

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen
-Abteilung Aachen-
Fachbereich Sozialwesen

Die Patientenrechte in der Akut-Psychiatrie in Deutschland (Aachen)
und in den USA (Pittsburgh): Ein Vergleich

Bachelorthesis im Studiengang Soziale Arbeit

Vorgelegt von:

Laura Maren Michel

Matr.-Nr. 511626

Erstgutachter: Prof. Dr. Norbert Frieters-Reermann

Zweitgutachter: Prof. Dr. phil. Ulrich Deller

Aachen, den 22.05.2018

In der folgenden Bachelor-Thesis werde ich aus Gründen der einfachen Lesbarkeit jeweils die männlichen Formen verwenden.

Selbstverständlich stehen diese stellvertretend für sowohl männliche, weibliche als auch für andere Geschlechter.

Somit ist eine Exklusion bestimmter Geschlechter auszuschließen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
2. Die psychiatrische Unterbringung in Aachen	8
2.1. Zugang zur psychiatrischen Versorgung: Aufnahmekriterien	8
2.2. Unterbringungsrecht in Deutschland	9
2.2.1. Zivilrechtliche Unterbringung	9
2.2.2. Öffentlich-rechtliche Unterbringung nach PsychKG NRW	10
2.2.3. Behördliche Unterbringung	11
2.2.4. Gerichtliches Unterbringungsverfahren	12
2.2.5. Novellierung des PsychKGs	13
2.2.6. Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen	14
2.3. Patientenrechte	16
2.3.1. Das Patientenrechtegesetz	16
2.3.2. Verfahrensgrundsätze bei der Unterbringung	17
2.3.3. Patientenrechte während der Unterbringung	18
2.4. Finanzierung der Unterbringung	19
3. Die psychiatrische Unterbringung in Pittsburgh	21
3.1. Zugang zur psychiatrischen Versorgung: Aufnahmekriterien	21
3.1.1. Zwangseinweisung „302“	23
3.1.2. Weiterführende Zwangsbehandlung „303“	24
3.1.3. Langzeitzwangsbehandlung „304b“	25
3.1.4. Erweiterte Langzeitzwangsbehandlung „305“	25
3.2. Unterbringungsrecht in Pittsburgh	26
3.2.1. Behandlung im State Hospital	26
3.2.2. Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen	27
3.3. Patientenrechte	27
3.3.1. United States Code	27
3.3.2. Pennsylvania Code	29
3.4. Finanzierung der Unterbringung	29
3.5. Assisted Outpatient Commitment	31
3.6. Psychisch Erkrankte in den US-Gefängnissen	32

4.	Internationale Richtlinien und Abkommen	34
4.1.	UN-Menschenrechtscharta	34
4.2.	UN-Behindertenrechtskonvention	36
4.3.	Ten Basic Principles for Mental Health Law	38
5.	Vergleich	42
5.1.	Gesetzliche Grundlagen	42
5.2.	Unterbringung	43
5.2.1.	Einleitung der Unterbringung	43
5.2.2.	Voraussetzungen zur Unterbringung	44
5.2.3.	Unterbringungsverfahren	46
5.3.	Patientenrechte	48
5.3.1.	Subsidiarität der Unterbringung	48
5.3.2.	Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen	49
5.3.3.	Patientenorientierung	50
5.3.4.	Ort der Unterbringung	52
5.3.5.	Ausgestaltung der Unterbringung	53
5.3.6.	Teilhabe am Behandlungsablauf	55
5.4.	Krankenversicherungssystem	56
6.	Soziale Arbeit in der Psychiatrie	58
6.1.	Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession	59
7.	Fazit	62
8.	Literaturverzeichnis	68

Abkürzungsverzeichnis

302	Vorgehen nach 50 P.S. §7302, meint Zwangseinweisung
303	Vorgehen nach 50 P.S. §7303, meint eine weiterführende Zwangsbehandlung
304b	Vorgehen nach 50 P.S. §7304b, meint eine Langzeit-Zwangsbehandlung
305	Vorgehen nach 50 P.S. §7305, meint eine erweiterte Langzeit-Zwangsbehandlung
BayPsychKHG	Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz
BGB	Deutsches Bürgerliches Gesetzbuch
FamFG	Deutsches Gesetz über das Verfahren in Familiensachen und in Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit
GG	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
IFSW	International Federation of Social Workers
Mental Health Act	Kurz für den Mental Health Procedures Act, der in 50 P.S. Chapter 15 verankert ist
P.C.	Pennsylvania Code, Gesetz für den Bundesstaat Pennsylvania
P.S.	Pennsylvania Statutes, Gesetz für den Bundesstaat Pennsylvania
PsychKG NRW	In NRW geltendes Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten
U.S.C.	United States Code, offiziell: Code of Laws of the United States of America
UN-BRK	Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
WHO	World Health Organization

1. Einleitung

In der folgenden Bachelorthesis zum Thema „Die Patientenrechte in der Akutpsychiatrie in Deutschland (Aachen) und den USA (Pittsburgh): Ein Vergleich“ werden die Rechte zwangseingewiesener Psychiatriepatienten in Aachen und in Pittsburgh gegenübergestellt. Dabei steht die Bearbeitung folgender Fragen im Fokus: Welche Rechte haben die Patienten in der Akutpsychiatrie in Aachen und Pittsburgh? Wie kann die Ausgestaltung dieser Patientenrechte in internationale Kontexte und gültige Abkommen eingeordnet werden? Und was bedeutet das für die Soziale Arbeit in der Akut-Psychiatrie?

Dazu wird ein theoretischer Vergleich auf Grundlage der aktuellen Gesetzestexte, Beschlüsse und Literatur angeführt, der aktuelle politische Diskussionen und Änderungen einbezieht. Dazu wird zuerst die aktuelle rechtliche Situation und Ausgestaltung einer Unterbringung in Aachen beschrieben, darauf folgt die Auseinandersetzung mit den Abläufen in Pittsburgh. In diesen Kapiteln zwei und drei folgt die Struktur dem für den Patienten tatsächlich erlebbaren Unterbringungsablauf, von deren Einleitung, über das Verfahren zur Unterbringung, den Ort und die Ausgestaltung der Unterbringung sowie deren Finanzierung.

Im vierten Kapitel werden relevante internationale Richtlinien erörtert, die als Basis für alle Gesetze im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen dienen sollen.

Daraufhin folgt der direkte Vergleich zwischen den deutschen und den amerikanischen Strukturen, wobei auch die Einhaltung und Ausgestaltung der internationalen Abkommen überprüft wird. Abschließend folgt die Diskussion der gewonnenen Ergebnisse aus Sicht der Sozialen Arbeit und eine Gesamtreflexion der erarbeiteten Inhalte.

Alle in der folgenden Ausführung angeführten Gesetze sind, wenn nicht anders gekennzeichnet, aktuell gültig (Stand Mai 2018).

Eine Gegenüberstellung der Rechte psychiatrischer Patienten zwischen Pittsburgh und Aachen ist in der Literatur nicht zu finden, allerdings vermehrte Auseinandersetzungen zwischen verschiedenen Bundesländern in Deutschland und Staaten in den USA, meist im Hinblick auf Rechtsgrundlagen bei medizinisch relevanten Themen.

Von Aktualität ist die Auseinandersetzung mit diesem Thema vor allem vor dem Hintergrund gegenwärtiger politischer Veränderungen. Sei es die von Präsident Trump geplante erneute Veränderung des Gesundheitssystems in den USA, oder die aktuellen Novellierungen der Gesetze für psychisch erkrankte Menschen in den Bundesländern Deutschlands. Die Auseinandersetzung und Überprüfung der Einhaltung der Menschenrechte wird zudem niemals an Relevanz verlieren.

Die Motivation, sich dem Thema dieser Ausarbeitung zu widmen, entstand einerseits durch den Besuch der Katholischen Hochschule NRW bei ihrer Partneruniversität in Pittsburgh und der damit verbundenen Auseinandersetzung mit der Lebenswelt der dort lebenden Klienten, andererseits aufgrund meines Praxissemesters im Alexianer Krankenhaus Aachen auf der Akut-Station. Hier beschäftigte mich vor allem die Ausgestaltung der Unterbringung gegen den Willen des Patienten in den USA sowie der direkte Vergleich zu den deutschen Handlungsmaßstäben. Die Wahrung der Menschenrechte der Patienten ist mir in der Arbeit in der Psychiatrie als wichtig Richtlinie bewusst geworden. Eine Auseinandersetzung mit dem Vorgehen in Pittsburgh schien mir daher interessant. Gerade vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen in der Akutpsychiatrie, wo vor der Novellierung des Psychisch-Kranken-Gesetzes des Landes Nordrhein-Westfalen (kurz PsychKG NRW) die Beachtung der Menschen- und Patientenrechte nicht so sehr im Fokus standen, liegt mir dieses Thema besonders am Herzen.

Diese Ausführungen können Studenten der Katholischen Hochschule, die einen Besuch der Partneruniversität anstreben und an der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie interessiert sind, zur Vorbereitung dienen.

2. Die psychiatrische Unterbringung in Deutschland

Im folgenden Kapitel zur psychiatrischen Unterbringung in Deutschland, genauer in Aachen, werden die verschiedenen Voraussetzungen für eine Unterbringung gegen den Willen des Patienten beleuchtet, die rechtlichen Grundlagen werden erklärt, Fachbegriffe werden erläutert. Die Rechte der Patienten in der Akutpsychiatrie werden analysiert und abschließend folgt eine Erläuterung der Finanzierungsmöglichkeiten eines psychiatrischen Krankenhausaufenthalts.

2.1. Zugang zur psychiatrischen Versorgung: Aufnahmekriterien

Die Aufnahme in einem psychiatrischen Krankenhaus kann entweder auf freiwilliger Rechtsgrundlage geschehen oder durch eine Unterbringung.

Eine Unterbringung bedeutet eine Einweisung eines Menschen und dessen Verbleib gegen dessen Willen oder im Zustand der Willenslosigkeit in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus, einer psychiatrischen Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Hochschulklinik. Dies ist aufgrund einer richterlichen Anordnung oder Genehmigung nach ärztlicher Begutachtung zur Vermeidung von Fremd- oder Selbstgefährdung oder zur Beobachtung möglich. (vgl. De Gruyter et al., 2014, S. 2197; §10 PsychKG NRW) Voraussetzung hierfür ist eine psychische Erkrankung, geistige Behinderung oder Suchterkrankung des Patienten, aus der eine Selbst- oder Fremdgefährdung resultiert oder resultieren kann.

Mit einer Fremdgefährdung nach §11 des PsychKGs NRW ist die Gefährdung anderer Personen gemeint, welche unabhängig von der Ursache, der Intention dahinter oder der dabei verwendeten Mittel zu betrachten ist. Dies schließt nicht nur andere Personen, sondern auch die erhebliche Gefährdung ihrer bedeutenden Rechtsgüter, beispielsweise ihrer Freiheit, Würde oder materiellem Besitz mit ein. Selbstgefährdung hingegen meint nach dem Gesetz die Gefährdung des eigenen Lebens oder der Gesundheit durch Suizidalität oder Verwirrtheit. (vgl. De Gruyter et al., 2014, S. 714, 1942)

Der Großteil der Patienten, die gegen ihren Willen untergebracht werden, sind Menschen mit niedrigem sozialen Status, einer schlechten Ausbildung, oder Arbeitslose. (vgl. Salize, Dreßing & Peitz, 2002, S. 6) Auch werden bei vergleichbarer Symptomatik häufiger Patienten männlichen als weiblichen Geschlechts zwangsuntergebracht. Vorherige Aufenthalte in der Psychiatrie begünstigen zudem eine erneute Unterbringung. (vgl. Katsching & Konieczna, 1986, S. 33)

2.2. Unterbringungsrecht in Deutschland

Die deutschen Rechtsgrundlagen für die Unterbringung einer Person sind in das Zivilrecht, das Öffentliche Recht und das Strafrecht unterteilt. Da sich Personen, die nach dem Strafrecht untergebracht sind, meist in speziellen forensischen Einrichtungen mit besonderen auf dem Strafrecht beruhenden Interventionen und Auflagen aufhalten und nicht in den örtlich zuständigen Krankenhäusern, werde ich diese aus der Betrachtung herausnehmen. Im deutschen Grundgesetz steht beschrieben, dass die Freiheit der Person unverletzlich ist. Um dieses Recht schmälern zu können bedarf es eines Gesetzes. (vgl. Art.2 Abs.2 GG) Da eine Unterbringung immer auch ein Eingriff in die Freiheit der Person ist, und somit das Grundrecht auf diese einschränkt, bedarf sie einer Rechtsgrundlage oder richterlichen Legitimation.

Diese freiheitseinschränkende Gesetze, die für das psychiatrische System relevant sind, finden wir sowohl im Öffentlichen Recht, als auch im Zivilrecht. Beispiel hierfür ist der Paragraph 36 des PsychKGs NRW, der besagt: „Durch dieses Gesetz werden im Rahmen des Artikel 19 Abs. 2 des Grundgesetzes die Rechte auf körperliche Unversehrtheit und auf Freiheit der Person (Artikel 2 Abs. 2 des Grundgesetzes), auf Unverletzlichkeit des Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnisses (Artikel 10 des Grundgesetzes) und der Wohnung (Artikel 13 des Grundgesetzes) eingeschränkt.“

2.2.1. Zivilrechtliche Unterbringung

Eine Unterbringung nach dem Zivilrecht ist bei Bestehen einer Rechtlichen Betreuung nach §§1896ff des Bürgerlichen Gesetzbuches (kurz BGB) oder durch einen Bevollmächtigten möglich. Diese Vollmacht muss dazu nach §1901a BGB rechtskräftig wirksam sein, woraufhin der Bevollmächtigte anstelle eines Betreuers mit den gleichen Rechten agieren kann.

Eine Betreuung kommt dann in Frage, wenn eine volljährige Person aufgrund einer psychischen Erkrankung oder einer körperlichen, seelischen oder geistigen Behinderung ihre Angelegenheiten ganz oder teilweise nicht besorgen kann. Dann kann auf ihren Antrag hin oder von Amts wegen eine Betreuung eingesetzt werden. Die Bestellung einer Betreuung gegen den freien Willen der Person ist jedoch nicht zulässig.

Die Betreuung darf nur für die Aufgabenkreise bestellt werden, in welchen die Betreuung erforderlich ist. (vgl. §1896 BGB) Relevante Aufgabenkreise bei Unterbringungssachen von Betreuten sind die Gesundheitsvorsorge und die Aufenthaltsbestimmung. Ist der Betreuende hierfür bestellt, ist eine zivilrechtliche Unterbringungsbefugnis vorhanden.

Diese auszuüben ist jedoch nur zum Wohle des Betreuten und zum Schutz vor erheblicher Schädigung zulässig, siehe hierzu §1906 Abs.1 BGB. Dieser besagt, dass eine Unterbringung mit freiheitsentziehenden Maßnahmen nur zulässig ist, solange sie zum Wohl des Betroffenen erforderlich ist. Notwendig ist dies, wenn aufgrund einer psychischen Krankheit „(...) die Gefahr besteht, dass er sich selbst tötet oder sich erheblichen gesundheitlichen Schaden zufügt [oder wenn] zur Abwendung eines drohenden erheblichen gesundheitlichen Schadens eine Untersuchung (...) oder ein ärztlicher Eingriff notwendig ist, [der] ohne Unterbringung nicht durchgeführt werden kann“ und dessen Notwendigkeit von dem Betreuten nicht erkannt werden kann. (vgl. §1906 Abs. 1 BGB) Eine Unterbringung zum Schutz vor Selbstgefährdung ist nur dann legitim, wenn der Betroffene nicht in der Lage ist, eine Entscheidung nach freiem Willen zu treffen. Die Möglichkeit andere, weniger einschränkende, Maßnahmen zu veranlassen, muss stets vorher geprüft worden sein. Der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ist immer zu beachten. Eine Unterbringung zum Schutz Anderer ist zivilrechtlich nicht möglich. Eine Betreuung ist also als Hilfs- und Unterstützungsmaßnahme für den Betreuten anzusehen, um dessen Rechte zu wahren und dessen Willen und Präferenzen zu vertreten.

Stellt der Betreuer einen Antrag auf Unterbringung beim zuständigen Betreuungsgericht, so hat dieses darüber zu entscheiden. Die Verfahrensabläufe sind in Kapitel 2.2.4 zum Unterbringungsverfahren aufgeführt.

2.2.2. Öffentlich-rechtliche Unterbringung nach PsychKG NRW

Im Gegensatz zur Unterbringung betreuter Personen ist eine Unterbringung nach öffentlich-rechtlichen Grundlagen bei allen Menschen möglich. Hier kommen die Gesetze über Hilfsmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen zum Tragen.

Hierbei handelt es sich um Landesrecht, welches die Hilfs- und Schutzmaßnahmen sowie Unterbringung bei psychischen Krankheiten regelt. Um die Rechtslage in Aachen erläutern zu können, werde ich mich im Folgenden auf das PsychKG NRW beziehen.

Das PsychKG NRW ist für alle Bürger, die sich innerhalb der Landesgrenzen Nordrhein-Westfalens befinden, gültig, unabhängig von ihrer Staats- oder Landeszugehörigkeit. (vgl. Dodegge & Zimmermann, 2018, S. 193)

Betroffene im Sinne dieses Gesetzes sind Menschen mit Anzeichen einer psychischen Krankheit, einer diagnostizierten Erkrankung sowie Personen, bei denen die Folgen einer psychiatrischen Erkrankung fortbestehen. (vgl. Dodegge & Zimmermann, 2018, S. 192)

Psychische Krankheiten sind im Sinne des PsychKGs NRW behandlungsbedürftige Psychosen sowie andere behandlungsbedürftige psychische Störungen und Abhängigkeitserkrankungen von vergleichbarer Schwere (vgl. §1 Abs. 3 PsychKG NRW). Zudem sind auch Minderjährige, für die eine Betreuung nach §1896 BGB und somit Unterbringung, wie in Kapitel 2.2.1 beschrieben, nicht möglich ist, von dem Gesetz eingeschlossen.

Grundsatz des PsychKGs NRW ist es, bei allen Maßnahmen die Würde und persönliche Integrität der Betroffenen zu schützen, sowie ihren Willen und ihre Freiheit, Entscheidungen selbstbestimmt zu treffen, zu beachten. (vgl. §2 Abs.1 PsychKG NRW)

Die Voraussetzung zur Unterbringung ist eine akute und erhebliche Selbst- oder Fremdgefährdung, welche nicht anders als durch eine Unterbringung abgewendet werden kann. (vgl. §11 Abs.1 PsychKG NRW)

Im Gegensatz zur oben beschriebenen Unterbringung nach dem BGB kommt das PsychKG NRW nicht nur bei akuter Eigen-, sondern auch bei Fremdgefährdung zum Tragen. Das bedeutet, dass auch nach §1896 BGB betreute Personen im Falle von akuter fremdgefährdender Tendenzen nach dem PsychKG NRW zu behandeln sind.

2.2.3. Behördliche Unterbringung

Das PsychKG NRW findet auch Anwendung bei behördlichen Unterbringungsmaßnahmen. Wird der zuständigen Ordnungsbehörde bekannt, dass eine Unterbringung einer Person möglicherweise notwendig sein könnte, ermittelt sie den Sachverhalt von Amts wegen. Wenn sich nach der Inaugenscheinnahme durch den Sozialpsychiatrischen Dienst eine Unterbringungsnotwendigkeit ergibt, muss die Ordnungsbehörde beim zuständigen Amtsgericht die Unterbringung beantragen. Dies geschieht meist durch eine einstweilige Anordnung des Gerichts. In Eilfällen kann die Behörde auch die sofortige vorläufige Unterbringung veranlassen.

Voraussetzungen hierfür sind Gefahr im Verzug und dass somit die Anordnung des Betreuungsgerichts nicht mehr abgewartet werden kann, sowie das Vorliegen eines ärztlichen Zeugnisses, das die Notwendigkeit einer sofortigen Unterbringung belegt. Die Behörde muss dann rückwirkend einen Unterbringungsantrag beim Amtsgericht stellen. (vgl. Dodegge & Zimmermann, 2018, S. 30f)

2.2.4. Gerichtliches Unterbringungsverfahren

Wurde ein Antrag auf Unterbringung beim örtlich zuständigen Amtsgericht gestellt, wird ein Verfahren eröffnet. Generell ist jede Person über 14 Jahren, unabhängig von ihrer Geschäftsfähigkeit, verfahrensfähig (vgl. §316 FamFG). Somit sind auch geschäftsunfähige Patienten verfahrensfähig, also auch an dem Unterbringungsverfahren zu beteiligen.

Vor der Entscheidung für oder gegen eine Unterbringung des Betroffenen ist dieser durch das Gericht persönlich anzuhören, damit dieses sich einen unmittelbaren Eindruck vom Betroffenen verschaffen kann (vgl. §319 FamFG). Das dient einer optimalen Sachaufklärung und der intensiven Durchführung des Grundrechts auf rechtliches Gehör (vgl. Art. 103 GG). Die Anhörung muss innerhalb von 24 Stunden nach der Unterbringung gegen den Willen des Betroffenen stattfinden.

Sie beinhaltet unter anderem die Inaugenscheinnahme des Betroffenen und seiner Umgebung, die Klärung der Erforderlichkeit der Unterbringung und die Möglichkeit der Bestellung eines Verfahrenspflegers (vgl. §315 FamFG). Auf eine Verfahrenspflege kann verzichtet werden, wenn der Betroffene durch einen Rechtsanwalt oder einem geeigneten Verfahrensbevollmächtigten vertreten wird. Sinn der Verfahrenspflege ist eine fachkundige Beratung und Vertretung des Betroffenen während des Verfahrens.

Weiterhin sind nach §315 FamFG am Verfahren der Antragsteller, -wenn vorhanden- der Betreuer, sowie unmittelbar betroffene Personen -also Ehegatten oder Lebenspartner-, und die vom Betroffenen genannte Vertrauensperson zu beteiligen. Weitere Personen können durch den Sozialpsychiatrischen Dienst beteiligt werden.

Im regulären Unterbringungsverfahren ist dann ein Sachverständigengutachten einzuholen. Bei der Unterbringung durch einstweilige Anordnung ist dagegen das beiliegende ärztliche Zeugnis ausreichend.

