel 200 Absatz 8 des Gesundheitsgesetzes muss der Patient jedoch aus der Einrichtung entlassen werden, wenn seine Zwangsbehandlung nicht mehr gerechtfertigt ist.²²⁹ Dadurch erhält der Leiter der Einrichtung die Befugnis, den Patienten jederzeit zwischen den Anhörungen der vorgeschriebenen gerichtlichen Überprüfung zu entlassen, wenn die behandelnden Ärzte beschließen, dass der Patient nicht mehr in der Einrichtung behandelt werden muss. Artikel 763 Absatz 4 des **spanischen** Zivilprozessgesetzes regelt gleichermaßen die Beendigung einer unfreiwilligen Behandlung als medizinische Entscheidung, die dem zuständigen Gericht unverzüglich mitzuteilen ist. Eine ähnliche Bestimmung findet sich in Artikel 99 Absatz 1 des **griechischen** Gesetzes 2071/1992 und in Artikel 71 des **slowenischen** Gesetzes 77/08 zur psychischen Gesundheit.

In **Deutschland** wird die unfreiwillige Unterbringung durch verschiedene Rechtsakte geregelt, und auch bezüglich der Aufhebung einer Zwangseinweisung gibt es verschiedene Vorschriften. Unfreiwillige Unterbringungsmaßnahmen nach öffentlichem Recht werden durch dasselbe Gericht beendet oder aufgehoben, das

220 Siehe beispielsweise: Estland, Oberster Gerichtshof (*Riigikohus/3-2-3-14-05*), 19. Dezember 2005, Randnr. 10; Estland, Oberster Gerichtshof (*Riigikohus/3-2-3-10-05*), 26. September 2005, Randnr. 12; Estland, (*Riigikohus/3-2-3-11-05*), 12. September 2005, Randnr. 8; Estland, (*Riigikohus/3-2-3-8-05*), 8. Juni 2005, Randnr. 9.
221 Europarat, CPT (2008), Randnr. 119.
222 Tschechische Republik, Zivilprozessordnung, Gesetz Nr. 99/1963 Slg., Artikel 191d Absatz 3.
223 Lettland, Gesetz über die ärztliche Behandlung, 26. Februar 1998, Artikel 68 Absatz 9.
224 Europarat, CPT (2009c), Randnr. 132.
225 Italien, Gesetz Nr. 833/1878, 23. Dezember 1978.
226 Europarat, CPT (2010f), Randnr. 56.

227 Dänemark, Konsolidiertes Gesetz über die Anwendung von Zwang in der Psychiatrie, Nr. 1111 vom 1. November 2006, Artikel 21 Absatz 2.
228 Tschechische Republik, Zivilprozessordnung, Gesetz Nr. 99/1963 Slg., Artikel 191e Absatz 2.
229 Ungarn, Gesundheitsgesetz, 15. Dezember 1997, Artikel 199 Absatz 9 und Artikel 200 Absatz 8.



die Unterbringung ursprünglich angeordnet hat. In vielen Bundesländern endet die Unterbringung automatisch, wenn sie für eine begrenzte Zeitspanne angeordnet wurde und das Gericht die Zeitspanne nicht vor Ablauf verlängert hat. Bei privatrechtlichen Unterbringungsmaßnahmen nach Paragraph 1906 Absatz 3 Bürgerliches Gesetzbuch muss die Unterbringung durch den Betreuer beendet werden, sobald die Kriterien für die Unterbringung nicht mehr vorliegen. Der Betreuer setzt das Gericht lediglich über die Aufhebung der Unterbringung in Kenntnis. Das Gericht selbst entscheidet nur, wenn es erfährt, dass der Betreuer seiner Verpflichtung zur Aufhebung der Unterbringung nicht nachgekommen ist. Über die Beendigung einer unfreiwilligen Behandlung entscheidet das Gericht, wenn es darum ersucht wurde.

In einer anderen Gruppe von EU-Mitgliedstaaten können nur nicht medizinische Behörden über die Aufhebung einer unfreiwilligen Unterbringung entscheiden. In **Bulgarien** und **Estland** beispielsweise ist dies das Gericht. In **Italien**, wo der Bürgermeister über eine unfreiwillige Unterbringung entscheidet, ist dieser auch für die Entscheidung über die Beendigung oder Änderung einer medizinischen Zwangsbehandlung zuständig.²³⁰ In **Frankreich** besagt Artikel L. 3211-12 des Gesetzbuchs über die öffentliche Gesundheit, dass ein Richter jederzeit die Aufhebung einer unfreiwilligen Unterbringung beschließen kann, und zwar entweder auf Antrag oder aber basierend auf Informationen, die ihm übermittelt wurden. Paragraph 31 des **österreichischen** Unterbringungsgesetzes wählt einen ähnlichen Ansatz.²³¹

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Gesetze der EU-Mitgliedstaaten, unabhängig von der Entscheidungsbehörde, Artikel 24 Absatz 1 der Empfehlung Rec(2004) folgen, der besagt, dass „die unfreiwillige Unterbringung oder unfreiwillige Behandlung beendet werden sollten, wenn eines oder mehrere der Kriterien für die Maßnahme nicht mehr erfüllt sind“.

Dieser vergleichende Überblick schließt mit einer kurzen Darstellung der wichtigsten Verfahrensgarantien.

2.4. Überprüfung der Einweisung und Rechtsmittel

Verfahrensgarantien stellen äußerst wichtige Schutzmaßnahmen gegen Missbrauch dar. Eine vollständige Analyse würde eine Erörterung mehrerer für die nationalen Überprüfungssysteme maßgeblichen Gesetze erfordern. Die nachstehenden Ausführungen konzentrieren sich auf zwei Schlüsselemente, die veranschaulichen, welche Bedeutung Verfahrensgarantien in den Mitgliedstaaten beigemessen wird: der unentgeltliche Rechtsbeistand und das Recht, Entscheidungen über die unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung anzufechten.

2.4.1. Unentgeltlicher Rechtsbeistand

Eine angemessene rechtliche Unterstützung ist unmittelbar mit einem wirksamen Zugang zur Justiz verknüpft. Dies wird durch Artikel 47 Absatz 3 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union deutlich gemacht und wurde in zahlreichen Fällen durch die Rechtsprechung des EGMR bestätigt.²³² Artikel 25 Absatz 3 der Empfehlung Rec(2004)10 legt die Verpflichtungen der Staaten hinsichtlich der Gewährung von Rechtsbeistand dar, wenn eine Person gegen ihre Unterbringung Rechtsmittel einlegen will. Der Artikel besagt, dass „die Person, wenn sie sich nicht selbst vertreten kann, das Recht auf einen Rechtsanwalt und, in Übereinstimmung mit den nationalen Rechtsvorschriften, auf unentgeltliche Prozesskostenhilfe haben sollte“. Der Bericht von 2002 stellte fest, dass in der EU-15 acht Mitgliedstaaten Prozesskostenhilfe für Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen vorsah.²³³

Die Ergebnisse der FRA zeigen, dass diese Anforderung in den Gesetzen der überwiegenden Mehrheit der EU-Mitgliedstaaten zum Ausdruck kommt, die unentgeltlichen Rechtsbeistand entweder unter bestimmten Bedingungen oder automatisch vorsehen. Darüber hinaus schreiben in mehreren Mitgliedstaaten umfassende Bestimmungen zur Prozesskostenhilfe vor, dass automatisch ein Rechtsanwalt bestellt wird (beispielsweise in **Belgien, Bulgarien, den Niederlanden, Slowenien** oder **Ungarn**).²³⁴

²³² Zur Prozesskostenhilfe siehe: FRA (2011b), S. 47 ff.

²³³ Salize, H. J. et al. (2002), S. 35.

²³⁴ Belgien, Gesetz über den Schutz von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen, 26. Juni 1990, Artikel 7 Absatz 1; Bulgarien, Gesundheitsgesetz, Artikel 158 (4); Niederlande, Gesetz über (die Zwangseinweisung in) psychiatrische Krankenhäuser 1992, Artikel 8 Absatz 3; Slowenien, Gesetz zur psychischen Gesundheit 77/08, 28. Juli 2008, Artikel 31 und 68; und Ungarn, Gesundheitsgesetz, 15. Dezember 1997, Artikel 201 Absatz 4.

²³⁰ Italien, Gesetz Nr. 833/1878, 23. Dezember 1978, Artikel 33 Absätze 3 und 8.

²³¹ Österreich, Unterbringungsgesetz (UbG), BGBl 155/1990, § 31.

Wird unentgeltliche Prozesskostenhilfe nicht automatisch gewährt, ist sie an die Zahlungsfähigkeit der betreffenden Personen geknüpft. Beispielsweise legt das Gesetz über die psychiatrische Behandlung von 1997 in **Zypern** fest, dass das Gericht, wenn es dies für erforderlich erachtet und unter Berücksichtigung der finanziellen Situation des Patienten, anordnen kann, dass sowohl die Kosten des Rechtsanwalts als auch des Psychiaters des Patienten aus staatlichen Mitteln bestritten werden.²³⁵ In ähnlicher Weise sieht auch in **Polen** das Gesetz über den Schutz der psychischen Gesundheit nicht in allen Fällen die Gewährung von kostenlosem Rechtsbeistand für die betroffene Person vor. Das Gesetz besagt jedoch, dass das Gericht unentgeltliche Prozesskostenhilfe gewähren kann, wenn es die Mitwirkung eines Rechtsanwalts für erforderlich erachtet.²³⁶

In anderen Ländern ist die Gewährung von unentgeltlichem Rechtsbeistand davon abhängig, ob die einer unfreiwilligen Unterbringung unterliegende Person ihren eigenen Rechtsvertreter für das Rechtsmittelverfahren wählt oder sich durch einen vom Staat bestellten Rechtsanwalt vertreten lässt. Dies ist in **Dänemark** und der **Tschechischen Republik** der Fall, wo der Staat zwar die Vertretungskosten im Falle von durch das Gericht bestellten Anwälten trägt, dies aber nicht für Situationen gilt, in denen die betroffene Person einen eigenen Vertreter gewählt hat.²³⁷ Eine ähnliche Regelung findet sich in **Irland**,²³⁸ **Lettland**²³⁹ und **Litauen**,²⁴⁰ wo eine Person unentgeltlichen Rechtsbeistand erhält, wenn sie keinen Rechtsvertreter hat.

2.4.2. Überprüfung und Rechtsmittel im Zusammenhang mit der Rechtmäßigkeit einer unfreiwilligen Unterbringung und/oder unfreiwilligen Behandlung

Artikel 25 der Empfehlung Rec(2004)10 besagt, dass die Mitgliedstaaten zu gewährleisten haben, dass einer unfreiwilligen Unterbringung oder Behandlung unterliegende Menschen folgende Möglichkeiten haben: gegen eine Entscheidung Rechtsmittel einzulegen; die Rechtmäßigkeit der Maßnahme oder den Fortbestand ihrer

Anwendung durch ein Gericht in regelmäßigen Abständen überprüfen zu lassen – unabhängig davon, ob die betroffene Person, ihr Rechtsanwalt oder ihr Vertreter eine solche Überprüfung beantragt; im Rahmen solcher Überprüfungs- oder Rechtsmittelverfahren persönlich oder über einen Rechtsanwalt oder Vertreter angehört zu werden. Der Bericht von 2002 analysierte diese Frage bezogen auf das Recht auf ein Beschwerdeverfahren und gelangte zu dem Schluss, dass alle Mitgliedstaaten der EU-15 derartige Garantien vorsahen.

In der Mehrzahl der EU-Mitgliedstaaten sehen die nationalen Rechtsvorschriften im Bereich der psychischen Gesundheit ein Rechtsmittelverfahren gegen eine Entscheidung zur unfreiwilligen Unterbringung vor. In **Luxemburg** können Patienten jederzeit gegen ihre Unterbringung Rechtsmittel einlegen, indem sie vor dem für die Einrichtung zuständigen Bezirksgericht ihre Entlassung beantragen. Auch andere Beteiligte können bei Gericht Rechtsmittel einlegen.²⁴¹ Nach **niederländischem** Recht kann ein „Patient“ bei einem Richter (in Fällen der unfreiwilligen Unterbringung) oder bei einem Beschwerdeausschuss (in Fällen der unfreiwilligen Behandlung) die Beendigung der Unterbringung oder Behandlung beantragen. Gegen die Entscheidung sowohl des Richters als auch des Beschwerdeausschusses kann der Patient bei einem höheren Gericht Rechtsmittel einlegen.²⁴²

In mehreren EU-Mitgliedstaaten legen die nationalen Rechtsvorschriften einen Zeitrahmen fest, innerhalb dessen Rechtsmittel eingelegt werden müssen. In vielen Fällen deckt sich dieser Zeitrahmen mit den Vorgaben dazu, wie schnell die Rechtsmittelinstanz über die Rechtmäßigkeit der Unterbringungsanordnung zu entscheiden hat. In **Spanien** beispielsweise kann bei dem für das medizinische Zentrum geografisch zuständigen Untersuchungsrichter ein *Habeas-Corpus*-Verfahren zur Anfechtung der Rechtmäßigkeit einer Freiheitsentziehung infolge einer unfreiwilligen Unterbringung in einer staatlichen psychiatrischen Klinik angestrengt werden. Der Richter muss innerhalb von 24 Stunden entscheiden. Die Anerkennung des *Habeas Corpus* impliziert jedoch nicht notwendigerweise eine Aufhebung der Maßnahme, sondern kann stattdessen die Verlegung des Patienten in ein anderes, besser geeignetes medizinisches Zentrum nach sich ziehen.

