

Aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

„Wahrung von Patientenautonomie und Menschenrechten
in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie –
Umsetzung in Klinik und Recht“

„Protecting patient autonomy and human rights
in psychiatric hospitals in Germany –
implementation in clinical practice and law“

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät

Charité – Universitätsmedizin Berlin

von Gabriel Johannes Gerlinger

aus Rottweil

Datum der Promotion: 6. März 2020

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis.....	III
Abstract	IV
1 Hintergrund und Fragestellung	6
1.1 Selbst- und Fremdgefährdung bei psychischen Erkrankungen	6
1.2 Entwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen.....	9
1.2.1 Rechtlicher Reformdruck.....	9
1.2.2 Medizinethischer Reformdruck.....	11
1.2.3 Evidenzbasierte Medizin und gute klinische Praxis.....	12
1.3 Zusammenfassung	13
2 Methodik.....	14
2.1 Recherche der Ergebnisse der Novellierungsprozesse.....	14
2.2 Identifikation von Vergleichskriterien	15
2.3 Vergleichende Analyse der Landesgesetze	18
3 Ergebnisse	19
3.1 Stand der Novellierungsprozesse.....	19
3.2 Ergebnisse der Novellierungsprozesse	20
3.2.1 Anwendungsbereich der Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze	20
3.2.2 Regelungen zur Unterbringung	20
3.2.3 Regelungen zu Sicherungsmaßnahmen und unmittelbarem Zwang.....	21
3.2.4 Regelungen zur Anwendung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme	22
3.2.5 Regelungen zu sozialen Aspekten	23
3.2.6 Sicherstellung von Patientenrechten.....	23
4 Diskussion	25
4.1 Sicherungsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen	25

4.2	Stellenwert des Konzepts der Selbstbestimmungsfähigkeit	26
4.3	Methodische Einschränkungen	28
4.4	Zusammenfassung und Fazit	28
	Literaturverzeichnis	30
	Entscheidungsverzeichnis	35
	Eidesstattliche Versicherung	36
	Anteilerklärung an der erfolgten Publikation	37
	Auszug aus der Journal Summary List	38
	Druckexemplar der ausgewählten Originalpublikation	44
	Lebenslauf	58
	Vollständige Publikationsliste	59
	Danksagung	61

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Fundstellen der PsychKG	15
Tabelle 2: Experten zur Identifikation von Vergleichskategorien	16
Tabelle 3: Systematik der Vergleichsanalyse	17

Abkürzungsverzeichnis

ACKPA – ChefärztInnen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern

AOLG – Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden

BDK – Bundesdirektorenkonferenz

BGB – Bürgerliches Gesetzbuch

BGH – Bundesgerichtshof

BVerfG – Bundesverfassungsgericht

DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

GAF – Global Assessment of Functioning

GG – Grundgesetz

IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen

MacCAT-T – MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment

NICE – National Institute for Health and Care Excellence

PsychKG – Psychisch-Kranken-Gesetz

PsychKHG – Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz

SMI – Severe Mental Illness

UBG – Unterbringungsgesetz

UN-BRK – UN-Behindertenrechtskonvention (Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen)

UN-CRPD – United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities

ZEKO – Zentrale Ethikkommission (Zentrale Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer)

Abstract

Hintergrund und Fragestellung

Symptome psychischer Erkrankungen können dazu führen, dass der betroffene Mensch sich selbst oder andere gefährdet. Auf Basis der Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze (PsychKG) der Bundesländer können zur Gefahrenabwehr Unterbringung und Zwangsmaßnahmen in einem psychiatrischen Krankenhaus richterlich angeordnet werden. Die unterschiedlich hohen Unterbringungs- und Zwangsraten in den Bundesländern werden unter anderem mit diesen landesspezifischen Regelungen erklärt. Zahlreiche Entwicklungen an der Schnittstelle zwischen Ethik, Recht und Medizin führten zu Reformen der PsychKG, wobei bislang nicht systematisch untersucht wurde, inwieweit die Selbstbestimmungs- und Menschenrechte der Betroffenen gestärkt wurden und in welchen Bereichen weiterer Reformbedarf besteht.

Methodik

Der aktuelle Stand und die Ergebnisse der Novellierungsprozesse in den einzelnen Bundesländern wurden recherchiert. Auf der Basis von klinisch und medizinethisch besonders relevanten Bereichen, welche durch eine Expertengruppe identifiziert und konsentiert worden waren, wurden die Landesgesetze vergleichend analysiert und Handlungsbedarf für die Gesetzgeber definiert.

Ergebnisse

Der politische, rechtliche und medizinethische Reformdruck hat zu einer Harmonisierung von Teilbereichen der Landesgesetze, insbesondere der ärztlichen Zwangsbehandlung, geführt. Der Stand und Umfang der Novellierungsprozesse sowie die einzelnen Regelungen bleiben jedoch heterogen, so dass weiterer Reformbedarf besteht.

Diskussion

Zum Zwecke der Reduzierung von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen unabhängig vom Wohnort sollten die Landesgesetze insbesondere dort, wo sie Grund- und Menschenrechte einschränken, länderübergreifend harmonisiert werden. Es sollten bundes einheitliche Dokumentationssystemen zur Erforschung der Ursachen unterschiedlicher Unterbringungs- und Zwangsraten in den Kliniken und Regionen eingeführt werden. Selbstbestimmungs- beziehungsweise Einwilligungsunfähigkeit als Voraussetzung für Unterbringungs- und Zwangsmaßnahmen sollte mitsamt den Implikationen für die klinische Praxis intensiver erforscht werden.

Abstract

Background

Symptoms of mental illness can cause the affected person to present a danger to themselves or to others. In these cases, courts can order the involuntary commitment in psychiatric hospitals on the basis of mental health laws (PsychKG), which differ between the federal states in Germany. The different levels of commitment and compulsory rates in the federal states are among other reasons explained with the *Länder*-specific laws. Numerous developments at the interface between ethics, law and medicine led to reforms of the PsychKG. Until now, it has not been systematically investigated to what extent patients' rights have been strengthened and in which areas further reform is needed.

Material and methods

The current status and the results of the amendment processes in the individual federal states were researched. On the basis of clinically and medically particularly relevant areas, which were identified and agreed on by an expert group, the state laws are analyzed comparatively and action needs for legislators are defined.

Results

The political, legal and ethical pressure to act has led to a harmonization of some areas of state laws, e.g. regulations concerning involuntary treatment. However, the status and scope of the amendment processes and the individual regulations are still heterogeneous. Therefore, further reform is needed.

Conclusion

In order to reduce involuntary commitment and coercive measures irrespective of place of residence, state laws should be harmonized, particularly where they restrict civil and human rights. Nationwide documentation systems should be introduced to investigate the causes of different commitment and compulsory rates in clinics and regions. Self-determination or legal capacity as a prerequisite for involuntary commitment and coercive measures should be studied more intensively, together with the implications for clinical practice.

1 Hintergrund und Fragestellung

1.1 Selbst- und Fremdgefährdung bei psychischen Erkrankungen

Während etwa jeder vierte Erwachsene in Deutschland innerhalb eines Jahres die Kriterien für eine psychische Erkrankung erfüllt (Jacobi et al., 2014), gelten weit weniger Menschen als schwer psychisch krank. „Severe Mental Illness“ (SMI) wird dabei über die Erkrankungsschwere sowie -chronizität definiert und betrifft etwa 1-2 % der erwachsenen Bevölkerung (Gühne et al., 2015).¹

Die Symptomatik von schweren psychischen Erkrankungen in Kombination mit negativen Begleitumständen erhöht in bestimmten Konstellationen das Risiko für Gewalt und Aggression gegenüber anderen Menschen oder gegenüber den Betroffenen selbst (Maier et al., 2016). So nehmen sich jedes Jahr etwa 10.000 Menschen in Deutschland das Leben (Statistisches Bundesamt, 2017), wobei dies in bis zu 90 % der Fälle auf psychische Erkrankungen zurückgeführt wird (Cavanagh et al., 2003).

Als Schutzmöglichkeit für die Betroffenen oder für Dritte sieht der Gesetzgeber, sofern die Gefährdung konkret und schwer ist sowie in Verbindung mit einer psychischen Erkrankung auftritt, die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus vor.

Die Anordnung einer Unterbringung durch ein Gericht erfolgt bei Selbstgefährdung und gleichzeitiger Einwilligungsunfähigkeit in der Regel zivilrechtlich auf Basis des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB), welches das Betreuungsrecht enthält (§ 1906 BGB). Sie geschieht dann im Zusammenhang mit einer gesetzlichen Betreuung oder einer Bevollmächtigung. Dies ist seit der Verabschiedung des Betreuungsgesetzes im Jahr 1992 bundeseinheitlich geregelt und wurde zuletzt 2013 und 2017 geändert.²

¹ Laut Gühne et al. (2015) lassen sich Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung folgendermaßen charakterisieren: Sie leiden an (irgendeiner) psychischen Erkrankung, die seit länger als zwei Jahren behandelt wird und die zu psychosozialen Beeinträchtigungen von einer bestimmten Schwere (zum Beispiel nach Global Assessment of Functioning, GAF) führt.

² „Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme“ vom 18. Februar 2013 und „Gesetz zur Änderung der materiellen Zulässigkeitsvoraussetzungen von ärztlichen Zwangsmaßnahmen und zur Stärkung des Selbstbestimmungsrechts der Betreuten“ vom 17. Juli 2017.

Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung im Zusammenhang mit einer psychischen Erkrankung greifen die Unterbringungsgesetze (UBG) beziehungsweise Psychisch-Kranken-Gesetze der Länder (PsychKG³).⁴ Hier befindet sich die Regelungshoheit im Kompetenzbereich der Bundesländer. Dies ist nicht durch sachimmanente Gründe, sondern vielmehr durch einen historischen Zufall bedingt (Brink, 2002).⁵ Anfang der 1950er Jahre war der Gesetzgeber vor die Herausforderung gestellt, Zwangsunterbringungen in der Psychiatrie gesetzlich zu regeln. Denn nach Art. 2 Abs. 2 des neuen Grundgesetzes (GG) (in Kraft 23. Mai 1949) waren diese nun als Freiheitsentziehungen zu bewerten: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur aufgrund eines Gesetzes eingegriffen werden.“ Der Entwurf über ein entsprechendes Bundesgesetz scheiterte jedoch. In den folgenden Jahrzehnten entwickelten sich die öffentlich-rechtlichen Rahmenbedingungen und die Rechtspraxis in den Bundesländern relativ unabhängig voneinander weiter. Ein Bundesgesetz wurde bis heute nicht realisiert.

2016 wurden 75.929 Unterbringungsverfahren nach PsychKG (§ 312 Nr. 3 FamFG) und 56.048 Unterbringungen nach Betreuungsrecht (§ 1906 BGB) registriert, was im Vergleich zum Jahr 2002 eine Zunahme von etwa 30 % entspricht (Bundesamt für Justiz, 2017). Aufgrund der ebenso stark gestiegenen Fallzahlen in psychiatrischen Kliniken ist der Anteil von Patienten⁶ mit Unterbringung an allen Fällen jedoch nur unwesentlich gestiegen (Gerlinger et al., 2019).

Im Rahmen der Unterbringung können zur Abwehr von Gefahren für schwerwiegende Gesundheitsschäden oder von Lebensgefahr der Patienten oder Dritter weitere Maßnahmen gegen den natürlichen oder freien Willen des Betroffenen notwendig werden. So werden laut einer aktuellen Studie, an der der Autor mitgewirkt hat, im Durchschnitt bei

³ Die Landesgesetze, welche die öffentlich-rechtliche Unterbringung von Menschen mit psychischen Erkrankungen regeln, werden in dieser Arbeit zusammenfassend als PsychKG abgekürzt.

⁴ Nach einer Straftat, die im Zustand verminderter oder fehlender Schuldfähigkeit begangen wurde, wird auf Basis des Strafgesetzbuches eine Unterbringung im Maßregelvollzug, d. h. in Kliniken für forensische Psychiatrie, angeordnet. Sowohl rechtslogisch als auch klinisch organisatorisch unterscheidet sich die Unterbringung im Maßregelvollzug von der zivilrechtlichen beziehungsweise öffentlich-rechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern. Aus diesem Grund wird der Maßregelvollzug dieser Arbeit nicht weiter thematisiert.