Wenn die darauffolgende Entscheidung des Betreuungsgerichts (als Teil des Amtsgerichts) dem Antrag stattgibt, ordnet es die Unterbringung des Betroffenen direkt an. Dem Beschluss ist auch die maximale Dauer der Unterbringung zu entnehmen.

Diese beträgt im Regelfall bis zu einem Jahr, bei offensichtlicher langer Unterbringungs-dauer maximal zwei Jahre.

Da Unterbringungen nach dem PsychKG NRW häufig nur der Gefahrenabwehr und der Bewältigung einer aktuellen Krise dienen, ist die Dauer individuell anzusetzen. Möglich ist auch eine Unterbringung für wenige Tage. Bei Auslaufen der Frist kann ein Verlängerungsantrag gestellt werden.

2.2.5. Novellierung des PsychKGs

Nach Inkrafttreten der UN-Behindertenrechts-Konvention (kurz UN-BRK) in Deutschland im Jahr 2009 begannen die einzelnen Bundesländer, ihre Gesetze zu Hilfe- und Schutzmaßnahmen für psychisch erkrankte Menschen neu zu fassen oder stark zu verändern. (vgl. Praetor Intermedia UG, 2018) Die meisten deutschen Bundesländer haben diese Veränderung bereits vollzogen, bei anderen wird dies noch erwartet. Ziel dieser Veränderung ist es, die Rechte der Betroffenen zu erweitern, den Patientenwillen zu stärken und die Autonomie zu fördern. Die Möglichkeit zur Partizipation wird somit intensiviert. In Nordrhein-Westfalen trat die Neufassung des Gesetzes zum 01.01.2017 in Kraft. Im Zuge der Novellierung wurde auch der Grundsatz des Gesetzes (§2 PsychKG NRW) neu gefasst. Die Rechte der Betroffenen sollen dadurch auch in NRW erweitert und gestärkt werden. In §2 Abs.1 PsychKG NRW wird nun ausdrücklich auf die UN-BRK Bezug genommen, die die Menschenrechte und Freiheiten für Menschen mit Beeinträchtigung für allgemein, unteilbar und uneingeschränkt deklariert. Auch auf die Artikel 1 bis 3 des Grundgesetzes wird Bezug genommen, nach denen die Menschenwürde -also Individualität, Integrität und Identität- geschützt ist. Artikel 2 des Grundgesetzes wird insoweit aufgegriffen, als dass die persönliche Selbstbestimmung und Freiheit explizit erwähnt werden. Art.2 Abs.2 S.3 GG bildet insofern die Basis für das PsychKG NRW, nämlich weil in die vom Grundgesetz postulierten Rechte nur durch ein Gesetz eingegriffen werden darf.

Laut §11 Abs.1 S.1 des PsychKGs NRW muss die Unterbringung des Patienten erforderlich sein. Eine geschlossene Unterbringung darf lediglich als letztes und unabdingbares Mittel eingesetzt werden, weshalb eine Behandlung so weit wie möglich in offenen Formen stattzufinden hat. Mildere Mittel als eine geschlossene Unterbringung sind beispielsweise eine ambulante psychiatrische Behandlung und Versorgung durch einen Pflegedienst, die Bestellung eines Betreuers für gesundheitliche Belange oder die Aufnahme in ein Krankenhaus auf freiwilliger Rechtsgrundlage. (vgl. Dodegge & Zimmermann, 2018, S. 243f)

Eine Neuerung findet sich auch in Paragraph 16 PsychKG NRW. Hier wird die Möglichkeit, dass sich Patienten täglich für in der Regel mindestens eine Stunde im Freien aufhalten dürfen, festgeschrieben. Damit kommt das Gesetz humanethischen und therapeutischen Forderungen nach und hat zum Ziel, die mit der Unterbringung einhergehenden Belastungen zu mildern. (vgl. Dodegge & Zimmermann, 2018, S. 271)

Patienten müssen seit der Novellierung bei der Aufnahme in eine psychiatrische Abteilung über ihre Rechte und Pflichten informiert werden. Auch muss unverzüglich nach der Aufnahme der Verfahrensbevollmächtigte, die rechtliche Vertretung oder eine Vertrauensperson informiert werden. (§17 Abs.1 PsychKG NRW) Diese Personen dürfen den Betroffenen in der richterlichen Anhörung begleiten, sofern dieser es wünscht. Das dient der Stärkung der Rechte der Betroffenen und der Herstellung einer Gleichberechtigung zwischen dem Betroffenen, dem Gericht und den Ärzten. (vgl. Dodegge & Zimmermann, 2018, S. 274f)

Durch §17 Abs.3 S.2 PsychKG NRW wird der Fokus erneut auf die Freiheit des Patienten gelegt, da nun täglich durch Ärzte und Pflegepersonal zu überprüfen ist, ob die Erforderlichkeit der Unterbringung noch vorhanden ist. Ist dies nicht der Fall, ist die Aufhebung des Unterbringungsbeschlusses zu beantragen. Aufgrund des weitreichenden Eingriffs in das Recht auf Freiheit des Patienten sieht der Gesetzgeber diese fortlaufende Überprüfung als unabdingbar an. (vgl. Dodegge & Zimmermann, 2018, S. 276)

2.2.6. Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen

Ist der Betroffene als Patient in einer Einrichtung für einen gewissen Zeitraum offiziell untergebracht, so gelten weitere Vorschriften, die den Vollzug der Unterbringung regeln. Sollten Einschränkungen in die Freiheit des Patienten in Form von Sicherungsmaßnahmen notwendig sein, so müssen diese dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit entsprechen. Es ist jeweils die Maßnahme anzuwenden, die bei individueller Betrachtung am wenigsten in die Rechte der Person eingreift und daher das mildeste Mittel darstellt.

Eine allgemeine Sicherungsmaßnahme, die auf geschützten Stationen alle Patienten betrifft, wird in §10 Abs.2 S.3 PsychKG NRW aufgegriffen. Danach muss der Patient am Entweichen aus dem Behandlungskontext gehindert werden muss, beispielsweise durch gesicherte Fenster und Türen.

Besondere Sicherungsmaßnahmen dagegen dürfen nur bei gegenwärtiger erheblicher Selbstgefährdung oder bei gegenwärtiger erheblicher Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer stattfinden, wie beispielsweise im Falle akuter Erregungszustände, wahnhafter Wahrnehmungen und Suizidalität. Diese besonderen Sicherungsmaßnahmen haben den Zweck der Bewegungseinschränkung des Betroffenen. Dazu gehören die Beschränkung des Aufenthalts im Freien, Isolierung, Festhalten und Fixierung.

Die Notwendigkeit der Freiheitsbeschränkungen muss laufend überprüft und angepasst werden. Sicherungsmaßnahmen dürfen nicht als Disziplinierungsmaßnahme angewendet und missbraucht werden. Besondere Sicherungsmaßnahmen können generell bei einmaliger und nicht lang anhaltender Dauer aufgrund ärztlicher Anordnung erfolgen. Mit nicht lang anhaltend ist hierbei der Zeitraum von bis zu maximal 24 Stunden gemeint. Bei regelmäßigen und/ oder über einen längeren Zeitraum andauernden besonderen Sicherungsmaßnahmen bedarf es einer gerichtlichen Genehmigung. Dies ist in §1906 Abs.4 BGB bzw. §20 PsychKG NRW festgehalten. Für den Fall einer Fixierung sichert der Gesetzgeber menschliche Zuwendung in Form einer persönlichen Bezugsbegleitung zu. Besonders geschultes Personal muss in räumlicher Nähe anwesend sein, Blickkontakt halten können und die Überprüfung der Vitalfunktionen ermöglichen. Durch einen interaktiven Beziehungsaufbau soll Deeskalation herbeigeführt werden. (vgl. Dodegge & Zimmermann, 2018, S. 310-321)

Auch eine Zwangsbehandlung darf nur nach vorheriger Zustimmung des zuständigen Gerichts erfolgen, es sei denn, es liegt ein Notfall vor. Hier ist der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit ebenfalls zu beachten, ebenso wie die Maßnahme nur als Ultima Ratio durchgeführt werden darf, wenn keine andere mildere Maßnahme möglich ist. Die Indikation einer Zwangsmedikation liegt vor, wenn der Krankheitszustand des Patienten sich durch die Behandlung voraussichtlich kurz- oder langfristig verbessern lässt. (vgl. Taupitz & Weis, 2015, S. 458) Die Zwangsbehandlung muss zusätzlich der Wiederherstellung der freien Selbstbestimmung des Patienten dienen, sofern dies möglich ist. (vgl. §18 Abs.5 S.1 Nr.5 PsychKG NRW) Auch muss ohne die Behandlung Lebensgefahr oder eine erhebliche Gefahr für die Gesundheit des Betroffenen oder für Dritte drohen.

Eine medikamentöse Behandlung gegen den Willen des Patienten ist nur dann erlaubt, wenn sie dazu dient, die Anlasserkrankung der Unterbringung zu kurieren, und wenn der Betroffene keine Einsichts- und Steuerungsfähigkeit besitzt, also einwilligungsunfähig ist und dies gleichzeitig Ausdruck der psychischen Erkrankung ist.

Bei einer Zwangsmedikation liegt also eine Behandlung gegen den natürlichen Willen des Patienten vor. (vgl. Taupitz & Weis, 2015, S. 457) Demzufolge ist der Patient nicht in der Lage, Grund, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einzusehen und sich danach angemessen zu verhalten.

Eine Zwangsbehandlung darf nicht die aktive Mitwirkung des Patienten erzwingen. Somit fallen hierunter nur Verabreichung von Medikamenten, Injektionen, Behandlungen unter Betäubung und Zwangsernährung.

Eine rechtzeitige Ankündigung ist notwendig, ebenso wie ein vorausgegangener ernsthafter Versuch, die Zustimmung des Betroffenen zu erreichen, damit der Patient nicht zum Objekt einer medizinischen Behandlung wird (vgl. Taupitz & Weis, 2015, S. 458), sondern aktiv die Behandlung beeinflussen kann. Der zu erwartende Nutzen der medizinischen Zwangsmaßnahme muss die zu erwartenden Beeinträchtigungen deutlich überwiegen. (vgl. Dodegge & Zimmermann, 2018, S. 277-307, Foerster & Habermeyer, 2015, S. 483)

2.3. Patientenrechte

In Deutschland sind die Rechte von Patienten durch verschiedene rechtliche und prozesshafte Vorgaben gesichert. Durch kontinuierliche Reformierung der Gesetze zur Behandlung psychisch erkrankter Menschen wurden die Menschenrechte erheblich gestärkt. Die Autonomie der Patienten wird gefördert, sie sind als Koproduzenten und Experten für ihre eigene Gesundheit anzusehen. Die Literatur spricht davon, dass „(...) an overall tendency to emphasize civil rights is probably the most common characteristics of legal mental health frameworks in Germany.“ (Salize, Dreßing & Peitz, 2002, S. 86) Die Nutzerorientierung wird durch Förderung von Selbsthilfe und Patientenberatung gestärkt, Präventionsmaßnahmen zielen auf Empowerment ab. (vgl. Horch, Ryl, Hintzpeter & Dierks, 2011, S. 1)

2.3.1. Das Patientenrechtegesetz

Das im Jahre 2013 überarbeitete Patientenrechtegesetz ist im Abschnitt zum Behandlungsvertrag in §630a-h BGB verankert. Das Gesetz nimmt die Veränderung der Rolle des Patienten vom vertrauenden Kranken zum selbstbewussten und kritischen Verbraucher in der Gesundheitsversorgung auf, um die Position der Patienten und dessen Rechte auszubauen. Es definiert das Verhältnis zwischen Arzt und Patient als eigenen Vertrag und beschreibt die Rechte und Pflichten beider Seiten. (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, o.J.)

Ziel des Gesetzes ist es, durch Transparenz und Rechtssicherheit die rechtliche Grundlage zu schaffen, sodass der Patient in die Lage einer partizipativen Entscheidungsfindung im Behandlungsverlauf versetzt wird. (vgl. Wirtz, 2017, S. 1244)

Festgelegt wird, dass der Patient umfassend und für ihn verständlich über alles Wichtige zur Behandlung informiert und aufgeklärt werden muss. Dies schließt nicht nur medizinische Aspekte wie Diagnose, voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung und mögliche Therapien ein, sondern beinhaltet auch wirtschaftliche Aspekte.

Der Behandlungsplan muss mit dem Patienten erarbeitet und ihm erläutert werden. Vor der Durchführung einer medizinischen Maßnahme muss die Einwilligung des Patienten bzw. der hierzu berechtigten Person eingeholt werden. Der Behandler ist dazu verpflichtet, den Patienten über sämtliche zur Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären, wie beispielsweise Art, Umfang, Durchführung und Risiken der Maßnahme sowie ihrer Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussicht. Auch alternative Behandlungsmethoden müssen thematisiert werden, vergleiche hierzu §630e BGB.

Die Anforderungen an die Dokumentation der Behandlung sowie das Recht der Patienten auf Einsichtnahme seiner vollständigen Patientenakte werden in § 630f und g BGB gesetzlich verankert. Durch die Regelungen in §630h BGB zur Beweislast bei der Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler wird sichergestellt, dass Patienten ihre Rechte im Falle eines Behandlungsfehlers wirksam durchsetzen können.

2.3.2. Verfahrensgrundsätze bei Unterbringung

Wie bereits in Kapitel 2.2 beschrieben sind die Voraussetzungen zur Unterbringung eines Betroffenen in einem psychiatrischen Krankenhaus oder ähnlichem recht hoch. Verschiedene Instanzen, die gutmiteinander interagieren müssen, können eine Unterbringung beim Gericht beantragen. Die Voraussetzungen zur Unterbringung nach §1 PsychKG NRW, in dem die Schwere der Erkrankung definiert ist, schließt die Anwendung auf einen großen Teil möglicher Betroffener aus.

Der Grundsatz der Erforderlichkeit der Unterbringung nach dem PsychKG NRW verlangt eine vorherige Überprüfung aller zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Vermeidung einer geschlossenen Unterbringung. Das Prinzip der Verhältnismäßigkeit bedeutet, dass das Ausmaß des Eingriffs in das Freiheitsrecht der Person verhältnismäßig zu der vom Betroffenen ausgehenden Gefahren sein muss. Bei geringfügigen Gefahren darf somit keine Unterbringung erfolgen.

Dies spiegelt den Grundsatz der Subsidiarität von Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen wider. Der Betroffene hat danach das Recht auf die am wenigsten in seine Grundrechte einschneidende Behandlung.

Der Patient hat während des Verfahrens zu seiner Unterbringung nach §335 FamFG das Recht, Rechtsmittel gegen Entscheidungen, Beschlüsse und Maßnahmen einzulegen. (vgl. Steden, 2003, S. 196) Dies erlaubt ihm, trotz eines Unterbringungsbeschlusses rechtliche Handlungsfähigkeit zu behalten.

Gegen Unterbringungsbeschlüsse kann beim zuständigen Amtsgericht das Rechtsmittel der Beschwerde eingelegt werden. Bei Regelungen einzelner Angelegenheiten im Vollzug der Unterbringung kann eine Beschwerde beim zuständigen Betreuungsgericht eingelegt werden. Zudem besteht die Möglichkeit für Patienten, bei der Patientenbeschwerdestelle der Einrichtung Mängel zu beanstanden. (vgl. Dodegge & Zimmermann, 2018, S. 76ff u. 334ff)

Der Grundsatz der Patientenorientierung lässt sich daran erkennen, dass vor jeder Behandlung das Einverständnis des Patienten erwirkt und eingeholt werden muss und er in allen Schritten der Behandlung einzubeziehen ist. Zudem hat er das Recht auf einen auf ihn individuell zugeschnittenen Behandlungsplan, der auch seine persönlichen Ziele beinhaltet. (vgl. §18 PsychKG NRW)

2.3.3. Patientenrechte während der Unterbringung

Wie bereits in Kapitel 2.2 erwähnt, können durch §36 PsychKG NRW die Grundrechte der Patienten eingeschränkt werden. Zum Zweck der Präzisierung finden sich im Gesetz Formulierungen, inwieweit Einschränkungen der Grundrechte zulässig sein können, mit dem Ziel, die Patientenrechte zu stärken

Im §19 PsychKG NRW geht es um den persönlichen Besitz der Patienten während der Unterbringung. Es wird ihnen zugestanden, persönliche Gegenstände in ihrem Zimmer aufbewahren zu dürfen. Dieses Recht darf nur dann eingeschränkt werden, wenn dies für den Betroffenen gesundheitliche Nachteile bedeuten würde, oder dies die Sicherheit und das geordnete Zusammenleben beschränken würde. So kann beispielsweise der Besitz von Drogen, Medikamenten, Waffen usw. untersagt werden, ebenso eine übermäßige Nutzung von Multimediageräten.

Die Unverletzlichkeit des Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnisses nach Art.10 GG ist durch §21 PsychKG NRW relativiert. Grundsätzlich ist es den Betroffenen erlaubt, Schreiben abzuschicken und zu empfangen, gleiches gilt für Pakete, Päckchen, Zeitungen etc.

Die Post ist als persönlicher Besitz des Patienten zu betrachten. Briefkontrollen können dennoch stattfinden, um eine erhebliche Selbstgefährdung oder Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer abzuwenden.

Beispiele für gerechtfertigte Eingriffe sind das Einschmuggeln von Suchtstoffen und Waffen, die Anstiftung zu Straftaten, sowie der Versand umfangreicher Bestellungen durch manisch erkrankte Personen.

Patienten haben zudem das Recht, regelmäßig Besuch zu empfangen sowie Telekommunikationsmittel zu nutzen. (§22 PsychKG NRW) Auch diese Rechte sind lediglich einzuschränken, falls sich daraus gesundheitliche Nachteile für den Betroffenen oder erhebliche Gefahren für die Sicherheit und das geordnete Zusammenleben ergeben würden. Besuche sind sogar erwünscht, da sie einer Wiedereingliederung zuträglich sind und der Aufrechterhaltung von Kontakten zu Bezugspersonen dienen. Der Patient darf selbst über den Besuch entscheiden, der Besucher hingegen hat keinen eigenen Rechtsanspruch.

Zusätzlich haben Patienten das Recht zu telefonieren, dafür müssen entsprechende Geräte zugänglich sein. Auch die Nutzung von Handys und Computern soll ermöglicht werden, da die Kontakte der freien Entfaltung der Persönlichkeit dienen und das Post- und Fernmeldegeheimnis unverletzlich ist. Der Zugang zu Radio- und Fernsehprogrammen soll ermöglicht werden, um Gelegenheiten zur kulturellen Teilhabe zu schaffen.

Weitere Regelungen hinsichtlich des Besuchs und der Nutzung von Medien sind von der Einrichtungsleitung in der Hausordnung bekanntzugeben, besonders, um die Persönlichkeitsrechte anderer Patienten zu schützen. Bei zivilrechtlich untergebrachten Personen obliegt die Aufstellung dieser Regelungen und ihrer Einschränkungen dem Betreuer, sofern er den dafür notwendigen Zuständigkeitsbereich vom Gericht übertragen bekommen hat. (vgl. Dodegge & Zimmermann, 2018, S. 308-310, 321-330)

2.4. Finanzierung der Unterbringung

Nach §34 Abs.1 S.1 PsychKG NRW muss der Betroffene die Kosten der durchgeführten Unterbringung in einem Krankenhaus selbst tragen, soweit nicht andere Parteien dazu verpflichtet sind. Da die Unterbringung in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus, einer psychiatrischen Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Hochschulklinik generell eine Form der Kranken- und Krankenhausbehandlung darstellt, übernimmt in der Regel die Krankenversicherung des Patienten die entstandenen Kosten dafür, vergleiche hierzu §27 des fünften Sozialgesetzbuches (kurz SGB V).

Aufgrund der Versicherungspflicht nach §5 SGB V sind rund 72,6 Millionen Bürger, also rund 87,8% der Bevölkerung, in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert (vgl. GKV Spitzenverband, 2018).

8,8 Millionen Menschen in Deutschland zahlen voll in eine private Krankenversicherung ein (vgl. PKV, 2017), die üblicherweise auch die Kosten einer Krankenhausbehandlung deckt.

Nur ca. 0,2% der Bürger (vgl. Auffahrt, 2005, S. 25), die keiner Krankenversicherung angehören und daher ohne Versicherungsschutz sind, müssen die Behandlungskosten selbst tragen.

Gesetzlich Krankenversicherte müssen pro Kalendertag einen Eigenanteil von zehn Euro leisten. Dieser ist auf maximal 28 Kalendertage begrenzt, also auf maximal 280€ pro Jahr. Chronisch erkrankte Patienten können von der Zuzahlungspflicht befreit werden, sodass ihnen keinerlei Kosten entstehen. (vgl. Verbraucherzentrale, o.J.)

3. Die psychiatrische Unterbringung in Pittsburgh

Im folgenden Kapitel zur psychiatrischen Unterbringung in Pittsburgh (USA) werden die verschiedenen Voraussetzungen für eine Unterbringung gegen den Willen des Patienten beleuchtet, die rechtlichen Ausgangspunkte werden erklärt und Fachbegriffe werden erläutert. Danach werden die Rechte der Patienten in der Akutpsychiatrie beschrieben, abschließend folgt eine Auseinandersetzung mit den Finanzierungsmöglichkeiten eines psychiatrischen Krankenhausaufenthalts.

3.1. Zugang zur psychiatrischen Versorgung: Aufnahmekriterien

Es gibt keine allgemein gültige gesetzliche Grundlage zu den Aufnahmekriterien und Behandlungsgrundsätzen in der Akut-Psychiatrie in den Vereinigten Staaten von Amerika. Diese werden auf der Ebene von Bundesstaaten und Regierungsbezirken geregelt. Die verschiedenen Gesetze unterscheiden sich unter anderem in der Dauer der Unterbringung, den Patientenrechten, der poststationären Versorgung und den Regeln zum Besitz einer Schusswaffe.