235 Zypern, Gesetz Nr. 77(1) von 1997 über die Errichtung und den Betrieb von psychiatrischen Zentren für die Betreuung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen, den Schutz der Rechte solcher Menschen und die Festlegung der Pflichten und Zuständigkeiten von Angehörigen, Artikel 10 Absatz 1 Buchstabe h.

236 Polen, Gesetz über den Schutz der psychischen Gesundheit, Artikel 48.

237 Dänemark, Justizverwaltungsgesetz, Artikel 470, Absatz 2; Tschechische Republik, Zivilprozessordnung, Gesetz Nr. 99/1963 Slg., Artikel 191 Buchstabe g.

238 Irland, Gesetz zur psychischen Gesundheit 2001, 1. November 2006, Artikel 17 Absatz 1 Buchstabe b.

239 Lettland, Gesetz über die ärztliche Behandlung, 26. Februar 1998, Artikel 68 Absatz 7 und Artikel 68.

240 Litauen, Gesetz über die psychische Gesundheitsversorgung/1995, Nr. I-924, Änderung 2005, Artikel 28.

241 Luxemburg, Gesetz über die Krankenhauseinweisung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen ohne deren Einwilligung, 10. Dezember 2009, Artikel 30.

242 Niederlande, Gesetz über (die Zwangseinweisung in) psychiatrische Krankenhäuser 1992.

In fast allen EU-Mitgliedstaaten enthalten die Gesetze spezifische Bestimmungen für die regelmäßige gerichtliche Überprüfung der Rechtmäßigkeit der Maßnahme oder ihrer weiteren Anwendung. In **Irland** beispielsweise werden Unterbringungsanordnungen durch die Gerichte für Fragen der psychischen Gesundheit (*Mental Health Tribunals*) überprüft. Diese Überprüfungen erfolgen in allen Fällen, in denen eine Entscheidung zur unfreiwilligen Unterbringung einer Person erfolgt oder in denen eine Anordnung zu unfreiwilligen Unterbringung verlängert wird. Artikel 18 Absatz 1 Buchstabe a des Gesetzes zur psychischen Gesundheit auf dem Jahr 2001 besagt, dass das *Tribunal* die Anordnung bestätigen kann, wenn es davon überzeugt ist, dass der Patient unter einem psychischen Gesundheitsproblem leidet. Sollte dies nicht der Fall sein, kann das *Tribunal* nach Artikel 18 Absatz 1 Buchstabe b die Anordnung aufheben und die Entlassung des Patienten einleiten. In **Griechenland** besagt Artikel 99 Absatz 2 des Gesetzes 2071/1992, dass eine unfreiwillige Behandlung eine Dauer von sechs Monaten nicht überschreiten darf. Die Notwendigkeit der unfreiwilligen Behandlung wird nach den ersten drei Monaten durch den Staatsanwalt überprüft, dem ein neues psychiatrisches Gutachten vorgelegt wird. Basierend auf diesem Gutachten kann der Staatsanwalt bei dem Gericht erster Instanz die Fortführung oder die Beendigung der unfreiwilligen Behandlung beantragen.

Hinsichtlich der gesetzlich vorgeschriebenen Regelmäßigkeit der Überprüfungen bestehen zwischen den Mitgliedstaaten signifikante Unterschiede. Unabhängig von den Überprüfungsverfahren schreiben die meisten Rechtsvorschriften die Möglichkeit einer sofortigen Aussetzung der Maßnahmen im Falle einer Änderung der Situation vor. Erstüberprüfungen von Maßnahmen der unfreiwilligen Unterbringung oder Behandlung finden

dann nach einer kurzen Zeitspanne statt. Nachdem die Unterbringungsmaßnahme durch die Erstüberprüfung bestätigt wurde, wird ein Zeitrahmen für die regelmäßige Überprüfung der Entscheidung vorgeschrieben. In einigen Mitgliedstaaten finden regelmäßige Überprüfungen von Unterbringungsmaßnahmen alle drei Monate (**Bulgarien**,²⁴³ **Portugal**²⁴⁴), alle sechs Monate (**Finnland**,²⁴⁵ **Frankreich**,²⁴⁶ **Lettland**,²⁴⁷ **Litauen**²⁴⁸), nach einem Jahr (**Estland**,²⁴⁹ **Slowenien**²⁵⁰) oder nach zwei Jahren (**Belgien**,²⁵¹ **Luxemburg**²⁵²) statt.

Es wurden hier nur einige der wichtigsten Verfahrensgarantien aufgezeigt, die durch die Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten gewährt werden. Diese sind von entscheidender Bedeutung, weil sie die Anwendung von Zwang auf das absolut notwendige Maß beschränken.

In diesem Kapitel wurden die in den 27 EU-Mitgliedstaaten geltenden Rechtsvorschriften in Bezug auf die unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung untersucht. Es wurde aufgezeigt, dass die bestehenden Standards im Zusammenhang mit Beurteilungs- und Entscheidungsverfahren für die unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung in den Schutzmaßnahmen und Garantien der EU-Mitgliedstaaten in unterschiedlichem Maße zum Ausdruck kommen. Das nächste Kapitel beinhaltet Erfahrungsberichte von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit unfreiwilliger Unterbringung, unfreiwilliger Behandlung, Isolation und Fixierung sowie Anfechtung der Rechtmäßigkeit der Freiheitsentziehung. Diese individuellen Erfahrungen wurden im Rahmen einer Feldstudie der FRA in neun EU-Mitgliedstaaten gesammelt und erheben nicht den Anspruch, repräsentativ für die gegenwärtige Situation zu sein – weder in den einzelnen Mitgliedstaaten noch in der EU als Ganzes.

243 Bulgarien, Gesundheitsgesetz, 1. Januar 2005, Artikel 164 Absatz 3.

244 Portugal, Gesetz zur psychischen Gesundheit 36/98, 11. Juli 2002, Artikel 35.

245 Finnland, Gesetz zur psychischen Gesundheit.

246 Frankreich, Gesetzbuch über die öffentliche Gesundheit, Artikel L3211-2-1.

247 Lettland, Gesetz über die ärztliche Behandlung, 26. Februar 1998.

248 Litauen, Gesetz über die psychische Gesundheitsversorgung/1995, Nr. I-924, Änderung 2005, Artikel 28.

249 Estland, Zivilprozessordnung, 20. April 2005, Artikel 539 Absatz 1.

250 Slowenien, Gesetz zur psychischen Gesundheit 77/08, 28. Juli 2008, Artikel 70 Absatz 3.

251 Belgien, Gesetz über den Schutz von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen, 26. Juni 1990, Artikel 14.

252 Luxemburg, Gesetz über die Krankenhauseinweisung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen ohne deren Einwilligung, 10. Dezember 2009.

3

Persönliche Erfahrungen – Ergebnisse der Feldstudie

Um ein besseres Verständnis für die beiden komplexen Themenbereiche der unfreiwilligen Unterbringung und unfreiwilligen Behandlung zu erlangen, ist es notwendig, die persönlichen Erfahrungen der Betroffenen einzubeziehen. Die FRA führte eine eingehende Feldstudie durch, in deren Rahmen Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sowie ausgewählte Interessenvertreter, die über einschlägige Fachkompetenz und Erfahrungen verfügen, befragt wurden.²⁵³ Diese Erhebung liefert eine Momentaufnahme der Erfahrungen von Menschen mit Behinderungen in Bezug auf eine eigenständige Lebensführung und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Studie umfasste ein breite Palette an Themenbereichen, die in dem FRA-Bericht „Wahlfreiheit und Selbstbestimmung: das Recht auf ein eigenständiges Leben – Erfahrungen von Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen in neun EU-Mitgliedstaaten“ (*Choice and control: the right to independent living – Experiences of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems in nine EU Member States*) vorgestellt werden.

Dieses Kapitel stützt sich auf die Ergebnisse der Erhebung und konzentriert sich dabei auf die Erfahrungen von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit unfreiwilliger Unterbringung und unfreiwilliger Behandlung. Menschen mit geistiger Behinderung, die im Zuge dieser Studie befragt wurden, berichteten ebenfalls von Erfahrungen mit speziellen

Einrichtungen, in denen sie oft für lange Zeit und offenbar mit wenig Wahlmöglichkeiten untergebracht waren – die Unterbringung stand jedoch nicht in Zusammenhang mit einer unfreiwilligen Behandlung. Da sich die in den vorangehenden Kapiteln erörterten Rechtsvorschriften und -standards überwiegend auf Personen mit psychischen Gesundheitsproblemen beziehen, werden deren Erfahrungen in diesem Kontext stärker berücksichtigt.

Die Feldforschung wurde zwischen November 2010 und Juli 2011 durchgeführt und umfasste halbstrukturierte Einzelinterviews mit 115 Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen in neun EU-Mitgliedstaaten (Bulgarien, Deutschland, Frankreich, Griechenland, Lettland, Rumänien, Schweden, Ungarn und Vereinigtes Königreich). Außerdem fanden in allen untersuchten Mitgliedstaaten Fokusgruppen-Interviews mit ausgewählten Interessenvertretern statt, die über einschlägige Fachkompetenz und Erfahrungen in Bezug auf Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen verfügen. Dazu gehörten Vertreter von Organisationen oder Einrichtungen, die sich mit den Themenbereichen der Studie befassen. Je nach EU-Mitgliedstaat handelte es sich dabei um unterschiedliche Organisationen, umfassten aber, falls möglich: einen Vertreter einer nutzergeführten Organisation oder Gruppe, Behördenvertreter, Vertreter von Ombudsstellen oder nationalen Menschenrechtsorganisationen sowie Vertreter einschlägiger Berufsverbände, beispielsweise Psychiater und Sozialarbeiter. Bei einem zweitägigen Beratungstreffen in Wien diskutierten Organisationen und Interessenverbände von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und Menschen mit geistiger Behinderung aus den an der Studie teilnehmenden EU-Mitgliedstaaten die ersten Ergebnisse der Feldstudie.

Der qualitative Anspruch der Studie erforderte die Beschränkung auf eine kleine Personengruppe – die Auswahl erhebt keinen Anspruch darauf, für alle Menschen

²⁵³ Die Feldstudie wurde im Auftrag der FRA von folgenden Wissenschaftlern aus den neun untersuchten Mitgliedstaaten durchgeführt: Slavka Kukova (Bulgarien), Petra Gromann (Deutschland), Dominique Velche (Frankreich), Maria Mousmouti (Griechenland), Ieva Leimane-Veldmeijere (Lettland), Georgiana Pascu (Rumänien), Rafael Lindqvist (Schweden), Tamas Gyulavári (Ungarn) und Sarah Woodin (Vereinigtes Königreich). Für weitere Informationen zu Methodik und Forschungskonsortium des FRA-Projekts *Die Grundrechte von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen und Menschen mit geistiger Behinderung*, einschließlich einer Analyse der methodischen Herausforderungen und Grenzen, siehe FRA (2012).

mit psychischen Gesundheitsproblemen repräsentativ zu sein. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass zum Zeitpunkt der Befragung keine der beteiligten Personen dauerhaft in einer Einrichtung untergebracht war. Alle Vorkommnisse im Zusammenhang mit derartigen Einrichtungen fanden in der Vergangenheit statt und lagen teilweise schon mehrere Jahrzehnte zurück.

Die Abschnitte 3.1 bis 3.4 geben einen Überblick über die Aussagen der Befragten. Die Erfahrungsberichte können nicht entsprechend der vorangehenden rechtlichen Analyse gegliedert werden, da sich die individuellen Erfahrungen der Befragten nicht auf diese Weise kategorisieren lassen. Nichtsdestoweniger sprachen die Befragten bei der Schilderung ihrer Erlebnisse viele der vorgestellten rechtlichen Schlüsselthemen an, unter anderem: Verfahren der unfreiwilligen Unterbringung und Behandlung, ärztliche Beratung und Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, Isolation und Fixierung sowie Anfechtung der Rechtmäßigkeit von unfreiwilliger Unterbringung und Behandlung. Ihre Aussagen tragen zur Kontextualisierung des rechtlichen Rahmens bei, da sie die unmittelbaren Auswirkungen der gesetzlichen Regelungen auf das Leben der Betroffenen aufzeigen. Darüber hinaus können sie einen wertvollen Beitrag in der weiteren Verbesserung von Schutzmaßnahmen leisten.

3.1. Unfreiwillige Unterbringung

Die meisten der für diese Studie befragten Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen hatten bereits Erfahrungen mit der Unterbringung oder Behandlung in diversen Institutionen gemacht, entweder in Einrichtungen der Langzeitbetreuung oder in psychiatrischen Kliniken – häufig auf unfreiwilliger Basis. In Deutschland und Ungarn hatten alle Befragten längere Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken hinter sich gebracht. In Bulgarien, Griechenland, Frankreich, Lettland, Rumänien und dem Vereinigten Königreich hatten mehr als die Hälfte der Befragten Erfahrungen mit verschiedenen Formen der institutionellen Unterbringung gemacht, wovon einige erst kurze Zeit, andere wiederum schon mehrere Jahrzehnte zurücklagen. Daher spiegeln sie möglicherweise nicht die gegenwärtige Situation wider.