⁵ Die folgenden Ausführungen basieren auf der ausführlichen Darstellung bei Brink (2002).

⁶ Für eine bessere Lesbarkeit wird in dieser Arbeit das generische Maskulinum verwendet, damit sind aber stets alle Geschlechter gemeint. Dies wird in allen verwendeten Gesetzestexten, Gerichtsurteilen und den Texten des Deutschen Ethikrats auf diese Weise gehandhabt.

8 % aller stationär in einer Psychiatrie behandelten Patienten Zwangsmaßnahmen durchgeführt. Diese umfassen die direkte Einschränkung der Bewegungsfreiheit (Fixierung oder Festhalten), die räumliche Einschränkung der Bewegungsfreiheit, Isolierung, Wegnahme gefährlicher Gegenstände und ärztliche Zwangsbehandlungen. Eine ärztliche Zwangsbehandlung fand bei 5,5 % der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle, also bei 0,4 % aller Fälle, statt (Adorjan et al., 2017).

Die Streuung der Raten der einzelnen Kliniken um diese Mittelwerte ist jedoch hoch, sie liegt bei den Zwangsmaßnahmen in dieser Studie zwischen 3,8 % und 13,6 % (Adorjan et al. 2017). Auch bei der Zahl der Unterbringungsverfahren bestehen große Unterschiede zwischen den Bundesländern. So wurden 2015 in Brandenburg 803 Unterbringungsverfahren und in Nordrhein-Westfalen 23.059 Unterbringungsverfahren verzeichnet. In Sachsen wurden zwei Verfahren pro 10.000 Einwohner und in Schleswig-Holstein 26 Verfahren pro 10.000 Einwohner registriert (Deinert, 2015). Auch innerhalb der Bundesländer bestehen Unterschiede bezüglich der Unterbringungsraten. Eine aktuelle Studie berichtet eine große Varianz des Anteils der von Zwangsmaßnahmen betroffenen Fälle an der Gesamtzahl der Fälle in psychiatrischen Kliniken in Baden-Württemberg. Die Spanne betrug zwischen 0,3 % und 17,5 % der Behandlungsfälle in den 32 teilnehmenden Kliniken (Flammer & Steinert, 2018).

Aufgrund der besonderen rechtlichen, ethischen und klinischen Problematik von Maßnahmen gegen den Willen der Patienten sind diese Ergebnisse erklärungsbedürftig.

Als mögliche Gründe für die Unterschiede werden in der Literatur insbesondere unterschiedliche Patientenmerkmale (Flammer et al., 2013; Janssen et al., 2013; Thomsen et al., 2017) und unterschiedliche Merkmale der Kliniken wie beispielsweise Pflichtversorgung oder bauliche Voraussetzungen (Rohe et al., 2017; van der Schaaf et al., 2013) diskutiert. Auch die regional unterschiedlichen Versorgungsstrukturen und insbesondere die Aktivitäten des Sozialpsychiatrischen Dienstes werden als Ursachen erörtert (Juckel & Haußleiter, 2015).

Die bislang einzige vergleichende Analyse der Unterbringungsgesetze in den Bundesländern kommt zu dem Ergebnis, dass die Gesetze „erhebliche Unterschiede im Hinblick auf vorgesehene Fristen, Verfahrenswege, Voraussetzungen und Beschreibungen von Rechten und Pflichten der Betroffenen“ aufweisen (Martin & Steinert, 2004, S. 1). Die

uneinheitliche Gesetzgebung sei deshalb „mitverantwortlich für die sehr unterschiedlichen Unterbringungsraten“ und erschwere eine Evaluation der Behandlungspraxis (ebd.).

Nachdem insbesondere in den letzten zehn Jahren die rechtlichen und medizinethischen Entwicklungen auf vielen Ebenen Handlungsbedarf ausgelöst haben, wird die vorliegende Dissertation die Ergebnisse der Novellierungsprozesse der Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Bundesländer analysieren und deren Implikationen an den Schnittstellen zwischen Ethik, Recht und Medizin herausarbeiten.

1.2 Entwicklung der rechtlichen Rahmenbedingungen

Die Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Bundesländer befinden sich seit 2011 in umfangreichen Novellierungsprozessen, nachdem Entwicklungen in Recht, Ethik und Medizin Reformdruck ausgelöst haben.

1.2.1 Rechtlicher Reformdruck

Im Jahr 2011 haben verschiedene höchstrichterliche Entscheidungen die Verfassungswidrigkeit von Maßregelvollzugs- und Unterbringungsgesetzen in Rheinland-Pfalz (2 BvR 882/09 vom 23.03.2011) und Baden-Württemberg (2 BvR 633/11 vom 12.10.2011) sowie später auch in Sachsen (2 BvR 228/12 vom 20.02.2013) festgestellt. Dabei wurden die Regelungen zur ärztlichen Zwangsbehandlung für unvereinbar mit dem deutschen Grundgesetz erklärt. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) stellte dabei die Leitsätze auf, dass es klarer und bestimmter gesetzlicher Voraussetzungen für die Zulässigkeit von Zwangsbehandlungen bedarf und besondere verfahrensmäßige Sicherungen geboten sind. Entsprechend korrigierte auf dieser Grundlage 2012 auch der Bundesgerichtshof (BGH) in zwei Entscheidungen (Az XII ZB 99/12 und Az XII ZB 130/12 vom 20.06.2012) seine bisherige Rechtsprechung und sah nun auch keine hinreichende gesetzliche Grundlage für eine betreuungsrechtliche Zwangsbehandlung mehr gegeben. Mit dem „Gesetz zur Regelung der betreuungsrechtlichen Einwilligung in eine ärztliche Zwangsmaßnahme“ (in Kraft seit 17.01.2013) wurde die Regelungslücke geschlossen und die ärztliche Behandlung ohne oder gegen den Willen der Betroffenen an hohe Hürden geknüpft. Einen vorläufigen Schlusspunkt der verfassungsrechtlichen Beschäftigung mit dem Thema „Zwang in psychiatrischen Kliniken“ stellt die Entscheidung des BVerfG vom 24.07.2018 (2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16) dar, welche den Verfassungsbeschwerden gegen das geltende PsychKG in Baden-Württemberg und das UBG in Bayern stattgaben

und 5- und 7-Punkt-Fixierungen, die „nicht nur kurzfristig“ (länger als 30 Minuten) sind, unter einen Richtervorbehalt stellten.

Diese Entscheidungen der höchsten Gerichte stehen auch im Zusammenhang mit der Ratifizierung der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) am 26.03.2009, mit denen sich Deutschland zur Umsetzung der Prinzipien der Selbstbestimmung und Diskriminierungsfreiheit auch für Menschen mit psychischen Erkrankungen verpflichtete. Mehrere Stellen der UN-BRK haben Implikationen für die Selbstbestimmungsrechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen im Kontext von Unterbringung und Zwang in der psychiatrischen Versorgung. So verbrieft die Konvention unter anderem das Recht von Menschen mit Behinderungen, stets als Rechtssubjekt anerkannt zu werden und überall die gleiche Rechts- und Handlungsfähigkeit wie andere Menschen zu genießen (Art. 12). Menschen mit Behinderungen haben gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit (Art. 14) und auf Achtung ihrer körperlichen und seelischen Unversehrtheit (Art. 16). Die Umsetzung der UN-BRK in Deutschland soll durch konkrete Mechanismen gewährleistet und überwacht werden. Mehrere innerstaatliche Stellen, zum Beispiel das Deutsche Institut für Menschenrechte, ein nationaler Aktionsplan der Bundesregierung und Staatenprüfungen des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen sollen dies sicherstellen. Die Empfehlungen des UN-Fachausschusses vom 13.05.2015 (United Nations, 2015), durch die das erste Staatenprüfverfahren in Deutschland abgeschlossen wurde, nennt Probleme und Kritikpunkte zur Umsetzung der UN-BRK. Thematisiert werden ausdrücklich auch psychiatrische Behandlungen. Sie sollen nach Meinung des Fachausschusses in jedem Fall auf Grundlage einer freien und informierten Einwilligung erfolgen (Ziffer 38 b, Ziffer 48). Der Fachausschuss interpretiert die UN-BRK so, dass er daraus die Forderung nach der vollständigen Abschaffung von substituierender Entscheidungsfindung ableitet und das medizinische Konzept der Selbstbestimmungsfähigkeit grundsätzlich ablehnt (United Nations, 2014). Wenn auch diese weitreichenden Interpretationen in medizinethischen und medizinischen Fachkreisen auf deutliche Kritik stoßen (Freeman et al., 2015; Müller, 2018) und auch der Rechtsauffassung des Bundesverfassungsgerichts widersprechen (1 BvL 8/15 vom 26.07.2016), so setzen sie doch einen behindertenpolitischen Referenzrahmen, der zu einem großen politischen Handlungsdruck auf Bundes- und Länderebene führte und der weiterhin wirkt. Von 2018 bis 2020 wird Deutschland erneut vom zuständigen UN-Fachausschuss geprüft (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2019).

1.2.2 Medizinethischer Reformdruck

Wenn psychische Erkrankungen zur Einschränkung der Selbstbestimmungsfähigkeit⁷ sowie zu Selbst- und Fremdgefährdung führen, dann können unter bestimmten Umständen Maßnahmen und Behandlungen zum Zweck der Gefahrenabwehr oder zur Wiederherstellung der Fähigkeit zu einer selbstbestimmten Entscheidung auch gegen den Willen der Betroffenen ethisch gerechtfertigt sein (DGPPN, 2014; ZEKO, 2013; Deutscher Ethikrat, 2018). Dabei stehen beispielsweise verschiedene im Patienten selbst liegende Interessen im Konflikt: auf der einen Seite sein Interesse an Gesundheit, Leben, soziale Teilhabe und Freiheit, auf der anderen Seite sein Interesse an Selbstbestimmung und Freiheit von Zwang. Dieser Konflikt tritt vor allem dann zu Tage, wenn sich ein Mensch trotz eindeutiger medizinischer Indikation gegen eine Behandlung entscheidet, ohne dass dafür gute Gründe vorliegen,⁸ und damit die „Freiheit zur Krankheit“ (2 BvR 882/09 vom 23.03.2011) einfordert. In einem solchen Fall kann nach einer aktuellen Stellungnahme des Deutschen Ethikrats (2018) ein „wohltätiger Zwang“ nur dann gerechtfertigt sein,

wenn die betroffene Person in ihrer Selbstbestimmungsfähigkeit so stark eingeschränkt ist, dass sie in der konkreten Situation nicht freiverantwortlich entscheiden beziehungsweise handeln kann oder jedenfalls keine tragfähigen Anhaltspunkte vorliegen, dass die Ablehnung der Behandlung ihrem freiverantwortlichen Willen entspricht. Anderenfalls ist eine Zwangsmaßnahme zu ihrem Wohl ethisch nicht zu rechtfertigen (S. 120).

Die Frage danach, ob der betroffene Mensch „um die Folgen und Nebenfolgen der beabsichtigten Handlung/Unterlassung“ (ebd., S. 41-42) weiß, sie in Kauf nimmt und Alternativen abwägen kann, wird demnach zum zentralen normativen Bezugspunkt einer ethischen Betrachtung gemacht. Entsprechend lehnt die Zentrale Ethikkommission (ZEKO) bei der Bundesärztekammer Zwangsbehandlungen bei einwilligungsfähigen Patienten von grundsätzlich ab (ZEKO, 2013).

⁷ Das medizinische Konzept der Selbstbestimmungsfähigkeit basiert auf den Kriterien Informationsverständnis, Urteilsvermögen, Krankheits- und Behandlungseinsicht sowie Entscheidungsfähigkeit (Bruns et al., 2015). Davon unterschieden wird das juristische Konzept der Einwilligungsfähigkeit, welches den Rechtfertigungsgrund für Eingriffe in die Rechte der Betroffenen bildet (Henking & Mittag, 2015).