Die Bedingungen zur langfristigen Unterbringung von Patienten unterscheiden sich in den Kriterien und Vollzugsmaßnahmen zur Zwangsunterbringung und in deren Dauer, welche je nach Bundesstaat oder Regierungsbezirk zwischen 14 Tagen und einem Jahr variieren. 46 der 50 Bundesstaaten setzen bei der Zwangsunterbringung voraus, dass der Patient sowohl psychisch erkrankt ist, als auch eine Gefahr für sich oder andere darstellt. In 49 Bundesstaaten gilt die Unterbringung als Ultima Ratio, wenn alle weniger restriktiven Maßnahmen, vor allem Gemeindeprogramme, nicht ausreichend sind.

Einige Staaten bieten explizit eine Rechtsgrundlage für untergebrachte Patienten, da dadurch die Freiheit des Einzelnen beschränkt wird. Deren Ziel ist es, die Würde der Patienten zu schützen. Diese Regelungen können beispielsweise das Recht auf Verweigerung der Medikation und das Recht zu arbeiten und wählen zu dürfen, beinhalten. (vgl. Policy Surveillance Program, 2016)

Im Folgenden werde ich auf die rechtliche Basis im Regierungsbezirk Allegheny County, der zum Bundesstaat Pennsylvania gehört und die Stadt Pittsburgh beinhaltet, eingehen. Zu beachten ist hierbei die Unterscheidung zwischen den grundlegenden Gesetzen, die im Pennsylvania Code (kurz P.C.) festgeschrieben sind, und den weiteren Vorschriften im Mental Health Act, der unter Pennsylvania Statutes Title 50 P.S. Mental Health (kurz 50 P.S.) zu finden ist.

Der Mental Health Act beinhaltet die Rechte und Verfahren für alle Personen, welche aufgrund einer psychischen Erkrankung gegen ihren Willen untergebracht wurden. Dies umfasst alle Behandlungen, welche voll- oder auch teilstationär in einer Einrichtung stattfinden. Unter Einrichtung sind alle Institutionen, Krankenhäuser, Kliniken, Centers, Tagespflegeeinrichtungen usw. zu verstehen, welche Diagnostik, Behandlung, Pflege oder Rehabilitation für psychisch Erkrankte anbieten. (vgl. 50 P.S. §7103.)

Der Mental Health Act besagt, dass der Staat Pennsylvania die Verantwortung für ausreichende und adäquate Behandlung von psychisch erkrankten Menschen hat. Er muss dafür sorgen, dass ausreichend Ressourcen zur Behandlung bereitstehen.

Personen, welche geistig behindert, senil oder alkohol- oder drogenabhängig sind, erhalten nur dann Zugang zu diesem Versorgungssystem, wenn sie zusätzlich an einer psychischen Erkrankung leiden. (vgl. 50 P.S. §7301) Die Symptome der vorher genannten Erkrankungen dürfen bei der Diagnostik nicht berücksichtigt werden. Behandlungsprogramme für Abhängigkeitserkrankte fallen unter das Gesetz des Pennsylvania Drug and Alcohol Control Acts. Interventions- und Rehabilitationsmöglichkeiten bei Abhängigkeitserkrankungen bietet beispielsweise die Organisation SAMSHA (vgl. Substance Abuse and Mental Health Service Administration, 2018) oder das Gesundheitsamt (vgl. Allegheny County Health Department, o.J.) an, nicht jedoch psychiatrische Einrichtungen.

Der Mental Health Act ist nach 50 P.S. §5100.84.e auf Personen anzuwenden, welche schwerwiegend seelisch behindert sind und einer unmittelbaren Behandlung bedürfen. Seelische Behinderung ist dabei als Folgeerscheinung einer psychischen Krankheit definiert, wodurch der Patient einerseits in seiner Selbstkontrolle beschränkt ist und das Urteilsvermögen bei der Regelung seiner Angelegenheiten getrübt ist oder er andererseits nicht in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen, woraus eine Selbst- oder Fremdgefährdung resultiert. Patienten können durch das Gericht nicht nur zur zwangsweisen stationären Unterbringung aufgefordert werden, sondern auch Maßnahmen im Umfeld der Gemeinde gegen den Willen des Patienten sind möglich.

3.1.1. Zwangseinweisung, „302“

Eine Zwangseinweisung wird nach dem in den USA gängigen medical code auch 302 genannt. Dies ist ein Programm zur Notfall-Begutachtung und Notfall-Versorgung von Menschen, die aufgrund einer psychischen Erkrankung eine Gefahr für sich oder andere darstellen, also selbst- oder fremdgefährdend sind.

Selbstgefährdung meint dabei nach 50 P.S. §7301.b2, dass die Person ohne professionelle Hilfe nicht in der Lage ist, ihren Bedarf an Nahrung, Körperpflege, medizinischer Versorgung und Schutz zu decken. Schwere körperliche Schädigung oder der Tod sind daher innerhalb von 30 Tagen nach dem dieser Einschätzung zu erwarten. Selbstgefährdung liegt weiterhin vor, wenn der Patient einen Suizidversuch begangen hat oder einen solchen angekündigt hat und bereits entsprechende Vorbereitungen getroffen hat. Selbstgefährdung nach der dritten Definition stellt den Akt der Selbstverstümmelung („mutilate“) dar, sowie dessen Planung und Vorbereitung.

Fremdgefährdung nach 50 P.S. §7301.b1 bedeutet hier, dass der Patient in den vorangegangenen 30 Tagen jemandem schwerwiegende körperliche Schäden zugefügt hat oder dies angekündigt hat, falls er jemals vorher solches getan hat.

Ist der Patient, der nach Einschätzung Anderer selbst- oder fremdgefährdend ist, nicht gewillt, sich auf freiwilliger Rechtsgrundlage einer Behandlung zu unterziehen, so kann jeder -beispielsweise ein Familienmitglied- eine Zwangsunterbringung initiieren. (vgl. Mental Health America, 2013)

Zu unterscheiden ist eine Aufnahme des Patienten in ein Krankenhaus mit vorheriger Genehmigung oder ohne. Hat ein Arzt oder eine andere Person ein solches Vorgehen eingeleitet und wurde es durch die Bezirksverwaltung genehmigt, bringt entweder eine vorher bestimmte Person, ein Krankentransport oder die Polizei den Patienten zur Notfallambulanz eines Gemeindekrankenhauses mit psychiatrischer Abteilung.

Liegt keine Genehmigung vor, kann jede Person falls sie eine Gefährdungssituation wahrgenommen hat, den Patienten zur Notaufnahme begleiten. Diese Person kann nun die Notfalluntersuchung und die darauf folgende Unterbringung nach 302 beantragen. Der Antragsteller muss Informationen über die Gefährdungslage aus erster Hand besitzen. Vom Antragsteller kann später verlangt werden, dass er als Zeuge vor Gericht seine Wahrnehmungen zur Gefährdungslage des Patienten schildert.

Ärzte und Polizisten dagegen haben die Befugnis, eine Zwangseinweisung nach 302 ohne Antragstellung und Genehmigung durch ein Gericht oder die Bezirksregierung durchzuführen.

Während der ersten beiden Stunden nach Einlieferung des Patienten soll die Eingangsuntersuchung durchgeführt werden, in der festzustellen ist, ob der Patient schwerwiegend seelisch behindert ist und sofortiger Behandlung bedarf. Sollte sich dies bestätigen, wird eine Unterbringung nach 303 oder 304b eingeleitet. Eine Unterbringung nach 303 meint eine Unterbringung zum Zweck der Behandlung für den Zeitraum von maximal 20 Tagen. Geht der Arzt von der Notwendigkeit eines längeren Aufenthalts aus, so kann er eine Unterbringung nach 304b für maximal 90 Tage beantragen.

Dieser Prozess darf maximal 120 Stunden dauern, in denen der Patient gegen seinen Willen festgehalten wird. Ziel des 302 ist es ärztlich zu beurteilen, ob beim Patienten die Notwendigkeit einer gegen seinen Willen stattfindenden Behandlung nach 303 oder 304b vorliegt. (vgl. 50 P.S. §7302; Allegheny County, o.J.)

3.1.2. Weiterführende Zwangsbehandlung, „303“

Wenn ein längerer psychiatrischer Aufenthalt für mehr als 120 Stunden notwendig erscheint, kann das zuständige Krankenhaus einen Antrag auf Verlängerung der Unterbringung zur Behandlung des Patienten stellen, es sei denn der Patient willigt in eine freiwillige Unterbringung und Behandlung ein. Die Unterbringung nach 303 kann lediglich in einem Landeskrankenhaus vollzogen werden, weshalb in der Regel eine Verlegung des Patienten notwendig ist.

Dem Patienten wird solange ein Anwalt vom Gericht zur Seite gestellt, bis geklärt ist, ob er sich privat vertreten lassen kann. Andernfalls besteht das Anrecht auf weitere durch den Staat finanzierte Rechtsvertretung. Innerhalb von 24 Stunden nach Erhalt des Antrags bei Gericht muss eine Anhörung stattfinden, bei der die Frage nach der Notwendigkeit einer längeren Unterbringung als 120 Stunden eruiert wird. Diese findet im Krankenhaus statt. Beteiligt ist dabei auch der Antragsteller der Unterbringung nach 302, damit er seine vorausgegangene Gefährdungseinschätzung wiederholen kann. Falls das nicht möglich sein sollte, kann dies von jemandem übernommen werden, der der Zwangseinweisung beiwohnt. Demgegenüber steht der betroffene Patient und seine rechtliche Vertretung. Außerdem sind Vertreter des antragstellenden Krankenhauses anwesend sowie der als richtende Instanz zuständige „Mental Health Review Officer“.

Falls in der Anhörung eine schwerwiegende seelische Behinderung mit ausreichend gefährlichem Verhalten und einer Behandlungsnotwendigkeit festgestellt wird, kann der Mental Health Review Officer eine Unterbringung für maximal weitere 20 Tage anordnen. Ist dies nicht der Fall, ist der Patient zu entlassen. (vgl. 50 P.S. §7303; Allegheny County, o.J.)

3.1.3. Langzeitzwangsbehandlung, „304b“

Besteht nach 20 Behandlungstagen die Notwendigkeit einer Verlängerung der Unterbringung oder stellt der Arzt während des 302 bereits eine längere erforderliche Unterbringung fest, so findet erneut eine Anhörung statt. Die Gefährdungslage muss bei untergebrachten Personen nach 303 nicht erneut geprüft werden, sondern lediglich die Notwendigkeit weiterer Behandlungsmaßnahmen. Voraussetzung hierfür ist die ärztliche Einschätzung, dass der Patient noch immer an einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung leidet und weitere Therapien notwendig sind.

Für Patienten, bei denen während der Zwangsuntersuchung nach 302 die Unterbringung nach 304b beantragt wurde, gelten die gleichen Regelungen zur Anhörung wie bei Patienten, bei denen ein 303 beantragt wurde.

Stimmt der Mental Health Review Officer dem Antrag auf eine Unterbringung nach 304b zu, kann eine weitere, bis zu 90 Tage dauernde, Behandlungsunterbringung angeordnet werden.

Erfüllt der Patient allerdings die Kriterien nach 50 P.S. §7304g2, so ist eine Unterbringung bis zu einem Jahr möglich. Dies trifft auf Patienten zu, welche Mord oder Totschlag begangen haben oder wegen schwerer Körperverletzung, Entführung, Vergewaltigung, sexueller Misshandlung oder Brandstiftung angezeigt worden sind und aufgrund ihrer seelischen Erkrankung und damit einhergehendem Fehlen von Unrechtsbewusstsein freigesprochen worden sind. (vgl. 50 P.S. §7304b; Allegheny County, o.J.)

3.1.4. Erweiterte Langzeitzwangsbehandlung, „305“

Falls nach Ablauf der zusätzlich genehmigten Unterbringungszeit nach 304b eine weitere Behandlung notwendig erscheint, kann eine Verlängerung beantragt werden. Diese umfasst maximal 90 Tage. Bei Patienten, die nach §7304g2 untergebracht waren, ist eine Verlängerung um bis zu einem Jahr möglich.

Patienten, die aufgrund von Selbstgefährdung untergebracht sind, dürfen nur nach 305 erneut untergebracht werden, wenn sie bereits in eine weniger restriktive Behandlungsform gewechselt sind und sich dies nicht erfolgreich gestaltet hat, es sei denn das Gericht hatte davon abgesehen, da es dem Patientenwohl entgegenstehen würde. (vgl. 50 P.S. §7305; Allegheny County, o.J.)

3.2. Unterbringungsrecht in Pittsburgh

3.2.1. Behandlung im State Hospital

Die Behandlung von Patienten, welche gegen ihren Willen untergebracht wurden und für die eine Unterbringung nach 303, 304b und 305 erwirkt wurde, kann nur in von der Bezirksverwaltung zugelassenen Einrichtungen erfolgen (50 P.S. §7105). Dies sind in der Regel Landeskrankenhäuser, welche auch die forensische Psychiatrie beinhalten. Diese verfügen im Gegensatz zu anderen lokalen Krankenhäusern über ein breites psychiatrisches Behandlungsangebot, welches Patienten sowohl auf freiwilliger als auch auf unfreiwilliger Basis zur Verfügung steht. Nur die Landeskrankenhäuser verfügen über geschlossene Stationen, bei denen Patienten von der Flucht gehindert werden.

Die Landeskrankenhäuser können als letzte Instanz bei psychiatrischen Erkrankungen angesehen werden, da sie die Patienten beherbergen, die schwere Symptome zeigen und in anderen Einrichtung wie den Gemeindefrankenhäusern und privaten Krankenhäusern nicht behandelbar sind, da sie einer freiwilligen Therapie nicht zustimmen. (vgl. Fuller, Sinclair, & Snook, 2016, S. 3)

In Pennsylvania existieren sechs Landeskrankenhäuser, zuzüglich des Western Psychiatric Institute of Pittsburgh. Dieses gehört nicht zu den State Hospitals, hier finden aber auch Behandlungen gegen den Willen des Patienten statt. Die Landeskrankenhäuser haben eine maximale Belegungsanzahl von 1000 bis 5000 Patienten. (vgl. Pennsylvania Department of Human Services, 2017)

60% der dort untergebrachten Patienten leben dort mindestens zwei Jahre, fünf der Patienten leben seit über 50 Jahren dort. Das Durchschnittsalter beträgt 50-60 Jahre, 62% der Patienten sind männlich und 17% sind nicht weißer Hautfarbe. 80% der Patienten haben eine Schizophrenie-Diagnose. (vgl. Pennsylvania Department of Human Services. Office of Mental Health and Substance Abuse Services, 2014)

3.2.2. Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen

Gesetze zu Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen sind im amerikanischen Rechtssystem nicht zu finden.

Zur Zwangsmedikation ist lediglich folgendes Urteil zu finden, welches noch heute gilt: 1978 entschied das US-Bezirksgericht New Jersey, dass ein zwangseingewiesener Patient, der nicht geschäftsunfähig ist, das Recht hat, die Gabe von Psychopharmaka abzulehnen. Ein unabhängiger Psychiater muss daraufhin hinzugezogen werden und nach Prüfung aller Fakten entscheiden, ob eine Zwangsmedikation gerechtfertigt ist oder nicht. Gerechtfertigt kann sie nur sein, wenn sie nicht die Rechte des Patienten, die im ersten oder achten Zusatzartikel zur US-Verfassung erscheinen, also die Rechte auf Religionsfreiheit und Verzicht von grausamen Strafen, verletzen. (vgl. US Law. Rennie v. Klein, 1979)

3.3. Patientenrechte

Die Patientenrechte, auf die sich Patienten in der Stadt Pittsburgh berufen können, sind in unterschiedlichen Gesetzen und auf verschiedenen Ebenen angesiedelt, die im Folgenden getrennt ausgearbeitet werden.

3.3.1. United States Code

Grundlegende Rechte für alle amerikanischen Bürger finden sich in den Zusatzartikeln zur US-Verfassung:

Im ersten Zusatzartikel zur amerikanischen Verfassung steht das Recht auf Religions- und Meinungsfreiheit beschrieben, der zweite Artikel befasst sich mit dem Recht der Bevölkerung zum Besitz und Tragen von Waffen. Das Recht auf Leben, Freiheit und Eigentum ist im fünften Zusatzartikel beschrieben. Diese dürfen nicht ohne ein ordentliches Gerichtsverfahren eingeschränkt werden. Grausame und ungewöhnliche Strafen, wozu auch eine Zwangsmedikation gehören kann, werden durch den achten Zusatzartikel verboten. (vgl. United States Senate, 2017)

Im Titel 42 des US Codes zum Thema Public Health and Welfare ist unter §9501 eine Liste von Rechten erwähnt, die auf psychisch Kranke zugeschnitten ist:

Patienten müssen bereits während der Aufnahme und in regelmäßigen Abständen über die hier beschriebenen Rechte aufgeklärt werden, so dass es für sie angemessen und verständlich ist.

Die Staaten stehen in der Verantwortung psychisch erkrankten Patienten den Schutz und die Dienstleistungen zu gewähren, die sie benötigen. Dazu zählt das Recht auf geeignete Behandlungen, die die persönliche Freiheit so wenig wie möglich einschränken. Dieses Recht auf Freiheit darf nur durch angemessene Gesetze oder Rechtsprechungen limitiert werden, soweit dies für die Behandlung erforderlich ist.

Der Patient hat außerdem das Recht auf einen individuellen Behandlungsplan, welcher schon nach der Einlieferung erstellt werden muss und ständiger Überprüfung bedarf, sowie Informationen zu poststationären Angeboten enthalten soll.

Der Patient soll durch kontinuierliche Partizipation an der Planung der Behandlung mitbestimmen können und er hat das Recht auf für ihn verständliche Informationen dazu. Dies umschließt Informationen, die an die Bedürfnisse des Patienten angepasst sind, wie beispielsweise in leichter Sprache.

Ohne das Einverständnis des Patienten darf keine Behandlung erfolgen, es sei denn, sie ist gerichtlich angeordnet oder während einer Notfallversorgung notwendig geworden. Menschen dürfen nicht in der Bewegung eingeschränkt werden, es sei denn im Rahmen der psychiatrischen Behandlung oder während einer Notfallmaßnahme, wenn dies von einem Psychiater angeordnet wurde.

Patienten haben zudem das Recht auf ein humanes Behandlungsumfeld, welches Schutz und ausreichend Privatsphäre bietet. Der Zugang zu Telefon und Emails soll gewährleistet sein, ebenso wie der Empfang von Besuch während bestimmter Zeiten. Sollte ein Besuch von oder Kontakt mit bestimmten Personen dem Behandlungsziel entgegenstehen, kann dies ärztlich untersagt werden.

Beschwerden bei Verstößen gegen hier genannte Rechte dürfen stets von den Patienten geäußert werden. Außerdem soll der Zugang zu Beschwerdestellen innerhalb der Einrichtung und zu qualifizierten Rechtsanwälten und Interessensverbänden sichergestellt sein. Dies soll den Patienten ermöglichen, die beschriebenen Rechte verstehen, ausüben und schützen zu können. Sollte ein Patient eine gesetzliche Vertretung haben, so ist dieser der Zugang zum Patienten und dessen Akten zu gewähren. Personen, die nicht geschäftsfähig sind, bekommen einen gesetzlichen Vertreter zur Seite gestellt, geschäftsfähige Patienten können eine Person ihrer Wahl als ihren gesetzlichen Vertreter einsetzen.

Der Schutz der Patientendaten ist ebenso Teil des Gesetzes.

In das Bürgerrecht zum Kauf und Besitz einer Schusswaffe wird bei Personen, die durch das Gericht als psychisch erkrankt eingestuft wurden, eingegriffen, da sie nicht zum Kauf von Waffen zugelassen sind. Der Besitz hingegen ist nicht strafbar. (vgl. 18 U.S.C. §922)

3.3.2. Pennsylvania Code

Der Staat Pennsylvania führt diese US-weiten Gesetze weiter aus, in dem er bestimmte Begriffe, wie z.B. eine angemessene Behandlung, weiter spezifiziert.

Der Patient hat das Recht darauf, spätestens nach 30 Tagen erneut untersucht zu werden und den Behandlungsplan an die veränderte Situation anpassen zu lassen.

Während der Ankunft in der Notfallambulanz muss der Patient über seine Rechte aufgeklärt werden, unter anderem darf er sich sofort mit Dritten in Verbindung setzen, wozu ihm ein angemessener Gebrauch des Telefons gewährleistet werden muss. Der Patient kann Angaben zu Angehörigen machen, welche über seine Situation zu informieren sind. Zudem sind sinnvolle Schritte zu unternehmen, um Angehörige zu versorgen und seinen persönlichen Besitz und seine Wohnung zu schützen. (vgl. 50 P.S. §7302.c)

Während der Anhörung zur Unterbringungssache haben sowohl der Patient als auch seine rechtliche Vertretung das Recht, Zeugen zu laden, Ärzte und andere Personen zu befragen und relevante Beweismittel vorzulegen. (vgl. 50 P.S. §7303.c)

Auch ist es dem Patienten erlaubt, sich während der Anhörung Unterstützung durch einen Psychiater einzuholen. Der Patient darf ohne seine vorherige Zustimmung nicht als Zeuge befragt werden. Er kann beantragen, die Anhörung unter Ausschluss der Öffentlichkeit stattfinden zu lassen. (vgl. 50 P.S. §7304.e)

Patienten haben jederzeit das Recht, Einspruch gegen eine Unterbringung einzulegen und somit eine Überprüfung der Entscheidung zu bewirken. (vgl. Allegheny County, o.J.)

3.4. Finanzierung der Unterbringung

Nach Artikel XIX. Medical Service Fees §1903 sind alle Patienten, die medizinische Leistungen erhalten haben, zur Begleichung der entstandenen Kosten heranzuziehen, es sei denn, eine dritte Partei ist dafür haftbar. Mit dieser dritten Partei ist meist eine Krankenversicherung gemeint, welche die Kostenübernahme trägt.

Durch die US-Gesundheitsreform im Jahre 2010 unter dem Namen „Patient Protection and Affordable Care Act“, welche auch unter dem Namen Obama-Care bekannt ist, ergaben sich einige Neuerungen im amerikanischen Gesundheitswesen. Seit 2015 herrscht auch eine Krankenversicherungspflicht für US-Bürger, wonach auch eine Strafe bei keinem bestehenden Versicherungsverhältnis in Betracht kommen kann. Die Pläne der aktuellen Regierung unter Präsident Trump sehen allerdings die Rückkehr zu einem selbstbestimmteren Gesundheitssystem ohne Versicherungspflicht vor.