3.1.1. Erfahrungen mit unfreiwilliger Unterbringung

Die Befragten beschrieben ihre unfreiwillige Einweisung in ein Krankenhaus meist als negative und beängstigende Erfahrung und betonten besonders das Gefühl der Hilflosigkeit und den erlebten Kontrollverlust in der Situation. Andere beklagten einen Mangel an Informationen und eine Atmosphäre der Gewalt. Nur wenige der Befragten berichteten von positiven Erfahrungen. Das liegt möglicherweise daran, dass sich die Aussa-

gen vorrangig auf den Zeitpunkt der Zwangseinweisung beziehen und weniger auf den gesamten Zeitraum der Unterbringung. Einige der Befragten hatten auch Erfahrungen mit freiwilliger Unterbringung gemacht und ihre Einweisung durchaus für sinnvoll und notwendig erachtet, jedoch unter der Voraussetzung, dass sie an den Entscheidungsprozessen beteiligt waren.

Die Befragten beschrieben ihre unfreiwillige Unterbringung als traumatisches Erlebnis. Sie hatten das Gefühl, in eine Art „Maschinerie“ geraten zu sein, die sie weder beeinflussen noch anhalten konnten:

„Ein einziges böses Wort meiner Mutter gegenüber genügte, und schon setzte sich die Maschinerie in Bewegung, und ich hatte einfach keine Chance.“

Mann, 56 Jahre, Deutschland

Andere Befragte bestätigten derartige Gefühle des Kontrollverlusts. Eine Frau, heute 55 Jahre alt, erzählte, wie sie im Alter von 28 Jahren von ihrem Vater, ihrer Schwester und einem mit der Familie befreundeten Psychiater in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wurde. Man verabreichte ihr gewaltsam eine Injektion und sperrte sie in einen Isolationsraum. Es gab keinerlei Aufklärung und auch keine Diskussionen über das Wieso und Warum der Geschehnisse, wodurch ihre Angst und Verwirrung nur umso größer wurden, wie sie berichtete.

Andere Befragte berichteten ebenfalls über unzureichende Informationen. Als eine Frau gefragt wurde, ob sie im Augenblick der unfreiwilligen Unterbringung über ihre Rechte in Kenntnis gesetzt worden war, antwortete sie:

„Überhaupt nicht! Das ist der Punkt, den ich am heftigsten kritisiere. Die Art und Weise, wie der Psychiater mich behandelt hat, das war wie eine Zwangsjacke. [...] Es war wirklich sehr beängstigend. Der Psychiater machte mir Angst.“

Frau, 65 Jahre, Frankreich

In Lettland äußerten mehrere der Befragten, dass ihnen während der Fahrt zum psychiatrischen Krankenhaus nicht erklärt wurde, wohin sie gebracht wurden.

Die Befragten betonten die vorherrschende Atmosphäre der Gewalt und zugleich den Mangel an Informationen:

„Es ging dort außerordentlich brutal zu. Ich war völlig verwirrt und geschockt [...] man hat mir keine Wahl gelassen und absolut gar nichts erklärt [...] [Es war wie] eine Festnahme [...] Und ich mochte meinen Psychiater nicht, wie er mich behandelte, ich wollte nur meine Freiheit.“

Frau, 65 Jahre, Frankreich



Dennoch gab es auch Befragte, die meinten, dass ihre unfreiwillige Unterbringung rückblickend möglicherweise notwendig gewesen war. Ein Befragter sagte, seine vorübergehende Unterbringung war grundsätzlich angebracht, auch wenn seiner Meinung nach Klinikaufenthalte generell wohl vermeidbar gewesen wären:

„Da war der Richter, und die ganze Sache ging zwei- oder dreimal zur Polizei, ich habe mit Sicherheit genug Zwang erfahren, aber wenn ich das Ganze im Nachhinein betrachte, ich hatte mich einfach nicht mehr unter Kontrolle. Aber meine Vorgeschichte – wenn sie genauer hingeschaut hätten, wäre ich unter den gegebenen Umständen nicht in der Klinik gelandet.“

Mann, Deutschland

Anhören und Zuhören

Nur wenige der Befragten sagten, dass sie einbezogen oder nach ihrer Meinung gefragt wurden, weder vor noch während ihrer unfreiwilligen Unterbringung. Einige Befragte in Rumänien erklärten, dass ihnen unmittelbar nach der unfreiwilligen Unterbringung ein Dokument in sehr kleiner Schrift zur Unterzeichnung vorgelegt wurde, über dessen Inhalt sie kaum informiert wurden. Ein Teil der Befragten gab an, dass das medizinische Personal keinerlei Unterschied zwischen Einwilligung zur Unterbringung und Einwilligung zur Verabreichung von Medikamenten machte.

Einige Befragte berichteten, von ihren eigenen Familien ohne ihr Einverständnis untergebracht worden zu sein. Eine Frau beschrieb ihren ersten Aufenthalt in einer Klinik im Jahr 1996, als sie 50 Jahre alt war. Ihr Ehemann und ihre Tochter hatten sie zu einem Arztbesuch in eine psychiatrische Klinik gebracht, ohne zuvor einen möglichen Klinikaufenthalt mit ihr zu besprechen:

„Das war überhaupt nicht freiwillig! Es war nicht einfach! Es war wie in einem Trichter. Ich denke, dass die Ärzte meine Familie gefragt haben. Es fühlte sich an, als würde ich in einen Trichter hineingesogen. Und dann kam der Psychiater, der zu mir sagte: Geben Sie die Autoschlüssel Ihrer Tochter. Ich weise sie ein.“

Frau, 65 Jahre, Frankreich

Eine andere Person gab an:

„Ich wurde im Jahr 2002 eingewiesen ins [...] [öffentliche Krankenhaus]. Meine Mutter und mein Stiefvater beantragten meine Einweisung über einen richterlichen Beschluss. Ich ging auf ihre Forderung ein. Im Jahr 2004 ließ ich mich freiwillig einweisen, da sich mein Zustand wieder verschlechterte.“

Griechenland

Die Befragten befanden es als ausgesprochen wichtig, in Entscheidungen einbezogen und ausführlich informiert zu werden, da die Einflussmöglichkeiten während der Zeit der Unterbringung nur gering seien:

„Viele Leute, die uns behandeln und auf unserem Weg begleiten, sind sich nicht ganz darüber im Klaren, welche Bedeutung Macht und Ohnmacht in Beziehungen spielen. Die Rollenidentität der Fachkräfte wird häufig dazu missbraucht, jegliche Einwände oder Ängste von Patienten, wie berechtigt sie auch sein mögen, zu ersticken.“

Deutschland

Wenn im Gegensatz dazu der Umgang mit den Patienten seitens des Personals von Anfang an gut war und diese ausreichend aufgeklärt wurden, waren die Erfahrungen mit der Einweisung weitaus positiver. Ein 22-jähriger Mann, der in Lettland in ein Krankenhaus eingewiesen wurde, berichtete, dass er anfangs nicht im Krankenhaus bleiben wollte, dann aber doch die Einwilligungserklärung unterschrieb, weil er in der Aufnahmestation gut behandelt wurde und das Personal ihm erklärte, wo er war und warum er dort war.

3.1.2. Erfahrungen mit „freiwilliger“ Unterbringung ohne Wahlfreiheit und Selbstbestimmung

Die Befragten wussten häufig nicht, dass es Möglichkeiten gab, ihre Einweisung in ein Krankenhaus anzufechten – beispielsweise das Recht, die stationäre Aufnahme zu verweigern. Dies wurde von Befragten in Ungarn sowie Lettland berichtet, die nach 2005 im Krankenhaus untergebracht waren, was darauf schließen lässt, dass nach wie vor Aufklärungsbedarf in diesem Bereich besteht. Dies wirft Fragen über die tatsächliche Wahlfreiheit hinsichtlich einer Krankenhauseinweisung auf, wenn diese einerseits zwar freiwillig ist, eine Verweigerung in der Praxis jedoch nur selten möglich ist.

Der Mangel an Wissen um die Möglichkeiten, eine Einweisung zu verweigern oder anzufechten, war häufig die Folge davon, dass Informationen nicht verfügbar bzw. nicht zugänglich waren. Eine Frau, die für einen relativ langen Zeitraum nicht wusste, dass sie sich in einem Krankenhaus befand und dort ohne ihre Einwilligung behandelt wurde, sagte:

„Nein, niemand sagte mir, wo ich war oder warum ich dort war, ich wusste gar nichts. Ich verbrachte ein ganzes Jahr in diesem Krankenhaus.“

Frau, 47 Jahre, Lettland

Die Befragten im Vereinigten Königreich hätten es nicht nur für hilfreich befunden, wenn sie zum Zeitpunkt der Einweisung ausreichend informiert worden wären, sondern auch, wenn man ihnen etwa eine Woche nach der Einweisung – nach einer gewissen Eingewöhnungsphase und emotionalen Stabilisierung – genau erklärt hätte, was passiert war und warum sie eingewiesen worden waren. Zu diesem Zeitpunkt wäre auch eine Aufklärung über die Rechte und Ansprüche angebracht, zum Beispiel über das Recht auf Verweigerung der Einwilligung.

In Rumänien hatten alle Befragten, die aufgefordert wurden, ihre Einwilligung zu erteilen, dies auch getan. Die meisten gaben jedoch an, nicht nach ihrer Einwilligung in die Einweisung gefragt worden zu sein. In Fällen, in denen die Einwilligung eingeholt wurde, konnten sich die Befragten in der Regel nicht daran erinnern, dass man ihnen Informationen dazu erteilt oder ihnen gesagt hätte, welche Bedeutung eine Einwilligung hat oder welche Möglichkeiten es gibt, die Einweisung anzufechten.

In anderen Ländern gaben einige Befragte an, ihre Ärzte hätten auf der Unterzeichnung der Einwilligungserklärung bestanden, verbunden mit der Warnung, dass eine Weigerung nur zu erfolglosen oder möglicherweise sogar nachteiligen Gerichtsverfahren führen würde. Ein Befragter sagte in Bezug auf seine Unterbringung im Jahr 2009:

„Ich hatte die Wahl, entweder zuzustimmen und zu unterschreiben und so eine gewisse Zeit hier zu bleiben und Medikamente einzunehmen oder aber für längere Zeit bleiben zu müssen, bis zur Anhörung vor Gericht. Medikamente hätte ich auch dann einnehmen müssen – und dann hätte das Gericht ohnehin beschlossen, dass ich bleiben und noch mehr Medikamente einnehmen muss. Ich entschied mich für das geringere Übel.“

Mann, 23 Jahre, Lettland

3.1.3. Wahlfreiheit und Selbstbestimmung im Zusammenhang mit dem Aufenthalt in Krankenhäusern oder anderen Einrichtungen

Die Meinungen darüber, ob die im Krankenhaus verbrachte Zeit von Vorteil sein könnte, gingen unter den Befragten auseinander. Viele äußerten sich sehr negativ zu psychiatrischen Kliniken und sagten klar, dass sie nicht noch einmal in eine solche Klinik würden gehen wollen. Diese Einstellung war häufig mit früheren Erfahrungen in psychiatrischen Krankenhäusern verbunden, die sie zu der Überzeugung hatten kommen lassen, dass derartige Erfahrungen eher nachteilig als hilfreich für den Genesungsprozess wären. Eine Frau, die eine unfreiwillige Unterbringung erlebt hatte, nachdem sie

ein Jahr zuvor freiwillig beschlossen hatte, sich in einer psychiatrischen Klinik behandeln zu lassen, sagte:

„Ich [...] wusste, dass ich davon nichts Gutes zu erwarten hatte, ich hatte es gehasst und ich wollte nicht dorthin zurück.“

Frau, 53 Jahre, Lettland

Auch in Bulgarien hatten die Befragten unterschiedliche Erfahrungen in Krankenhäusern gemacht, aber keiner wollte künftig je wieder in einer derartigen Einrichtung untergebracht werden.

Andere konnten – besonders rückblickend – nachvollziehen, dass bestimmte Zeiten in der Klinik durchaus notwendig gewesen waren. Sie gaben an, dass es Zeiten gegeben hatte, in denen sie stationäre Versorgung gebraucht, diese aber nicht immer erhalten hatten. Eine Frau erläuterte, dass sie Schwierigkeiten hatte, sich freiwillig in ein Krankenhaus einweisen zu lassen, als sie es selbst für dringend erforderlich hielt. Sie beschrieb, wie sie ins Krankenhaus ging und dort das Personal bat, aufgenommen zu werden:

„Wenn ihr mich nicht aufnehmt, wird das meine Familie zerstören, ich kann nicht zu Hause bleiben. Da kamen sie dann mit dem verdammten Zeug [Medikamente] und ich wurde total irre. Ich wollte doch bloß mit jemandem reden! Und dann dachte ich mir, ich muss jetzt selbst für mich kämpfen [...]. Wenn ihr mich nicht reinlasst, dann kaufe ich mir ein großes Fleischmesser, stelle mich damit auf den Marktplatz und schreie [...] Ich bin niemals anderen Menschen gegenüber gewalttätig gewesen und habe nie jemanden bedroht, aber in diesem Moment dachte ich, ich muss jetzt protestieren und hier irgendwie vorankommen. Sie boten mir dann an, ins [...] Krankenhaus zu gehen, in eine geschlossene Abteilung, obwohl ich ja freiwillig da war.“

Frau, Schweden

Positive Einstellungen zu Behandlungen in einem Krankenhaus waren vorrangig bei Befragten zu finden, die Erfahrungen mit freiwilliger Behandlung und Einweisung gemacht hatten und zu nichts gezwungen worden waren:

„Ich habe eine wunderbare Klinik, ich kann dort im Notfall einfach so auftauchen und fühle mich dort sehr wohl.“

Frau, 50 Jahre, Deutschland

Basierend auf derartigen Erfahrungen empfahlen die Befragten, dass man aus einem größeren Angebot an Einrichtungen sollte wählen können. Befragte im Vereinigten Königreich hielten eine Reform des Krisenunterstützungssystems für erforderlich, um Rückzugsorte für kurze Auszeiten zu schaffen – Orte, die ein wie zweites



Zuhause sind –, wo sich betroffene Menschen erholen können, ohne aus der Gesellschaft ausgeschlossen und in ein Krankenhaus eingewiesen zu werden. Derartige Rückzugsorte waren nur für sehr wenige der Befragten verfügbar, was bei einigen das Bedürfnis verursachte, hin und wieder einige Zeit in einem Krankenhaus verbringen zu müssen.