⁸ Gute Gründe, sich gegen eine medizinisch indizierte Behandlung zu entscheiden, sind vielfältig. Beispielsweise kann es vernünftig sein, sich gegen eine (weitere) Chemotherapie zu entscheiden, weil man mehr Wert auf Lebensqualität als auf die Verlängerung des Leidens legt und sich daher für eine palliativmedizinische Behandlung entscheidet. Weitere gute Gründe sind berechtigte Zweifel am Therapievoranschlag. Aber auch weltanschauliche Gründe, die zur Ablehnung bestimmter Therapien führen, können rational sein und müssen respektiert werden, selbst wenn sie nicht rational sein sollten.

Aus diesem Grund wird in Fachkreisen kontrovers diskutiert, ob, unabhängig von einer akut zu erfolgenden Gefahrenabwehr, psychiatrische Kliniken der richtige Ort für eine Unterbringung sind, wenn die Betroffenen eine Behandlung beispielsweise durch eine Patientenverfügung grundsätzlich ablehnen oder einwilligungsfähig sind (Pollmächer, 2016; Schalast, 2016). Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) fordert, dass Menschen, die selbstbestimmungsfähig sind und eine Behandlung ablehnen, unabhängig von einer gleichzeitig vorliegenden Selbst- oder Fremdgefährdung nicht mehr in psychiatrischen Kliniken untergebracht werden müssen (DGPPN, 2016), was von juristischer Seite kritisiert wird. Denn, „wenn sich die Psychiatrie für psychisch kranke und zugleich gefährliche Personen nicht mehr zuständig fühlt, kommt jedoch unweigerlich die äußerst beunruhigende Frage auf, wohin diese Personen stattdessen sollen“ (Henking, 2015, S. 172).

1.2.3 Evidenzbasierte Medizin und gute klinische Praxis

Im Rahmen der Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung wird inzwischen ein angemessener Umgang mit Aggressivität und Zwang als relevanter Aspekt der Behandlungsqualität adressiert (Steinert & Flammer, 2018). Als Instrumente stehen die Erarbeitung von Leitlinien und deren Implementierung in die klinische Praxis sowie die Definition von Qualitätsindikatoren zur Messung beziehungsweise zum Vergleich der medizinischen Qualität in Krankenhäusern oder Praxen zur Verfügung. Während das britische *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) bereits 2005 die Leitlinie „Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings“ in trialogischen Strukturen erarbeitete und 2015 aktualisierte (NICE, 2015), steht für den deutschsprachigen Raum erst seit Juli 2018 eine vergleichbar umfassende S3-Leitlinie zur Verfügung, welche ebenfalls unter Beteiligung von Betroffenen- und Angehörigenverbänden erstellt wurde. Die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ empfiehlt bei Entscheidungen über freiheitsentziehende Maßnahmen immer auch Untersuchungen der Einwilligungsfähigkeit der Patienten. Außerdem sollten die Verhältnismäßigkeit der beabsichtigten Maßnahmen abgewogen und mögliche Alternativen geprüft werden. Auch aus rein medizinischer Perspektive empfiehlt die Leitlinie, möglichst ganz auf Zwang zu verzichten (Expertenkonsens). Denn er führe zur (Re-)Traumatisierung der Patienten und wirke sich oftmals negativ auf den Behandlungserfolg aus (DGPPN, 2018).

Aktuell entwickelt das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Rahmen gesetzlicher Qualitätssicherungsmaßnahmen ein Indikatorenset für die Qualität psychiatrischer Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. In diesem Kontext wurde vorgeschlagen, auch den Anteil der Patienten, die Zwangsmaßnahmen erleiden, an allen Fällen mit derselben Diagnose als Qualitätsindikator aufzunehmen (Großimlinghaus et al., 2017). Während dies prinzipiell ein Zeichen für die zunehmende Berücksichtigung der Selbstbestimmung von Patienten im Rahmen eines Benchmarking in der medizinischen Versorgung ist, eignet sich dieser Indikator laut Steinert und Flammer (2018) aufgrund konfundierender Faktoren nicht für einen Vergleich psychiatrischer Kliniken.

1.3 Zusammenfassung

Eine ethisch vertretbare, effektive und menschenrechtskonforme Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist heute der Anspruch demokratischer, rechtsstaatlicher Gesellschaften. Nicht zuletzt haben Menschen mit psychischen Erkrankungen einen Anspruch darauf. Dabei ist die Stärkung von Menschenrechten und die Vermeidung von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen aufgrund der Vielzahl von Einflussfaktoren nicht allein Aufgabe der Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte. Vielmehr müssen auch die rechtlichen Rahmenbedingungen so gestaltet sein, dass die Erreichung dieses Ziels bestenfalls begünstigt wird.

Vor dem Hintergrund der zahlreichen Entwicklungen an den Schnittstellen zwischen Recht, Ethik und guter klinischer Praxis und den dadurch angestoßenen Reformprozessen in den Bundesländern ist das Ziel der vorliegenden Dissertation deshalb eine Bestandsaufnahme hinsichtlich der öffentlich-rechtlichen Rahmenbedingungen von Patientenautonomie und Menschenrechten in den Bundesländern. Denn die Ergebnisse der Reformen wurden bislang nicht systematisch untersucht. Es soll erforscht werden, ob der beschriebene Reformbedarf umgesetzt wurde, ob dies zu einer Angleichung der Landesgesetze geführt hat, inwieweit die Selbstbestimmungs- und Menschenrechte der Patienten gestärkt wurden und in welchen Bereichen weiterer Reformbedarf besteht.⁹

⁹ Der Promovend hat die Fragestellung der Dissertation beziehungsweise der Publikation selbstständig entwickelt und erarbeitet. Der aktuelle Forschungsstand wurde selbstständig recherchiert und dargestellt. Im Manteltext wurden insbesondere der rechtliche, ethische und medizinische Hintergrund erweitert und vertieft.

2 Methodik

2.1 Recherche der Ergebnisse der Novellierungsprozesse

Der Verlauf, der Diskussionsstand und die Ergebnisse der Novellierungsprozesse in den Bundesländern wurden auf juristischen Datenbanken und Webseiten der Ministerien recherchiert. Tabelle 1 fasst die juristischen Datenbanken zu den PsychKG zusammen. Teilweise waren Informationen in den genannten Quellen nicht oder nicht vollständig abrufbar. In diesen Fällen wurden die zuständigen Personen in den Landesministerien telefonisch und/oder per E-Mail kontaktiert. Hier erwies sich die Arbeitsgruppe Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) als wichtiger Kontakt, da sie Mitarbeiter der zuständigen Referate aller Landesministerien umfasst. Zur Dokumentation und Evaluation von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen konnten auf dieser Ebene wichtige Zusatzinformationen gesammelt werden, da diese Themen nicht in allen Bundesländern durch die PsychKG geregelt werden. Somit konnten für diesen Bereich auch Verordnungen und weitere Normen berücksichtigt werden.

Tabelle 1: Fundstellen der PsychKG

Bundesland	Internetquellen (abgerufen am 6.4.2018)
Bundesweit	www.juris.de
Baden-Württemberg	www.landesrecht-bw.de
Bayern ¹⁰	www.gesetze-bayern.de
Berlin	www.gesetze.berlin.de
Brandenburg	www.bravors.brandenburg.de
Bremen	www.transparenz.bremen.de
Hamburg	www.landesrecht-hamburg.de
Hessen	www.rv.hessenrecht.hessen.de
Mecklenburg-Vorpommern	www.landesrecht-mv.de
Niedersachsen	www.nds-voris.de
Nordrhein-Westfalen	www.recht.nrw.de
Rheinland-Pfalz	www.landesrecht.rlp.de
Saarland	www.sl.juris.de
Sachsen	www.revosax.sachsen.de
Sachsen-Anhalt	www.landesrecht.sachsen-anhalt.de
Schleswig-Holstein	www.gesetze-rechtsprechung.sh.juris.de
Thüringen	www.landesrecht.thueringen.de

2.2 Identifikation von Vergleichskriterien

Um die Landesgesetze zu vergleichen, mussten zunächst klinisch und medizinethisch besonders relevante Bereiche identifiziert werden, anhand derer ein systematischer Vergleich mit dem Ziel der Identifikation von Regelungslücken und gesetzgeberischem Handlungsbedarf möglich ist. Die Identifizierung dieser Bereiche erfolgte in einem Dis-

¹⁰ Während der Arbeiten am Manuskript der Publikation wurde in Bayern ein neues PsychKG verabschiedet. Im Rahmen der Überarbeitung nach der Rückmeldung der Reviewer konnte das neue Gesetz in der Beschlussfassung vom 24.07.2018 (abgerufen am 26.07.2018 unter <https://www.verkuendung-bayern.de/gvbl/2018-583>) einbezogen werden, veröffentlicht und in Kraft getreten ist das Gesetz allerdings erst zum 01.01.2019.

kussions- und Konsentierungsprozess mit Vertretern der DGPPN, der Bundesdirektorenkonferenz (BDK), der ChefärztInnen (sic!) der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ACKPA) sowie weiteren Experten. Die Plattform für die fachlichen Diskussionen bot die Task Force Patientenautonomie von ACKPA, BDK und DGPPN, in welcher alle beteiligten Experten Mitglied waren (Tabelle 2).

Tabelle 2: Experten zur Identifikation von Vergleichskategorien

Prof. Dr. med. Arno Deister, Zentrum für Psychosoziale Medizin Itzehoe
Prof. Dr. med. Peter Falkai, Klinikum der Universität München
Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz, Universitätsmedizin – Charité Berlin
Dr. med. Felix Hohl-Radke, Asklepios Fachklinikum Brandenburg
Dr. med. Manfred Koller, Gesundheitsministerium Niedersachsen
Prof. Dr. med. Jürgen Müller, Asklepios Fachklinikum und Universität Göttingen
Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer, Klinikum Ingolstadt
Prof. Dr. med. Tilman Steinert, Klinikum der Universität Ulm
Dr. med. Bettina Wilms, Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis
Dr. med. Martin Zinkler, Klinikum Heidenheim

Auf Basis einer Fragenliste, welche durch die BDK zur Verfügung gestellt worden war, wurden in mehreren Abstimmungsrunden Bereiche und Fragen an die Gesetze diskutiert, definiert und schließlich konsentiert, welche für eine effektive Behandlung und eine menschenrechtskonforme psychiatrische Versorgung aus Sicht der beteiligten Sachverständigen unabdingbar sind. Die hierbei identifizierten Regelungsbereiche und Fragestellungen reflektieren den Stand klinischer Leitlinien und good clinical practice (DGPPN, 2018), die Urteile der höchsten Gerichte zu Unterbringung und Zwang (2 BvR 882/09 vom 23.03.2011 und 2 BvR 633/11 2 vom 12.10.2011) und die medizinethischen Diskussionen der vergangenen Jahre (Bruns et al. 2015; Deutscher Ethikrat, 2018; DGPPN 2014; ZEKO 2013,). Dazu gehören auch verfahrensrechtliche Regelungen. Tabelle 3 zeigt die Systematik inklusive der jeweiligen konkreten Fragestellung an das Gesetz.