Zum besseren Verständnis der Situation psychisch erkrankter Menschen und der Diskussion zur Gesundheitsreform, folgt ein kurzer Überblick über das US-amerikanische Krankenversicherungssystem:

In den USA gibt es ein gemischtes System aus privater und öffentlicher Gesundheitsversorgung. Kinder im Alter von bis zu 26 Jahren sind in der Regel über ihre Eltern mitversichert.

Der Großteil der Bevölkerung erhält den Krankenversicherungsschutz über private Krankenversicherungen. Davon sind die meisten über ihren Arbeitgeber versichert und nur wenige haben selbst eine Krankenversicherung persönlich abgeschlossen. Der Umfang des Versicherungsschutzes ist individuell und damit sehr unterschiedlich, besonders hinsichtlich der Versorgungsleistung bei psychiatrischen Erkrankungen.

Bei Versicherungen über den Arbeitgeber sind Versicherungsnehmer meist über eine Gruppenversicherung abgesichert, welche gemeinsam von Arbeitnehmer und Arbeitgeber oder vom Arbeitnehmer allein bezahlt wird. Ein anderes Versicherungskonzept für Arbeitnehmer neben der Gruppenversicherung ist die Health Maintenance Organization (kurz: HMO). Hier übernimmt ein Team aus Ärzten die komplette Gesundheitsversorgung des Versicherten. Dabei wird großer Wert auf Prävention gelegt, da die HMO auch dann zahlen muss, wenn sie selbst die notwendigen Behandlungen nicht mehr erbringen kann, wodurch hohe Kosten entstehen. Durch eine HMO ist das Recht der Patienten auf freie Arztwahl jedoch eingeschränkt.

Angehörige des Militärs sind über eine eigene Krankenversicherung abgesichert.

Für Menschen, die sich keine Krankenversicherung leisten können, hat der amerikanische Staat im Jahr 1965 die staatliche Krankenversicherungsalternative begründet. Diese ist in das Medicare- und das Medicaid-Programm differenziert.

Mit Medicare ist die öffentliche Krankenversicherung für Menschen, die über 65 Jahre alt oder behindert sind oder an Nierenversagen leiden, gemeint. Sie finanziert sich durch Sozialversicherungsbeiträge, Versicherungsbeiträge und staatliche Zuschüsse. Jeder Mensch, der Anspruch auf Sozialversicherungsleistungen hat, kann über Medicare versichert werden.

Medicaid ist ein Programm der Bundesstaaten und des Bundes zur Finanzierung der medizinischen Versorgung von einkommensschwachen Personen. Sie verspricht kostenlose oder kostengünstige medizinische Leistungen im Bereich der Prävention, Akutversorgung und Langzeitbehandlung. (vgl. Auffahrt, 2005, S. 22)

Menschen mit Behinderungen, die aber nicht durch die Hilfeleistungen für behinderte Menschen unterstützt werden, können über den Affordable Care Act Marketplace Leistungen erhalten. Hier können diese Menschen mit staatlicher Hilfe in eine Versicherung finden, da sie von den privaten Krankenversicherungen meist aufgrund ihrer Behinderung abgelehnt werden. (vgl. U.S. General Services Administration's Technology Transformation Service, 2018)

Circa 9 Prozent der Bevölkerung war im Jahr 2016 ohne Krankenversicherungsschutz. (Centers for Disease Control and Prevention, 2017) Dies betrifft vor allem die Menschen, die sich keine Krankenversicherung leisten können, aber aufgrund der Höhe ihres Verdienstes nicht in den Bereich von Medicaid fallen. Auch sind Menschen betroffen, die aufgrund ihres Alters oder Gesundheitszustands unter Berücksichtigung von Vorerkrankungen von privaten Krankenkassen abgelehnt wurden. Seit Einrichtung des Affordable Care Acts ist es Krankenversicherungen nun untersagt, Menschen aufgrund einer Erkrankung abzulehnen oder hohe Beiträge zu verlangen.

Für diese Zielgruppe hat das Allegheny County einen Leitfaden veröffentlicht, um möglichst niedrigschwellig Zugang zum Gesundheitssystem erlangen zu können. Seit der Gesundheitsreform 2010 ist die Zahl der Unversicherten in den USA von 18,2% auf 10,3% (2016) der Bevölkerung gesunken. (vgl. Henry Kaiser Family Foundation, 2017).

3.5. Assisted Outpatient Commitment

Die Rechtsgrundlage zur Zwangseinweisung sieht diese immer als letztes mögliches Mittel an, denn „Inpatient treatment shall be deemed appropriate only after full consideration has been given to less restrictive alternatives.“ (50 P.S. §7304.f)

Zu diesen Alternativen gehören meist gemeindenaher Projekte, wie z.B. das Assisted Outpatient Commitment. Unter bestimmten Voraussetzungen sollen psychisch erkrankte Menschen weiterhin in ihrer Heimatgemeinde leben, um eine Zwangsunterbringung zu vermeiden. Durch ein Gerichtsurteil wird der Patient zur Einhaltung bestimmter, in einem Behandlungsplan festgehaltener, Auflagen verpflichtet.

Voraussetzung ist meist die Einnahme der verschriebenen psychiatrischen Medikation und die Einhaltung regelmäßiger Termine bei dem zuständigen Psychiater. Ebenso kann vorgeschrieben werden, dass der Patient abstinenter von Alkohol und Drogen bleiben und gegebenenfalls keinen Kontakt zu bestimmten Menschen haben, sowie spezifische Orte meiden soll. (vgl. Treatment Advocacy Center, o.J.)

Eine enge Zusammenarbeit von betroffenen Institutionen und deren Netzwerke sowie die Möglichkeit der Aufnahme in einem Krankenhaus in Notfällen vermittelt zudem den Betroffenen annähernd jene Sicherheit, die sie während einer stationären Unterbringung hätten.

Von Bedeutung sind solche ambulanten und somit kostengünstigen Interventionen vor allem vor dem Hintergrund vieler Schließungen von Krankenhäusern, was auf der Grundlage des 42 U.S. Code §248 erfolgt, und der geringen Bettenanzahl für psychiatrische Akutpatienten. Seit Mitte des 20. Jahrhunderts werden kontinuierlich Landeskrankenhäuser geschlossen. Die zur Verfügung stehende Bettenanzahl ist um über 96% zurückgegangen. (vgl. Health Resources & Service Administration, o.J.) Patienten werden schneller entlassen, es wird von einem Entlassungstrend als „quicker but sicker“ (Lyons, O'Mahoney, Miller, Neme & Miller, 1997) gesprochen. Das führt für Patienten dazu, dass „(...) after discharge, they are ever more likely to relapse and be readmitted within weeks or a few months.“ (Fuller, Sinclair, & Snook, 2016, S. 1)

Im Vergleich zu anderen US-Bundesstaaten ist die erneute Aufnahme von Patienten innerhalb von 30 Tagen nach Entlassung in Pennsylvania gering, sie liegt bei 2,8%. 7,1% der Patienten in Pennsylvania, die entlassen wurden, werden innerhalb der folgenden 180 Tage wieder im Krankenhaus aufgenommen. In Hawaii liegt die Zahl der Wiederaufnahme nach 180 Tagen dagegen bei 60%. (vgl. Fuller, Sinclair, & Snook, 2016, S. 8)

3.6. Psychisch Erkrankte in den US-Gefängnissen

Die Zahl der Inhaftierten in den US-Gefängnissen weist eine hohe Zahl an schwerwiegend psychisch erkrankten Personen auf. Mittlerweile wird von amerikanischen Gefängnissen als „the new asylums“ (Treatment Advocacy Center, 2016) für psychisch erkrankte Menschen gesprochen, die statt einer psychiatrischen Behandlung langfristig in den Gefängnissen untergebracht werden. Patienten, die keinen Zugang zu psychiatrischer Versorgung bekommen haben, befinden sich meist entweder in Notaufnahmen örtlicher Krankenhäuser oder vollziehen ihren Arrest in den Gefängnissen. Der Trend dazu steigt auch wegen der Krankenhausschließungen. (vgl. Fuller, Sinclair & Snook, 2016, S. 1)

Etwa 1,2 Millionen erkrankte Menschen sind inhaftiert. Meist beginnt der Kontakt zum Strafvollzug mit geringfügigen Vergehen wie ordnungswidrigem Verhalten, dem Überqueren von Straßen außerhalb der erlaubten Zonen und Hausfriedensbruch.

Staaten, in denen der Zugang zu psychiatrischer Versorgung weniger leicht ist, haben einen höheren Anteil von psychisch Erkrankten unter den Inhaftierten. Um in ambulante Maßnahmen für psychische Erkrankungen und Substanzmittelmissbrauch aufgenommen zu werden, ist es häufig unerlässlich, sich eines Verbrechens schuldig zu bekennen, um in Programme für Straftäter aufgenommen werden zu können, worauf eine Inhaftierung folgt. Wenn jemand zum ersten Mal strafrechtlich auffällig wird, ist der Zugang zu medizinischen Hilfesystemen erschwert, weil viele daraufhin ihren Krankenversicherungsschutz verlieren. Andersherum wird die Therapie- sei es medikamentös oder durch andere Therapieformen- nach der Haftentlassung nicht weitergeführt, was dazu führen kann, dass Inhaftierte, die medikamentös gut eingestellt waren, keinen Zugang mehr zu diesen Medikamenten haben, woraus auch die häufige Rückfälligkeit der Inhaftierten resultiert. (vgl. Mental Health America, 2017)

Ein Ausbrechen aus den sich bedingenden Komplikationen zwischen Haftstrafen, Haftentlassung und damit einhergehender endender Behandlung, und Rückfälligkeit ist, gerade für schwerwiegend psychisch erkrankte Menschen, schwer realisierbar.

4. Internationale Richtlinien und Abkommen

Besonders seit dem zweiten Weltkrieg gab es viele verschiedene Maßnahmen, um den Schutz der Rechte der Menschen mit psychischer Erkrankung und deren Würde abzusichern. Im Folgenden sind Ausführungen zu diesen Maßnahmen auf unterschiedlichen politischen Ebenen zu finden, nämlich die UN-Menschenrechtscharta, welche von fast allen Staaten anerkannt wird, die UN-Behindertenrechtskonvention auf der Ebene der Vereinten Nationen und die von der World Health Organization verkündeten zehn Vorgaben zum Umgang mit psychisch erkrankten Menschen.

4.1. UN-Menschenrechtscharta

Im Jahre 1948 verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen, in denen unter anderem auch Deutschland und die USA Mitglieder sind, die „Allgemeine Erklärung der Menschenrechte“. Obwohl sie nicht rechtlich bindend ist, wird sie universell anerkannt und ist Teil des Internationalen Menschenrechtskodex, der den Grundkodex der internationalen Völkergemeinschaft im Bereich der Menschenrechte darstellt. In vielen Verfassungen von Staaten wurden die Menschenrechte aufgenommen, so auch in der Deutschen und in der US-Amerikanischen. In Artikel 1 des deutschen Grundgesetzes wird direkt auf die Konvention Bezug genommen: „Das Deutsche Volk bekennt sich darum zu unverletzlichen und unveräußerlichen Menschenrechten als Grundlage jeder menschlichen Gemeinschaft, des Friedens und der Gerechtigkeit in der Welt.“

Im Folgenden werde ich auf die Menschenrechte eingehen, die bei der Arbeit in der Akutpsychiatrie von besonderer Relevanz sind.

Der erste Artikel der UN-Menschenrechtscharta lautet: „Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren. Sie sind mit Vernunft und Gewissen begabt und sollen einander im Geiste der Brüderlichkeit begegnen.“ (Vereinte Nationen , 1948, S. 2) Diese grundlegende Erklärung von der Freiheit und Gleichheit aller Menschen findet sich auch im deutschen Grundgesetz wieder: „Die Freiheit der Person ist unverletzlich.“ (Art.2 Abs.2 S.2 GG) und „Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich“ (Art.3 Abs.1 GG) Auch in der Declaration of Independence aus dem Jahr 1776 wurde diese Idee bereits aufgegriffen mit dem Satz „We hold these truths to be self-evident, that all men are created equal, that they are endowed by their Creator with certain unalienable Rights, that among these are Life, Liberty and the pursuit of Happiness.“ Die amerikanische Erklärung schließt auch bereits Artikel zwei und drei der Menschenrechtskonvention ein, die jeder Person die Menschenrechte zuspricht und ein Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit gibt.

Dies findet sich im deutschen Grundgesetz in dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. (Art.2 Abs.2 S.1 GG)

Zu beachten ist auch Artikel fünf der UN-Menschenrechtskonvention: „Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden.“ Und Artikel neun: „Niemand darf willkürlich festgenommen, in Haft gehalten oder des Landes verwiesen werden“ Dem folgt auch Artikel zwölf: „Niemand darf willkürlichen Eingriffen in sein Privatleben, seine Familie, seine Wohnung und seinen Schriftverkehr oder Beeinträchtigungen seiner Ehre und seines Rufes ausgesetzt werden. Jeder hat Anspruch auf rechtlichen Schutz gegen solche Eingriffe oder Beeinträchtigungen.“

Dies ist im Hinblick auf die in der Psychiatrie üblichen Zwangsmaßnahmen zu betrachten. Es stellt sich die Frage, wie dies miteinander vereinbar ist, denn beispielsweise eine Fixierung kann durchaus als erniedrigende Behandlung angesehen werden. Da diese aber zur Einhaltung von Artikel drei notwendig erscheint, nämlich die Sicherheit der Person zu ermöglichen, kann das relativiert werden. Dieses vorliegende Dilemma beantwortet die deutsche Rechtsprechung mit Artikel 2 Absatz 2 Satz 3 des Grundgesetzes: „In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden“ Eines dieser Gesetze stellt das PsychKG NRW dar, wie in Kapitel 2.2.2 beschrieben. Auch auf der Ebene der Vereinten Nationen findet eine Einschränkung der Allgemeingültigkeit der Menschenrechte durch Artikel 29 statt: „Jeder ist bei der Ausübung seiner Rechte und Freiheiten nur den Beschränkungen unterworfen, die das Gesetz ausschließlich zu dem Zweck vorsieht, die Anerkennung und Achtung der Rechte und Freiheiten Anderer zu sichern und den gerechten Anforderungen der Moral, der öffentlichen Ordnung und des allgemeinen Wohles in einer demokratischen Gesellschaft zu genügen.“

Auch wenn ein Patient geschäftsunfähig ist, so hat er doch das Recht, Rechtsmittel gegen gerichtliche Entscheidungen einzulegen. Dies beruht auf dem achten Artikel der Menschenrechtskonvention, welcher jedem Menschen den Anspruch auf Rechtsbehelf zusagt, sollten seine Grundrechte verletzt worden sein.

Im Hinblick auf den Umgang mit Schizophrenie-erkrankten Patienten mit wahnhaftem Erleben ist Artikel 18 zu beachten: „Jeder hat das Recht auf Gedanken-, Gewissens- und Religionsfreiheit; dieses Recht schließt die Freiheit ein, seine Religion oder seine Weltanschauung zu wechseln, sowie die Freiheit, seine Religion oder seine Weltanschauung allein oder in Gemeinschaft mit anderen, öffentlich oder privat durch Lehre, Ausübung, Gottesdienst und Kulthandlungen zu bekennen.“

Im psychiatrischen Alltag ist es daher notwendig abzuwägen, ob eine Einschränkung dieses Rechts der Gesundheit des Patienten dienlich ist. Als Grundlage der psychiatrischen Arbeitstherapien kann man das Menschenrecht auf Arbeit (Artikel 23 der Menschenrechtscharta) ansehen.

4.2. UN-Behindertenrechtskonvention

Bei der UN-Behindertenrechtskonvention (kurz UNBRK) handelt es sich um ein Abkommen über die allgemeinen Menschenrechte mit besonderem Schwerpunkt auf der Vertretung der Menschen mit Behinderungen. Sie gehört zu den mittlerweile zehn Menschenrechtsübereinkommen der Vereinten Nationen. Zudem enthält sie spezielle, auf die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen angepasste, Regelungen. Sie wurde im Jahr 2006 beschlossen und ist 2008 in Kraft getreten. (vgl. Praetor Intermedia UG, o.J.) Ziel der UNBRK ist es, die volle und gleichberechtigte Partizipation an den Menschenrechten und Grundfreiheiten aller Menschen mit Behinderung zu fördern, zu schützen und zu realisieren, ebenso wie ihre Würde zu respektieren.

Aus der Präambel zur Behindertenrechtskonvention ist bereits die Definition von Behinderungen abzuleiten. Es wird deutlich, dass sich das Verständnis von Behinderung stetig weiterentwickelt und dass diese Einschränkung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Handicap und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entstehen, also in systemischen Zusammenhängen. Dadurch ist die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an der Gesellschaft eingeschränkt. (vgl. Vereinte Nationen, 2017, S. 5) Zudem wird der volle Zugang zur physischen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Umwelt, zu Gesundheit und Bildung, und zu Informationen und Kommunikation gefordert, um die Menschenrechte und Grundfreiheiten voll ausschöpfen zu können. (vgl. Vereinte Nationen, 2017, S. 7)

In Artikel 1 der UNBRK wird definiert, wer als Mensch mit Behinderung anzusehen ist. Dazu gehören alle Menschen, „(...) die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnenbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ (Vereinte Nationen, 2017, S. 8) Nach dieser Definition sind auch die meisten Patienten der Akut-Psychiatrie als Menschen mit Behinderung anzusehen, da sie einerseits oft langfristige und sogar chronische seelische Beeinträchtigungen haben und andererseits an der vollen gesellschaftlichen Partizipation gehindert sind.

Zudem gehen mit der seelischen Beeinträchtigung oft auch pathologische Auffälligkeiten in der somatischen Konstitution einher. (vgl. Röhr, Schürmann & Tölle, 1996)

Artikel drei der UNBRK listet die allgemeinen Grundsätze dieses Übereinkommens auf, worunter die Achtung des Menschen und der ihm eigenen Würde, seiner individuellen Autonomie und seiner Freiheit, Entscheidungen zu treffen und seiner Unabhängigkeit fallen. Ebenso sind die Nichtdiskriminierung, die Chancengleichheit und die Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern immanent. Zudem widmet sich die UNBRK der vollen und wirksamen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an der Gesellschaft und der Einbeziehung in die Gesellschaft, wie auch der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Personen als Teil der menschlichen Vielfalt.

Die Unterzeichner dieser Konvention verpflichten sich also, die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung aufgrund dieser zu gewährleisten und zu fördern.

Das Recht auf gleichberechtigten Zugang zu Informations- und Kommunikationsmitteln ist in Artikel neun UNBRK aufgenommen und lässt sich auch in Artikel 30 wiederfinden, der den Zugang zu kulturellem Material voraussetzt, wie Fernsehprogramm, Filmen, Theateraufführungen und anderen kulturellen Aktivitäten.

In Artikel zehn wird das Recht des Menschen auf Leben thematisiert. Es wird definiert, dass jeder Mensch ein angeborenes Recht auf Leben hat und die unterzeichnenden Staaten alle Maßnahmen treffen, „(...) um den wirksamen und gleichberechtigten Genuss dieses Rechts durch Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten.“ (Vereinte Nationen, 2017, S. 14) In der Praxis ist dies unter anderem bei Sicherungsmaßnahmen von Personen mit Selbstgefährdung wiederzufinden, da so deren Leben während der akuten Krankheitsphase geschützt wird. An dieser Stelle sei die ethische Diskussion, ob es nicht ein Recht des Menschen auf den Tod -auch durch Suizid- gibt, kurz erwähnt, dies auszuführen ist im Rahmen dieser Arbeit aber nicht möglich.

Durch Artikel zwölf der UNBRK wird Menschen mit Behinderung Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen der rechtlichen Vertretung gewährt, beispielsweise in Form einer gesetzlichen Betreuung. Diese hat sich nach dem Willen und den Präferenzen des Betroffenen zu richten, die Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen wird zur Handlungsmaxime erklärt.

Die regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit dieser Maßnahme durch unabhängige Stellen sowie die möglichst kurze Dauer dieser sind zu beachten.

Wenn freiheitsentziehende Maßnahmen durch den Betreuer beabsichtigt werden, dann ist eine gesetzliche Regulierung erforderlich. (vgl. Art.14) Weiter heißt es, dass zu gewährleisten ist, „(...), dass Menschen mit Behinderungen, denen aufgrund eines Verfahrens ihre Freiheit entzogen wird, gleichberechtigten Anspruch auf die in den internationalen Menschenrechtsnormen vorgesehenen Garantien haben und im Einklang mit den Zielen und Grundsätzen dieses Übereinkommens behandelt werden, einschließlich durch die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen.“ (Vereinte Nationen, 2017, S. 15)

Gesundung und Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderung sollen in einer Umgebung stattfinden, „(...) die der Gesundheit, dem Wohlergehen, der Selbstachtung, der Würde und der Autonomie des Menschen förderlich ist (...)“ (Vereinte Nationen, 2017, S. 16) Somit ist die Behandlungsumgebung, vor allem die Gestaltung einer psychiatrischen Intensivstation, anregend zu gestalten.

Die UNBRK nimmt in Artikel 22 Bezug auf die Menschenrechtscharta, indem sie die Achtung der Privatsphäre der Menschen postuliert. Danach sind keine willkürlichen und rechtswidrigen Eingriffe in das Privatleben, die Familie, die Wohnumgebung, den Schriftverkehr oder andere Kommunikationsarten erlaubt.

Menschen mit Behinderung haben ferner das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit, ebenso wie Menschen ohne Behinderung. Dazu sollen die Vertragsstaaten eine unentgeltliche oder preiswerte Gesundheitsversorgung für Menschen mit Behinderung ermöglichen, die qualitativ und medizinisch den gleichen Ansprüchen wie die Versorgung anderer Menschen genügt. Die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung ist verboten. (vgl. Vereinte Nationen, 2017, S. 22f) Die praktische Ausgestaltung des Gesundheitssystems ist dabei abhängig vom jeweiligen Staat.