Einige Befragte betonten, wie wichtig unmissverständliche Kommunikation und ausführliche Aufklärung bei der Einweisung in ein Krankenhaus seien, da so eher das Gefühl der Selbstbestimmung aufrechterhalten werden könnte. Das wiederum könnte die mit der Einweisung verbundenen Sorgen und Ängste abbauen, wodurch die Notwendigkeit von Zwangseinweisungen möglicherweise verringert würde.

3.2. Unfreiwillige Behandlung

Einige der Befragten wurden über einen beträchtlichen Zeitraum unfreiwilligen Behandlungen ausgesetzt, welche in der Regel in Krankenhäusern erfolgten. Nähere Ausführungen dazu finden sich in Abschnitt 3.2.1.

Im Frankreich, Schweden und dem Vereinigten Königreich ist es Patienten gestattet, bei Erfüllung bestimmter Auflagen das Krankenhaus verlassen. Die Einhaltung dieser Auflagen ist Voraussetzung für eine ambulante Behandlung, welche den Patienten ermöglicht, in ihrem gewohnten Umfeld zu bleiben. Zwei der Befragten im Vereinigten Königreich hatten Erfahrungen mit dieser Art der Behandlung gemacht. Ihre Schilderungen werden in Abschnitt 3.2.2 dargelegt.

Die Befragten waren gegenüber einer unfreiwilligen Behandlung überwiegend negativ eingestellt, wobei die Ansichten zu einer medikamentösen Behandlung allgemein, einschließlich einer Behandlung in Krankenhäusern, ausgewogener waren. Einige der Befragten befanden eine Medikation für durchaus sinnvoll, und gaben an, dass sie ihre Medikamente bereitwillig eingenommen hatten, wenn im Vorfeld alternative Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt wurden. Eine ausführliche Analyse der Erfahrungsberichte in Bezug auf freiwillige Behandlung ist dem FRA-Bericht „Wahlfreiheit und Selbstbestimmung: das Recht auf ein eigenständiges Leben – Erfahrungen von Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen in neun EU-Mitgliedstaaten“ (*Choice and control: the right to independent living – Experiences of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems in nine EU Member States*) zu entnehmen.

3.2.1. Unfreiwillige Behandlung in Krankenhäusern

In allen neun Ländern berichteten die Befragten von unfreiwilliger Behandlung bzw. Zwangsbehandlung in Krankenhäusern, die sie als beängstigend und erniedrigend empfunden hatten. Einige wenige der Befragten gaben jedoch auch an, dass sie die Behandlung im Nachhinein für erforderlich hielten. Wenn sie sich der Behandlung widersetzen, wurde zu Gewalt und Zwangsmaßnahmen gegriffen:

„Ich schlug gegen das Fenster und wollte hinunter springen. Zwei Wachleute rissen mich zu Boden, setzten sich auf mich und gaben mir eine Injektion. Zu viert zwangen sie mich ins Bett. Es war extrem erniedrigend.“

Frau, Schweden

Die Formen der Zwangsbehandlung waren unterschiedlich. Die Befragten berichteten über die Verabreichung von Sedativa und anderen Medikamenten sowie über Elektrokrampftherapie (EKT):

„Ich glaube, man gab mir eine Injektion in die Hand, aber ich erinnere mich nicht mehr genau. Ich schlief sofort ein, die Augen fielen mir zu. Unmittelbar danach wurde ich ohne mein Wissen mit Elektroschocks behandelt. Ich fand es erst später heraus. Sie haben mein Leben zerstört.“

Mann, 55 Jahre, Griechenland

„Rein in den Mund und runterschlucken. Wenn man es nicht nehmen will, bekommt man eine Spritze und das war's dann.“

Mann, 47 Jahre, Lettland

In einigen Fällen bezweifelten die Befragten, dass die Behandlung, der sie unterzogen wurden, für sie geeignet war. Mehrere Befragte in Ungarn sagten beispielsweise, dass sie unabhängig von ihren Symptomen oder einer Diagnose in den ersten Tagen nach ihrer Einweisung stark sediert wurden.

Die Befragten waren sich darüber einig, dass die unfreiwillige Behandlung auch nach ihrer Entlassung lang anhaltende Auswirkungen auf ihre Persönlichkeit, ihre Lebensführung und ihre sozialen Kontakte hatte:

„Man hat mir überhaupt nichts erklärt. Ich bekam sofort eine Spritze mit Neuroleptika. Ich bin raufgegangen. Der Psychiater ist plötzlich auch raufgegangen. Und sofort, zack. Und dann war keiner mehr da. Danach fällt man dann zu Boden, weil es einen regelrecht umwirft. Man ist völlig fertig, und darunter leide ich wirklich sehr sehr sehr. [...] Ich hatte schon das Gefühl, dass ich nicht mehr dieselbe war, aber für mich war es die Krankheit. Ich dachte, ich muss krank sein, weil sie mich eingewiesen haben. Es muss also an der Krankheit liegen.“

„Und eines Tages sagte eine Kollegin zu mir: Hör auf mit diesen Behandlungen, du bist ja gar nicht mehr du selbst. Da hat es plötzlich klick gemacht! Und dann dachte ich mir, ich sollte wirklich versuchen, aufzuhören. Da habe ich gemerkt, wie das Gefühl zurückkam. Ich hatte plötzlich wieder Freude an der Arbeit, was vorher nie der Fall war. Ich war irgendwie ein bisschen schizophren. Das muss an den Behandlungen gelegen haben.“

Frau, 65 Jahre, Frankreich

Wenn die Behandlung auf freiwilliger Basis erfolgt war, verbanden die Befragten auch durchaus positive Erinnerungen mit der Zeit, die sie in psychiatrischen Kliniken verbracht hatten:

„Im Krankenhaus wurde ich nie zu irgendetwas gezwungen.“

Griechenland

Darüber hinaus räumten einige der Befragten mögliche Vorteile einer Behandlung mit Psychopharmaka ein:

„Nun, das ist eine schwierige Frage, denn einige Patienten können durchaus ohne Medikamente zurechtkommen, und ich glaube manchmal, wenn ich niemals Medikamente genommen hätte, wäre das auch okay gewesen. Aber im Nachhinein denke ich, dass auch eine Menge Wissenschaft dahinter steckt, und solange die Nebenwirkungen nicht allzu gravierend sind, habe ich kein Problem damit, Medikamente zu nehmen. [...] Ich weiß, dass Medikamente helfen können. Sie sind kein Allheilmittel, aber eine Hilfe, eine Art Beistand.“

Mann, 44, Vereinigtes Königreich

„Ich habe nichts dagegen, Medikamente einzunehmen, denn ich weiß, dass sie gut für mich sind.“

Griechenland

wurden. Manche wurden gegen ihren Willen in ein Krankenhaus eingewiesen und nachträglich zur Unterzeichnung einer Einwilligungserklärung aufgefordert, um ein späteres Gerichtsverfahren zu vermeiden:

„Das ist mir schon einige Male passiert. Wenn es mir besonders schlecht geht, bringen mich meine Angehörigen zum Arzt, der eine Einweisung ins Krankenhaus anordnet und dann werde ich eingewiesen. Ich leide unter einer manisch-depressiven Erkrankung und bin mit der Einweisung nicht einverstanden. Dann im Krankenhaus – Injektionen, und später, wenn ich etwas ruhiger werde, komme ich wieder zu mir. Ich musste eine Einwilligungserklärung unterschreiben, in der ich bestätigen musste, dass ich freiwillig im Krankenhaus war, um langwierige gerichtliche und staatsanwaltschaftliche Verfahren zu vermeiden [...]. Die Ärzte selbst sagten mir: 'Sie sind ja ohnehin schon ins Krankenhaus eingewiesen worden. Also können wir ja alle rechtlichen Maßnahmen lassen und Sie unterschreiben einfach'.“

Frau, 51 Jahre, Bulgarien

Mehrere Befragte gaben an, dass man ihnen keine Gelegenheit gab, über ihre Behandlung und mögliche Alternativen zu sprechen, und dass sie auch nicht aufgefordert wurden, ihre Einwilligung zu der jeweiligen Behandlung zu erteilen:

„Ich konnte nichts selbst entscheiden. Der Arzt traf alle Entscheidungen für mich. Man hat auch keine Rücksprache mit mir gehalten, oder mir gesagt, dass die und die Medikamente nicht das Richtige für mich sind und sie mir deshalb andere geben werden – so etwas gab es nie.“

Lettland

„Ich hatte zwei Krisen – die erste 2000, die zweite 2005. Niemand redete mit mir, sie sprachen mit meiner Mutter und sie gab ihre Einwilligung und unterschrieb das entsprechende Formular, aber niemand erklärte mir, was denn eigentlich eine Elektrokrampftherapie war. Anfangs dachte ich, es wäre eine Art Anästhetikum, mit dessen Hilfe die Medikamente sich besser in meinem Körper verteilen können, aber später merkte ich, dass es etwas ganz anderes war.“

Frau, 29 Jahre, Bulgarien

Einwilligung nach vorheriger Aufklärung

In den meisten Ländern berichteten Befragte über Behandlungen ohne vorherige Aufklärung und ohne ihre Zustimmung. Andere sagten, sie hätten keinerlei Gelegenheit gehabt, die Behandlung mit einem Arzt zu besprechen. In Bulgarien gaben einige der Befragten an, dass sie zu keiner Zeit aufgefordert wurden, eine Einwilligungserklärung zu unterschreiben, wobei in manchen Fällen allerdings ihre Angehörigen dazu aufgefordert



„Das Problem war, dass nie irgendetwas mit mir besprochen wurde. [...] Die Ärztin sagte mir nur, ich würde drei Injektionen pro Tag bekommen, wenn sich mein Zustand nicht bessern würde. [...] Ich hatte einfach keine Möglichkeit ihr zu sagen, dass ich lieber Tabletten nehmen würde, dann hätte man es ja damit versuchen können. Ich wurde auch nicht gefragt, ob ich mit der Medikation einverstanden war, oder ob man gegebenenfalls anders vorgehen sollte. Wir hatten keine besonders gute Beziehung. Sie gab mir einfach nur knappe Anweisungen wie 'jetzt gibt es eine Injektion und das war's dann!' Ich war vollkommen eingeschüchtert.“

Frau, 36 Jahre, Ungarn

Interessenverbände in Deutschland haben Vorschläge vorgebracht, wie sich sicherstellen ließe, dass der Patient vor Behandlungsbeginn entsprechend aufgeklärt wird und danach seine Einwilligung erteilt. Sie befürworteten eine öffentliche Kampagne für Vereinbarungen über freiwillige Behandlungen in regionalen psychiatrischen Krankenhäusern. Diese Vereinbarungen sollten mit Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen zu einem Zeitpunkt besprochen werden, wenn diese sich in guter psychischer Verfassung befinden. Eltern sowie Interessengemeinschaften von Angehörigen wiesen außerdem darauf hin, dass ein rund um die Uhr erreichbarer, regionaler Kriseninterventionsdienst ein erster Schritt sein könnte, um den Einsatz von Zwangsbehandlungen zu reduzieren.