Tabelle 3: Systematik der Vergleichsanalyse

Regelungsbereich	Fragen an das Gesetz
Anwendungsbereich der PsychKG	Für wen ist das Gesetz geschaffen? Gilt das Gesetz auch für Minderjährige?
Regelungen zur Unterbringung	Welche Einrichtungen sind für die Unterbringung zuständig? Welcher Unterbringungszweck ist definiert? In welcher Form ist der Patient unterzubringen? Wer ist berechtigt, einen Antrag auf Unterbringung einzureichen?
Regelungen zu Sicherungsmaßnahmen und unmittelbarem Zwang	Welche Sicherungsmaßnahmen sind zulässig? Bedürfen diese Maßnahmen einer richterlichen Genehmigung? In welchem Verhältnis müssen diese Maßnahmen stehen? Wie ist der Patient bei der Anwendung von Sicherungsmaßnahmen zu überwachen? Wie sind diese Maßnahmen zu dokumentieren? Ist eine Nachbesprechung vorgesehen? Welche Voraussetzungen müssen für unmittelbaren Zwang vorliegen?
Regelungen zur Anwendung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme	Welche Prämissen müssen für die Zwangsbehandlung vorliegen? Welche Ziele muss die Zwangsbehandlung verfolgen? Gibt es weitere formale Durchführungsbestimmungen? Sind Maßnahmen im Rahmen „Erster Hilfe“ möglich?
Regelungen zu sozialen Aspekten	Hat der Patient ein Recht auf Besuch? In welchem Rahmen hat der Patient Zugang zu Telekommunikation? Darf der Patient Schrift- und Paketverkehr führen? Kann Belastungsurlaub gestattet werden? Darf dem Patienten Ausgang gewährt werden? Ist eine Ausführung zu offenen Stationen vorgesehen?
Sicherstellung von Patientenrechten	In welcher Art und Weise sind Hilfen für Patienten vorgesehen? Welche Ziele sollen durch die Hilfen erreicht werden? Gibt es ein Beschwerdemanagement, an das sich Patienten und Angehörige wenden können (Patientenfürsprecher)? Wurden Besuchskommissionen eingerichtet, um die Wahrnehmung der besonderen Aufgaben sicherzustellen? Werden Daten zur Unterbringung und zu Zwangsmaßnahmen erfasst?

2.3 Vergleichende Analyse der Landesgesetze

Auf Basis der Datenbank- und Internetrecherche (2.1) wurde zunächst der Stand der Novellierungsprozesse analysiert. Dabei wurde geklärt, ob eine Novellierung stattgefunden hat, und wenn ja, wann das reformierte Gesetz in Kraft getreten ist, wie dessen Bezeichnung lautet und ob es ein vom Maßregelvollzugsgesetz separates Gesetz ist. Darüber hinaus wurden die Landesgesetze hinsichtlich der zuvor konsentierten rechtlichen, ethischen und klinischen Fragestellungen zusammengefasst, analysiert und verglichen. So sollten besonders umsetzungsschwache Bundesländer und Regelungsbereiche identifiziert und auf Basis der in den letzten Jahren definierten rechtlichen, ethischen und klinischen Standards gesetzgeberischer Handlungsbedarf definiert werden.¹¹

¹¹ Der Promovend hat einen Studienplan erstellt und die Identifikation klinisch und medizinethisch besonders relevanter Bereiche durch die Expertengruppe koordiniert. Er hat den Stand der Gesetzesprozesse recherchiert, die Gesetzestexte ausgewertet und anhand der Vergleichskriterien analysiert. Im Manteltext wurde die Methodik im Vergleich zur Publikation detaillierter und vertieft dargestellt. Um die Übersichtlichkeit zu erhöhen, wurden drei neue Tabellen erstellt.

3 Ergebnisse

Mit Stand 30.07.2018 wurden die PsychKG der Bundesländer in relevanten Bereichen an die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts angepasst, unterscheiden sich aber in Stand, Formalitäten, Bezeichnung und Inhalten weiterhin deutlich voneinander. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse der Studie von Gerlinger et al. (2019) zusammengefasst. Die detaillierten Ergebnisse finden sich ebenda.

3.1 Stand der Novellierungsprozesse

Die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts waren bis zum Ende des Erhebungszeitraums (30.07.2018) in allen Bundesländern Anlass für Anpassungen der öffentlich-rechtlichen Regelungen zur Unterbringung. In 14 Bundesländern sind die Novellierung bereits in Kraft getreten; lediglich in Thüringen und Sachsen-Anhalt waren sie noch nicht in die Phase der parlamentarischen Abstimmung getreten. Nach Aussage der zuständigen Ministerialen ist damit im 4. Quartal 2018 beziehungsweise im 1. Quartal 2019 zu rechnen. Wie Gerlinger et al. (2019) zeigen, fallen die Novellierungen hinsichtlich des Umfangs, des Inhalts, und der Grundstruktur in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich aus.

Noch 2013 reformierte Hamburg das Hamburgische Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten, 2014 folgten die Bundesländer Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen, Brandenburg. 2015 wurden die PsychKG in Bremen, Schleswig-Holstein und Baden-Württemberg novelliert, wobei letzteres das erste Bundesland war, wo unter Beteiligung von Betroffenen-Verbänden ein von Grund auf neues Gesetz erarbeitet wurde. 2016 folgten in Mecklenburg-Vorpommern, Berlin und Nordrhein-Westfalen, 2017 Niedersachsen und Hessen sowie 2018 Bayern. In einigen Bundesländern wurden bereits weitere Überarbeitungen angestoßen, die nicht zuletzt durch die Urteile des Bundesverfassungsgerichts vom 24.7.2018 (2 BvR 502/16, 2 BvR 309/15) notwendig geworden sind (Gerlinger et al., 2019).

Saarland, in dem bereits 2013 die Regelungen zur Zwangsbehandlung an die Bundesverfassungsgerichtsurteile angepasst wurden, ist das letzte Bundesland, dessen Gesetz noch den Namen „Unterbringungsgesetz“ trägt. In den anderen Bundesländern, in denen die Gesetze vor der Reform noch „Freiheitsentziehungsgesetz“ oder „Unterbringungsgesetz“ genannt wurden, benannte man sie in „Psychisch-Kranken-Gesetz“ (PsychKG) oder in „Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz“ (PsychKHG) um.

Tabelle 2 in Gerlinger et al. (2019) zeigt den Stand der Novellierungsprozesse in den Bundesländern, ihre jeweilige Bezeichnung und den Zusammenhang zu den jeweiligen Maßregelvollzugsgesetzen. Zu letzterem konnte gezeigt werden, dass es eine Entwicklung hin zu separaten Maßregelvollzugsgesetzen gibt. Aktuell wird der Maßregelvollzug noch in acht Bundesländern innerhalb des jeweiligen PsychKG geregelt.

3.2 Ergebnisse der Novellierungsprozesse

3.2.1 Anwendungsbereich der Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze

Einerseits wurden im Rahmen der Novellierungsprozesse in allen betroffenen Bundesländern antiquierte unwissenschaftliche Begriffe wie beispielsweise „geistesranke Personen“ durch sachlichere Bezeichnungen ersetzt. So übernahmen eine Reihe von Ländern die kurze Formulierung aus dem PsychKHG Baden-Württemberg „Personen, die aufgrund einer psychischen Störung krank oder behindert sind“. Andererseits finden sich weiterhin große Unterschiede bzgl. Erkrankungsschwelle beziehungsweise -schwere. Manche Gesetze haben die Schwelle erhöht und die Formulierung „von erheblichem Ausmaß“ eingeführt, in anderen Bundesländern sind die Gesetze auch dann anwendbar, wenn „Anzeichen für eine psychische Erkrankung“ bestehen. Menschen mit Suchterkrankungen sind in einigen Gesetzen explizit eingeschlossen.

In allen Ländern außer dem Saarland sind die Gesetze auch für Kinder und Jugendliche anwendbar, wobei in aller Regel für eine Behandlung die Einwilligung der Erziehungsberechtigten ausdrücklich gefordert wird. Oftmals ist in diesen Fällen eine Unterbringung in Krankenhäusern oder Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgesehen.

3.2.2 Regelungen zur Unterbringung

Außer in Berlin, wo eine Unterbringung ausdrücklich auch in für psychisch kranke Menschen geeigneten Heimen (§ 18, Abs. 1 PsychKHG Berlin) möglich ist, sind zur Durchführung von Unterbringungen nach den PsychKHG nur psychiatrische Krankenhäuser und Fachabteilungen sowie sonstige geeignete Einrichtungen berechtigt. Letztere müssen organisatorische Voraussetzungen erfüllen, welche praktisch nur Krankenhäuser erfüllen können (vgl. § 14 Abs. 2 PsychKHG BaWü).

Eine Unterbringung nach den PsychKHG aller Bundesländer darf nur zum Zweck der Gefahrenabwehr erfolgen, d. h. nur dann, wenn eine Person mit einer psychischen Erkrankung sich selbst oder Dritte gefährdet. Geregelt wird außerdem die Behandlung der sogenannten „Anlasserkrankung“ der untergebrachten Personen, um den Anlass der

Unterbringung zu beseitigen und den Betroffenen ein eigenverantwortliches Leben zu ermöglichen. Unterschiede bestehen insbesondere bezüglich der Gewichtung der Behandlungs- beziehungsweise Gefährdungsaspekte. Außerdem sind nicht in allen Bundesländern Behandlungspläne vorgegeben, welche die individuellen Therapiemodule zusammenfassen. Auch wird nicht in allen PsychKG klargestellt, dass die Unterbringung zu beenden ist, wenn der Grund für die Unterbringung weggefallen ist.

Inzwischen enthalten mehr als die Hälfte der Landesgesetze einen Passus, welcher die Unterbringung in „offener“ Form fordert, wenn der Unterbringungszweck dies zulässt.

Die Freiheit von Bürgern kann nach Art. 104 GG grundsätzlich nur aufgrund eines förmlichen Gesetzes eingeschränkt werden, wobei nur ein Richter über die Zulässigkeit zu entscheiden hat. Die PsychKG regeln die Beantragung der Unterbringung bei Gericht und die vorläufige Anordnung von Unterbringungen. Diese entsprechenden Befugnisse kommen in der Regel der örtlichen Verwaltungsbehörde zu. Unterschiede gibt es bezüglich der Befugnisse des Sozialpsychiatrischen Dienstes, welcher in einzelnen Bundesländern vorläufige Unterbringungen anordnen darf. In drei Bundesländern darf nur der sozialpsychiatrische Dienst einen Antrag zu Unterbringung beim Gericht stellen. Demgegenüber darf die ärztliche Leitung der Krankenhäuser zumeist keine vorläufigen Unterbringungen mehr anordnen, in einigen Ländern darf sie jedoch Patienten zurückhalten, wenn ein gerichtlicher Beschluss nicht rechtzeitig vorliegt.

3.2.3 Regelungen zu Sicherungsmaßnahmen und unmittelbarem Zwang

Unter Sicherungsmaßnahmen zum Schutz Dritter (zum Beispiel Mitpatienten oder Personal) fallen in den meisten Gesetzen die Möglichkeit der

- Vorenthaltung von Gegenständen
- Absonderung in einem besonders gesicherten Raum („Isolierung“)
- Fixierung beziehungsweise Fesselung
- Beschränkung und der Entzug des Aufenthalts im Freien
- medikamentöse Ruhigstellung (in 7 Bundesländern).

Nur im saarländischen Unterbringungsgesetz werden Sicherungsmaßnahmen nicht konkret definiert.

Lediglich in jedem vierten Bundesland muss unter bestimmten Voraussetzungen eine Genehmigung des zuständigen Gerichts eingeholt werden.

Alle Bundesländer außer dem Saarland schreiben bei Durchführung von Sicherungsmaßnahmen eine geeignete Überwachung und Betreuung der betroffenen Patienten vor. Was hierbei unter „geeignet“ zu verstehen ist, wird nur in einzelnen Bundesländern definiert und in den anderen Bundesländern den Kliniken überlassen.

Die Dokumentation von Sicherungsmaßnahmen ist mit Ausnahme des Saarlandes in allen Bundesländern verpflichtend vorgeschrieben, wobei es hinsichtlich der zu dokumentierenden Aspekte kaum Unterschiede gibt. Die regelmäßige Meldung der Daten zu Sicherungsmaßnahmen an die Fachaufsicht ist allerdings nur in sechs Bundesländern vorgeschrieben. Was dann mit diesen Daten geschieht, ist nicht überall geregelt. Nur in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen ist ein regelmäßiger Bericht an den Landtag vorgesehen, in Nordrhein-Westfalen erstmals im Dezember 2018.

Die Nachbesprechung von Sicherungsmaßnahmen wie auch deren Dokumentation ist bislang nicht flächendeckend vorgeschrieben.