4.3. Ten Basic Principles for Mental Health Law

Die World Health Organisation (kurz WHO) hat im Jahr 1996 einen Leitfaden mit zehn Basisprinzipien für den Umgang mit psychisch erkrankten Menschen erstellt. Dabei handelt es sich um allgemeine Grundlagen, an denen sich Staaten für ihre Gesetzgebung orientieren können und sollen. Er stellt eine allgemeine Richtlinie dar, die die Exklusion und Benachteiligung von psychisch erkrankten Menschen abbauen und verhindern soll. Ebenso sollen Strukturen geschaffen werden, um Partizipation zu gewährleisten und die Menschenrechte zu achten.

Dabei sind zehn Leitsätze entstanden, die klar den Rückbezug auf die Menschenrechtscharta und die UNBRK erkennen lassen:

1. Promotion of Mental Health and Prevention of Mental Disorders

Der erste Leitsatz widmet sich der Förderung von psychischer Gesundheit und von Präventionsmaßnahmen. Dabei soll jeder Mensch von den bestmöglichen Maßnahmen zur Förderung seiner mentalen Gesundheit und zur Prävention psychischer Erkrankungen profitieren können. Dazu ist die Förderung von Verhaltensweisen, die zu einer psychischen Stabilität beitragen, und das Identifizieren und Eliminieren von Ursachen psychischer Erkrankungen notwendig.

2. Access to Basic Mental Health Care

Entsprechend dem zweiten Grundsatz soll jeder Mensch Zugang zu allgemeiner psychiatrischer Versorgung haben, die er benötigt. Dazu gehört die Forderung nach der angemessenen Qualität dieser Versorgung, die sich durch Bewahrung der Würde des Patienten auszeichnet, die Aktivierung der Selbsthilfe des Patienten fördert und ambulante, wie auch stationäre, Behandlungsmethoden zur Verfügung stellt. Die Qualität des Versorgungssystems soll stets überprüft und verbessert werden. Der Zugang zu den Versorgungsstrukturen soll bezahlbar, gerecht und geografisch erreichbar sein und dabei auf freiwilliger Basis zugänglich sein. Geografische Zugänglichkeit meint dabei die Erreichbarkeit zu Hilfesystemen innerhalb einer Stunde Fußweg sowie den Zugang zu den notwendigen Medikamenten.

Um dies zu erreichen, schlägt die WHO folgende Maßnahmen vor: Im Gesetzeswerk jedes Landes soll der Zugang zu medizinischer Versorgung und auch speziell zu psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten verankert sein. Qualitätssicherung im Sinne der oben beschriebenen Kriterien soll gefördert werden und auf nationaler Basis verbindlich sein. Psychiatrische Versorgung soll der Kultur des Landes angemessen sein, und die Einschätzungen der Patienten hinsichtlich der Versorgungsqualität sind zu beachten. Alle Behandlungsvorgänge sollen in der jeweiligen Patientenakte vermerkt werden. Die Gesundheitsaufklärung soll auch psychische Krankheiten umschließen. Der Zugang zu Krankenversicherungen, die das größtmögliche Risiko und auch psychische Erkrankung abdecken, soll gefördert werden.

3. Mental Health Assessments in Accordance with Internationally Accepted Principles

Dieser Grundsatz besagt, dass die psychiatrische Beurteilung, Diagnostik und Behandlung der Patienten auf internationalen Standards beruhen soll.

Das beinhaltet die Diagnostik, Wahl der Behandlungsmethoden, Festlegen von Zuständigkeiten und die Beachtung, dass Menschen aufgrund ihrer Erkrankungen sich oder anderen Schaden zufügen können.

Psychiatrische Behandlungen sollen nur angewandt werden, wenn sie direkt eine psychische Erkrankung ansprechen oder die Folgen einer solchen behandeln.

4. Provision of the Least Restrictive Type of Mental Health Care

Hier wird das Prinzip beschrieben, dass immer die Behandlungsmaßnahme gewählt werden soll, die den Patienten am wenigsten einschränkt. Das ist individuell zu entscheiden. Zu berücksichtigen sind Faktoren wie die zugrundeliegenden Erkrankungen, verfügbare Therapien, die persönliche Autonomie des Patienten und seine Krankheitseinsicht und Kooperation, sowie der vorliegende Gefährdungsaspekt. Gemeindenahe Programme sollen den hierfür vorgesehenen Patienten zur Verfügung stehen und stationäre Behandlungen sollen immer in der am wenigsten restriktiven Umgebung stattfinden. Zwangsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen sollen nur nach vorheriger Durchsprache von Alternativen mit dem Patienten erfolgen, durch einen Psychiater durchgeführt werden und dazu dienen, Gefahr vom Patienten oder seinen Mitmenschen abzuwenden. Dabei ist eine strenge Kontrolle und ständige Überprüfung der Notwendigkeit der Maßnahme erforderlich, die zudem so kurz wie möglich andauern soll. Um diese Grundsätze umsetzen zu können, gibt die WHO vor, Instrumente und die Infrastruktur für gemeindenahe Behandlungen zu erhalten und zu fördern, sowie Isolationszimmer zu reduzieren. Mitarbeiter im Gesundheitssystem sollen zudem geschult werden, weniger restriktive Maßnahmen anzuwenden, um Zwangsmaßnahmen vorbeugen zu können.

5. Self-Determination

Dieser Abschnitt bezieht sich auf die Beachtung der Selbstbestimmung des Patienten. Das bedeutet, dass vor jedweder Behandlung das Einverständnis des Patienten einzuholen ist. Dabei sind vor allem die Rechte auf körperliche und geistige Unversehrtheit des Patienten zu beachten, aber auch dessen Freiheit. Eine Zustimmung des Patienten muss unter freien Bedingungen geschehen und der Patient muss umfassend informiert sein. Falls der Patient aufgrund einer psychischen Erkrankung einwilligungsunfähig ist, so soll diese Entscheidung von einem Vertreter getroffen werden.

Diese Grundlagen implementieren, dass ein Patient so lange als einwilligungsfähig angesehen wird, bis es (gerichtlich) anders entschieden wurde. Der Patientenwille ist auch bei einer Einwilligungsunfähigkeit des Menschen zu berücksichtigen.

6. Right to be Assisted in the Exercise of Self-Determination

Für den Fall, dass der Patient Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung bei medizinischen Angelegenheiten hat, soll ihm eine dritte Partei zur Seite gestellt werden. Entscheidungsprobleme können dabei aus Unwissenheit, sprachlicher Einschränkung und Behinderung entstehen.

Um dieses Recht wahrnehmen zu können, muss der Patient ausreichend informiert werden, und es müssen ihm mögliche Vertreter benannt werden. Der Vertreter des Patienten ist in den Behandlungsprozess einzubinden, und Einrichtungen, die solches durchführen, sind zu fördern.

7. Availability of Review Procedure

Der siebte Grundsatz beschäftigt sich mit der Verfügbarkeit von Überprüfungsverfahren bei Entscheidungen, die gerichtlich oder durch einen Vertreter getroffen worden sind. Dies umfasst die Zugänglichkeit zu einer Überprüfung innerhalb kurzer Zeit, nachdem dies durch eine der betroffenen Parteien angefragt wurde. Dabei soll der Patient nicht aufgrund seines Gesundheitsstatus von der Beantragung einer Überprüfung abgehalten werden. Der Patient hat das Recht, angehört zu werden.

8. Automatic Periodical Review Mechanism

Falls eine langfristige Entscheidung getroffen wurde, die in die Freiheit und Integrität des Patienten eingreift, so soll diese Entscheidung automatisch in bestimmten Zeitabständen überprüft werden. Der persönliche Kontakt des Klienten zu der entscheidungstreffenden Instanz soll gewährleistet werden. Die Überprüfung der vorausgegangenen Entscheidung soll möglichst nicht durch die gleiche Person stattfinden und sie soll nicht durch das vorherige Urteil beeinflusst werden.

9. Qualified Decision Making

Entscheidungen von öffentlicher Bedeutung, wie beispielsweise durch ein Gericht, dürfen nur durch qualifizierte Personen erfolgen. Qualifiziert betrifft hierbei die Kompetenz, das Wissen, die Unabhängigkeit und die Objektivität des Entscheidungsträgers. Wünschenswert ist die Entscheidung von öffentlicher Seite durch ein multidisziplinäres Team, und nicht durch eine Einzelperson. Zur Umsetzung sind Weiterbildungsangebote für die Entscheidungsträger in verschiedenen Disziplinen vorgesehen, sowie die Besetzungsänderung für den Fall persönlicher Befangenheit.

10. Respect of the Rule of Law

Entscheidungen sollen immer auf Grundlage der vorherrschenden aktuellen Gesetzgebung des Staates oder Landes getroffen werden. Dazu ist die Veröffentlichung von Gesetzen und die Aufklärung der Bevölkerung darüber unabdingbar, ebenso wie die Information von Patienten über ihre Rechte. Die Übernahme von allgemeingültigen Menschenrechten in die Gesetzgebung ist zu unterstützen.

(vgl. World Health Organization, 1996, S. 9-25)

5. Vergleich

Auf Grundlage der vorausgegangenen Ergebnisse folgt nun der Vergleich im Bereich der Patientenrechte zwischen der psychiatrischen Unterbringung in Aachen und Pittsburgh mit Einbeziehung der internationalen Abkommen und Richtlinien. Dabei können Unterschiede festgestellt werden und mit internationalen rechtlichen Grundlagen eingeordnet und bewertet werden.

5.1. Gesetzliche Grundlagen

Sowohl in den USA als auch in Deutschland finden sich im Bundesrecht allgemeine Grundlagen zur Versorgung und Behandlung psychisch Kranker und im jeweiligen Recht des Bundeslandes konkretere Ausführungen. In den USA sind zudem weitere Ausführungen auf der Ebene von Regierungsbezirken zu finden.

Auf Bundesebene finden sich relevante Gesetze im deutschen Recht dem BGB, dem Patientenrechtegesetz und dem SGB V. Auf der Ebene der deutschen Bundesstaaten ist das Psychisch-Kranken-Gesetz angesiedelt, welches jedes Bundesland einzeln verfasst und in dem es eigene Schwerpunkte setzt. Das PsychKG des Landes Nordrhein-Westfalen wurde im Jahre 2017 novelliert.

In den USA dagegen ist zwischen Gesetzen aus dem United States Code auf Bundesebene und Gesetzen aus dem Pennsylvania Code auf Staatsebene zu unterscheiden. Zudem finden sich im Regierungsbezirk Allegheny County eigene Grundsätze zum Umgang mit psychisch erkrankten Menschen, die sich in von den Grundsätzen des Pennsylvania Codes unterscheiden. Der Mental Health Act, der auf Ebene der Bundesstaaten angesiedelt ist und von seiner Bedeutung vergleichbar mit dem PsychKG NRW erscheint, wurde zuletzt 1976 neu gefasst.

Hier lässt sich vor allem in Bezug auf die Aktualität der Gesetzestexte eine Differenz feststellen. Dies ist obligat, um die Unterschiede auf internationaler Ebene auch im Hinblick auf die zeitliche Dimension nachvollziehen zu können.

Die Ausdifferenzierung der Gesetzeslage auf den Staats- und Bundesebenen zur Behandlung psychisch Erkrankter ist in Deutschland und den USA ähnlich. Aus der Vielzahl der Gesetzesebenen ergibt sich die Möglichkeit, Vorschriften auf die geografische Lage des Bundesstaates auszurichten, um sie beispielsweise auf die religiöse Ausrichtung der dort lebenden Bevölkerung anzupassen.

Bedingt dadurch, dass in den USA eine Spezifizierung nicht nur auf Bundesstaatsebene, sondern auch im Bereich der Regierungsbezirke und Städte möglich ist, wirkt die Rechtslage unübersichtlicher und erschwert zudem die Auseinandersetzung mit den konkret vorliegenden Rechtsgrundlagen, erlaubt aber eine bessere Anpassung an die jeweiligen lokalen Bedürfnisse, die beispielsweise auf die verschiedenartige Historie der Orte zurückzuführen sind.

Beispielhaft ist in der Unterscheidung von Pittsburgh und Aachen die Geschichte der USA als Einwanderungsland und Deutschland vor dem Hintergrund des Nationalsozialismus. (vgl. Auffahrt, 2005, S. 60f) Dadurch wird der Forderung im zweiten Absatz der Ten Basic Principles for Mental Health Law der WHO nachgegangen, dass die psychiatrische Versorgung der Kultur der jeweiligen Region angemessen sein soll. (vgl. World Health Organization, 1996, S. 2f)

5.2. Unterbringung

Die Behandlung psychischer Krankheiten ist sowohl in den USA als auch in Deutschland jeweils auf freiwilliger Rechtsgrundlage, also mit der Zustimmung des Patienten, oder auch gegen den Willen dessen, möglich.

Eine Unterbringung nach deutschem Verständnis liegt dann vor, wenn ein Mensch gegen dessen Willen oder im Zustand der Willenlosigkeit in ein psychiatrisches Fachkrankenhaus, eine psychiatrische Fachabteilung eines Allgemeinkrankenhauses oder einer Hochschulklinik eingeliefert wird, und er dort verbleiben muss. Dies geschieht aufgrund richterlicher Anordnung oder Genehmigung nach ärztlicher Begutachtung zum Zweck der Vermeidung von Selbst- oder Fremdgefährdung oder zur Beobachtung. (vgl. De Gruyter & et al., 2014, S. 714,1942) In den amerikanischen Gesetzen ist kein vergleichbarer konkreter Terminus wie im Deutschen zu finden. Der Versuch, den deutschen Begriff aufs Amerikanische Recht zu übertragen, impliziert eine Unterbringung auch hier die gegen den Willen des Patienten stattfindende Einweisung in eine geeignete Einrichtung.

5.2.1. Einleitung der Unterbringung

Die Einweisung und Unterbringung eines Menschen soll in Pennsylvania in der Regel nach Genehmigung durch die Bezirksverwaltung erfolgen, entsprechend in Deutschland nach gerichtlicher Anordnung.

In einer akuten Gefahrensituation ist es jedoch in Pennsylvania jeder Person möglich, auch ohne vorherige Genehmigung einer öffentlichen Instanz die Unterbringung eines Menschen zu initiieren.

Dazu ist lediglich die Beobachtung einer Gefährdungssituation, in der sich der Einzuweisende befindet, notwendig. Die Unterbringung muss nach erfolgter Einweisung des Patienten durch den Einweisenden beim Bezirksgericht beantragt werden. Der Einzuweisende kann daraufhin bis zur Anhörung durch das Gericht gegen seinen Willen festgehalten werden, maximal jedoch 120 Stunden nach Eintreffen in der Einrichtung.

Ärzten, Polizisten, der gesetzlichen Betreuung und einem Bevollmächtigten hingegen ist die Einweisung und Unterbringung eines Menschen bis zu 120 Stunden auch ohne gerichtliche Genehmigung möglich. (vgl. 50 P.S. §7302)

Nach dem deutschen Gesetz hingegen können nur Ärzte, Polizisten oder eine Behörde eine Einweisung veranlassen. Möglich ist dies auch durch den rechtlichen Betreuer oder einen Bevollmächtigten. Die Entscheidung über eine Unterbringung des Patienten nach ärztlichem Antrag wird durch das zuständige Gericht getroffen. In akuten Gefährdungssituationen ist jedoch eine einstweilige Anordnung durch den diensthabenden Richter einzuholen. Bis zu dieser Entscheidung darf der Patient maximal 24 Stunden gegen seinen Willen festgehalten werden. (vgl. §14 PsychKG NRW)

Hier wird deutlich, dass es in Nordrhein-Westfalen höhere Auflagen gibt als in Pennsylvania, falls jemand gegen seinen Willen in einer psychiatrischen Abteilung festgehalten werden soll. Während in den USA jeder Mensch einen anderen einweisen kann, ist dies in Deutschland Fachkräften oder dem Bevollmächtigten des Patienten vorbehalten. Während in Deutschland eine Anhörung durch das zuständige Gericht nach spätestens 24 Stunden erfolgen muss, ist das Festhalten des Patienten gegen seinen Willen ohne gerichtlichen Beschluss in Pennsylvania für maximal 120 Stunden erlaubt. Somit ist die Unterbringungslänge ohne gerichtliches Urteil in den USA fünfmal länger möglich als in Deutschland.

5.2.2. Voraussetzungen zur Unterbringung

In Pennsylvania und auch in Deutschland ist eine Voraussetzung zur Unterbringung, dass bei dem Patienten akute Selbst- und/ oder Fremdgefährdung vorliegt. (vgl. Auffahrt, 2005, S. 34)

Im PsychKG NRW ist allerdings festgelegt, dass dieses Gesetz nur auf Menschen mit psychischen Erkrankungen anwendbar ist. Als psychische Krankheiten werden hier Erkrankungen wie behandlungsbedürftige Psychosen oder behandlungsbedürftige psychische Störungen und Abhängigkeitserkrankungen von vergleichbarer Schwere angesehen. (vgl. §1 PsychKG NRW)

Das bedeutet, dass Menschen mit selbst- oder fremdgefährdenden Tendenzen ohne psychische Erkrankung nicht nach dem PsychKG NRW zu behandeln sind.

Der Mental Health Act in Pennsylvania ist dagegen auf Personen anzuwenden, welche schwerwiegend seelisch behindert sind und einer unmittelbaren Behandlung bedürfen. Seelische Behinderung ist dabei als Folge einer psychischen Krankheit anzusehen. (50 P.S. §7301.a)

Die Gesetze scheinen vergleichbar, unterscheiden sie sich jedoch insofern, als in Pennsylvania jede psychische Krankheit -egal welchen Schweregrads- nach dem Mental Health Act zu behandeln ist, während in NRW eine Krankheit in der Intensität einer behandlungsbedürftigen Psychose vorliegen muss.

Zudem werden in Pennsylvania alkohol- oder drogenabhängige Personen, Menschen mit geistiger Behinderung oder altersschwache Menschen nur nach dem Mental Health Act behandelt, wenn sie zusätzlich eine psychische Erkrankung aufweisen. Symptome der Abhängigkeit, Behinderung oder der Abbau von Fähigkeiten dürfen dabei nicht als Symptome einer psychischen Krankheit angesehen werden. (vgl. 50P.S. §7102) Eine Abhängigkeit ist in diesem Fall also nicht als psychische Erkrankung anzusehen, nach dem PsychKG NRW hingegen schon (vgl. §1 Abs.2 PsychKG NRW).

Eine Selbstgefährdung liegt nach dem Mental Health Act (50 P.S. §7301.b.2) vor, wenn

1. die betreffende Person nicht in der Lage ist, ihren Bedarf an Nahrung, Körperpflege, medizinischer Versorgung und Schutz zu decken und
2. innerhalb von 30 Tagen schwere körperliche Schädigungen oder der Tod zu erwarten sind,
3. eine Person einen Suizidversuch begangen, oder einen solchen angekündigt und Vorbereitungen dazu getroffen hat oder
4. eine Person Automutilation durchgeführt, geplant oder vorbereitet hat.

Der Begriff der Selbstgefährdung im deutschen Sinn ist dagegen weiter gefasst und umschließt sämtliche Handlungen, die durch Suizidalität oder Verwirrtheit hervorgerufen werden und die das eigene Leben oder die Gesundheit gefährden. (vgl. De Gruyter & et al., 2014, S. 1942)

Von Fremdgefährdung ist nach dem PsychKG NRW zu sprechen, wenn eine erhebliche Gefährdung bedeutender Rechtsgüter Anderer vorliegt. (vgl. De Gruyter & et al., 2014, S. 715)

Auch die Fremdgefährdung ist im Gesetz Pennsylvanias konkreter definiert: Der Patient muss, um dem Kriterium der Fremdgefährdung zu entsprechen, in den vergangenen 30 Tagen einem anderen einen schwerwiegenden körperlichen Schaden zugefügt haben. Für den Fall eines vergleichbaren Delikts, der bereits in der Vergangenheit stattgefunden hat, ist die Ankündigung dessen schon allein ausreichend. (vgl. 50 P.S. §7301.b.1)

Hier ist der Unterscheid zwischen den Gesetzesgrundlagen in NRW und Pennsylvania besonders deutlich. Geht es im amerikanischen um den der Person tatsächlich zugefügten körperlichen Schaden, betrachtet die deutsche Rechtsprechung jeglichen Eingriff in bedeutende Rechtsgüter anderer als fremdgefährdend. Ein Angriff auf den Schutz des Eigentums eines Anderen wäre somit im amerikanischen Sinne nicht als Fremdgefährdung zu betrachten, im deutschen hingegen schon.

Eine Unterscheidung ist zudem durch die unterschiedlichen Diagnoseinstrumente, nämlich das DSM V in den USA und das ICD-10 in Deutschland, gegeben. Beide sind international anerkannt, unterscheiden sich aber in den Definitionen und Kriterien für psychische Erkrankungen oder Behinderungen. Die dritte Forderung der Ten Basic Principles for Mental Health Law, nämlich nach international standardisierten Grundsätzen (vgl. World Health Organization, 1996, S. 3) wird hierdurch erfüllt. Allerdings sind bei einem medizinischen Vergleich die in den Klassifikationssystemen genannten Unterschiede zu beachten.

5.2.3. Unterbringungsverfahren

Wurde ein Antrag auf sofortige Unterbringung einer Person gestellt und hat der amerikanische Arzt die Notwendigkeit einer Behandlung festgestellt, so wird ein Verfahren eingeleitet und eine Anhörung veranlasst. Diese gestaltet sich nach ähnlichen Kriterien wie in Deutschland: Dem Patienten wird in den USA vom Gericht ein Pflichtverteidiger zur Seite gestellt, solange bis geklärt ist, ob er sich privat verteidigen lassen kann. (vgl. 50 P.S. §7303) In Deutschland übernimmt diese Aufgabe der vom Gericht bestellte Verfahrenspfleger oder ein Anwalt oder Bevollmächtigter des Patienten. (vgl. §315 FamFG)

Bei der Anhörung wird die Notwendigkeit der Unterbringung des Patienten in einer geeigneten Einrichtung und deren Dauer erörtert. In Deutschland und den USA werden die Patienten direkt angehört, wodurch ihrem Recht auf rechtliches Gehör entsprochen wird, das in Artikel zehn der UN-Menschenrechtskonvention grundgelegt ist, wie auch von der WHO in den Ten Basic Principles for Mental Health Law (vgl. 1996, S.6) gefordert wird. Weitere Personen, die der Anhörung beiwohnen, sind in NRW der zuständige Richter, unmittelbar betroffene Personen -also nahe Angehörige des Patienten- und die gesetzliche Betreuung, falls vorhanden. Auch die Beteiligung des antragstellenden Arztes, der das ärztliche Zeugnis verfasst hat, ist wünschenswert.