Kommunikation und Aufklärung über die Art der Behandlung

Demütigungen und Angstgefühle in Zusammenhang mit einer Zwangsbehandlung wurden oftmals darauf zurückgeführt, dass die Betroffenen weder über die Behandlung noch über mögliche Nebenwirkungen aufgeklärt wurden:

„Wenn man Medikamente bekommt, sagt einem niemand genau, welche Medikamente das sind. Man bekommt vier oder fünf Tabletten. Niemand erklärt irgendetwas.“

Mann, 47 Jahre, Bulgarien

„Bei der Einweisung wird man von niemandem über die verabreichten Medikamente oder mögliche Nebenwirkungen informiert.“

Griechenland

Frage: *„Wurden Sie über mögliche Nebenwirkungen oder Folgeerscheinungen der Medikation aufgeklärt?“*

Antwort: *„Nein, überhaupt nicht, [...]. Wie soll ich das erklären? Es war wirklich schlimm, manchmal litt ich unter Inkontinenz, ich schaffte es kaum noch zur Toilette.“*

Frau, 36 Jahre, Ungarn

„Sie entscheiden sich für eine Behandlung. Du sagst ihnen, dass das Medikament für dich nicht geeignet ist, weil du davon zunimmst, anfängst zu sabbern und unruhig wirst. [Sie sagen,] ach, lassen Sie uns von etwas anderem reden.“

Frau, Frankreich

Dass sie nicht aufgeklärt wurden und auch keine Möglichkeit hatten, Fragen zur Behandlung sowie zu möglichen Nebenwirkungen zu stellen, empfanden die Befragten als gewisse Gleichgültigkeit gegenüber ihren individuellen Bedürfnissen:

„Ich fühlte mich ihnen gnadenlos ausgeliefert.“

Mann, 66 Jahre, Deutschland

„Niemand nimmt Rücksicht auf die Belange des Menschen.“

Frau, Schweden

Einige Befragte erzählten, sie hätten Informationen zu Diagnose und Behandlung nicht von den Ärzten sondern auf verschiedenen anderen Wegen erhalten. Eine Frau in Lettland beispielsweise fand heraus, dass sie an paranoider Schizophrenie litt, indem sie die Papiere auf dem Schreibtisch ihres Arztes durchsah, während dieser nicht im Raum war. Eine andere Befragte gab an, den überwiegenden Teil an Informationen von anderen Patienten und nicht vom medizinischen Personal erhalten zu haben. Einigen Befragten wurde ihre Diagnose im Krankenhaus mitgeteilt, aber ohne jede Erklärung. In Lettland scheint sich die Situation zu verbessern: Die Ärzte hatten die meisten der Befragten, die in den vergangenen fünf Jahren eingewiesen worden waren, über ihre Diagnose aufgeklärt. In Griechenland dagegen gaben viele Befragte an, dass ihnen ihre Diagnose nicht mitgeteilt wurde.

Der Mangel an Aufklärung über die Behandlung und Kommunikation mit den Betroffenen scheint Teil eines umfassenderen Kommunikationsdefizits in psychiatrischen Krankenhäusern zu sein. Die Beseitigung dieser Defizite würde den Patienten mehr Kontrolle über ihr eigenes Leben geben, was auch die Wahl der Behandlungsmethoden einschließt. Interessengemeinschaften in Lettland und Schweden beklagen, dass Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen häufig nicht über ihre Diagnose aufgeklärt werden. In Schweden stellte ein Psychiater aus der Fokusgruppe der Interessengemeinschaften fest, dass das Personal eher zu Zwangsmaßnahmen greift, als mit den Patienten zu reden – und zwar überwiegend aus Zeitgründen. Befragte in Deutschland schlugen vor, dass die Kommunikation mit den Patienten bereits vor deren Einweisung ins Krankenhaus beginnen sollte, wenn ihr Zustand stabil ist.

3.2.2. Unfreiwillige gemeindenahere Behandlung

In Frankreich, Schweden und dem Vereinigten Königreich können Patienten der Psychiatrie bei Einhaltung bestimmter Auflagen aus dem stationären Klinikaufenthalt entlassen werden. Im Vereinigten Königreich können derartige Bedingungen beispielsweise beinhalten, dass die Klinik für regelmäßige Kontrolluntersuchungen aufgesucht werden muss, der Patient keinen Alkohol konsumieren darf oder bestimmte Aktivitäten oder Situationen, die seine psychische Gesundheit beeinträchtigen könnten, meiden muss.

Zwei der Befragten aus dem Vereinigten Königreich hatten kurz vor ihrer Befragung Erfahrungen mit einer sogenannten „angeordneten gemeindenaheren Behandlung“ (*community treatment order*) gemacht. Ein Befragter ging davon aus, dass er laut der Anordnung als Voraussetzung für seine Entlassung aus der Klinik die verschriebenen Medikamente einzunehmen hatte. An dieser Stelle verschwimmt die Unterscheidung zwischen freiwilliger und unfreiwilliger Behandlung, denn durch seine starke Abneigung gegen den Krankenhausaufenthalt sah er sich praktisch zu der Einnahme der Medikamente gezwungen:

„Ich verabscheue das Gefühl, wenn derartiger Druck auf mich ausgeübt wird, denn wenn ich die Medikamente nicht genommen hätte, hätte man mich wieder ins Krankenhaus gebracht.“

Mann, 44 Jahre, Vereinigtes Königreich

Im Gegensatz zu dieser Erfahrung standen seine Gefühle, als die Anordnung zur gemeindenaheren Behandlung aufgehoben wurde:

„Ich bin jetzt viel glücklicher mit der Situation, denn jetzt ist es meine eigene Entscheidung. Wenn ich die Medikamente nicht mehr nehmen möchte, dann muss ich es auch nicht tun und muss trotzdem nicht wieder ins Krankenhaus.“

Mann, 44 Jahre, Vereinigtes Königreich

Im Vereinigten Königreich machten einige der Befragten aus der Fokusgruppe der Interessengemeinschaften deutlich, dass Zweck und Anforderungen der Anordnung zur gemeindenaheren Behandlung oft nicht ausreichend verstanden würden. Die Einnahme von bestimmten Medikamenten ist in den Bestimmungen für die Anordnung zur gemeindenaheren Behandlung nicht zwingend vorgesehen – dies entspricht jedoch häufig nicht der allgemeinen Wahrnehmung der Betroffenen. Während theoretisch ein Anspruch auf einen unabhängigen Anwalt besteht, der sich mit den Rechten von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen auskennt und der bei dieser Problematik helfen könnte, sieht die Praxis ganz anders aus, denn für Betroffene außerhalb der Krankenhäuser waren die Möglichkeiten, einen derartigen Anwalt zu konsultieren, häufig begrenzt.

In Frankreich diskutierten Interessengemeinschaften ein neues Gesetz, das unfreiwillige psychiatrische Behandlung im eigenen Zuhause erlauben soll. Auch wenn dadurch Krankenhauseinweisungen vermieden werden könnten, bestand die Ansicht, dass dies im Widerspruch dazu stehen könnte, eine freiwillige Behandlung nach dem Verlassen der geschlossenen Abteilung eines Krankenhauses zu fördern. Die Interessengemeinschaften hoben darüber hinaus die Bedeutung frühzeitiger und anhaltender Kommunikation mit den Patienten hervor.

3.3. Isolation und Zwangsmaßnahmen

Befragte in allen neun Ländern schilderten Erfahrungen mit Isolations- und Fixierungsmaßnahmen in psychiatrischen Einrichtungen, oftmals in Verbindung mit unfreiwilliger medizinischer Behandlung. Feindseliges Verhalten und mangelndes Mitgefühl seitens des Personals wurden oftmals in Zusammenhang mit diesen Erlebnissen gebracht. Einige der Befragten aus Lettland, Rumänien und dem Vereinigten Königreich berichteten von persönlichen Erfahrungen mit Isolation bzw. Fixierung, während andere Zeugen derartiger Vorkommnisse waren.

Eine der Befragten schilderte, wie sie über Nacht ohne Kleidung in einen Raum gesperrt wurde, ohne Möbel oder Bettzeug. Eine andere Befragte erzählte eben-



falls, dass sie 15 Jahre zuvor, im Alter von 17 Jahren, allein in einem Raum eingesperrt wurde. Die Fixierung wurde von allen Betroffenen als traumatische Erfahrung geschildert, die mitunter auch körperliche Verletzungen zur Folge hatte:

„Und weil ich mich wehrte, fesselten sie mich ans Bett. Es war schrecklich, furchtbar! So fest an ein Bett gefesselt zu werden, dass man sich nicht mehr bewegen kann. Ich fragte, ob ich etwas zu trinken haben könnte, es war eine Person anwesend, es war Nacht, und ich wurde jammernd in der Ecke allein gelassen. Und so lag ich da im Dunkeln, gelegentlich kam eine Aufsichtsperson vorbei und ich bat sie wieder um etwas zu trinken. Sie brachte ein Glas Wasser und ich fragte, ob sie mir nicht eine Hand losbinden könnte. Da goss sie mir das Wasser ins Gesicht.“

Frau, 53 Jahre, Lettland

„Beim letzten Mal waren zwei Frauen und drei Männer da [...] die Männer waren sehr kräftig und aggressiv. [...] Nur eine der Frauen sah mir in diesem traumatischen Moment in die Augen. [...] Ich finde, man sollte dem Patienten das Gefühl vermitteln, noch eine gewisse Kontrolle zu haben, auch in so einem fürchterlichen Augenblick. Es ist so erniedrigend, mit gespreizten Beinen auf einer Pritsche mit Gurten fixiert zu werden. Selbst Jesus ist nicht mit gespreizten Beinen gekreuzigt worden!“

Frau, 42 Jahre, Schweden

Die Befragten berichteten, dass sie durch das Festbinden am Bett daran gehindert wurden, die Toilette zu benutzen:

„Ich war in einem Raum mit einem Mann, der an sein Bett gefesselt war, und in der Nacht verrichtete er unfreiwillig seine Notdurft aufgrund der Medikamente, die er verabreicht bekommen hatte. Ich ging, um nach einer Schwester zu rufen, aber es kam niemand, um ihm zu helfen.“

Mann, 47 Jahre, Bulgarien

Ein anderer Befragter empfand es als große Demütigung, als er eine gewisse Zeit auf einer Isolierstation verbringen musste, in der es keine Sanitäreinrichtungen gab.

Warum und für welchen Zeitraum Zwangsmaßnahmen erforderlich waren, wurde keineswegs immer erklärt:

„Zwangsgewahrsam – das war sehr traumatisch, weil es keine Nachbesprechung gab, und der ganze Ablauf des Zwangsgewahrsams, in meinen Augen war das nicht gut.“

Mann, 56 Jahre, Deutschland

Andere Befragte betonten ihre Enttäuschung darüber, dass vor der Fixierung nicht zunächst weniger restriktive Maßnahmen ergriffen wurden. Ein Befragter, der einige Zeit als Patient in einer psychiatrischen Klinik verbracht hatte, beobachtete, dass Fixierungen bei Ruhelosigkeit und Nervenzusammenbrüchen eingesetzt wurden:

„Mir gefiel die Art und Weise, wie Patienten mitunter festgeschnallt wurden, überhaupt nicht. Das Personal hätte sie nicht festschnallen sollen, um sie zu beruhigen. Man hätte mit ihnen reden sollen. Das machte mich traurig.“

Mann, 36 Jahre, Griechenland

Eine Reihe von Befragten äußerte sich zu der Praxis, andere Patienten in die Durchführung von Fixierungsmaßnahmen einzubeziehen. Ein Mann, der seit 1980 immer wieder in psychiatrischen Kliniken gewesen war, gab an:

„Auf jeder Station mussten immer zwei Leute ausgewählt werden, die dann in der Nacht ‚Dienst‘ hatten. Nicht nur Ärzte, sondern einfach irgendwer, und die mussten dann in der Nacht jederzeit bereit sein. [...] Und dann kam die Meldung – Unruhe auf Station soundso. Unruhen auf einer Frauenstation sind ja geradezu ein Kinderspiel. Man kommt hin, und wenn sie immer noch schreien und fluchen, versetzt man ihnen einen Hieb in die Nierengegend. Die Frauen werden mit Strümpfen oder alten Socken festgebunden, die Männern mit diesen speziellen Seilen. Oder man nimmt ein Laken und verschnürt sie damit. Da gibt es verschiedene Möglichkeiten. Du bindest sie fest, und alles ist unter Kontrolle!“

Mann, 47 Jahre, Lettland

Er ergänzte, dass derartige Praktiken heutzutage weniger üblich seien als in den 1980er-Jahren und Bettlaken nicht mehr verwendet würden. Ein Mann, der 2010 in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wurde, gab jedoch an, häufig gesehen zu haben, wie Patienten dem Personal dabei halfen, andere Patienten festzuhalten, wenn diese eine Injektionen verabreicht bekamen.

Einige Befragte sagten, Fixierungen seien manchmal ohne jeden ersichtlichen Grund eingesetzt worden:

„Ein Mann wurde auf sein Bett geworfen. Er wurde wirklich heftig geworfen, seine Arme wurden runtergehalten, sie banden ihn fest, drückten ihn runter, und ich weiß nicht, was sie noch alles mit ihm machten. Dabei hatte er überhaupt nichts Schlimmes getan. Er hatte nur am Fenster gestanden und gesprochen, obwohl niemand dort war.“

Mann, 40 Jahre, Ungarn

„Sie hätten mir ja einfach die Sicherheitsnadel wegnehmen können, wenn ich sie nicht haben durfte. Das wusste ich ja nicht. Aber warum mussten sie mich deshalb gleich ans Bett binden? Das konnte ich nicht verstehen.“

Frau, Lettland

Einige Befragte waren der Ansicht, das Personal würde Maßnahmen wie Fixierung und Isolation missbräuchlich einsetzen. Damit verbunden war der Eindruck, dass das Personal den Patienten eine ablehnende Haltung entgegenbrachte, anstatt diese zu unterstützen und angemessen zu betreuen:

„Ich wurde zwar nicht geschlagen, aber in dem Krankenhaus ging es oft sehr brutal zu, das brutale Verhalten des Personals schockierte mich, so etwas sollte es in der [...] Gesellschaft nicht geben.“

Mann, 44 Jahre, Rumänien

„Der Anführer zwang mich auf die Knie. Und er schlug mein Gesicht auf den Boden. Es war eine brutale, sadistische Attacke und er hätte mir dabei den Schädel einschlagen können [...]. Ich ging zum Stationsleiter und sagte: ‚Sehen Sie, was mir angetan wurde‘, und er sagte: ‚Wir sollten den Teppich rausnehmen! Er machte sich Sorgen darüber, wie man die Beweise beseitigen konnte, anstatt sich zu überlegen, wie man derart sadistische Krankenpfleger loswird.“

Mann, 54 Jahre, Vereinigtes Königreich

3.4. Anfechtung der Rechtmäßigkeit von unfreiwilliger Unterbringung oder Behandlung

Insgesamt hatten nur wenige der Befragten Versuche unternommen, die Rechtmäßigkeit ihrer unfreiwilligen Unterbringung oder Behandlung anzufechten, entweder während des anfänglichen Unterbringungsverfahrens oder nach Beginn der Freiheitsentziehung. Dies spiegelt großteils die fehlende Kenntnis der eigenen Rechte im Fall einer Zwangseinweisung wider. Diejenigen, die über ihre Rechte informiert waren, zögerten jedoch, ihre Unterbringung oder Behandlung anzufechten – aus Angst vor Schikanen oder weil sie fürchteten, dass sie nach einer Beschwerde schlechter behandelt würden. Andere Befragte sagten, dass ihre Unterbringung oder Behandlung nicht in regelmäßigen Abständen überprüft wurde.