Mit der Ausnahme von Hamburg ist in allen PsychKG unmittelbarer Zwang als Mittel zur Sicherstellung der Ordnung in der Einrichtung wie zum Beispiel zur Verhinderung von unberechtigtem Verlassen der Klinik vorgesehen. In Bayern und Mecklenburg-Vorpommern¹² hat das Klinikpersonal das Recht, Patienten nach unberechtigtem Verlassen der Klinik auch außerhalb der Klinik festzuhalten und dorthin zurück zu bringen.

3.2.4 Regelungen zur Anwendung einer ärztlichen Zwangsmaßnahme

Die Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder ein ärztlicher Eingriff, der dem natürlichen Willen des Betreuten widerspricht, wird im Bürgerlichen Gesetzbuch als ärztliche Zwangsmaßnahme bezeichnet (§ 1906 a BGB). Die Voraussetzungen für eine ärztliche Zwangsmaßnahme, beispielsweise eine Zwangsbehandlung, wurden durch das Bundesverfassungsgericht konkret definiert und vom Gesetzgeber in der Reform des Betreuungsrechts umgesetzt. In allen Bundesländern mit Ausnahme von Sachsen-Anhalt und Thüringen wurde dies im Rahmen der Novellierungsprozesse in den PsychKG umgesetzt. Zwangsbehandlungen sind demnach nur legal, wenn

- dadurch ein drohender erheblicher gesundheitlicher Schaden abgewendet werden kann,

¹² In der Publikation Gerlinger et al. (2019) steht hier aufgrund eines redaktionellen Fehlers fälschlicherweise Schleswig-Holstein. Richtig ist Mecklenburg-Vorpommern.

- der Betroffene einsichtsunfähig ist,
- ernsthafte Überzeugungsversuche vorausgingen,
- andere, weniger einschränkende Maßnahmen keinen Erfolg hatten,
- die voraussichtlichen Vorteile der Maßnahme die möglichen Nachteile deutlich überwiegen und
- das zuständige Gericht die Maßnahmen genehmigt hat.

Gleichzeitig gibt es deutliche Unterschiede in den Regelungen zur Zwangsbehandlung. So ist in jedem zweiten Bundesland die Zulässigkeit einer Zwangsbehandlung zusätzlich daran geknüpft, ob sie voraussichtlich in der Lage sein wird, die Selbstbestimmungsfähigkeit des Betroffenen wiederherzustellen. Nur in Bayern und Baden-Württemberg ist eine Zwangsbehandlung im Falle einer Gefährdung von Dritten auch dann zulässig, wenn der betroffene Patient einsichtsfähig ist. In diesem Fall muss dort auch eine Patientenverfügung nicht berücksichtigt werden. Patientenverfügungen werden nicht in den PsychKG aller Bundesländer ausdrücklich erwähnt. Ihre Geltung ist für die zivilrechtliche Unterbringung bundeseinheitlich im Bürgerlichen Gesetzbuch geregelt (§ 1901 BGB).

Wie die Sicherungsmaßnahmen müssen auch ärztliche Zwangsmaßnahmen in allen novellierten Gesetzen dokumentiert und überwacht werden. Auch hier gilt, dass regelmäßige Meldung der Daten an die Fachaufsicht nur in wenigen Bundesländern vorgeschrieben und die weitere Verwendung der Daten uneinheitlich geregelt ist.

3.2.5 Regelungen zu sozialen Aspekten

Das Recht der untergebrachten Patienten, Besuch zu empfangen und auch anderweitig mit Personen außerhalb der Einrichtung zu kommunizieren, ist in allen Bundesländern verbrieft und relativ einheitlich geregelt. Insbesondere kann es eingeschränkt oder überwacht werden, wenn es das Patientenwohl oder die Sicherheit der Einrichtung erfordert. Auch können Patienten in allen Bundesländern einen Urlaubsantrag stellen, womit aus therapeutischer Sicht eine Belastungserprobung gemeint ist. Jedoch reicht der zulässige zeitliche Rahmen hierfür von sieben Tagen bis zu einem Monat.

3.2.6 Sicherstellung von Patientenrechten

Wie oben bezüglich der formalen Ausgestaltung und Bezeichnung der PsychKG gezeigt werden konnte, tragen mit Ausnahme des Saarlands alle novellierten Gesetze „Hilfen“ im Titel. Diese Verschiebung der Betonung von Unterbringung und Freiheitsentziehung hin

zu Hilfen zeigt sich auch in der inhaltlichen Neugestaltung der Gesetze, denn alle novellierten Gesetze beschreiben Hilfsangebote und Leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dabei unterscheiden sich die Zielsetzungen und die Breite der Angebote zwischen den Bundesländern. Nicht in allen Bundesländern wird die Wiedereingliederung in die Gesellschaft beziehungsweise die selbstbestimmte Teilhabe der Betroffenen als Ziel der Hilfen genannt. Auch wird nur in wenigen Bundesländern die gesamte Bandbreite der psychiatrischen Angebote von Prävention über Behandlung bis hin zu Rehabilitation und Nachsorge im Gesetz geregelt.

Ein Beschwerdemanagement im Sinne verbriefter Kommunikationsstrukturen zur Übermittlung von Beschwerden ist in allen Landesgesetzen mit Ausnahme des Saarlands und Niedersachsens vorgesehen. Unterschiede bestehen hinsichtlich der zuständigen Stellen und deren Handlungsmöglichkeiten. Zuständig sind je nach Bundesland Patientenförsprecher, die ärztliche Leitung der jeweiligen Einrichtung oder Beschwerde- und Informationsstellen.

In allen Bundesländern mit Ausnahme des Saarlands wurden Besuchskommissionen per Gesetz eingerichtet, um die Gewährleistung von Patientenrechten zu überprüfen. Dabei finden sich Unterschiede zwischen den Bundesländern in der Zusammensetzung der Kommissionen sowie in der Frequenz der Besuche. Die zeitlichen Abstände der Besuche reichen von einem bis zu drei Jahren. In wenigen Bundesländern ist die Zusammensetzung der Kommissionen nicht im PsychKG geregelt.

Ein weiteres Instrument zur Wahrung von Patientenrechten ist die Einrichtung einer Ombudsstelle und eines Melderegisters für Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen. Diesen Weg geht bislang nur Baden-Württemberg.¹³

¹³ Der Promovend hat die Ergebnisse der Recherche und Vergleichsanalyse eigenhändig aufbereitet und verantwortet deren Darstellung in allen Abbildungen und Tabellen der Publikation.

4 Diskussion

Während Gerlinger et al. (2019) den Handlungsbedarf in allen Regelungsbereichen diskutieren, sollen im Folgenden zwei Bereiche für die klinische Praxis herausgegriffen und vertieft diskutiert werden, welche voraussichtlich den rechtlichen, medizinethischen und klinischen Diskurs in den nächsten Jahren bestimmen werden: Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen sowie das Konzept der Selbstbestimmungs- beziehungsweise Einwilligungsfähigkeit.

4.1 Sicherungsmaßnahmen und Zwangsbehandlungen

Die Voraussetzungen zur Anwendung einer Zwangsbehandlung („ärztliche Zwangsmaßnahme“), welche 2013 im Betreuungsrecht (§ 1906 a BGB) in Umsetzung höchstgerichtlicher Beschlüsse konkretisiert worden waren, wurden in allen novellierten Gesetzen weitestgehend harmonisiert. Dabei gibt es zwei relevante Ausnahmen: die Berücksichtigung von Patientenverfügungen und die Voraussetzungen für Zwangsbehandlungen bei Fremdgefährdung. § 1906 a BGB verlangt die Prüfung des Vorliegens einer Patientenverfügung oder anderer Hinweise auf den mutmaßlichen Patientenwillen. Diese Möglichkeit zum Schutz beziehungsweise zur Berücksichtigung des mutmaßlichen Patientenwillens sollte auch in allen PsychKG verbrieft werden. Des Weiteren sollte in allen Bundesländern auch bei Fremdgefährdung ausnahmslos die Einwilligungsunfähigkeit der betroffenen Patienten Voraussetzung für eine Zwangsbehandlung sein, wie dies vom Bundesverfassungsgericht bestimmt wurde. Zwangsbehandlungen bei einwilligungsfähigen Patienten aufgrund der Gefährdung Dritter sollten entsprechend ausgeschlossen werden.

Bezüglich der Regelungen zu Sicherungsmaßnahmen bestehen in den Bundesländern noch größere Umsetzungslücken. Diese wurden erst kürzlich durch das Bundesverfassungsgericht (2 BvR 502/16, 2 BvR 309/15) bestätigt, welches Klagen gegen das Unterbringungsgesetz Bayern in der Fassung vom 05.04.1992 und gegen das PsychKHG Baden-Württemberg in der Fassung vom 25.11.2014 stattgab. Es betonte in der Urteilsbegründung, dass bestimmte Sicherungsmaßnahmen im Rahmen einer Unterbringung eine Freiheitsentziehung in der Freiheitsentziehung darstellen und deshalb im Sinne des § 104 Abs. 2 GG einen weiteren Richtervorbehalt auslösen. Darunter fallen 5-Punkt- beziehungsweise 7-Punkt-Fixierungen, „es sei denn, es handelt sich um eine lediglich kurz-

fristige Maßnahme“ (Dauer unter 30 Minuten) (Bundesverfassungsgericht, 2018). Da entsprechende Regelungen bislang nur in vier Bundesländern umgesetzt sind, stehen weitere Anpassungen der PsychKG an. Im Rahmen der Novellierungen sollte klar definiert werden, welche Maßnahmen unter welchen Voraussetzungen getroffen und wie diese überprüft und beendet werden können. Außerdem sollten Nachbesprechungen mit den betroffenen Patienten durchgeführt werden. Eine Forderung, welche auf Basis internationaler Evidenz als Expertenkonsens in die S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“ (DGPPN, 2018) aufgenommen wurde. Nachbesprechungen können wiederum als Grundlage für Behandlungsvereinbarungen dienen, welche von den Fachkräften überwiegend als wichtiges Instrument zur Reduzierung von Zwangsmaßnahmen anerkannt werden (Gieselmann et al., 2018).

Sowohl Sicherungsmaßnahmen als auch ärztliche Zwangsmaßnahmen sollten per Gesetz in standardisierter Form dokumentiert und die Daten an die Fachaufsicht des jeweiligen Landes gesendet werden. Dort sollten diese Daten archiviert und evaluiert sowie in regelmäßigen Abständen veröffentlicht werden. Darüber hinaus sollten diese standardisierten Daten in einem Bundesregister zusammengeführt werden. Diese Forderungen sind bislang in den Landesgesetzen nicht oder in nicht ausreichendem Maße erfüllt, obwohl sie eine Voraussetzung für eine effektive Qualitätssicherung in diesem grundrechtsrelevanten Bereich darstellen. Der Forschung fehlt deshalb die Datengrundlage dafür, diejenigen Faktoren zu identifizieren, welche für die großen Unterschiede in den Raten zur Unterbringung und zu Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen zwischen den Kliniken, den Landkreisen und den Bundesländern verantwortlich sind.

4.2 Stellenwert des Konzepts der Selbstbestimmungsfähigkeit

Das Konzept der Selbstbestimmungs- beziehungsweise Einwilligungsfähigkeit spielt in der juristischen Auseinandersetzung im Kontext der PsychKG im Vergleich zur medizinethischen Diskussion bislang eine untergeordnete Rolle: Zwar wurden die Regelungen des BGB bzgl. der Einwilligungsunfähigkeit als Voraussetzung von Zwangsbehandlungen übernommen, jedoch fand eine weiterführende Diskussion hinsichtlich der Konsequenzen für weitere Bereiche der PsychKG (zum Beispiel als Voraussetzung der Unterbringung) bislang kaum statt. Während beispielsweise der Deutsche Ethikrat in einer kürzlich veröffentlichten Stellungnahme (2018) die Selbstbestimmungsfähigkeit zum zentralen

Bezugspunkt einer ethisch vertretbaren Anwendung von (wohltätigem) Zwang macht, kommt der Begriff in den PsychKG wenig vor. Der Deutsche Ethikrat stellt dabei fest, dass die Feststellung einer Selbstbestimmungsunfähigkeit in einer konkreten Situation „eine notwendige Voraussetzung für die Legitimation einer Zwangsmaßnahme“ bildet (S. 120-121). Dies entspricht auch der Perspektive der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO, 2013) und der psychiatrischen Fachgesellschaft (DGPPN, 2014). Denn wie Bauer & Vollmann (2002) gezeigt haben, reicht der Verdacht auf eine psychische Erkrankung oder eine tatsächlich gestellte Diagnose allein nicht aus, um die Selbstbestimmungsfähigkeit eines Patienten infrage zu stellen.