In Pennsylvania hingegen wird die Anhörung durch den Mental Health Review Officer der zuständigen Behörde geleitet. Er fungiert auch als entscheidungsbefugte Instanz. An der Anhörung nehmen in der Regel der Antragsteller, der Patient und seine rechtliche Vertretung, sowie ärztliches Personal des Krankenhauses teil.

Die Entscheidungsmacht des Mental Health Review Officers in den USA und dem zuständigen Richter in Deutschland erfüllt die Forderung der WHO, demzufolge Entscheidungen nur durch qualifiziertes Personal getroffen werden dürfen. Die Beteiligung von Ärzten und Juristen während der Anhörung erfüllt zudem das Kriterium, dass die Entscheidungsmacht nicht bei einer Einzelperson, sondern möglichst bei einem multiprofessionellen Team liegen soll. (vgl. World Health Organization, 1996, S. 6)

Dadurch, dass dem Patienten sowohl in Deutschland als auch in den USA eine rechtliche Vertretung oder ein Verfahrenspfleger zur Seite gestellt wird, wird der Zugang zu Unterstützungsmöglichkeiten im Rahmen einer gesetzlichen Vertretung gewährt. (vgl. Art.12 UNBRK; World Health Organization, 1996, S. 6f)

In der Anhörung ist nicht nur die Frage nach einer Unterbringungsnotwendigkeit zu klären, sondern auch die Dauer dieser Unterbringung. Während dem Richter nach dem PsychKG NRW eine Bandbreite von bis zu einem Jahr – in Ausnahmefällen auch bis zu zwei Jahren – zur Verfügung steht (vgl. Dodegge & Zimmermann, 2018, S. 59), ist in Pennsylvania die Art der Unterbringung festzulegen. Möglich sind hier bei einem *303* maximal 20 Tage oder bei einem *304b* bis zu 90 Tage. Ist nach Ablauf der Unterbringung nach *304b* eine weitere Unterbringung notwendig, so kann die Langzeitbehandlung *305* genehmigt werden, welche erneut maximal 90 Tage dauert. (vgl. 50 P.S. §§7302-7305) Statistisch gesehen ist die durchschnittliche Zeit stationärer Unterbringung in den USA deutlich kürzer als in Deutschland. (vgl. Auffarth, Busse, Dietrich, & Emrich, 2008, S. 40-42; Auffahrt, 2005, S. 83ff)

Geht es aber um die Unterbringung eines Menschen, der Kriterien nach 50 P.S. §7304.g.2 erfüllt, liegt die maximale Unterbringungsdauer bei 304b und 305 bei jeweils einem Jahr. Hiervon sind Patienten betroffen, welche aufgrund des fehlenden Unrechtsbewusstseins, welches aus der psychischen Erkrankung resultiert, nicht zu einer Haftstrafe z.B. aufgrund eines Mordes verurteilt, sondern freigesprochen worden sind. (vgl. Kapitel 3.1.3)

Nach deutschem Recht sind diese Menschen über das Strafrecht forensisch unterzubringen. In Pennsylvania hingegen wird keine Unterscheidung zwischen psychisch erkrankten Menschen und psychisch kranken, freigesprochenen Straftätern gemacht.

Während die Anhörung des Eingewiesenen in NRW innerhalb von einem Tag nach der Einweisung erfolgen muss, ist die 24-Stunden-Frist in Pennsylvania nach Eingang des Antrags bei der Behörde einzuhalten. Daraus resultiert auch die maximale Unterbringungszeit ohne Unterbringungsbeschluss von 120 Stunden in den USA, während diese in NRW maximal 24 Stunden betragen darf. (vgl. 50 P.S. §7303; §14 Abs.2 PsychKG NRW)

5.3. Patientenrechte

5.3.1. Subsidiarität der Unterbringung

Sowohl in Pennsylvania als auch in Nordrhein-Westfalen ist eine Unterbringung immer nur als Ultima Ratio möglich. Sie stellt das letzte und unabdingbare Mittel dar, um Gefährdungsaspekte abzuwenden.

Dies liegt in dem Grundrecht der Menschen auf Freiheit begründet, zu finden sowohl in Artikel zwei des deutschen Grundgesetzes „Die Freiheit der Person ist unverletzlich.“, als auch in der Declaration of Independence „(...) certain unalienable rights, that among these are Life, Liberty and the pursuit of Happiness.“ In dieses wichtige Grundrecht darf nur durch eine Gesetzesgrundlage wie das PsychKG NRW oder der Mental Health Act eingegriffen werden.

Das Grundrecht des Menschen auf Freiheit stellt eines der wichtigsten Menschenrechte dar, weshalb die Notwendigkeit eines Eingreifens in die persönliche Freiheit eines Menschen besonders streng zu überprüfen ist, um zu gewährleisten, dass beispielsweise eine Unterbringung tatsächlich dem Wohle des Patienten und/ oder der Allgemeinheit dient. (vgl. §11 Abs.1 PsychKG NRW; 50 P.S. §7301.b.1; Art. 29 UN-Menschenrechtscharta)

Auch die WHO plädiert dafür, Behandlungen immer in der am wenigsten restriktiven Umgebung stattfinden zu lassen. (vgl. World Health Organization, 1996, S. 4)

5.3.2. Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen

Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen sollen nach Forderungen der WHO nur angewendet werden, um akute Gefahr von dem Patienten oder seinen Mitmenschen abzuwenden. Dies soll nach vorheriger Absprache mit dem Patienten erfolgen. Ebenso sollen diese Maßnahmen nur durch Psychiater selbst, nicht aber durch Pflegepersonal, durchgeführt werden.

Es ist verpflichtend, immer die Maßnahme anzuwenden, die einerseits der Sicherung dient und andererseits am wenigsten in die Rechte des Patienten eingreift. Eine Zwangsmaßnahme soll zudem lediglich so kurz wie möglich angewendet werden und ihre Notwendigkeit soll laufend überprüft werden. (vgl. World Health Organization, 1996, S. 7)

In den US-amerikanischen Gesetzen finden sich weder auf Bundes- noch auf Landes- oder Regierungsbezirksebene Ausführungen hinsichtlich der Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen in der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. Das bedeutet nicht, dass keine Sicherungsmaßnahmen in den USA erfolgen, stattdessen sind die Rechte der Patienten nicht durch ein eigenes Gesetz besonders vor Eingriffen in die Freiheit und körperliche Unversehrtheit geschützt. Dies widerspricht Artikel 14 der UNBRK, der besagt, dass im Falle freiheitsentziehender Maßnahmen eine gesetzliche Regulierung erforderlich ist. Lediglich anhand von Gerichtsurteilen und dem Verhaltenskodex für den Umgang mit psychisch erkrankten Patienten des Royal College of Psychiatrists lassen sich allgemeine Grundregelungen zum Umgang mit Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen ableiten. Einzig der Grundsatz der Angemessenheit ist in 50 P.S. §7303.d.2 zu finden.

Laut dem Verhaltenskodex zum Umgang mit psychisch erkrankten Menschen dürfen Zwangsmaßnahmen nur bei Personen angewendet werden, welche nach dem Mental Health Act untergebracht sind. Dabei ist auch hier immer die am wenigsten restriktive Maßnahme zu wählen. (vgl. Perry, et al., 2015, S. 12)

Die Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen werden im PsychKG NRW hingegen besonders detailliert ausgeführt, um die Grundrechte der Patienten bestmöglich zu schützen: Die allgemeine Sicherungsmaßnahme, wonach die per Gerichtsbeschluss untergebrachten Patienten vom Entweichen aus der Unterbringung gehindert werden sollen, findet sich im PsychKG NRW in §10 Abs.2 S.3.

Weiterführende Sicherungsmaßnahmen wie zum Beispiel Fixierung, Isolierung und Beschränkung des Ausgangs dürfen nur bei erheblicher Selbstgefährdung des Patienten oder bei erheblicher Gefährdung bedeutender Rechtsgüter anderer angewandt werden.

Für den Fall einer Fixierung wird dem Patienten sogar die persönliche Betreuung durch eine Fachkraft zugesichert. Sicherungsmaßnahmen bedürfen bei häufiger oder länger anhaltender Dauer einer richterlichen Genehmigung. (vgl. §20 PsychKG NRW)

Im Recht Pennsylvanias lassen sich zudem keine Regelungen zum Ausgang oder Aufenthalt im Freien finden. Diese sind auch in NRW erst im Zuge der Novellierung des PsychKGs im Jahr 2017 hinzugefügt worden.

An eine Zwangsbehandlung, also das Medizieren des Patienten gegen seinen Willen, sind in NRW noch weitergehende Voraussetzungen geknüpft. Zum einen muss auch hier eine richterliche Genehmigung vorliegen, zum anderen muss sich durch die Gabe der Medikation voraussichtlich der Krankheitszustand des Patienten kurz- oder langfristig verbessern lassen und somit die Wiederherstellung der freien Selbstbestimmung gefördert werden. (vgl. §18 Abs.5 S.1 Nr. 5 PsychKG NRW)

Zur Zwangsmedikation ist in den USA ein Gerichtsurteil aus dem Jahr 1978 wegweisend, wonach der Betroffene, solange er geschäftsfähig ist, die Gabe psychiatrischer Medikamente ablehnen darf. Sollte aber nach einem Gutachten die Anordnung der Medikation festgelegt worden sein, so überwiegt diese gegenüber dem Recht des Patienten. (vgl. US Law. Rennie v. Klein, 1979)

5.3.3. Patientenorientierung

Die Orientierung am natürlichen Willen des Patienten stellt eine wichtige Grundlage in der Arbeit mit untergebrachten Patienten dar. Daraus ergibt sich wiederum die oben genannte Informationspflicht des psychiatrischen Personals gegenüber den Patienten, damit diese selbstbestimmt Entscheidungen zu ihrer Behandlung treffen können. Das Einverständnis muss sowohl in Deutschland als auch in den USA vor jedweder Behandlung eingeholt werden. Eine Zwangsmaßnahme darf nur nach einem ausreichenden Informations- und Überzeugungsgespräch initiiert werden. (vgl. Taupitz & Weis, 2015, S. 483; US Law. Rennie v. Klein, 1979) Auch wenn der Patient geschäftsunfähig ist, und somit eine gesetzliche Betreuung oder einen gesetzlichen Vertreter hat, so soll er doch medizinischen Maßnahmen zustimmen oder diese ablehnen können. Falls er eine medizinisch notwendige Behandlung ablehnt, kann seine gesetzliche Betreuung eine Zwangsmedikation beim zuständigen Amtsgericht beantragen. (vgl. §18 Abs. 4 PsychKG NRW)

Auch in den USA ist, abgeleitet an der Entscheidung des US-Bezirksgerichts in New Jersey aus dem Jahr 1978 (vgl. US Law. Rennie v. Klein, 1979), der Wille des Patienten so lange zu beachten und danach zu handeln, bis eine Anordnung getroffen wurde, die von höherer Bedeutung ist als der Patientenwille.

Patienten, die sich in einem Unterbringungsverfahren befinden, haben, sowohl in Nordrhein-Westfalen, als auch in Pennsylvania, stets das Recht, gegen gefällte Entscheidungen Rechtsmittel einzulegen. Dies gilt explizit auch für geschäftsunfähige Personen. Der ihnen zur Seite gestellte Rechtsanwalt oder Verfahrenspfleger soll dazu beratend tätig sein. (vgl. §335 FamFG, 50 P.S. §7303.g; Art.8 UN-Menschenrechtscharta)

In den USA ist es üblich, dass in der öffentlichen Kartei, die zum Backgroundcheck beim Waffenkauf verwendet wird, vermerkt ist, ob eine Person psychisch erkrankt ist und schon einmal gegen ihren Willen untergebracht worden ist. In diesem Fall ist sie nicht länger berechtigt, eine Schusswaffe legal bei einem öffentlichen Händler zu erwerben. Dies bedeutet eine Einschränkung des US-Bürgerrechts auf den Erwerb und Besitz von Schusswaffen. (vgl. 18 U.S.C. §922)

Ein vergleichbares Prozedere ist bislang in Deutschland nicht zu finden. Eine zurückliegende Zwangsunterbringung greift niemals in die Bürgerrechte der (ehemaligen) Patienten ein, noch wird die Unterbringung in einem öffentlichen Dokument vermerkt.

Inwieweit das amerikanische Recht zur Einschränkung des Waffenbesitzes mit Artikel 12 der UN-Menschenrechtscharta vereinbar ist, sollte hinterfragt werden. Dieser schützt die Menschen explizit vor der Beeinträchtigung seiner Ehre und seines Rufs. Ein Verweis auf die Verpflichtung durch die UNBRK, Menschen „ohne jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung“ (Art. Abs. 1 UNBRK) zu behandeln, scheint angemessen.

Gleiches gilt für den Gesetzesentwurf zum geplanten Bayerischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz, der eine Datensammlung, genannt Unterbringungsdatei, von psychisch erkrankten Menschen vorsieht, die der Polizei zur Verfügung stehen soll, um unter anderem Straftaten zu verhindern. (Bayerische Staatsregierung, 2018, S. 24) Eine Stigmatisierung aufgrund einer psychischen Erkrankung würde dadurch eher gefördert als den Zielen der UNBRK folgend verhindert werden.

5.3.4. Ort der Unterbringung

Die Subsidiarität der Unterbringung bedeutet neben der Unterbringung als Ultima Ratio, dass ambulante und auf freiwilliger Rechtsgrundlage basierende Interventions- und Präventionsprogramme besonders gefördert werden sollen. (vgl. 50 P.S. §7102; §3 PsychKG NRW)

Sind diese Maßnahmen nicht ausreichend und ist eine Unterbringung notwendig, so ist erneut zwischen deutschem und amerikanischem Recht zu unterscheiden. Nach Art. 16 Abs. 4 der UN-Behindertenrechtskonvention soll die Behandlungsumgebung so gestaltet sein, dass sie der Gesundheit, dem Wohlergehen, der Selbstachtung, der Würde und der Autonomie der Patienten förderlich ist. Diese Forderung ist in Deutschland und den USA unterschiedlich umgesetzt.

Im Zuge der Psychiatrie-Reform in Deutschland sind vor allem große psychiatrische Kliniken verkleinert oder aufgelöst worden, ganz im Sinne der Dezentralisierung. Mittlerweile ist die stationäre Behandlung in kleineren Häusern oder psychiatrischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern Standard. Diese Kliniken haben eine Aufnahmepflicht für ein bestimmtes Einzugsgebiet, wodurch auch die örtliche Nähe zum Wohnort gewährleistet wird. (vgl. Eichenbrenner, 2017, S. 127)

Dem entgegen steht die Unterbringung von Patienten nach 303, 304b und 305, welche nur in den zuständigen State Hospitals, also den Landeskrankenhäusern, stattfindet. In ganz Pennsylvania existieren davon nur sechs dieser Institutionen (vgl. Pennsylvania Department of Human Services, 2017), was die Möglichkeit gemeinde- und wohnortnaher Versorgung und Behandlung stark einschränkt.

Die maximal 120 Stunden dauernde 302 findet hingegen im örtlichen Gemeindekrankenhaus statt, wodurch nach Erhalt des Unterbringungsbeschlusses eine Verlegung der Patienten in ein Landeskrankenhaus folgen muss.

Der Forderung der UNBRK (vgl. §16 Abs. 4) nach einer patientenfreundlichen Behandlungsumgebung ist im Einzelfall zu überprüfen. Ein allgemeiner Vergleich ist wohl nur insofern möglich, als dass Patienten in Deutschland wohnortnah behandelt werden können, während dies in Pennsylvania nur in den Landeskrankenhäusern möglich ist. Die geografische Nähe des Behandlungsorts zur Lebensumgebung des Patienten in Deutschland fördert die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte und ermöglicht es, poststationäre Versorgung bereits während des Behandlungsaufenthalts einzuleiten.

Die Einbeziehung der Lebenswelt der Klienten wird somit vereinfacht. Bedingt dadurch, dass die psychiatrische Klinik zum Umfeld des Patienten gehört, ist eine poststationäre Versorgung durch die Klinik -also durch bekannte Ärzte und Strukturen- möglich. Dies kann die Aufrechterhaltung der nachstationären Weiterversorgung vereinfachen.

Um einen besseren Vergleich herstellen zu können, erfolgt die Gegenüberstellung der Zahlen für Zuständigkeitsbereiche in den USA und Deutschland: In Pennsylvania stehen für die Fläche von 120.000 km² und der Einwohnerzahl von circa 12 Millionen nur 6 Landeskrankenhäuser zur Verfügung, wohingegen das Einzugsgebiet der beiden zuständigen Krankenhäuser zur psychiatrischen Behandlung in Aachen bei 707 km² und die Einwohnerzahl bei 570.000 liegt. Setzt man diese Zahlen gegenüber, so ist die Zuständigkeit pro Krankenhaus in den USA bei 20.000 km² und

2 Millionen Einwohnern. In der Städtereion Aachen sind es 353 km² und 285.000 Einwohnern. Daraus resultiert, dass eine psychiatrische Klinik in Pennsylvania für circa 7 mal mehr Einwohner und 56 mal mehr Fläche als in der Städtereion Aachen zuständig ist.

Um diese große Lücke in der gemeindenahen Versorgung schließen zu können, gibt es in den USA Programme wie das *Assisted Outpatient Commitment*, bei dem die Patienten unter bestimmten Auflagen in ihrer gewohnten Umgebung verweilen und dort an Maßnahmen teilnehmen können. Durch enge Kooperation zu psychiatrischen Einrichtungen wird beständige und intensive Versorgung der Patienten gewährleistet. Dieses Programm kann als Alternative zur Unterbringung angeordnet werden, mit der Folge, dass die Patienten gegen ihren Willen an einem ambulanten Angebot teilnehmen müssen.

In Deutschland findet sich kein vergleichbares Angebot für psychisch erkrankte Menschen als Alternative zu einer stationären Zwangsunterbringung, die durch ein Gericht angeordnet wurde. Ambulante Angebote sind nur auf freiwilliger Grundlage möglich. (vgl. Dodegge & Zimmermann, 2018, S. 222f)

5.3.5. Ausgestaltung der Unterbringung

Während der Zeit seiner Unterbringung hat sowohl der deutsche als auch der amerikanische Patient das Recht auf ein menschliches Behandlungsumfeld, wodurch die Unterbringung angenehmer ausgestaltet werden soll. Dies ist in der konkreten Vorgehensweise ähnlich in Pennsylvania und auch in NRW.

Hierzu zählen verschiedene Rechte, wie der Anspruch darauf, persönliche Gegenstände in seinem Zimmer aufbewahren zu dürfen. Dieses Recht darf nur dann eingeschränkt werden, wenn es der Gesundheit des Patienten schaden oder dem geordneten Zusammenleben widersprechen sollte. Der Besitz von beispielsweise Drogen, Waffen oder gefährlichen Gegenständen darf daher durch die Klinik untersagt werden. (vgl. §19 PsychKG NRW; 42 U.S.C.§9501)

Weiter wird den Patienten ein gewisses Maß an Privatsphäre (vgl. Art.22 UNBRK) zugesichert, was sich auch in der Einhaltung des Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnisses niederschlägt: Patienten ist generell erlaubt, Post zu versenden und zu empfangen. Das Postgeheimnis ist zu wahren, weshalb Sendungen im Normalfall nur dann bei Erhalt kontrolliert werden dürfen, um das Einschmuggeln von Suchtmitteln oder gefährlichen Gegenständen zu verhindern. (vgl. §21 PsychKG NRW; 42 U.S.C. §9501)

Entsprechendes gilt -sowohl in Deutschland, als auch in den USA- auch für den Umgang mit Telefonaten, elektronischer Post und Sozialen Medien. Der Zugang zu Geräten, die diese Arten von Kommunikation möglich machen, soll gewährleistet werden. Ebenso ist der Zugang zu Kulturmedien wie Fernseh- oder Radioprogramm durch die Behandlungseinrichtung zu ermöglichen.

Wenn dadurch die Genesung eines Patienten verhindert wird oder Verletzungen der Persönlichkeitsrechte Anderer daraus resultieren, darf der Zugang zu oben genannten Medien eingeschränkt werden. (vgl. §22 PsychKG NRW; 42 U.S.C. §9501)

Diese Einschränkungen gelten auch für den Empfang von Besuch. Generell ist Patientenbesuch erlaubt und auch erwünscht, da es der Erhaltung von Sozialkontakten dient. Dabei hat der Patient das Recht auf Besuch, nicht aber der Besucher das Recht auf Besuch. Damit liegt die Entscheidung, Besuch zu empfangen, allein beim Patienten. Durch die klinikeigene Hausordnung können Einschränkungen, wie Besuchszeiten, festgelegt werden. (vgl. §22 PsychKG NRW; 42 U.S.C. §9501)

Nach dem §16 PsychKG NRW steht den Patienten in Nordrhein-Westfalen das Recht auf Aufenthalt im Freien für mindestens eine Stunde pro Tag zu, welches bei Gefährdungslagen eingeschränkt werden darf und dann als Sicherungsmaßnahme gilt. Eine Bestimmung zum Aufenthalt an der frischen Luft ist in den amerikanischen Gesetzen nicht zu finden.

Mit den oben genannten Rechten zwangsuntergebrachter Patienten wird der Forderung der UNBRK gefolgt, dass „(...) Menschen mit Behinderungen (...) gleichberechtigten Anspruch auf die in den internationalen Menschenrechtsnormen vorgesehenen Garantien haben (...)“. (Art.14 Abs. 2 UNBRK)

5.3.6. Teilhabe am Behandlungsablauf

Die Teilhabe des Patienten am Behandlungsablauf fordert die WHO in den Ten Basic Principles for Mental Health Law. Sie spricht dabei auch von „Self-Determination“ (1996, S.4). Diese Forderung wird in NRW und Pennsylvania ähnlich umgesetzt.