In Rumänien wusste keiner der Befragten über gesetzliche Bestimmungen im Zusammenhang mit freiheits-

entziehenden Maßnahmen Bescheid, und die Befragten wurden nicht über ihr Recht auf Einholung einer zweiten ärztlichen Meinung informiert. Einzige Ausnahme war eine Frau, die wusste, dass nur ein Psychiater körperliche Zwangsmaßnahmen oder Isolationsmaßnahmen anordnen darf. Sogar diejenigen Befragten, die sehr wohl vom rumänischen Gesetz zur psychischen Gesundheit gehört hatten, hatten den Eindruck, das könnte ihre Situation auch nicht verbessern, weil es keine Umsetzungsmechanismen gab, die ihnen in der Praxis den Zugang zu ihren Patientenrechten hätten garantieren können.

„In ein Krankenhaus eingewiesen zu werden und dann zu glauben, Rechtsbeistand in Anspruch nehmen zu können, ist völlig utopisch.“

Mann, 44 Jahre, Rumänien

Andere Befragte hoben hervor, dass die Unterbringung in einem Krankenhaus den Zugang zu Gerichtsverfahren verhindern könne. Ein Befragter konnte während der Gerichtsverhandlung wegen seiner zwangsweisen Behandlung in einem psychiatrischen Krankenhaus seine Rechte nicht in vollem Umfang ausüben – sein Arzt hatte ihm ein Medikament verabreicht, das ihn daran hinderte, den Verhandlungen zu folgen und die Geschehnisse zu verstehen:

„Ich war sehr müde und niemand versuchte, mir irgendetwas zu erklären.“

Mann, 41 Jahre, Bulgarien

Obwohl einige der Befragten sich durchaus über die Möglichkeit zur Überprüfung der Entscheidungen oder des Verhaltens von Pflegepersonal und Ärzten im Klaren waren, entschieden sie sich dagegen, aus Angst vor negativen Konsequenzen:

„Ich habe mich nicht getraut [eine Beschwerde vorzubringen]. [...] Ich hatte Angst, sediert zu werden und dann hätte ich rund um die Uhr geschlafen, wie bewusstlos. [...] Ich hatte große Angst vor derartigen Dingen.“

Mann, 40 Jahre, Ungarn

„Ich erinnere mich daran, dass er [der behandelnde Arzt] mir damals sagte, dass ich zur Änderung der Medikation, also Einnahme abbrechen oder Derartiges, ins Krankenhaus kommen müsste. Deshalb sagte ich nichts [über das für mich nicht geeignete Medikament], und ich geh auch nicht dorthin. Ich bin heilfroh, dass ich da nicht hin muss [in das psychiatrische Krankenhaus].“

Frau, Ungarn

Viele Befragte berichteten von massiven Schwierigkeiten dabei, eine behördliche Überprüfung ihrer unfreiwill-

ligen Unterbringung oder Behandlung durchzusetzen. In Griechenland beispielsweise war es den meisten Befragten nicht gelungen, eine Überprüfung ihrer ursprünglichen Diagnose zu bewirken.

„Ich setzte die Medikamenteneinnahme auch nach meiner Entlassung aus dem Krankenhaus fort. Die Ärzte und ich sind uns einig über die Behandlung. Diese Entscheidung wurde 1999 getroffen. Seither ist sie niemals überprüft worden.“

Mann, 63 Jahre, Griechenland

Die befragten Interessenvertreter erläuterten zahlreiche Hindernisse, mit denen Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen konfrontiert sind, wenn sie versuchen, ihre unfreiwillige Unterbringung oder Behandlung anzufechten. Soll beispielsweise in Schweden eine Zwangsbehandlung länger als ein halbes Jahr dauern, erfordert dies gemäß dem Gesetz über die Zwangsbehandlung in der Psychiatrie eine gerichtliche Entscheidung. Nach Ansicht der an der Fokusrunde teilnehmenden Verbände ist es Betroffenen zwar möglich, an der gerichtlichen Anhörung zu der Frage einer

Fortführung ihrer Zwangsbehandlung teilzunehmen, in der Praxis erhalten sie jedoch in der Regel nicht die Gelegenheit, einen Rechtsanwalt oder den Psychiater auszuwählen, der vor Gericht Informationen über sie erteilen soll. Der Vertreter einer psychiatrischen Pflegeeinrichtung erklärte dagegen, dass Gerichtsverfahren ein adäquates Mittel zur Kontrolle und zur Gewährleistung rechtlicher Ansprüche des Patienten seien, und dass die Entscheidungen der Gerichte in vielen Fällen zugunsten der Patienten ausfielen.

Die Befragten der Fokusgruppe in Griechenland hoben hervor, dass Richter, Polizeibeamte und andere Mitarbeiter von Behörden, die an Entscheidungen über unfreiwillige Unterbringung oder Behandlung beteiligt sind, zum Thema psychische Erkrankungen und Rechte von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen besser informiert, stärker sensibilisiert und speziell geschult werden müssten. Allerdings erwähnten sie auch, dass in den letzten Jahren bereits wichtige Schritte zur besseren Verzahnung mit dem Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung unternommen wurden.

Ausblick

Dieser Bericht kombiniert eine Analyse bestehender Rechtsstandards im Bereich der unfreiwilligen Unterbringung und unfreiwilligen Behandlung auf der Ebene der Vereinten Nationen sowie auf europäischer und nationaler Ebene mit persönlichen Erfahrungsberichten, die deutlich machen, wie Betroffene die Umsetzung der geltenden Rechtsvorschriften erleben. Die vergleichende Rechtsanalyse zeigt, dass es zwar einige Gemeinsamkeiten gibt, die in den EU-Mitgliedstaaten geltenden Rechtsvorschriften jedoch deutlich unterschiedliche Ansätze für den Umgang mit dem Thema widerspiegeln. Trotz dieser Unterschiede waren die mit den Zwangsmaßnahmen verbundenen Traumata und Ängste der Betroffenen ein wiederkehrendes Thema in den ausführlichen Interviews, die für diesen Bericht geführt wurden. Die überwiegend negativen Erfahrungen, die hier beschrieben werden, machen deutlich, wie wichtig es ist, dass Rechtsvorschriften ausgearbeitet werden, die derartige Vorkommnisse künftig auf ein Minimum begrenzen können.

Nach dem Inkrafttreten des Übereinkommens der Vereinten Nationen (UN) über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention, BRK) muss in der EU und ihren Mitgliedstaaten – sowohl in denjenigen, die das Übereinkommen bereits ratifiziert haben, als auch in denjenigen, die im Begriff sind, dies zu tun – eine Harmonisierung der Rechtsvorschriften mit dem Übereinkommen erfolgen. Entscheidendes Element in diesem Harmonisierungsprozess wird sein, die Rechtsvorschriften zur unfreiwilligen Unterbringung und unfreiwilligen Behandlung mit den Standards der BRK in Übereinstimmung zu bringen. Die in diesem Bericht dargelegten rechtlichen Erkenntnisse machen deutlich, vor welchen Herausforderungen die EU und ihre Mitgliedstaaten möglicherweise stehen werden, wenn sie versuchen, die Nichtdiskriminierungsgrundsätze der BRK mit den herkömmlichen Bestimmungen

im Bereich der psychischen Gesundheitsfürsorge und der Menschenrechte in Einklang zu bringen. Die sozialwissenschaftlichen Ergebnisse zeigen die positiven Einflüsse auf, die die Reformprozesse bereits jetzt auf das Leben von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen haben. Insgesamt vermitteln die sozial- und rechtswissenschaftlichen Erkenntnisse ein tief greifendes Verständnis der derzeitigen Situation und erhellen so die fachliche Diskussion, die in der EU geführt werden sollte.

Im Bereich des öffentlichen Gesundheitswesens verfügen die EU und ihre Mitgliedstaaten über ergänzende Zuständigkeiten. Dieser Rahmen erleichtert den Austausch darüber, wie die unterschiedlichen Perspektiven und Rechte, die mit unfreiwilliger Unterbringung und unfreiwilliger Behandlung verbunden sind, in Einklang gebracht werden können. Der Ratifizierungsprozess der BRK hat bereits einige signifikante Auswirkungen auf diese Diskussion. Sobald der CRPD, auf der Grundlage der Berichte der Vertragsstaaten, mit der Ausarbeitung seiner Auslegung der BRK beginnt, werden die mit Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung verbundenen Kernfragen im Bereich der Grundrechte immer stärker in den Vordergrund treten. Mit diesen Fragen werden sich die Mitgliedstaaten der EU befassen müssen, wenn sie die Übereinstimmung ihrer derzeitigen oder geplanten Rechtsvorschriften mit der BRK beurteilen. Die weitere Entwicklung des EU-Rechts und der EU-Politik, auch im Bereich der Nichtdiskriminierung, könnte in diesem Prozess eine entscheidende Rolle spielen.

Die BRK besagt, dass die Vertragsstaaten bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung der BRK mit den Menschen mit Behinderungen enge Konsultationen zu führen und sie aktiv einzubeziehen haben. Die wirksame Umsetzung der BRK erfordert somit, dass Rechtsreformen Menschen mit Behinderungen einbeziehen, vor-

zugsweise über die sie vertretenden Organisationen, um sicherzustellen, dass sie Teil des Prozesses sind. Sinnvolle und praktikable Reformen basieren außerdem auf der Einbindung der Dienstleister, Betreuer und zuständigen Behörden vor Ort, deren Aufgabe es

ist, die BRK in ihrer täglichen Arbeit umzusetzen. Dieser Bericht beleuchtet einige der vor uns liegenden rechtlichen Herausforderungen und bietet denjenigen eine Plattform, deren Stimmen selten gehört werden. Er trägt damit wesentlich zu dem Reformprozess bei.



Bibliografie

Bartlett, P., Lewis, O. and Thorold, O. (2007), *Mental Disability and the European Convention on Human Rights*, Leiden, Martinus Nijhoff.

Bartlett, P. (2012), „Rethinking Herczegalvy: The ECHR and the control of psychiatric treatment“ in: Brems, E. (Hrsg.), *Diversity and European Human Rights: Rewriting Judgments of the ECHR*, Cambridge, Cambridge University Press (in Kürze erscheinend).

Bartlett, P. (2012a), „The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and mental health law“, *Modern Law Review* (in Kürze erscheinend).

Belgien, Gesundheitsministerium (2011), „Stellungnahme der Kommission für Patientenrechte zu Artikel 8 des Gesetzes über Patientenrechte, der sich mit Fragen der psychischen Gesundheit befasst“ (*Avis relatif à l'application de l'article 8 de la loi relative aux droits du patient dans le secteur des soins de santé mentale ou au droit du patient au consentement préalable, libre et éclairé à toute intervention du praticien professionnel*), 18. März 2011.

Europarat (1996), Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin: Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin (Oviedo-Übereinkommen) – Erläuternder Bericht, 17. Dezember 1996.

Europarat (1997), Übereinkommen zum Schutz der Menschenrechte und der Menschenwürde im Hinblick auf die Anwendung von Biologie und Medizin: Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin (Oviedo-Übereinkommen), 4. April 1997.

Europarat, Menschenrechtskommissar (2009), „*Persons with mental disabilities should be assisted but not deprived of their individual human rights*“, Menschenrechtskommentare, 21. September 2009.

Europarat, Menschenrechtskommissar (2010), „*Inhuman treatment of persons with disabilities in institutions*“, Menschenrechtskommentar, 21. Oktober 2010.

Europarat, Menschenrechtskommissar (2012), „*Government leaders distort justice when they interfere in individual court cases*“, Menschenrechtskommentar, 20. März 2012.

Europarat, Komitee zur Verhütung von Folter (*European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT*) (2008), *Report to the government of Cyprus on the visit to Cyprus carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 8 to 17 December 2004*, CPT/Inf (2008) 17, 15. April 2008.

Europarat, CPT (2009a), *Report to the Finnish Government on the visit to Finland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 20 to 30 April 2008*, CPT/Inf (2009) 5, 20. Januar 2009.