Zusammengenommen muss gefordert werden, dass das Kriterium der Einwilligungsunfähigkeit bundesweit einheitlich nicht nur eine Voraussetzung für Zwangsbehandlungen, sondern auch für Unterbringungen sein sollte.

Die Umsetzung dieser Forderung hätte weitreichende Folgen für die klinische Praxis sowie das psychiatrische Versorgungssystem. In den Kliniken müssten zukünftig bei Anordnung zur Unterbringung die Selbstbestimmungsfähigkeit der betroffenen Patienten geprüft werden, wenn Hinweise für eine Einschränkung der Einwilligungsfähigkeit vorliegen, so wie das heute schon bei Behandlungsentscheidungen der Fall ist. In der Praxis geschieht dies oft auf Grundlage einer nicht systematisierten klinischen Einschätzung, da standardisierte Instrumente wie das semistrukturierte Interview *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment* (MacCAT-T) (Grisso et al., 1995), welches für die Forschung entwickelt wurde, für den Behandlungsalltag zu umfangreich sind. Hier sollten kurze standardisierte Verfahren erarbeitet und evaluiert werden.¹⁴

Gleichzeitig hätte die Einführung der Einwilligungsunfähigkeit als Voraussetzung für eine öffentlich-rechtliche Unterbringung die Konsequenz, dass einwilligungsfähige Menschen, die sich oder andere gefährden, eine Klinikeinweisung jedoch ablehnen, in anderen Einrichtungen untergebracht werden müssten. Darüber wird in psychiatrischen sowie juristischen Fachkreisen eine kontroverse Diskussion geführt (Henking, 2015; DGPPN, 2016; Pollmächer, 2016; Schalast, 2016). Die Antworten auf die hier aufgeworfenen Fragen werden das Gesicht der Psychiatrie auf lange Sicht prägen.

¹⁴ Eine empirische Studie des Autors zur Erprobung einer praktikablen Checkliste zur Einschätzung der Einwilligungsfähigkeit von Patienten wurde bereits angestoßen, kann jedoch aufgrund erheblicher organisatorischer Verzögerungen in einigen teilnehmenden Kliniken entgegen der ursprünglichen Absicht nicht Bestandteil dieser Publikationspromotion sein.

4.3 Methodische Einschränkungen

Während die Gesetze in Thüringen und Sachsen-Anhalt noch nicht novelliert wurden, sind andere Länder schon in einer weiteren Novellierungsrunde, in der es insbesondere um die Anpassungen an das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Richtervorbehalt bei Sicherungsmaßnahmen geht. So kann prinzipiell kein Zeitpunkt gefunden werden, an dem alle Bundesländer ihre Novellierungsprozesse abgeschlossen haben. Insofern sind Analysen zum Stand der PsychKG in den Bundesländern immer zeitgebunden und können schnell von der rechtlichen Realität überholt werden. Dies gilt für die Studie von Martin & Steinert (2004) und auch für die vorliegende Studie.

Darüber hinaus bilden die in dieser Studie herangezogenen Gesetzestexte nicht vollständig die rechtliche Wirklichkeit ab, da Normen aus anderen Gesetzen oder Verordnungen in bestimmten Fällen ebenfalls relevant sein können, aber hier nicht systematisch erfasst wurden. Zur Frage der Dokumentations- und Meldepflichten zu Sicherungs- und Zwangsmaßnahmen wurde diese Schwachstelle mit Hilfe einer Zusatzerhebung in den Landesministerien behoben.¹⁵

4.4 Zusammenfassung und Fazit

Gerlinger et al. (2019) konnten zeigen, dass der rechtliche, medizinethische und medizinische Reformdruck insgesamt zu einer Stärkung von Menschenrechten und zu einer Harmonisierung von Teilbereichen der Landesgesetze geführt hat. Gleichzeitig sind der Stand und Umfang der Novellierungsprozesse sowie viele Regelungen weiterhin heterogen. Grundsätzlich bestätigt dies die Ergebnisse der einzigen vergleichbaren Studie von Martin & Steinert (2004), welche allerdings weit vor den hier diskutierten rechtlichen Entwicklungen publiziert wurde und somit längst überholt ist. Dahingegen kann die vorliegende Studie die bestehenden Regelungslücken konkretisieren und den Gesetzgebern auf Landesebene bei weiteren Reformprozessen als Orientierung dienen, indem sie die

¹⁵ Der Promovend hat die sich aus den Ergebnissen der Studie ergebenden Konsequenzen für die klinische Praxis und weiterführende Forschungsfragen selbstständig erarbeitet und in der Diskussion mit den Co-Autoren, welche juristische, medizinethische und medizinische Expertise versammelten, geprüft, vertieft und erweitert. Das Manuskript der Publikation wurde selbstständig inklusive aller Abbildungen, Graphiken und Tabellen erarbeitet und mit den Co-AutorInnen abgestimmt. Es wurde ferner eigenhändig eingereicht und nach Rückmeldung der Reviewer in Abstimmung mit den Co-AutorInnen überarbeitet und erneut eingereicht. Im Manteltext werden gegenüber der Publikation zwei Bereiche für die klinische Praxis herausgegriffen und vertieft diskutiert, welche aus Sicht des Autors den rechtlichen, medizinethischen und klinischen Diskurs in den nächsten Jahren bestimmen werden.

klinisch und medizinethisch besonders relevanten Bereiche identifiziert und die diesbezüglichen Umsetzungslücken der Landesgesetze definiert hat. Auf Bundesebene kann die Publikation dazu beitragen, politischen Handlungsdruck für ein bundesweites Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz aufzubauen, welches aus Gründen der Gerechtigkeit und Gleichbehandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen unabhängig vom Wohnort gefordert ist. Schließlich ist die Reduzierung von Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen ein wichtiges rechtliches, medizinethisches und nicht zuletzt klinisches Ziel, welches nur durch entsprechende rechtliche Rahmenbedingungen und deren Signalwirkung für die in der Psychiatrie Tätigen erreicht werden kann. Fachliche Behandlungsleitlinien, wie die neue S3-Leitlinie zur Verhinderung von Zwang (DGPPN, 2018), werden dazu nicht ausreichen. Denn in Zeiten begrenzter finanzieller und personeller Ressourcen ist die Legalität von Maßnahmen eine weitaus stärkere Norm als deren Legitimität.

Literaturverzeichnis

- Adorjan, K., Steinert, T., Flammer, E., Deister, A., Koller, M., Zinkler, M., Herpertz, S. C., Häfner, S., Hohl-Radke, F., Beine, K. H., Falkai, P., Gerlinger, G., Pogarell, O. & Pollmächer, T. (2017). Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie: Eine Pilotstudie der DGPPN zur Erprobung eines einheitlichen Erfassungsinstrumentes. *Nervenarzt*, 88, 802-810.
- Bauer, A. & Vollmann, J. (2002). Einwilligungsfähigkeit bei psychisch Kranken: Eine Übersicht empirischer Untersuchungen. *Nervenarzt*, 73, 1031-1038.
- Brink, C. (2002). Zwangseinweisungen in die Psychiatrie. In U. Herbert (Hrsg.), *Wandlungsprozesse in Westdeutschland: Belastung, Integration, Liberalisierung 1945-1980* (S. 468-507). Göttingen: Wallstein.
- Bruns, H., Gather, J., Henking, T. & Vollmann, J. (2015). Überlegungen aus klinisch-ethischer Perspektive. In T. Henking & J. Vollmann (Hrsg.), *Zwangsbehandlung psychisch kranker Menschen: ein Leitfaden für die Praxis* (S. 91-116) Berlin: Springer.
- Bundesamt für Justiz. (2017). *Zusammenstellung der Geschäftsübersichten der Amtsgerichte für die Jahre 1995 bis 2016*. Abgerufen am 10. Juli 2018 von http://www.bundesjustizamt.de/DE/SharedDocs/Publikationen/Justizstatistik/Geschaeftsentwicklung_Amtsgerichte.pdf%3F__blob%3Dpublication-File%26v%3D5+&cd=1&hl=de&ct=clnk&gl=de&client=firefox-a
- Bundesverfassungsgericht. (2018). *Leitsätze zum Urteil des Zweiten Senats vom 24. Juli 2018: 2 BvR 309/15, 2 BvR 502/16*. Abgerufen am 25. Juli 2018 von https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Downloads/DE/2018/07/rs20180724_2bvr030915.pdf?__blob=publicationFile&v=2
- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M. & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33, 395-405.
- Deinert, H. (2015). *Betreuungszahlen 2015: Amtliche Erhebungen des Bundesamtes für Justiz, der Sozialministerien der Bundesländer, der überörtlichen Betreuungsbe-*

- hörden, der Bundesnotarkammer sowie des Statistischen Bundesamtes. Abgerufen am 4. Mai 2018 von https://www.bundesanzeiger-verlag.de/fileadmin/BT-Prax/downloads/Statistik_Betreuzahlen/2015/Betreuungsstatistik_2015.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen. *Nervenarzt*, 85, 1419-1431.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2016). Eckpunkte für die Regelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern: mit Erläuterungen. *Nervenarzt*, 87, 311-314.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. (2018). *S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“*. Abgerufen am 18. September 2018 von https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%20LITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf
- Deutscher Ethikrat. (2018). *Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung*. Abgerufen am 05. Dezember 2018 von <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-hilfe-durch-zwang.pdf>
- Deutsches Institut für Menschenrechte. (2018). *Staatenprüfung 2018-2020*. Abgerufen am 12. Januar 2019 von <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/monitoring-stelle-un-brk/staatenpruefung-2018-2020/>
- Flammer, E. & Steinert, T. (2018). Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Konzeption und erste Auswertungen. *Psychiatrische Praxis*. doi: 10.1055/a-0665-6728
- Flammer, E., Steinert, T., Eisele, F., Bergk, J. & Uhlmann, C. (2013). Who is subjected to coercive measures as a psychiatric inpatient? A multi-level analysis. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 9, 110-119.
- Freeman, M. C., Kolappa, K., de Almeida, J. M., Kleinman, A., Makhshvili, N., Phakathi, S., Saraceno, B. & Thornicroft, G. (2015). Reversing hard won victories in the

- name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Lancet Psychiatry*, 2, 844-850.
- Gerlinger, G., Deister, A., Heinz, A., Koller, M., Müller, S., Steinert, T. & Pollmächer, T. (2019). Nach der Reform ist vor der Reform: Ergebnisse der Novellierungsprozesse der Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Bundesländer. *Nervenarzt*, 90, 45-57.
- Gieselmann, A., Simon, A., Vollmann, J. & Schöne-Seifert, B. (2018). Psychiatrists' views on different types of advance statements in mental health care in Germany. *International Journal of Social Psychiatry*, 64, 737-744.
- Grisso, T., Appelbaum, P. S., Mulvey, E. P. & Fletcher, K. (1995). The MacArthur Treatment Competence Study II: Measures of abilities related to competence to consent to treatment. *Law and Human Behavior*, 19, 127-148.
- Großimlinghaus, I., Hauth, I., Falkai, P., Janssen, B., Deister, A., Meyer-Lindenberg, A., Roth-Sackenheim, C., Schneider, F., Wobrock, T., Zeidler, R. & Gaebel, W. (2017). Aktuelle Empfehlungen der DGPPN für Schizophrenie-Qualitätsindikatoren. *Nervenarzt*, 88, S. 779-786.
- Gühne, U., Becker, T., Salize, H.-J. & Riedel-Heller, S. G. (2015). Wie viele Menschen in Deutschland sind schwer psychisch krank? *Psychiatrische Praxis*, 42, 415-423.
- Henking, T. (2015). Kommentar zum Eckpunktepapier der DGPPN. *Recht und Psychiatrie*, 3, 171-172.
- Henking, T. & Mittag, M. (2015). Rechtliche Rahmenbedingungen. In T. Henking & J. Vollmann (Hrsg.), *Zwangsbearbeitung psychisch kranker Menschen: ein Leitfa-den für die Praxis* (S. 29-90) Berlin: Springer.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen, H. U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85, 77-87.