Im bundesweit geltenden deutschen Patientenrechtegesetz wird der Fokus im Umgang mit Patienten auf Nutzerorientierung, Förderung von Patienten und Empowerment gerichtet. Vergleichbar ist dies mit den Ausführungen zur Partizipation der Patienten am Behandlungsablauf, welche auch in Kapitel 42 U.S. Code §9501 zugesichert werden.

Nach dem U.S.C. ist der Patient bereits während der Zwangseinweisung nach 302 über seine Rechte aufzuklären. Diese sind ihm in für ihn verständlicher Art und Weise zu vermitteln, was auch im Laufe der Weiterbehandlung fortgeführt werden soll. Dies ist auch im deutschen Recht, nämlich in §630c BGB, festgehalten.

Sowohl in den USA, als auch in NRW hat der Patient das Recht darauf, einen individuell auf ihn zugeschnittenen Behandlungsplan zu erhalten. Dieser ist im Laufe der Behandlung ständig zu überprüfen und anzupassen.

Der Patient soll an der Ausgestaltung des Behandlungsplans teilhaben und eigene Aspekte einbringen können. (vgl. §18 PsychKG NRW; 42 U.S.C. §9501)

Seit der Novellierung des PsychKGs NRW ist es tägliche Aufgabe der zuständigen Ärzte, die Erforderlichkeit, der gegen den Patientenwillen stattfindenden Unterbringung und eventuell Zwangsbehandlung zu überprüfen. (vgl. §17 Abs.3 S.2 PsychKG NRW)

Die Grundlage dazu findet sich einerseits in Artikel 14 UNBRK, der die regelmäßige Überprüfung der freiheitseinschränkenden Maßnahmen fordert, und andererseits in den Ten Basic Principles for Mental Health Law der WHO (vgl. 1996, S. 4)

Im Pennsylvania Code hingegen ist lediglich das Recht des Patienten erwähnt, mindestens alle 30 Tage erneut untersucht zu werden und den Behandlungsplan anpassen zu lassen. Wird in der Untersuchung klar, dass der Patient keiner weiteren Behandlung bedarf, so ist er zu entlassen. (vgl. 50 P.S. §7303)

Hieraus entsteht der Eindruck, dass untergebrachte Patienten in Deutschland engmaschiger ärztlich betreut werden und noch mehr als in den USA der Fokus auf das Menschenrecht der Freiheit und seine Einschränkung durch eine Unterbringung gelegt wird.

Sowohl in den USA, als auch in Deutschland bedarf jegliche Behandlung und Maßnahme, die am Patienten durchgeführt wird, dessen Einwilligung. Eine Behandlung ohne Einwilligung ist nur im Falle einer Notfallversorgung oder (gerichtlich) angeordneten Maßnahme durchzuführen oder nach Einwilligung der gesetzlichen Betreuung oder des Bevollmächtigten des Patienten im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit. (vgl. §630e BGB; 42 U.S.C. §9501)

In Deutschland haben Patienten außerdem nach §630e BGB das Recht auf vollständige Einsichtnahme in die eigene Behandlungsakte. Dazu berechtigt sind ebenfalls die gesetzlichen Vertreter.

5.4. Krankenversicherungssystem

Nach Artikel 25 der UN-Menschenrechtscharta haben alle Menschen Anspruch auf medizinische Versorgung. Die UNBRK erkennt Menschen mit Behinderung das gleiche Recht wie Menschen ohne Behinderung auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an. Es soll unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung gewährleistet werden, die in der Qualität der Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Behinderung gleichkommt.

Auch die WHO fordert den Zugang aller zu allgemeiner psychiatrischer Versorgung; welche bezahlbar, gerecht und geografisch erreichbar ist. Der Zugang zu Krankenversicherungen, welche das größtmögliche Risiko auch psychiatrischer Erkrankungen abdeckt, soll vorangetrieben werden. Dabei obliegt die Ausgestaltung des Rechts auf medizinische Versorgung der jeweiligen Regierung.

Die Finanzierung der medizinischen Versorgung wird in Deutschland vor allem durch die herrschende Krankenversicherungspflicht (vgl. §5 SGB V) sichergestellt. Auch in den USA existiert diese seit dem Jahr 2010, sie unterliegt aber der Kritik der neuen Regierung unter Präsident Trump.

Circa 88% der deutschen Bevölkerung ist über eine staatliche Krankenversicherung abgesichert, nur etwa 11% der Bürger sind privat versichert. Dies ist in den USA gegenteilig, da der Großteil der Bevölkerung privat versichert ist und lediglich Menschen unter Medicare und Medicaid gesetzlich versichert sind. Der Anteil der Nicht-Versicherten liegt bei circa 0,2% der deutschen Bevölkerung, in den USA liegt die Vergleichsquote bei 9%. (vgl. Centers for Disease Control and Prevention, 2017; GKV Spitzenverband, 2018)

Insbesondere durch die Zahl der nicht-versicherten Menschen und den in Kapitel 3.4 beschriebenen Schwierigkeiten bei der Suche nach einer geeigneten Krankenversicherung in den USA wird klar, dass das Recht jedes Menschen auf bezahlbare und gerechte Krankenversorgung in Deutschland umfassender umgesetzt wird als in den USA: „The lack of health insurance creates medical access problems (...)“ (Ridic, Gleason, & Ridic, 2012, S. 116); Die Auswertung der Studie von Ridic, Gleason und Ridic zum Vergleich der Krankenversicherungssysteme in Deutschland und den USA ergab Folgendes: „(...) German systems appear to be more effective than the U.S. system in several respects. Costs are lower, more services are provided, financial barriers do not exist, and health status measured by mortality rates is superior.“ (Ridic, Gleason, & Ridic, 2012, S. 118)

Zudem haben die Menschen in Deutschland einen längeren Anspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall. (vgl. Auffarth, Busse, Dietrich, & Emrich, 2008)

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Absicherung der medizinischen Versorgung der Menschen in Deutschland weiter ausgestaltet ist, und im Krankheitsfall weniger Risiken bestehen als in den USA, wo Versicherungen beispielsweise nicht umfassend absichern und die Patienten daher letztendlich eigenes Geld für ihre Gesundheitsversorgung einsetzen müssen.

Auch die Benachteiligung von Menschen mit Behinderung oder Vorerkrankungen wird im deutschen System effizienter verhindert, indem gesetzliche Versicherungen die Absicherung übernehmen müssen, im Gegenteil zu den privaten Versicherungen in den USA, welche sich ihre Klienten sozusagen „aussuchen“ können.

6. Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Soziale Arbeit ist gerade durch die Psychiatriereform zu einem wichtigen Teil in der psychiatrischen Versorgung geworden und gehört seitdem zum dort agierenden multiprofessionellen Team dazu. (vgl. Steden, 2003, S. 140) Psychiatrische Arbeit soll so gestaltet werden, dass die Würde des Menschen im Mittelpunkt steht und dessen Ansprüche und Notlagen akzeptiert werden. Mit diesem Verständnis und dem Blick auf die im Juli 2014 überholte Definition Sozialer Arbeit durch die International Federation of Social Workers (kurz IFSW), also dem Weltverband Sozialer Arbeit, ergeben sich Leitlinien und Aufgabenbereiche für Sozialarbeit in der Psychiatrie:

“Social work is a practice-based profession and an academic discipline that promotes social change and development, social cohesion, and the empowerment and liberation of people. Principles of social justice, human rights, collective responsibility and respect for diversities are central to social work. Underpinned by theories of social work, social sciences, humanities and indigenous knowledges, social work engages people and structures to address life challenges and enhance wellbeing.

The above definition may be amplified at national and/or regional levels”. (IFSW, 2014)

Diese Definition macht deutlich, dass zu den zentralen Leitwerten Sozialer Arbeit Menschenrechte, Menschenwürde und Soziale Gerechtigkeit zählen, was auch das Recht auf Selbstbestimmung und Beteiligung beinhaltet. (vgl. DBSH, 2014, S. 30 f) Diese Soziale Arbeit soll das Empowerment der Patienten stärken und ihnen helfen, sich aus ihrer sozialen Lage zu befreien. Zudem ist die Soziale Arbeit aufgefordert, eine soziale Diagnose zu erstellen, Ressourcen und Lösungen, die am Alltag des Klienten anschlussfähig sind, zu finden und Möglichkeiten zu einer gerechteren Gesellschaft zu kreieren.

So ergibt sich auch die Aufgabe der Profession Sozialer Arbeit in der Psychiatrie, sich für die Rechte der Patienten einzusetzen und immer die größtmögliche Selbstbestimmung und Beteiligung zu fordern und durchzusetzen. Menschenrechte sollen geachtet und gefördert werden, Patienten sollen angeleitet werden, eigene Entscheidungen zu treffen. (vgl. DBSH, 2014, S. 30)

Daraus erschließt sich der kritische Blick Sozialer Arbeit auf Zwangsmaßnahmen und Einschränkungen der Rechte der Patienten. Denn gegen den Willen des Patienten eingeleitete Maßnahmen wirken stark beschränkend auf die Unabhängigkeit und Freiheit des Betroffenen. Es ist notwendig und oft kontrovers, sowohl entsprechend der Menschenrechten, der allgemeinen Sicherheit und dem Anspruch auf angemessene Behandlung des Patienten, eine Lösung zu finden.

Hieran anschließend wird das Triple-Mandat der Sozialen Arbeit nach Staub-Bernasconi erkennbar, das beschreibt, dass sich die Profession Sozialer Arbeit häufig im Spannungsfeld zwischen den Wünschen der Klienten, dem Kontrollauftrag der Gesellschaft und den eigenen Ansprüchen der Profession bewegt. (vgl. Engelke, 2002, S. 368ff)

Die Soziale Arbeit in der Psychiatrie befasst sich mit den (psycho-)sozialen Belangen einerseits der psychisch erkrankten Menschen und andererseits ihrer Angehöriger. Ziel dabei ist es, deren soziales, psychisches und körperliches Wohlbefinden im Alltag zu verbessern. Die Lebenswelt der Klienten und ihrer Bezugspersonen steht dabei im Fokus. (vgl. Walther, 2017, S. 29)

Psychische Gesundheit kann zudem als Voraussetzung zur vollen Teilhabe an der Gesellschaft angesehen werden (vgl. Hapke, von der Lippe, Busch, & Lange, 2010, S. 39). Dabei meint Gesundheit nach der Definition der World Health Organization einen „state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“ (World Health Organization, 1946, S. 1) Daraus, und aus der Definition der IFWS schlussfolgernd, ist eine weitere Aufgabe der Sozialen Arbeit die Förderung psychischer Gesundheit, sowohl präventiv als auch kurativ.

6.1. Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession

Studien zufolge ist das Wissen von Patienten in der Psychiatrie über ihre grundlegenden Menschen- und Patientenrechte gering. Einerseits ist dies Verständnisschwierigkeiten geschuldet, andererseits konnten in der amerikanischen Studie von Paul Root et al., bei der die Patienten ausreichend über ihre Rechte aufgeklärt worden sind, 40% der Teilnehmer nicht ein einziges ihrer Rechte wiederholen. 30% der Teilnehmer waren sich nicht bewusst darüber, dass sie eine Behandlung auf freiwilliger Rechtsgrundlage jederzeit beenden konnten. Als Ergebnis dieser Studie wird folgendes gefordert: „To effectively convey information about their rights to patients, and to consequently empower patients in the treatment process, requires that knowledge of rights be added to the (...) treatment.“ (Root, Schwartz, & Sanford, 1991, S. 1168)

Auch das Robert-Koch-Institut fordert differenziertere Unterstützungsangebote für die Entwicklungsmöglichkeiten von Patienten, denn gerade Personen aus niedrigem sozialen Status kennen selten ihre Rechte. (vgl. Horch, Ryl, Hintzpeter & Dierks, 2011, S. 6)

An dieser Stelle ist erneut der Bezug zu der Theorie Sozialer Arbeit von Silvia Staub-Bernasconi herzustellen. Ihr Menschenrechts- und gerechtigkeitsorientierte Ansatz möchte die Integration moralischer Standards fördern. Sie sieht die Menschenrechte als Maßstab und Orientierungsrahmen für Interaktionen und Klärung langfristiger Ziele an. Problemlagen sind als soziale Konstrukte anzuerkennen, was bedeutet, dass Soziale Arbeit als Motor für Veränderungsprozesse agiert, um problematische Wirklichkeiten, die Menschen als Mitglieder von sozialen Systemen haben, zu verändern. Soziale Arbeit beschäftigt sich mit der Randständigkeit bestimmter Menschen und Gruppen, wie hier die der psychisch Erkrankten.

Soziale Arbeit ist selbst eine gesellschaftliche Antwort auf soziale Probleme, die in der Gesellschaft auftreten. Ein Problem ist in ihrer Betrachtungsweise anzusehen als Zustand nicht oder unzureichend befriedigter Bedürfnisse, ein soziales Problem ergibt sich aus Notwendigkeit Anderer zur eigenen Bedürfnisbefriedigung und daraus, dass durch Knappheiten die Befriedigung erschwert wird und darüber Macht ausgeübt werden kann.

Als Beispiel wäre die Knappheit an stationären Betten in der Psychiatrie zu nennen, wobei Menschen mit privater Krankenversicherung angeblich bevorzugt behandelt werden. Somit wird -indirekt über Geld- Macht ausgeübt wodurch zu erklären ist, dass gerade Menschen aus niedrigeren sozialen Verhältnissen der Zugang zum psychiatrischen Hilfesystem erschwert wird, wodurch diese unbehandelt bleiben und eher in Krisensituationen gegen ihren Willen untergebracht werden.

Soziale Arbeit in der Psychiatrie muss daher nicht nur individuell arbeiten, sondern auch auf struktureller Ebene die Grundlagen zur Veränderung der sozialen Situation und somit zu einer weniger problemlastigen Wirklichkeit der Klienten schaffen. Sie muss versuchen durch strukturelle und niedrigschwellige Angebote Klienten zu befähigen, ihre Ausstattungsprobleme zu reduzieren. Möglich wäre eine Förderung im Bereich der Teilhabe an sozioökonomischen und -ökologischen Ressourcen, der Handlungskompetenz sowie sozialer Beziehungen und Möglichkeiten der Partizipation. (vgl. Engelke, 2002, S. 363-377; Deller & Brake, 2014, S. 151-156)

Mit dem Hintergrund einer großen weltweiten Versorgungslücke, also einer Differenz zwischen der tatsächlichen Prävalenz einer Erkrankung und der behandelten Gruppe betroffener Menschen, in der psychiatrischen Fürsorge (vgl. Kohn, Saxena, Levav & Saraceno, 2004, S. 858-861) muss Soziale Arbeit die Menschen befähigen, sich selbständig die ihnen zustehende Versorgung zu sichern. Dazu bedarf es Aufklärungs- und Bildungsarbeit, vor allem Informationsangeboten für psychiatrische Patienten über ihre Rechte.

In diesem Zusammenhang ist neben der Theorie Staub-Bernasconis auch eine Betrachtung des Capability Approaches begründet. Die Theorie von Amartya Sen und Martha Nußbaum beschäftigt sich mit der Frage, wie sich soziale Gerechtigkeit darstellen kann.

Da soziale Reproduktionsmechanismen zu Ungleichheiten führen, obwohl die Zugangsberechtigung Aller gegeben ist, ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit, diese zu analysieren und einzugreifen, um soziale Gerechtigkeit zu fördern. So ist es Aufgabe der Profession, ihre Klienten zu ermächtigen, die ihnen verfügbaren Freiheiten wahrzunehmen und sie zu befähigen, vorhandene Ressourcen zu nutzen, um ein besseres und lebenswerteres Leben führen zu können.

Es geht nicht darum, den Menschen anzuleiten, sein Leben zu bewältigen, sondern um Entfaltung und Verwirklichung. Die zehn wesentlichen Capabilities, also Fähigkeiten und Potenziale, sind nah an den in der Menschenrechtscharta postulierten Grundlagen. Zu den Capabilities gehören unter anderem die Fähigkeit, ein lebenswertes Leben führen zu können, das Recht auf körperliche – und erweitert auch auf psychische - Gesundheit, die körperliche Unversehrtheit und die Möglichkeit zur Mobilität, das Recht auf freie Meinung, auf Gefühle, praktische Vernunft, Sozialität, den Umgang mit anderen Spezies, Spiel und die Kontrolle über die eigene ihn umgebende Umwelt.

Damit ist es Aufgabe der Sozialen Arbeit, die individuellen Fähigkeiten zu erweitern und den Menschen so mehr Verwirklichungschancen zu bieten. Praktisch wäre das beispielsweise die Förderung von Gesundheit und auch, den Zugang zu den Menschen- und Bürgerrechten und die Auseinandersetzung damit zu ermöglichen. Auch nach dieser Theorie sehe ich es als eine Aufgabe Sozialer Arbeit in der Akutpsychiatrie an, die Patienten in der Ausübung ihrer Rechte zu bestärken und eine anwaltliche Position für den Willen des Patienten gegenüber anderen Professionen zu ergreifen.

7. Fazit

In der vorliegenden Arbeit ist die Frage, wie sich die Patientenrechte in der Akut-Psychiatrie in Aachen und Pittsburgh ausgestalten und wie sie sich unterscheiden, eruiert worden. Dabei wurden internationale Maßstäbe und Abkommen als Überprüfungsgrundlage genutzt und der Bezug zur Aufgabe der Sozialen Arbeit in der Akutpsychiatrie hergestellt.

Wichtig zu beachten sind die unterschiedlichen Gesetzesebenen in der Auseinandersetzung mit der Umsetzung der Patientenrechte. Der Vergleich hat zwischen Aachen und Pittsburgh stattgefunden, also den jeweiligen Städten der Hochschulstandorte der Partneruniversitäten. Da Aachen geografisch zu Nordrhein-Westfalen gehört und die Gesetze zur Behandlung psychisch erkrankter Menschen Sache der jeweiligen Bundesländer ist, sind hier die Bestimmungen nach dem PsychKG NRW zu beachten. Weitere Gesetze sind auf Staatsebene zu finden.

In den USA hingegen sind die rechtlichen Normen zum Umgang mit dieser Patientengruppe nicht nur auf der Staats- und Landesebene, sondern auch im Bereich der einzelnen Regierungsbezirke und Städte zu finden. Für Pittsburgh ist somit das staatliche Recht nach dem United States Code, das für Pennsylvania geltende Pennsylvania Statutes Kapitel 50 zum Bereich Mental Health und die Bestimmungen im Regierungsbezirk Allegheny zu beachten.

Auffällig ist bei dieser Betrachtung, dass das PsychKG NRW zuletzt im Jahr 2017 novelliert wurde, der Mental Health Act dagegen aus dem Jahr 1976 stammt, worauf vermutlich einige Unterschiedlichkeiten zurückzuführen sind.

Um auch die Einordnung in internationale Kontexte und nicht nur einen Vergleich zwischen den Städten herzustellen, wurden zudem die grundlegenden Abkommen und Richtlinien erörtert. Auf internationaler Ebene ist besonders die von den Vereinten Nationen verkündete Menschenrechtscharta als Orientierungs- und Bewertungsgrundlage anzusehen. Ebenso wie die UN-Behindertenrechtskonvention. Diese wendet die in der Menschenrechtscharta genannten Forderungen explizit auf Menschen mit Behinderung an und weist zusätzlich Handlungsleitlinien aus, damit Menschen mit Behinderung an ihren Rechten auch tatsächlich partizipieren können.

Als weitere Vergleichsbasis wurden die Ten Basic Principles for Mental Health Care Law herangezogen. Dabei handelt es sich um die von der WHO erarbeiteten modellhaften Gesetzesvorschläge, um psychische Gesundheit zu fördern und im Falle psychischer Erkrankung Behandlungsmöglichkeiten für den Betroffenen sicherzustellen.

Dabei festzustellen ist, dass die Menschenrechtscharta als Vorbild für die UNBRK dient. Ebenso wird ein Rückbezug in dem von der WHO erstellten Modell auf die Menschenrechtscharta und die UNBRK deutlich.

Eine grundlegende Unterscheidung findet sich schon darin, wer nach dem PsychKG NRW bzw. dem Mental Health Act zu behandeln ist. Während in NRW eine psychische Krankheit, die unter das PsychKG fällt, schon dann besteht, wenn sie behandlungsbedürftig ist und von vergleichbarer Intensität wie eine Psychose ist, dies aber unabhängig von der Diagnostik ist, wird in Pennsylvania anders differenziert. Hier unterliegen alle Menschen mit psychischen Erkrankungen dem Mental Health Act, Alkohol- und Drogenabhängigkeit werden aber genauso wie Menschen mit einer geistigen Behinderung und altersdegenerierte Menschen exkludiert, es sei denn, sie haben zusätzlich eine andere psychische Erkrankung, wobei die Symptome der Haupterkrankung unbeachtet bleiben.

Auch die Voraussetzungen zu einer Unterbringung sind unterschiedlich, allein schon durch die Begriffsbestimmung der Selbst- oder Fremdgefährdung. Eine Selbstgefährdung besteht in Pennsylvania dann, wenn eine Person nicht in der Lage ist, ihre basalen Bedürfnisse zu decken und in der Konsequenz eine schwere körperliche Schädigung zu erwarten ist, oder bei einer Ankündigung und Vorbereitung oder einen Versuch, Suizid zu begehen oder sich selbst zu verstümmeln. Dagegen ist der Begriff in NRW weiter gefasst. Er umfasst dagegen alle Akte, die durch Suizidalität oder Verwirrtheit hervorgerufen werden und das eigene Leben oder die Gesundheit gefährden. Weitere Differenzierungen finden sich auch in den unterschiedlichen Definitionen des Begriffs der Fremdgefährdung. In NRW sind darunter alle Akte gemeint, die eine erhebliche Gefährdung bedeutender Rechtsgüter Anderer darstellen. Nach dem Mental Health Act liegt dagegen eine Fremdgefährdung vor, wenn ein Mensch in kurzer Vergangenheit einem Anderen einen schwerwiegenden körperlichen Schaden zugefügt hat.

Zu konstatieren ist, dass die Begriffe im deutschen Sinne umfassender zu verstehen sind und keine konkreten Zeiträume der Gefährdungslage vorgegeben sind, dagegen sind sie im amerikanischen Sinne wesentlich enger gefasst. Zudem bedeutet eine Fremdgefährdung im amerikanischen Sinne lediglich die körperliche Schädigung eines Anderen, wohingegen im deutschen Sinn alle Eingriffe in bedeutende Rechtsgüter gemeint sind.