Europarat, CPT (2009b), *Response of the Finnish Government to the report of the European Committee for the Prevention of Torture and inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) on its visit to Finland from 20 to 30 April 2008*, CPT/Inf (2009) 19, 17. Juni 2009.

Europarat, CPT (2009c), *Report to the Latvian Government on the visit to Latvia carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 27 November to 7 December 2007*, CPT/Inf (2009) 35, 15. Dezember 2009.

Europarat, CPT (2010a), *Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée en Belgique par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 septembre au 7 octobre 2009*, CPT/Inf (2010) 24, 23. Juli 2010.

Europarat, CPT (2010b), *Rapport au Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg relatif à la visite effectuée au Luxembourg par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 22 au 27 avril 2009*, CPT/Inf (2010) 31, 28. Oktober 2010.

Europarat, CPT (2010c), *Report to the United Kingdom Government on the visit to the Bailiwick of Guernsey carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 19 to 22 March 2010*, CPT/Inf (2010) 37, 19. November 2010.

Europarat, CPT (2010d), *Rapport au Gouvernement la Roumanie relatif à la visite effectuée en Roumanie par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 septembre au 2 octobre 2009*, CPT/Inf (2010) 25, 26. August 2010.

Europarat, CPT (2010e), *Report to the Hungarian Government on the visit to Hungary carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 24 March to 2 April 2009*, CPT/Inf (2010) 16, 8. Juni 2010.

Europarat, CPT (2010f), *CPT-Standards*, CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev. 2010, Dezember 2010.

Europarat, CPT (2010g), *Report to the United Kingdom Government on the visit to the Bailiwick of Jersey carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 15 to 18 March 2010*, CPT/Inf (2010) 35, 19. November 2010.

Europarat, CPT (2011), *Report to the Maltese Government on the visit to Malta carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 19 to 26 May 2011*, CPT/Inf (2011) 5, 17. Februar 2011.

Europarat, CPT (2012), *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 novembre au 10 décembre 2010*, CPT/Inf (2012) 13, 19. April 2012.

Europarat, Ministerkomitee (1999), Empfehlung R(99)4 des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten über die Grundsätze betreffend den Rechtsschutz der urteilsunfähigen Mündigen, 23. Februar 1999.

Europarat, Ministerkomitee (2004a), Empfehlung Rec(2004)10 des Ministerkomitees an die Mitgliedstaaten zum Schutz der Menschenrechte und der Würde von Personen mit psychischer Störung und erläuterndes Memorandum, 22. September 2004.

Europarat, Ministerkomitee (2004b), 893. Sitzung, 13. Juli 2004 – 10.2 Lenkungsausschuss Bioethik (CDBI) CM (2004)97 vom 9. Juni 2004.

Europarat, Ministerkomitee (2006), Empfehlung Rec(2006)5 des Ministerkomitees des Europarats zum Aktionsplan des Europarats zur Förderung der Rechte und vollen Teilhabe behinderter Menschen an der Gesellschaft: Verbesserung der Lebensqualität behinderter Menschen in Europa 2006–2015.

Europarat, Ministerkomitee (2011), 1123. Sitzung, 12. Oktober 2011 – 10.4 Lenkungsausschuss Bioethik (CDBI) *Abridged report of the 40th meeting (Strasbourg, 21-23 June 2011)*, CM (2011)125 vom 2. September 2011.

Europarat, Ministerkomitee (2012), 1131. Sitzung, 18. Januar 2012 – 10.8 Lenkungsausschuss Bioethik (CDBI) *Abridged report of the 41th plenary meeting (Strasbourg, 2-4 November 2011)*, CM (2011)172 vom 9. Dezember 2011.

Europäische Kommission (2005), *Grünbuch – Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union*, KOM(2005) 484, Brüssel, 14. Oktober Oktober 2005.

Europäische Kommission (2009), *Europäischer Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden*, Brüssel, 12.-13. Juni Juni 2008.

Europäische Kommission (2010a), Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament, den Rat, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen *Europäische Plattform gegen Armut und soziale Ausgrenzung: Ein europäischer Rahmen für den sozialen und territorialen Zusammenhalt*, KOM(2010) 758 endgültig, Brüssel, 16. Dezember Dezember 2010.

Europäische Kommission (2010b), Europäische Strategie zugunsten von Menschen mit Behinderungen 2010–2020: Erneueres Engagement für ein barrierefreies Europa, KOM(2010) 636 endgültig, Brüssel, 15. November November 2010.

Europäische Union, Präsidium des Konvents (2007), *Erläuterungen zur Charta der Grundrechte*, ABl. 2007 C 303/17.

Europäisches Parlament (1996), *Entschließung zu den Rechten behinderter Menschen*, A4-0391/96, Brüssel, 15. Dezember Dezember 1996.

Europäisches Parlament (2006), *Entschließung zum Grünbuch: Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union*, P6_TA(2006)0341, Straßburg, 6. September September 2006.

Europäisches Parlament (2009), *Entschließung vom 19. Februar Februar 2009 zu der psychischen Gesundheit*, P6_TA(2009)0063, Brüssel, 19. Februar Februar 2009.

- FRA (Agentur der Europäischen Union für Grundrechte) (2011a), *Der rechtliche Schutz von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen durch das Antidiskriminierungsrecht*, Luxemburg, Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union (Amt für Veröffentlichungen).
- FRA (2011b), *Zugang zur Justiz in Europa: ein Überblick über die Herausforderungen und Möglichkeiten*, Luxemburg, Amt für Veröffentlichungen.
- FRA (2012), *Choice and control: the right to independent living – Experiences of persons with intellectual disabilities and persons with mental health problems in nine EU Member States*, Luxemburg, Amt für Veröffentlichungen.
- Hartlev, M. (2009), „Coercive treatment and human dignity“ Henriette Sinding Aasen, Rune Halvorsen and Antonio Barbosa da Silva (Hrsg.), *Human rights, dignity and autonomy in health care and social services: Nordic perspectives*, Intersentia, S. 129-144.
- Joseph, S., Schultz, J. and Castan, M. (2004), *The International Covenant on Civil and political Rights: Cases, materials and commentary*, New York, Oxford University Press.
- Kämpf, A. (2010), „Involuntary treatment decisions: using negotiated silence to facilitate change?“ in: McSherry, B. and Weller, P., *Rethinking rights-based mental health laws*, Hart Publishing, Portland, Oregon, S. 129-150.
- Kallert, T. W. (2011), „Mental health care and patients' rights – Are these two fields currently compatible?“ in: Kallert T. W., Mezzich J. and Monahan J. (Hrsg.), *Coercive treatment in psychiatry – Clinical, legal and ethical aspects*, Wiley-Blackwell, S. 121-150.
- Legemaate, J. (2005), „Psychiatry and human rights“ in: Gevers, J.K.M., Hondius, E.H. and Hubben, J.H. (Hrsg.), *Health law, human rights and the biomedicine convention – Essay in honour of Henriette Roscam Abbing*, Leiden/Boston, Martinus Nijhoff Publishers, S. 119-130.
- Marschner, R. (2011), „Aktuelles zur Zwangsbehandlung – in welchen Grenzen ist sie noch möglich?“ in: *Recht und Psychiatrie*, S. 160-167.
- Minkowitz, T. (2010), „Abolishing mental health laws to comply with the Convention on the Rights of Persons with Disabilities“, McSherry, B. and Weller, P., *Rethinking rights-based mental health laws*, Hart Publishing, Portland, Oregon, S. 151-177.
- Rat der Europäischen Union (2011), Schlussfolgerungen des Rates „Der Europäische Pakt für psychische Gesundheit und Wohlbefinden: Ergebnisse und künftige Maßnahmen“, 3095. Tagung des Rates Beschäftigung, Sozialpolitik, Gesundheit und Verbraucherschutz, Mitteilung an die Presse, Luxemburg, 6. Juni 2011.
- Salize, H. J., Dreßing, H. and Peitz, M. (2002), *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients: legislation and practice in EU-Member States – Final report*, 15. Mail 2002.
- Schulze, M. (2010), *A Handbook on the Human Rights of Persons with Disabilities: Understanding The UN Convention On The Rights of Persons With Disabilities*, Handicap International, Juli 2010.
- Syse, A. (2011), „Human rights, health care, and coercion in Norwegian health law“ in: Rynning, E. and Hartlev, M. (Hrsg.), *Nordic health law in a European context – Welfare state perspectives on patients' rights and biomedicine*, Martinus Nijhoff and Liber, S. 137-157.
- Szmukler, G. and Dawson, J. (2011), „Reducing discrimination in mental health law – The 'fusion' of incapacity and mental health legislation“, in: Kallert T. W., Mezzich J. and Monahan J. (Hrsg.), *Coercive Treatment in psychiatry – Clinical, legal and ethical aspects*, Wiley-Blackwell, S. 97-119.
- Trömel, S. (2009), *A personal perspective on the drafting history of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, European Yearbook of Disability Law. Vol. 1, S. 115-137.
- Verordnung (EG) Nr. 168/2007 des Rates vom 15. Februar 2007 zur Errichtung einer Agentur der Europäischen Union für Grundrechte, ABl. 2007 L 53/1.
- Vereinte Nationen (UN), Amt des Hohen Kommissars für Menschenrechte (OHCHR) (2009), *Thematische Studie des Amtes des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte über die Förderung des Bewusstseins für das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und seines Verständnisses*, Menschenrechtsrat, Zehnte Tagung, Dok. A/HRC/10/48, 26. Januar 2009.
- UN, OHCHR, Regionalbüro für Europa (2011a), *The European Union and International Human Rights Law*.
- UN, OHCHR, Regionalbüro für Europa (2011b), *Forgotten Europeans – Forgotten rights, the human rights of persons placed in institutions*.

UN, Ausschuss gegen Folter (CAT) (2011), Schlussbetrachtungen des Ausschusses gegen Folter – Finnland, 46. Sitzung, 9. Mai – 3. Juni 2011, CAT/C/FIN/CO/5-6.

UN, Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR) (2000), Allgemeine Bemerkung Nr. 14, Das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit (Artikel 12 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte), Zweiundzwanzigste Tagung, Genf, 25. April – 12. Mai 2000, Dok. E/C.12/2000/4 vom 11. August 2000.

UN, Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (*Committee on the Rights of Persons with Disabilities*, CRPD) (2009), Leitlinien für das vertragsspezifische Dokument, das von den Vertragsstaaten nach Artikel 35 Absatz 1 des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vorzulegen ist, Zweite Tagung 19.-23. Oktober 2009, Dok. CRPD/C/2/3 vom 18. November 2009.

UN, CRPD (2010a), *Implementation of the Rights of Persons with Disabilities: Initial reports submitted by States parties in accordance with article 35 of the Convention – Spain*, 5. Oktober 2010, CRPD/C/ESP/1.

UN, CRPD (2010b), *Implementation of the Rights of Persons with Disabilities: Initial reports submitted by States parties under article 35 of the Convention – Austria*, 5. Oktober 2010, CRPD/C/AUT/1.

UN, CRPD (2010c), *Implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Initial reports submitted by States parties under article 35 of the Convention – Belgium*, CRPD/C/BEL/1, liegt nur auf Französisch vor.

UN, CRPD (2010d), *Implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Initial reports submitted by States parties under article 35 of the Convention – Hungary*, 28. Juni 2010, CRPD/C/HUN/1.

UN, CRPD (2011a), *Concluding observations of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities – Tunisia*, Fünfte Tagung, 11.-15. April 2011, CRPD/C/TUN/CO/1.

UN, CRPD (2011b), *Concluding observations of the Committee on the Rights of Persons with Disabilities – Spain*, Sechste Tagung, 19.-23. September 2011, CRPD/C/ESP/CO/1.

UN, CRPD (2011c), *Implementation of the Rights of Persons with Disabilities: Initial reports submitted by States parties under article 35 of the Convention – Czech Republic*, 11. November 2011, CRPD/C/CZE/1.

UN, CRPD (2011d), *Implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Initial reports submitted by States parties under article 35 of the Convention – Denmark*, 27. Oktober 2011, CRPD/C/DNK/1.

UN, CRPD (2011e), *Implementation of the Rights of Persons with Disabilities: Initial reports submitted by States parties under article 35 of the Convention – Germany*, 3. August 2011, CRPD/C/DEU/1.

UN, CRPD (2011f), *Implementation of the Rights of Persons with Disabilities: Initial reports submitted by States parties under article 35 of the Convention – United Kingdom*, 2011, CRPD/C/GBR/1.

UN, CRPD (2011g), *Implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: Initial reports submitted by States parties under article 35 of the Convention – Sweden*, Januar 2011, CRPD/C/SWE/1.

UN, Berichterstatter für Gesundheit (2005), Bericht des Sonderberichterstatters über das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit, Paul Hunt, Menschenrechtskommission, Einundsechzigste Tagung, Dok. E/CN.4/2005/51 vom 11. Februar 2005.

UN, Berichterstatter für Gesundheit (2009), *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health* – Bericht von Anand Grover, Sonderberichterstatter, über das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit, UN-Generalversammlung, Sechsendvierzigste Tagung, Dok. A/64/272 vom 10. August 2009.

UN, Generalversammlung (1988), *Grundsatzkatalog für den Schutz aller irgendeiner Form von Haft oder Strafgefängenschaft unterworfenen Personen*, Resolution 43/173, 9. Dezember 1988.