- Janssen, W. A., Noorthoorn, E. O., Nijman, H. L., Bowers, L., Hoogendoorn, A. W., Smit, A. & Widdershoven, G. A. (2013). Differences in seclusion rates between admission wards: does patient compilation explain? *Psychiatric Quarterly*, *84*, 39-52.
- Juckel, G. & Haußleiter, I. (2015). Die stationäre Unterbringung nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG NRW) – was sind die stärksten Prädiktoren? *Psychiatrische Praxis*, *42*, 133-139.
- Maier, W., Hauth, I., Berger, M. & Saß, H. (2016). Zwischenmenschliche Gewalt im Kontext affektiver und psychotischer Störungen. *Nervenarzt*, *87*, 53-68.
- Martin, V. & Steinert, T. (2004). Ein Vergleich der Unterbringungsgesetze in den 16 deutschen Bundesländern. *Krankenhauspsychiatrie*, *15*, 1-11.
- Müller, S. (2018). Einfluss der UN-Behindertenrechtskonvention auf die deutsche Rechtsprechung und Gesetzgebung zu Zwangsmaßnahmen. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, *86*, 485-492.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2015). *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*. Abgerufen am 18. November 2018 von <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-pdf-1837264712389>
- Pollmächer, T. (2016). „Gefährdung Dritter als Rechtfertigung einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung psychisch Kranker?“ – Kontra. *Psychiatrische Praxis*, *43*, 11-12.
- Rohe, T., Dresler, T., Stuhlinger, M., Weber, M., Strittmatter, T. & Fallgatter, A. J. (2017). Bauliche Modernisierungen in psychiatrischen Kliniken beeinflussen Zwangsmaßnahmen. *Nervenarzt*, *88*, 70-77.
- Schalast, N. (2016). „Gefährdung Dritter als Rechtfertigung einer öffentlich-rechtlichen Unterbringung psychisch Kranker?“ – Pro. *Psychiatrische Praxis*, *43*, 10-11.
- Statistisches Bundesamt. (2017). *Todesursachen in Deutschland*. Abgerufen am 17. November 2018 von https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen2120400157004.pdf?__blob=publicationFile

- Steinert, T. & Flammer, E. (2018). Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken? *Nervenarzt*, *90*, 35-39.
- Thomsen, C., Starkopf, L., Hastrup, L. H., Andersen, P. K., Nordentoft, M. & Benros, M. E. (2017). Risk factors of coercion among psychiatric inpatients: a nationwide register-based cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *52*, 979-987.
- van der Schaaf, P. S., Dusseldorp, E., Keuning, F. M., Janssen, W. A. & Noorthoorn, E. O. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *British Journal of Psychiatry*, *202*, 142-149.
- United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2014). *General comment No. 1 on Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1*. Abgerufen am 18. Januar 2019 von <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/031/20/PDF/G1403120.pdf?OpenElement>
- United Nations Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015). *Concluding observations on the initial report of Germany. CRPD/C/DEU/CO/1*. Abgerufen am 18. Januar 2019 von <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G15/096/31/PDF/G1509631.pdf?OpenElement>
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. (2013). Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*, *110*, 1334-1338.

Entscheidungsverzeichnis

2 BvR 882/09 (23.03.2011)

2 BvR 633/11 (12.10.2011)

Az XII ZB 99/12 (20.06.2012)

Az XII ZB 130/12 (20.06.2012)

2 BvR 228/12 (20.02.2013)

1 BvL 8/15 (26.07.2016)

2 BvR 502/16 (24.07.2018)

2 BvR 309/15 (24.07.2018)

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Gabriel Johannes Gerlinger, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema „Wahrung von Patientenautonomie und Menschenrechten in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie – Umsetzung in Klinik und Recht“ (engl.: „Protecting patient autonomy and human rights in psychiatric hospitals in Germany – implementation in clinical practice and law“) selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass mir die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser Satzung verpflichte.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§ 156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum: 01.02.2019

Unterschrift

Anteilerklärung an der erfolgten Publikation

Gabriel Johannes Gerlinger hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Gerlinger, G., Deister, A., Heinz, A., Koller, M., Müller, S., Steinert, T. & Pollmächer, T. (2019). Nach der Reform ist vor der Reform: Ergebnisse der Novellierungsprozesse der Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Bundesländer. *Nervenarzt*, 90, 45-57.

Beitrag im Einzelnen:

- Hintergrund und Fragestellung: Ich habe die Fragestellung selbstständig erarbeitet. Den aktuellen Forschungsstand habe ich recherchiert und dargestellt.
- Methodik: ein Studienplan wurde von mir erstellt, die Identifikation klinisch und medizinethisch besonders relevanter Bereiche durch eine Expertengruppe wurde koordiniert, der Stand der Gesetzesprozess wurde recherchiert und die Gesetzestexte wurden ausgewertet und vergleichend analysiert.
- Ergebnisse und Diskussion: Ich habe die Ergebnisse aufbereitet und verantworte deren Darstellung in allen Abbildungen, Graphiken und Tabellen. Die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die klinische Praxis und weiterführender Forschungsfragen wurden selbstständig durch mich erarbeitet.
- Manuskript: Das Manuskript habe ich selbstständig inklusive aller Abbildungen, Graphiken und Tabellen erarbeitet und mit den Co-AutorInnen abgestimmt.
- Einreichung und Reviewing-Prozess: Das Manuskript habe ich eigenhändig eingereicht und nach Rückmeldung der Reviewer in Abstimmung mit den Co-AutorInnen überarbeitet und erneut eingereicht.

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

Auszug aus der Journal Summary List

Journal Data Filtered By: Selected JCR Year: 2017

Selected Editions: SCIE

Selected Categories: "PSYCHIATRY"

Selected Category Scheme: WoS

Gesamtanzahl: 142 Journale

Rank	Full Journal Title	Total Cites	Journal Impact Factor	Eigenfactor Score
1	World Psychiatry	4,055	30.000	0.010540
2	JAMA Psychiatry	8,414	16.642	0.044550
3	Lancet Psychiatry	3,223	15.233	0.015210
4	AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY	42,369	13.391	0.037870
5	PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOSOMATICS	3,597	13.122	0.005520
6	BIOLOGICAL PSYCHIATRY	42,494	11.982	0.056910
7	MOLECULAR PSYCHIATRY	18,460	11.640	0.047200
8	JOURNAL OF NEUROLOGY NEUROSURGERY AND PSYCHIATRY	29,695	7.144	0.032980
9	SCHIZOPHRENIA BULLETIN	15,697	6.944	0.027700
10	NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY	24,537	6.544	0.042870
11	JOURNAL OF CHILD PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY	18,604	6.486	0.023410
12	JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY	19,482	6.250	0.019260
13	ADDICTION	18,607	5.953	0.028990
14	BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY	24,481	5.867	0.022960
15	Epidemiology and Psychiatric Sciences	950	5.684	0.003550
16	PSYCHOLOGICAL MEDICINE	23,080	5.475	0.039400
17	JOURNAL OF PSYCHIATRY & NEUROSCIENCE	2,989	5.182	0.004700
18	AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND JOURNAL OF PSYCHIATRY	6,624	5.084	0.008440
19	DEPRESSION AND ANXIETY	7,923	5.043	0.015870
20	ACTA PSYCHIATRICA SCANDINAVICA	12,498	4.984	0.010890

21	JOURNAL OF PSYCHOPHARMACOLOGY	5,808	4.738	0.010900
22	PSYCHONEUROENDOCRINOLOGY	16,507	4.731	0.030420
23	Translational Psychiatry	5,384	4.691	0.021220
24	BIPOLAR DISORDERS	5,070	4.490	0.007870
25	CURRENT OPINION IN PSYCHIATRY	3,675	4.266	0.006830
26	JOURNAL OF CLINICAL PSYCHIATRY	18,677	4.247	0.020820
27	CNS DRUGS	4,364	4.206	0.007540
28	PROGRESS IN NEURO- PSYCHOPHARMACOL- OGY & BIOLOGICAL PSYCHIATRY	9,823	4.185	0.013170
29	EUROPEAN NEUROPSYCHOPHARMACOLOGY	6,920	4.129	0.015110
29	EUROPEAN PSYCHIATRY	4,876	4.129	0.007890
31	JOURNAL OF PSYCHIATRIC RESEARCH	14,397	4.000	0.022480
32	INTERNATIONAL JOURNAL OF NEUROPSY- CHOPHARMACOLOGY	6,259	3.981	0.014550
33	SCHIZOPHRENIA RESEARCH	19,650	3.958	0.032460
34	INTERNATIONAL JOURNAL OF EATING DIS- ORDERS	8,732	3.897	0.010160
35	Current Psychiatry Reports	3,447	3.864	0.009390
36	PSYCHOSOMATIC MEDICINE	12,288	3.810	0.010150
37	JOURNAL OF AFFECTIVE DISORDERS	26,957	3.786	0.053380
38	WORLD JOURNAL OF BIOLOGICAL PSYCHIA- TRY	2,191	3.713	0.004710
39	Journal of Attention Disorders	3,100	3.668	0.006190
40	Journal of Behavioral Addictions	945	3.628	0.002700
41	EUROPEAN ARCHIVES OF PSYCHIATRY AND CLINICAL NEUROSCIENCE	3,837	3.617	0.005400
42	CANADIAN JOURNAL OF PSYCHIATRY-REVUE CANADIENNE DE PSYCHIATRIE	4,997	3.612	0.006340
43	EUROPEAN CHILD & ADOLESCENT PSYCHIA- TRY	4,492	3.553	0.007980
44	CNS SPECTRUMS	2,200	3.504	0.003180
45	AMERICAN JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIA- TRY	6,363	3.480	0.010470
46	DRUG AND ALCOHOL DEPENDENCE	16,889	3.322	0.033280

47	HARVARD REVIEW OF PSYCHIATRY	1,527	3.264	0.002310
48	PSYCHOPHARMACOLOGY	22,959	3.222	0.025210
49	PSYCHIATRY AND CLINICAL NEUROSCIENCES	3,259	3.199	0.003780
50	JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOPHARMACOL- OGY	4,928	3.134	0.005340
51	AMERICAN JOURNAL OF MEDICAL GENETICS PART B- NEUROPSYCHIATRIC GENETICS	4,061	3.016	0.006150
52	GENERAL HOSPITAL PSYCHIATRY	4,909	2.989	0.007420
53	JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH	12,468	2.947	0.011540
54	INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY	8,476	2.940	0.010410
55	Early Intervention in Psychiatry	1,240	2.923	0.003380
56	SOCIAL PSYCHIATRY AND PSYCHIATRIC EPI- DEMOLOGY	7,477	2.918	0.013170
57	JOURNAL OF CHILD AND ADOLESCENT PSY- CHOPHARMACOLOGY	2,677	2.901	0.004860
58	DEMENTIA AND GERIATRIC COGNITIVE DIS- ORDERS	4,507	2.886	0.004780
59	Behavioral Sleep Medicine	1,007	2.871	0.002420
60	Frontiers in Psychiatry	3,308	2.857	0.012340
61	HUMAN PSYCHOPHARMACOLOGY-CLINICAL AND EXPERIMENTAL	2,238	2.806	0.003070
62	JOURNAL OF THE INTERNATIONAL NEURO- PSYCHOLOGICAL SOCIETY	6,711	2.777	0.007740
63	AGING & MENTAL HEALTH	4,282	2.663	0.007050
64	EUROPEAN ADDICTION RESEARCH	1,158	2.653	0.002240
65	EPILEPSY & BEHAVIOR	9,684	2.600	0.016330
66	Archives of Womens Mental Health	2,535	2.565	0.004920
67	PSYCHOSOMATICS	3,762	2.534	0.003110
68	INTERNATIONAL JOURNAL OF METHODS IN PSYCHIATRIC RESEARCH	2,658	2.500	0.003100
69	PSYCHIATRY RESEARCH-NEUROIMAGING	5,247	2.455	0.009550
70	BEHAVIORAL MEDICINE	752	2.442	0.001100
71	BMC Psychiatry	8,221	2.419	0.021920