Daraus lässt sich schließen, dass die Begriffe nach dem deutschen Verständnis auf mehr Menschen zutreffen und somit mehr Klienten Zugang zum psychiatrischen Hilfesystem gewährt werden kann. Ob eine Behandlung dann notwendig ist, ist vielmehr in der individuellen Auseinandersetzung mit dem Patienten zu erarbeiten. Somit sind die Möglichkeiten, Patienten Behandlungen anzubieten, in Aachen größer als in Pittsburgh.

Eine wichtige Differenzierung lässt sich auch dadurch erkennen, dass es in Pennsylvania jedem Menschen möglich ist, ein Unterbringungsverfahren für einen anderen Menschen einzuleiten, was dagegen in NRW medizinischen Fachkräften vorbehalten ist. Zudem liegt die maximale Zeit, die ein Patient gegen seinen Willen und ohne Anordnung in einer geschützten Einrichtung verbringen darf, in Deutschland bei 24 Stunden und in den USA bei 120 Stunden.

Dadurch, dass es in den USA jedem möglich ist, ein Unterbringungsverfahren einzuleiten, ist die Zahl möglicher Helfer größer. Deshalb und aufgrund dessen, dass die maximale Dauer der Überprüfung einer Unterbringungsnotwendigkeit in den USA fünfmal länger als in Deutschland ist, ist auch ein Missbrauch dessen einfacher und wahrscheinlicher. Da es sich hierbei um eine Einschränkung in das Grundrecht des Menschen auf Freiheit handelt, ist diese gesetzliche Regelung kritisch zu betrachten.

Sowohl in den USA als auch in Deutschland ist die Unterbringung eines Patienten gegen seinen Willen immer als Ultima Ratio anzusehen, falls weniger einschränkende Maßnahmen nicht ausreichen. In Deutschland gilt das gleiche für den Umgang mit Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen. Diese sind nach dem Gesetz lediglich zur Sicherheit des Patienten anzuwenden, nicht aber als Möglichkeit zur Maßregelung, da sie weitreichend in die Grundrechte der Menschen eindringen.

In den USA hingegen lassen sich keine Regelungen dazu in den Gesetzen finden, weder auf Staats- noch auf Landesebene und auch nicht im Bereich des Regierungsbezirks Allegheny. Nur durch allgemeine, nicht bindende Leitlinien und der Orientierung an Gerichtsurteilen lassen sich Grundsätze im Umgang damit erkennen. Dies ist, vor allem im Vergleich zu den Ausführungen im deutschen Recht, äußerst kritisch zu betrachten, da durch das Fehlen verbindlicher Rechtsgrundlagen der Einsatz der Sicherungsmaßnahmen als Ultima Ratio nicht garantiert ist. So sind Übergriffigkeiten und Missbräuche seitens des Personals gegenüber psychiatrischen Patienten einfacher zu legitimieren und ein fehlender Fokus auf die Menschenrechte, wie die Freiheit oder die körperliche Unversehrtheit, wahrscheinlicher.

Gleiches gilt auch für die Zwangsmedikation der Patienten. Während diese in Deutschland, ebenso wie auch andere Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen, durch ein Gericht überprüft und erlaubt werden müssen, kann der Patient in den USA solange die Medikation verweigern, bis ein Zweitgutachter, an den keine weiteren Forderungen außer seiner Approbation gestellt sind, diese anordnet. Dadurch liegt die Entscheidung allein in medizinischer Hand und wird nicht von anderen Professionen überprüft.

Die gesetzlichen Grundlagen zur Unterbringung, deren Dauer und deren Ort sind differenziert zu betrachten. Während in Deutschland im Falle einer notwendigen Unterbringung in einem Anhörungsverfahren der Zeitraum dieser individuell angepasst wird, ist in den USA zwischen den Unterbringungsarten 302, 303, 304b und 305 zu unterscheiden, die sich vor allem in der maximalen Unterbringungsdauer unterscheiden. Lediglich in Bezug auf die Unterbringungsdauer wird in den USA zwischen psychisch erkrankten Menschen und Patienten, die in Deutschland in der Forensik behandelt würden, differenziert. Dabei ist davon auszugehen, dass das Klima in den amerikanischen psychiatrischen Kliniken grundsätzlich anderes ist, da die Notwendigkeit der Anwendung von Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen in den USA durch die gemeinsame Behandlung forensischer und nicht-forensischer Patienten erhöht ist. Eine Verlängerung der Unterbringung ist nach Ablauf der bestehenden Frist in beiden Staaten möglich.

Die Umsetzung der Patientenrechte in der Ausgestaltung der Unterbringung sind im Vergleich zwischen Aachen und Pittsburgh ähnlich zu bewerten. In beiden Städten besteht der Grundsatz der Patientenorientierung, was das Einbeziehen des Patienten in den Behandlungsablauf voraussetzt und die ständige Auseinandersetzung und Information über die Rechte des Patienten beinhaltet.

In den USA und auch in Deutschland besteht das Briefgeheimnis auch während einer Unterbringung, es sei denn in Situationen, die dem Patienten oder dem Behandlungsverlauf anderer Patienten schaden können. Ebenso wird mit dem Besuchsrecht verfahren. In beiden Ländern sollen den Patienten Geräte zur Telekommunikation und zur kulturellen Teilhabe zur Verfügung gestellt werden.

Sowohl nach dem Mental Health Act, als auch nach dem PsychKG NRW wird den Patienten im Rahmen des Unterbringungsverfahrens ein rechtlicher Beistand gewährt, welcher anwaltlich und beratend tätig sein soll. Ebenso ist dem Patienten das Einlegen von Rechtsmitteln gegen eine Anordnung wie die der Unterbringung oder der Zwangsmedikation im gesamten Behandlungsprozess möglich.

Im Umgang mit den Daten der Patienten ist ein Trend Deutschlands in Richtung amerikanischer Vorgehensweisen festzustellen. Während die Speicherung der Daten der Patienten in NRW lediglich zum medizinischen Zweck erlaubt ist, so ist die Datenspeicherung in den USA hingegen vielfältiger gestattet. Die Informationen werden unter anderem Polizisten und Waffenverkäufern zur Verfügung gestellt, die als Präventionsmaßnahme von gesetzeswidrigem und vor allem gewalttätigem Verhalten dienen soll. Dazu sei der Gesetzesentwurf des BayPsychKHG zu erwähnen, der unter anderem genau diese Datenspeicherung im bayerischen Teil Deutschlands ermöglichen soll.

Im Bereich des Unterbringungsorts sind große Differenzen herauszustellen. Da in den USA aufgrund vermehrter gesetzlich verankerter und geplanter Schließungen regionaler Krankenhäuser weniger Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, findet eine Behandlung gegen den Willen des Patienten stets in einem der Landeskrankenhäuser statt. Eine wohnortnahe Behandlung ist somit selten gegeben.

In Deutschland hingegen ist die Behandlung psychisch erkrankter Menschen auch gegen deren Willen in meist kleineren Institutionen und Abteilungen der Allgemeinkrankenhäuser, die geografisch näher liegen, üblich.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in Aachen eine örtlich näherliegende Versorgung zur Verfügung steht, wodurch die Einbeziehung der Lebenswelten der Patienten in einer ganz anderen Intensität als in den USA möglich ist, was entsprechend der Sicht der Sozialen Arbeit durchaus zu befürworten ist.

Betrachtet man die Möglichkeiten zum Zugang der Menschen zu medizinischer Versorgung, so muss auch das Krankenversicherungssystem diskutiert werden. Während in Deutschland die Absicherung über den Staat sichergestellt wird, ist in den USA der Anteil privater Versicherungen mit weniger abgedecktem Risiko wesentlich höher. Staatliche Sicherungsstrukturen sind nicht ausreichend, weshalb auch die Zahl der Nicht-Versicherten deutlich höher als in Deutschland ist.

Es lässt sich erkennen, dass das deutsche Gesundheitssystem sich mehr auf das Kriterium der Sicherheit fokussiert, während in den USA die individuelle Ausgestaltung im Vordergrund steht, was aber mehr Risiken birgt. Im Hinblick auf die Klienten in der Akut-Psychiatrie erlaubt das deutsche System wohl mehr Sicherheiten und Zugangsmöglichkeiten der gesellschaftlichen Randgruppen zu medizinischer Versorgung. Durch die anhaltende Diskussion um das amerikanische Gesundheitssystem wird es dort wohl erneut zu Veränderungen jedweder Art kommen.

Es lässt sich zusammenfassend sagen, dass das Grundrecht der Menschen auf Freiheit in beiden Behandlungssystemen den obersten Orientierungsrahmen darstellt. Während in NRW noch konkretere und höhere Anforderungen an die Einschränkung dieses Grundrechts gestellt werden, gibt es in Pennsylvania weniger ausführliche Regelungen zur Einhaltung von diesem. Gleiches gilt für das Recht auf körperliche Unversehrtheit. Um Menschen- und Freiheitsrechte legitim einschränken zu können ist in Deutschland eine gerichtliche Klärung notwendig, wogegen in den USA den zuständigen Ärzten mehr Entscheidungsgewalt zugesprochen wird.

Der Zugang zu Behandlungsstrukturen ist in NRW für alle Patienten gewährleistet, während in den USA häufig Exklusion aufgrund des Versicherungsstatus, also aufgrund finanzieller Möglichkeiten, stattfindet.

Aus sozialarbeiterischer Sicht sinnvolle Handlungsleitlinien wie die Orientierung an der Lebenswelt des Patienten und das Ziel der (Re-)Integration des Patienten in sein Umfeld, sind in NRW besser umsetzbar. Aufgabe der Sozialen Arbeit in der Behandlung von psychiatrischen Akutpatienten soll es sein, eine anwaltliche Funktion für den Patienten zu repräsentieren.

Auf struktureller Ebene ist die Soziale Arbeit zudem insbesondere in den USA aufgefordert, die Rechte der Patienten zu vertreten und gegebene gesellschaftliche Strukturen zum Wohl der Klienten zu kritisieren und dadurch einen Wandel anzustreben. Eine Möglichkeit dies herbeizuführen wäre das Einbringen sozialarbeiterischer Ansprüche und Forderungen in die amerikanische Gesundheitsreform.

Die Einhaltung und Orientierung an den internationalen Leitlinien ist sowohl in Aachen als auch in Pittsburgh allgegenwärtiger Grundsatz im Umgang mit psychisch erkrankten Patienten. In NRW ist jedoch durch erweiterte Verfahrensgrundsätze die Einhaltung dieser Rechte besonders geschützt, wohingegen in den USA vielfältigere Entscheidungsmöglichkeiten vor allem für das medizinische Personal, aber auch für Angehörige, zur Verfügung stehen. Das impliziert auf deutscher Ebene einen höheren bürokratischen Aufwand als in den USA, aber auch einen höheren Standard in Bezug auf die Einhaltung der Patientenrechte.

8. Literaturverzeichnis

- Allegheny County Health Department. (o.J.). *Allegheny County Health Department*. Abgerufen am 03. 05. 2018 von <http://www.achd.net/mainstart.html>
- Allegheny County. (o.J.). *Voluntary and Involuntary Commitment of Persons During a Mental Health Crisis*. Abgerufen am 14. 04. 2018 von <http://www.county.allegheny.pa.us/Human-Services/Programs-Services/Disabilities/Mental-Health/Involuntary-Commitment.aspx>
- Auffahrt, I. (2005). *A comparison between the hospitalization and treatment of psychiatric patients in Germany and the United States of America*. Hannover: o.V.
- Auffarth, I., Busse, R., Dietrich, D., & Emrich, H. (2008). Length of Psychiatric Inpatient Stay: Mental Health Care Outlining a Case Mix from a Hospital in Germany and the United States of America. In Universitätsverlag Göttingen (Hrsg.), *German Journal of Psychiatry* (S. 40-44). Göttingen. Abgerufen am 30. 04. 2018
- Bayerische Staatsregierung. (2018). *Gesetzentwurf (Stand 15.01.2018). Bayerisches Psychisch-Kranken-Hilfegesetz*. Abgerufen am 30. 04. 2018 von https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2018/01/2018_01_15_entwurf_baypsychkhg.pdf
- Bundesministerium für Gesundheit. (o.J.). *Patientenrechtegesetz*. Abgerufen am 14. 04 2018 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/patientenrechtegesetz/?L=0>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2017). *Early Release of Selected Estimates Based on Data From the 2016 National Health Interview Survey*. (National Center For Health Statistics, Hrsg.) Abgerufen am 13. 04. 2018 von <https://www.cdc.gov/nchs/data/nhis/earlyrelease/earlyrelease201705.pdf>
- Commonwealth of Pennsylvania. (2018). *Pennsylvania Code*. Abgerufen am 05. 04. 2018 von <https://www.pacode.com/index.html>
- DBSH. (2014). *Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte*. Abgerufen am 15. 04. 2018 von <https://www.dbsch.de/fileadmin/downloads/DBSH-Berufsethik-2015-02-08.pdf>
- De Gruyter, W., & et al. (2014). *Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch*. Berlin/ Boston: Walter de Gruyter GmbH.
- Deller, U., & Brake, R. (2014). *Soziale Arbeit*. Opladen & Toronto: Barbara Budrich .
- Dodegge, G., & Zimmermann, W. (2018). *PsychKG NRW. Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten. Praxiskommentar* (4. Auflage Ausg.). München: 2000 Richard Boorberg Verlag.
- Eichenbrenner, I. (2017). Das psychiatrische Hilfesystem. In J. Bischoff, D. Deimel, C. Walther, & R.-B. Zimmermann (Hrsg.), *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch* (S. 116-138). Köln: Psychiatrie-Verlag.

- Engelke, E. (2002). *Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. Würzburg: Lambertus-Verlag.
- FindLaw. (o.J.). *U.S. Constitutional Amendments*. Abgerufen am 16. 04. 2018 von <https://constitution.findlaw.com/amendments.html>
- Foerster , K., & Habermeyer, E. (2015). Begutachtung bei zivilrechtlichen Fragen. In H. Dreßing, & E. Habermeyer (Hrsg.), *Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches HANdbuch für Ärzte und Juristen* (6. Auflage Ausg., S. 474-496). München: Elsevier GmbH.
- Fuller, D., Sinclair, E., & Snook, J. (2016). *Released, relapsed, Rehospitalized. Length of stay and readmission rates in state hospitals. A comparative state survey*. Arlington, Virginia: Treatment Advocacy Center.
- GKV Spitzenverband. (04. 05 2018). *Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung*. Abgerufen am 05. 05 2018 von https://www.gkv-spitzenverband.de/gkv_spitzenverband/presse/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp
- Hapke, U., von der Lippe , E., Busch, M., & Lange , C. (2010). Psychische Gesundheit bei Erwachsenen in Deutschland. (Robert-Koch-Institut, Hrsg.) *Gesundheit in Deutschland aktuell*, S. 39-50.
- Health Resources & Service Administration. (o.J.). *Hospital Closing Likely to Inrease*. Abgerufen am 18. 04 2018 von <https://www.hrsa.gov/enews/past-issues/2017/october-19/hospitals-closing-increase.html>
- Henry Kaiser Family Foundation. (29. 11. 2017). *Key Facts about the Uninsured Population*. Abgerufen am 05. 05. 2018 von <https://www.kff.org/uninsured/fact-sheet/key-facts-about-the-uninsured-population/>
- Horch, K., Ryl, L., Hintzpeter, B., & Dierks, M.-L. (2011). *Kompetenz und Souveränität im Gesundheitswesen- Die Nutzerperspektive*. Berlin: Robert-Koch-Institut.
- IFSW. (06. 08. 2014). *Global Definition of Social Work*. Abgerufen am 05. 05. 2018 von <http://ifsw.org/policies/definition-of-social-work/>
- Katsching, H., & Konieczna, T. (1986). Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. In K. Kisker, H. Lauter, J.-E. Meyer, C. Müller, & E. Strömngren (Hrsg.), *Krisenintervention Suizid Konsiliarpsychiatrie* (S. 3-44). Berlin: Springer Verlag.
- Kohn , R., Saxena, S., Levav, I., & Saraceno, B. (11 2004). The treatment gap in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, S. 858-866.
- Lyons, J., O'Mahoney, M., Miller, S., Neme, J., & Miller , F. (1997). *Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: Implications for quality indicators*. Chicago: American Journal of Psychiatry.
- Mental Health America. (31. 10. 2013). *Hospitalization*. Abgerufen am 15.04.2018 von <http://www.mentalhealthamerica.net/hospitalization>
- Mental Health America. (14. 11. 2017). *Access to Mental Health Care and Incarceration*. Abgerufen am 18. 04 2018 von <http://www.mentalhealthamerica.net/issues/access-mental-health-care-and-incarceration>

- Pennsylvania Department of Human Services. (2018). *State Hospitals*. Abgerufen am 15.04.2018 von <http://dhs.pa.gov/citizens/statehospitals/index.htm>
- Pennsylvania Department of Human Services. Office of Mental Health and Substance Abuse Services. (2014). *Pennsylvania State Hospital System Length-of-Stay, Demographics & Diagnoses Report for December 31,2014*. Pennsylvania.
- Perry, J., Palmer, L., Thompson, P., Worrall, A., Chittenden, J., & Bonnamy, M. (2015). *Standarts for Inpatient Mental Health Services*. o.O.: Royal College of Psychiatrists. College Center for Quality Improvement.
- PKV. (12. 2017). *Zahlen und Fakten*. Abgerufen am 15. 04. 2018 von <https://www.pkv.de/service/zahlen-und-fakten/>
- Policy Surveillance Program. (02. 04. 2016). *Long-term Involuntary Commitment laws*. Abgerufen am 22. 04. 2018 von <http://lawatlas.org/datasets/long-term-involuntary-commitment-laws>
- Praetor Intermedia UG. (o.J.). *UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Abgerufen am 18. 04. 2018 von <https://www.behindertenrechtskonvention.info>
- Ridic, G., Gleason, S., & Ridic, O. (2012). Comparison of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada. (AVICENA, Hrsg.) *Materia Socio-Medica*(24 (2)), S. 112-120.
- Röhr, F., Schürmann, J., & Tölle, R. (15. 07. 1996). Körperliche Untersuchungen bei psychisch Kranken. (B. u. Bundesvereinigung, Hrsg.) *Deutsches Ärzteblatt*, S. A-1899 - A-1903.
- Root, P., Schwartz, S., & Sanford, B. (11. 1991). Psychiatric Inpatients' Knowledge of their Righhts. *Hospital and Community Psychiatry*, S. 1168-1169.
- Salize, H., Dreßing , H., & Peitz, M. (2002). *Compulsory Admission ans Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients- Legislation and Practice in EU-Member States*. Mannheim: European Commission- Health& Consumer Protection Directorate-General.
- Staub-Bernasconi, S. (2007). *Soziale Arbeit als handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis. Ein Lehrbuch*. Bern, Stuttgart: Haupt/ UTB.
- Steden, H.-P. (2003). *Die Begleitung psychisch gestörter Menschen. Eine Einführung in die Psychiatrie und Psychopathologie*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Substance Abuse and Mental Health Service Administration. (15. 04. 2018). *Programs & Campaigns*. Von <https://www.samhsa.gov/programs-campaigns> abgerufen
- Taupitz, J., & Weis, F. (2015). Juristische Grundlagen. In H. Dreßing, & E. Habermeyer (Hrsg.), *Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*. (6. Auflage Ausg., S. 430-472). München: Elsevier GmbH.
- Treatment Advocacy Center . (09. 2016). *Serious Mental Illness Prevalence in Jails and Prisons*. Von <http://www.treatmentadvocacycenter.org/evidence-and-research/learn-more-about/3695> abgerufen

- Treatment Advocay Center. (o.J.). *Outpatient Commitment*. Abgerufen am 18. 04. 2018 von <http://tacreports.nonprofitsoapbox.com/state-survey/quality-of-laws/outpatient-commitment-aot#criteria>
- U.S. General Services Administration's Technology Transformation Service. (18. 04 2018). *Health Insurance*. Von <https://www.usa.gov/health-insurance> abgerufen
- United States Senate. (15. 02. 2017). *Constitution of the United States*. Abgerufen am 13. 04 2018 von https://www.senate.gov/civics/constitution_item/constitution.htm
- US Law. Rennie v. Klein, 476F.Supp. 1294 (D.N.J. 1979) (US District Court for the District of New Jersey 14. 9. 1979). Abgerufen am 05. 05 2018 von <https://law.justia.com/cases/federal/district-courts/FSupp/476/1294/1379044/>
- Verbraucherzentrale. (2018). *Zuzahlungen: Die Regeln für eine Befreiung bei der Krankenkasse*. Abgerufen am 15.04.2018 von <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheitspflege/krankenversicherung/zuzahlungen-die-regeln-fuer-eine-befreiung-bei-der-krankenkasse-11108> abgerufen
- Vereinte Nationen . (1948). *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte*. Paris: o.V.
- Vereinte Nationen. (2017). *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen* (Die amtliche, gemeinsame Übersetzung von Deutschland, Österreich, Schweiz und Lichtenstein Ausg.). (B. d. Behinderungen, Hrsg.) o.O.
- Walther, C. (2017). Soziale Arbeit und Psychiatrie. In J. Bischof, D. Deimel , C. Walther , & R.-B. Zimmermann, *Soziale Arbeit in der Psychiatrie* (S. 18-37). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Wirtz, M. (Hrsg.). (2017). *Lexikon der Psychologie* (18., überarbeitete Auflage Ausg.). Bern: Hogrefe AG.
- World Health Organization. (1946). *Constitution of the World Health Organization*. New York. Von <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf> abgerufen
- World Health Organization. (1996). *Menatl Health Care Law: Ten Basic Principles*. Genf: o.V.

Eidesstattliche Versicherung

Hiermit versichere ich,

- Dass ich die vorliegende Bachelorthesis selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt,
- Keine anderen als die angegebenen und kenntlich gemachten Quellen und Hilfsmittel benutzt,
- Alle wörtlich oder sinngemäß aus anderen Quellen übernommenen Stellen kenntlich gemacht habe.

Aachen, den 22.05.2018



Laura Maren Michel