UN, Generalversammlung (1991), *Grundsätze für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung*, 17. Dezember 1991, A/RES/46/119.

UN, Hoher Kommissar für Menschenrechte (2009), *Address by the UN High Commissioner for Human Rights to the Interactive Debate on the Rights of Persons with Disabilities*, 6. März 2009.



UN, Menschenrechtsausschuss (HRC) (1982), *Allgemeine Bemerkung Nr. 8: Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit*, 30. Juni 1982.

UN, Sonderberichterstatter für Folter (1986), Bericht des Sonderberichterstatters, Herr P. Kooijmans, über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, Menschenrechtskommission, Zweiundvierzigste Tagung, Dok. E/CN.4/1986/15 vom 19. Februar 1986.

UN, Sonderberichterstatter für Folter (2008), Bericht des Sonderberichterstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, Manfred Nowak, Generalversammlung der Vereinten Nationen, Dreiundsechzigste Tagung, Dok. A/63/175 vom 28. Juli 2008.

UN, Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, Ad-Hoc-Komitee (2006), Daily Summaries of discussion at the seventh session, 19. Januar 2006, Volume 8, #4.

Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2005a), *Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen*, 14. Januar 2005.

WHO (2005b), *Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen*, 14. Januar 2005.

WHO (2011), *Weltbericht Behinderung*, Weltgesundheitsorganisation, 2011.

Anhang 1:

Rechtsvorschriften zur unfreiwilligen Unterbringung und unfreiwilligen Behandlung (Zivilrecht)

EU-Mitgliedstaat	RECHTSVORSCHRIFT	LETZTE SIGNIFIKANTE ÄNDERUNG
AT	Unterbringungsgesetz (UbG), BGBl. 155/1990	BGBl. I 18/2010, 17. März 2010
BE	Gesetz über den Schutz von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen (<i>Loi relative à la protection de la personne des malades mentaux</i>), 26. Juni 1990 Gesetz über Patientenrechte (<i>Loi relative aux droits des patients</i>), 22. August 2002	Keine signifikanten Änderungen mit Auswirkungen auf die zivilrechtliche Einweisung, während es hinsichtlich der strafrechtlichen Einweisung im Jahr 2007 Änderungen gab (die Reform trat im Jahr 2012 in Kraft)
BG	Kapitel II Gesundheitsgesetz (<i>Закон за здравеопазване</i>), 1. Januar 2005	Das Gesetz wurde zwar mehrfach geändert, die Bestimmungen in Kapitel II betreffend die unfreiwillige Unterbringung und Behandlung sind jedoch gleich geblieben.
CY	Gesetz Nr. 77(1) von 1997 über die Errichtung und den Betrieb von psychiatrischen Zentren für die Betreuung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen, den Schutz der Rechte dieser Menschen und die Festlegung der Pflichten und Zuständigkeiten von Angehörigen	Geändert zwischen 2003-2007
CZ	Gesetz zur Sicherung und zum Schutz der Patientenrechte und zugehöriger Fragen Nr. 1(1)/2005, 7. April 2005 Gesundheitsgesetz (<i>Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdravotní lidu</i>) (1. Juli 1966) Zivilprozessordnung (<i>Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád</i>), Gesetz Nr. 99/1963 Slg.	Keine Änderungen 2004 2011
DE	§ 1906 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), eingeführt durch das Betreuungsgesetz (BtG) vom 12. September 1990 (in Kraft getreten am 1. Januar 1992) Unterbringung nach öffentlichem Recht durch Ländergesetze geregelt	Geändert im Jahr 2009
DK	Gesetz Nr. 331 vom 24. Mai 1989 über Freiheitseziehung und andere Formen der Anwendung von Zwang in der Psychiatrie	Konsolidiertes Gesetz über die Anwendung von Zwang in der Psychiatrie (<i>om anvendelse af tvang i psykiatrien</i>), Nr. 1111, vom 1. November 2006
EE	§§ 19-20 Sozialfürsorgegesetz (<i>Riigikantselei</i>) (6. März 1995) (<i>Riigi Teataja I</i>), 21, 323, 8. Februar 1995 §§ 533-543 Zivilprozessordnung (<i>Tsiviilkohtumenetluse seadustik</i>), 20. April 2005 §§ 10-14 Gesetz über die psychische Gesundheit, 12. Februar 1997	15. Juni 2005 19. Juni 2002

EU-Mitgliedstaat	RECHTSVORSCHRIFT	LETZTE SIGNIFIKANTE ÄNDERUNG
EL	<p>Artikel 1687 Bürgerliches Gesetzbuch</p> <p>Gesetz 2071/1992 (regelt die unfreiwillige Behandlung im Bereich der psychiatrischen Versorgung)</p>	
ES	<p>Artikel 763 Zivilprozessgesetz (<i>Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil</i>), Staatsanzeiger Nr. 7 vom 8. Januar 2000</p> <p>Gesetz über die Autonomie des Patienten, Gesetz 41/2002, 14. November 2002</p>	<p>Nach Entscheidung des Verfassungsgerichts vom 2. Dezember 2010, Entscheidung 132/2010</p> <p>Nach Gesetz 2/2010 vom 3. März 2010 und Gesetz 26/2011 Normative Anpassung an das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen, 11. August 2011</p>
FI	<p>Artikel 8-20 Gesetz zur psychischen Gesundheit, Nr. 1116/1990</p>	<p>Gesetz 1066/2009 vom 11. Dezember 2009</p>
FR	<p>Gesundheitsgesetzbuch, Artikel L.3212-1 bis L.3213-11</p>	<p>Gesetz Nr. 2011-803 vom 5. Juli 2011 über Rechte und Schutz von Menschen in psychiatrischer Betreuung und die Modalitä- ten ihrer Versorgung (<i>Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge</i>)</p>
HU	<p>Gesundheitsgesetz (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről), 15. Dezember 1997</p>	<p>Das Gesetz wurde zwar mehrfach geändert, die Bestimmun- gen betreffend die unfreiwillige Unterbringung und Behand- lung sind jedoch gleich geblieben.</p>
IE	<p>Gesetz zur psychischen Gesundheit, <i>Mental Health Act</i> 2001, 1. November 2006</p>	
IT	<p>Artikel 33-35 Gesetz Nr. 833/1978, 23. Dezember 1978</p>	
LT	<p>Gesetz über die psychische Gesundheitsversorgung/1995, Nr. I-924, (<i>Psichikos sveikatos priežiūros įstatymas</i>), in: Amtsblatt (Žin.), 1995, Nr. 53-1290. Abrufbar in EN (ohne Änderungen: www3.lrs.lt/pls/inter2/dokpaieska. showdoc_e?p_id=39589)</p>	<p>Gesetz vom 5. Juli 2005</p>
LU	<p>Gesetz über die Krankenhauseinweisung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen ohne deren Einwilligung (<i>Loi relative à l'hospitalisation sans leur consentement de per- sonnes atteintes de troubles mentaux</i>), 10. Dezember 2009</p>	

EU-Mitgliedstaat	RECHTSVORSCHRIFT	LETZTE SIGNIFIKANTE ÄNDERUNG
LV	Artikel 68 Gesetz über die ärztliche Behandlung (<i>Ārstniecības likums</i>) (26. Februar 1998)	2008
MT	Gesetz zur psychischen Gesundheit Kapitel 262 der Gesetze von Malta (angenommen im Jahr 1976)	
NL	Gesetz über (die Zwangseinweisung in) psychiatrische Krankenhäuser 1992, (in Kraft getreten im Januar 1994)	2008
PL	Gesetz über den Schutz der psychischen Gesundheit (<i>Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi</i>) Dz. U. 1994 Nr. 111 Art. 53519, 19. August 1994	
PT	Artikel 12 Gesetz zur psychischen Gesundheit 36/98, 24. Juli 1998	
RO	Gesetz zur psychischen Gesundheit, (Gesetz 487/2002), 11. Juli 2002 Gesetz über Patientenrechte Nr. 46/2002 (<i>Legea drepturilor pacientului Nr. 46/2002</i>)	
SE	Gesetz über die Zwangsbehandlung in der Psychiatrie (SFS: 1991:1128)	2009 (SFS: 2009:809)
SI	Gesetz zur psychischen Gesundheit 77/08, 28. Juli 2008	
SK	Artikel 191a-191g Zivilprozessordnung (<i>Zákon 99/1963</i>), 4. Dezember 1963 Artikel 6, 8 und 11 Gesundheitsgesetz (<i>Zákon 576/2004</i>) 21. Oktober 2004	1994 durch Gesetz Nr. 46/1994 Slg. Änderung von Artikel 6 im Jahr 2009, Änderung von Artikel 8 im Jahr 2011
UK	Gesetz zur psychischen Gesundheit, (<i>Mental Health Act 1983</i> c. 20) Schottisches Gesetz zur psychischen Gesundheit (Betreuung und Behandlung), (<i>Mental Health (Care and Treatment) (Scotland) Act 2003 asp. 13</i>) Nordirische Verordnung zur psychischen Gesundheit, (<i>Mental Health (Northern Ireland) Order 1986 No. 595 (N.I. 4)</i>)	Gesetz zur psychischen Gesundheit (<i>Mental Health Act 2007</i> c. 12) 2008

Anhang 2:

Kriterien für die unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung, nach EU-Mitgliedstaaten

EU-Mitgliedstaat	Psychisches Gesundheitsproblem	Erhebliches Risiko für sich selbst und andere	Therapeutischer Zweck	Vorrang weniger restriktiver alternativer Methoden gesetzlich verankert
AT	✓	✓		✓
BE	✓	✓		✓
BG	✓	✓		
CY	✓	✓		
CZ	✓	✓		
DE	✓	✓		✓
DK	✓	✓	✓	✓
EE	✓	✓		✓
EL	✓	✓	✓	
ES	✓		✓	
FI	✓	✓	✓	✓
FR	✓	✓	✓	✓
HU	✓	✓		✓
IE	✓	✓	✓	
IT	✓		✓	✓
LT	✓	✓		
LU	✓	✓		✓
LV	✓	✓	✓	
MT	✓	✓		✓
NL	✓	✓		✓
PO	✓	✓	✓	✓
PT	✓	✓	✓	✓
RO	✓	✓	✓	✓
SE	✓	✓	✓	✓
SI	✓	✓	✓	✓
SK	✓	✓	✓	
UK	✓	✓	✓	✓



Agentur der Europäischen Union für Grundrechte

Unfreiwillige Unterbringung und unfreiwillige Behandlung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen

2012 – 74 S. – 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9192-90-4

doi:10.2811/88354

Zahlreiche Informationen über die Agentur der Europäischen Union für Grundrechte finden Sie im Internet. Die Informationen können über die FRA-Website (fra.europa.eu) abgerufen werden.

WO ERHALTE ICH EU-VERÖFFENTLICHUNGEN?

Kostenlose Veröffentlichungen:

- über EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- bei den Vertretungen und Delegationen der Europäischen Union.
Die entsprechenden Kontaktdaten finden sich unter <http://ec.europa.eu> oder können per Fax unter der Nummer +352 2929-42758 angefragt werden.

Kostenpflichtige Veröffentlichungen:

- über EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Kostenpflichtige Abonnements (wie z. B. das *Amtsblatt der Europäischen Union* oder die *Sammlungen der Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Union*):

- über eine Vertriebsstelle des Amtes für Veröffentlichungen der Europäischen Union (http://publications.europa.eu/eu_bookshop/index_de.htm).

HELPING TO MAKE FUNDAMENTAL RIGHTS A REALITY FOR EVERYONE IN THE EUROPEAN UNION

Die unfreiwillige Unterbringung und die unfreiwillige Behandlung von Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen wirken sich auf die grundlegendsten Rechte aus, darunter das Recht auf Freiheit und das Verbot der Folter. Strenge Schutzmaßnahmen auf Ebene der Vereinten Nationen sowie auf europäischer Ebene sollen übermäßige Eingriffe in diese Rechte beschränken. Der rechtliche Ansatz in diesem Bereich verzeichnet rasante Entwicklungen, nicht zuletzt aufgrund des Überkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention, BRK), dem die Europäische Union (EU) und 20 EU-Mitgliedstaaten beigetreten sind und das von allen Mitgliedstaaten unterzeichnet wurde. Die BRK ist viel mehr als nur eine Neufassung bestehender Rechte. Sie stellt eine Zeitenwende dar, einen Übergang von einem auf Wohltätigkeit begründeten Ansatz zu einem rechtsbasierten Ansatz, der durch Nichtdiskriminierung, Selbstbestimmtheit und sozialer Inklusion geprägt wird. Dieser Bericht der Agentur der Europäischen Union für Grundrechte (FRA) analysiert das sich wandelnde Panorama der Rechtsvorschriften und macht auf der Grundlage einer in neun EU-Mitgliedstaaten durchgeführten Feldstudie zu den Erfahrungen von unfreiwillig untergebrachten und behandelten Menschen sowie anderen Akteurinnen und Akteuren deutlich, dass eine neuerliche Diskussion über das Thema Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung in der EU erforderlich ist.



Amt für Veröffentlichungen

FRA – AGENTUR DER EUROPÄISCHEN UNION FÜR GRUNDRECHTE

Schwarzenbergplatz 11 – 1040 Wien – Österreich
Tel. +43 158030-0 – Fax +43 158030-699
fra.europa.eu – info@fra.europa.eu
facebook.com/fundamentalrights
twitter.com/EURightsAgency