72	EXPERIMENTAL AND CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY	2,454	2.354	0.003290
73	ACTA NEUROPSYCHIATRICA	746	2.333	0.001520
74	INTERNATIONAL CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY	1,953	2.284	0.001910
75	INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRICS	5,621	2.261	0.010530
76	Revista de Psiquiatria y Salud Mental	297	2.233	0.000610
77	PSYCHIATRY RESEARCH	17,911	2.223	0.030760
78	PSYCHIATRIC SERVICES	10,185	2.205	0.014640
79	Neuropsychiatric Disease and Treatment	4,303	2.195	0.009840
80	PSYCHIATRY-INTERPERSONAL AND BIOLOGICAL PROCESSES	2,230	2.186	0.002010
81	JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY AND NEUROLOGY	1,567	2.183	0.001880
82	Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia Bulimia and Obesity	1,138	2.154	0.001880
83	COMPREHENSIVE PSYCHIATRY	6,054	2.128	0.009680
84	PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY-THEORY RESEARCH AND PRACTICE	1,019	2.097	0.001180
85	REVISTA BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA	1,724	2.093	0.002840
86	PHARMACOPSYCHIATRY	1,718	2.064	0.001520
87	Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health	938	2.033	0.002180
87	International Journal of Mental Health Nursing	1,389	2.033	0.001860
89	JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE	8,037	1.940	0.006740
90	Annals of General Psychiatry	779	1.915	0.001400
91	JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC OBSTETRICS & GYNECOLOGY	1,262	1.900	0.001100
92	JOURNAL OF ECT	1,556	1.896	0.002100
93	JOURNAL OF NEUROPSYCHIATRY AND CLINICAL NEUROSCIENCES	3,586	1.854	0.003060
94	CLINICAL EEG AND NEUROSCIENCE	888	1.807	0.001490
95	NORDIC JOURNAL OF PSYCHIATRY	1,744	1.764	0.002430
96	Journal of Psychiatric Practice	996	1.722	0.001560
97	Clinical Child Psychology and Psychiatry	1,103	1.705	0.001360

98	Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	2,354	1.702	0.002390
99	STRESS AND HEALTH	1,421	1.661	0.002560
100	Child and Adolescent Mental Health	781	1.593	0.001250
101	Annals of Clinical Psychiatry	984	1.467	0.001300
102	Psychiatry Investigation	936	1.434	0.002120
103	NEUROPSYCHOBIOLOGY	2,523	1.421	0.002380
104	Asia-Pacific Psychiatry	354	1.416	0.001000
105	Eating Disorders	996	1.351	0.001400
106	Psychiatria Danubina	1,028	1.341	0.002010
107	INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHIATRY IN CLINICAL PRACTICE	647	1.337	0.001250
108	Cognitive Neuropsychiatry	981	1.329	0.001270
109	VERHALTENSTHERAPIE	279	1.239	0.000370
110	Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders	448	1.230	0.001740
111	Psychogeriatrics	502	1.209	0.001050
112	Psychiatria Polska	684	1.196	0.000790
113	International Journal of Mental Health and Addiction	1,127	1.192	0.001850
114	ARCHIVES OF PSYCHIATRIC NURSING	1,368	1.133	0.001760
115	SUBSTANCE USE & MISUSE	3,448	1.132	0.005470
116	Indian Journal of Psychiatry	1,481	1.061	0.001360
116	PSYCHOPATHOLOGY	1,685	1.061	0.001580
118	ARQUIVOS DE NEURO-PSIQUIATRIA	2,796	1.015	0.003300
118	PERSPECTIVES IN PSYCHIATRIC CARE	494	1.015	0.000560
120	Australasian Psychiatry	1,037	0.944	0.001570
121	Journal of the American Psychiatric Nurses Association	402	0.939	0.000660
122	NEUROCASE	1,121	0.920	0.001580
123	ACTAS ESPANOLAS DE PSIQUIATRIA	495	0.878	0.000500
124	Clinical Gerontologist	650	0.862	0.000550
125	Issues in Mental Health Nursing	1,826	0.825	0.002040
126	NERVENARZT	1,523	0.738	0.001520
127	Archives of Clinical Psychiatry	328	0.732	0.000360

128	INTERNATIONAL JOURNAL OF PSYCHIATRY IN MEDICINE	1,194	0.681	0.001150
129	Rivista di Psichiatria	243	0.600	0.000470
130	ENCEPHALE-REVUE DE PSYCHIATRIE CLINIQUE BIOLOGIQUE ET THERAPEUTIQUE	1,123	0.599	0.000910
131	ZEITSCHRIFT FUR PSYCHOSOMATISCHE MEDIZIN UND PSYCHOTHERAPIE	234	0.538	0.000260
132	ISRAEL JOURNAL OF PSYCHIATRY AND RELATED SCIENCES	560	0.431	0.000500
133	Suchttherapie	53	0.417	0.000070
134	FORTSCHRITTE DER NEUROLOGIE PSYCHIATRIE	515	0.395	0.000480
135	Geriatric et Psychologie Neuropsychiatrie de Vieillessement	110	0.368	0.000240
136	Recht & Psychiatrie	56	0.364	0.000040
137	South African Journal of Psychiatry	114	0.356	0.000100
138	Anadolu Psikiyatri Dergisi-Anatolian Journal of Psychiatry	323	0.335	0.000190
139	KLINIK PSIKOFARMAKOLOJI BULTENI-BULLETIN OF CLINICAL PSYCHOPHARMACOLOGY	318	0.327	0.000490
140	ANNALES MEDICO-PSYCHOLOGIQUES	652	0.222	0.000340
141	PSYCHIATRIE DE L ENFANT	91	0.122	0.000020
142	Psychiatry and Clinical Psychopharmacology	7	Not Available	0.000000

Druckexemplar der ausgewählten Originalpublikation

Gerlinger, G., Deister, A., Heinz, A., Koller, M., Müller, S., Steinert, T. & Pollmächer, T. (2019). Nach der Reform ist vor der Reform: Ergebnisse der Novellierungsprozesse der Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Bundesländer. *Nervenarzt*, 90, 45-57.

DOI: <https://doi.org/10.1007/s00115-018-0612-3>

Meine Originalpublikation wird aus urheberrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Vollständige Publikationsliste

Lehrbuchkapitel

Jacobi, F., Kunas, S. L., Annighöfer, M. L. D., Sammer, S., Götz, T. & **Gerlinger, G.** (2019). Versorgungs- und Hilfesysteme für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Hilfebedarf in Deutschland. In R. Haring (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer. doi.org/10.1007/978-3-662-54179-1_55-1

Originalarbeiten (peer-reviewed)

Adorjan, K., Steinert, T., Flammer, E., Deister, A., Koller, M., Zinkler, M., Herpertz, S. C., Häfner, S., Hohl-Radke, F., Beine, K. H., Falkai, P., **Gerlinger, G.**, Pogarell, O. & Pollmächer, T. (2017). Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie: Eine Pilotstudie der DGPPN zur Erprobung eines einheitlichen Erfassungsinstrumentes. *Nervenarzt*, 88, 802-810. **(2017 Impact Factor: 0.738)**

Klein, J. P., **Gerlinger, G.**, Knaevelsrud, C., Bohus, M., Meisenzahl, E., Kersting, A., Röhr, S., Riedel-Heller, S. G., Sprick, U., Dirmaier, J., Härter, M., Hegerl, U., Hohagen, F. & Hauth, I. (2016). Internetbasierte Interventionen in der Behandlung psychischer Störungen. Überblick, Qualitätskriterien, Perspektiven. *Nervenarzt*, 87, 1185-1193. **(geteilte Erstautorenschaft; 2017 Impact Factor: 0.738)**

Klein, J. P., Knaevelsrud, C., Bohus, M., Ebert, D. D., **Gerlinger, G.**, Günther, K., Jacobi, C., Löbner, M., Riedel-Heller, S. G., Sander, J., Sprick, U. & Hauth, I. (2018). Internetbasierte Selbstmanagementinterventionen. Qualitätskriterien für ihren Einsatz in Prävention und Behandlung psychischer Störungen. *Nervenarzt*, 89, 1277-1286. **(2017 Impact Factor: 0.738)**

Gerlinger, G., Deister, A., Heinz, A., Koller, M., Müller, S., Steinert, T. & Pollmächer, T. (2019). Nach der Reform ist vor der Reform: Ergebnisse der Novellierungsprozesse der Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetze der Bundesländer. *Nervenarzt*, 90, 45-57. **(2017 Impact Factor: 0.738)**

Reviews (peer-reviewed)

Gerlinger, G., Hauser, M., De Hert, M., Lacluyse, K., Wampers, M. & Correll, C. U. (2013). Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry*, 12, 155-164. **(2017 Impact Factor 30.0)**

Weitere Publikationen (nicht peer-reviewed)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde – Taskforce Patientenautonomie (2016). Eckpunkte der DGPPN zur Regelung der öffentlich-rechtlichen Unterbringung in psychiatrischen Krankenhäusern: Mit Erläuterungen. *Nervenarzt*, 87, 311-314. **(2017 Impact Factor: 0.738)**

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2014). Achtung der Selbstbestimmung und Anwendung von Zwang bei der Behandlung psychisch erkrankter Menschen: Eine ethische Stellungnahme der DGPPN. *Nervenarzt*, 85, 1419-1431. **(2017 Impact Factor: 0.738)**

Havemann-Reinecke, U., Hoch, E., Preuss, U. W., Kiefer, F., Batra, A., **Gerlinger G.** & Hauth, I. (2017). Zur Legalisierungsdebatte des nichtmedizinischen Cannabiskonsums: DGPPN-Positionspapier. *Nervenarzt*, 88, 291-298. **(2017 Impact Factor: 0.738)**

Stengler, K., Rauschenbach, J., Riedel-Heller, S. G., Becker, T., Steinhart, I., **Gerlinger, G.** & Hauth, I. (2016). DGPPN-Teilhabekompass zu beruflichen Integrationsmaßnahmen für Menschen mit psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt*, 87, 1144-1151. **(2017 Impact Factor: 0.738)**

Gerlinger, G., Hauth, I., Klein, J. P. & Sander, J. (2017). Die richtige Therapie im Netz, *Projekt Psychotherapie*, 1, 24-25.

Stengler, K., Frank, M., Riedel-Heller, S. G., Becker, T., Steinhart, I., **Gerlinger, G.**, Hauth, I. & Deister, A. (2018). Der DGPPN-Teilhabekompass II: Umsetzung sozialer Teilhabe für Menschen mit psychischen Erkrankungen. *Nervenarzt*, 89, 1237-1242. **(2017 Impact Factor: 0.738)**

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meiner Doktormutter Frau PD Dr. Sabine Müller für die stets verlässliche und fachlich hervorragende Betreuung, die zahlreichen hilfreichen Hinweise und das professionelle Lektorat. Ebenso danke ich recht herzlich meinem Zweitbetreuer Herrn Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz für die konstruktiven Anregungen.

Für die Ermutigung zur Promotion gebührt mein aufrichtiger Dank Herrn Prof. Dr. Arno Deister und Herrn Prof. Dr. Thomas Pollmächer.

Auch bei den weiteren Co-Autoren der Publikation möchte ich mich bedanken, welche durch wertvolle Anregungen aus ihrer jeweils spezifischen Expertise zum Erfolg der Veröffentlichung beigetragen haben: Herr Prof. Dr. Tilman Steinert und Herr Vorsitzender Richter am Landgericht Göttingen Matthias Koller.

Der größte Dank gebührt schließlich meiner Frau Solvejg Beyer-Gerlinger und meinem Sohn Jona Mattis, ohne deren Verständnis und Unterstützung die Promotion nicht möglich gewesen wäre. Ihnen ist diese Doktorarbeit gewidmet.