

Psychische Gesundheit, Menschenrechte und Gesetzgebung

Leitfaden und Praxis



© Die Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V.,
Vorbergstr. 9a, 10823 Berlin, Deutschland, <https://die-bpe.de> 2024

Diese Übersetzung wurde nicht von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder den Vereinten Nationen oder dem Büro des Hochkommissars für Menschenrechte erstellt. Die WHO und das Büro des Hochkommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte sind nicht für den Inhalt oder die Richtigkeit dieser Übersetzung verantwortlich. Die englische Originalausgabe *Mental health, human rights and legislation: guidance and practice* sind die verbindlichen und authentischen Ausgaben:

https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/WHO-OHCHR-Mental-health-human-rights-and-legislation_web.pdf

und

<https://iris.who.int/handle/10665/373126>

Dieses übersetzte Werk steht unter der [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)

Siehe auch den „**Haftungsausschluß**“ auf **Seite 2**.

© Die Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener e.V.,
Vorbergstr. 9a, 10823 Berlin, Germany, <https://die-bpe.de> 2024

This translation was not created by the World Health Organization (WHO) or United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights. WHO and United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights are not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition *Mental health, human rights and legislation: guidance and practice* shall be the binding and authentic editions:

https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/WHO-OHCHR-Mental-health-human-rights-and-legislation_web.pdf

and

<https://iris.who.int/handle/10665/373126>

This translated work is available under the [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)

See also the "**Disclaimer**" on **page 2**.

Allgemeine Haftungsausschlüsse.

Die in dieser Publikation verwendeten Bezeichnungen und die Darstellung des Materials bedeuten nicht, dass die WHO und/oder die Vereinten Nationen eine wie auch immer geartete Meinung über den Rechtsstatus eines Landes, eines Territoriums, einer Stadt oder eines Gebiets oder seiner Behörden oder über den Verlauf seiner Grenzen. Gestrichelte Linien auf Karten stellen ungefähre Grenzverläufe dar, über die möglicherweise noch keine vollständige Einigung besteht.

Die Erwähnung bestimmter Unternehmen oder Produkte bestimmter Hersteller bedeutet nicht, dass diese von der WHO und den Vereinten Nationen befürwortet oder empfohlen werden und anderen, nicht erwähnten Produkten ähnlicher Art vorgezogen werden. Vorbehaltlich von Irrtümern und Auslassungen sind die Namen geschützter Produkte durch große Anfangsbuchstaben gekennzeichnet.

Die WHO und/oder die Vereinten Nationen haben alle angemessenen Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Veröffentlichung enthaltenen Informationen zu überprüfen. Das veröffentlichte Material wird jedoch ohne jegliche ausdrückliche oder stillschweigende Garantie verteilt. Die Verantwortung für die Interpretation und Verwendung des Materials liegt beim Leser. Die WHO und/oder die Vereinten Nationen haften in keinem Fall für Schäden, die sich aus der Verwendung des Materials ergeben.

General disclaimers.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of WHO and/or the United Nations concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by WHO and the United Nations in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by WHO and/or the United Nations to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall WHO and/or the United Nations be liable for damages arising from its use.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort **vii**

Danksagung **ix**

Abkürzungen und Akronyme **xii**

Glossar **xiii**

Zusammenfassung **xvi**

Einleitung

1. Hintergrund
2. Zweck und Umfang
3. Für wen ist der Leitfaden gedacht?
4. Warum ist der Leitfaden wichtig?
5. Wie ist der Leitfaden zu verwenden?
6. Wie wurde der Leitfaden entwickelt?
7. Eine Anmerkung zur Sprache

Kapitel 1 Die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit überdenken

Einleitung

- 1.1 Kontext und Herausforderungen im Bereich der psychischen Gesundheit
- 1.2 Psychische Gesundheit und das Gesetz
- 1.3 Gesetze zur psychischen Gesundheit und Menschenrechte
- 1.4 Der internationale Menschenrechtsrahmen

1.5 Anwendung des Menschenrechtsrahmens auf die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit

1.5.1 Ein sektorübergreifender Ansatz für psychische Gesundheit und Wohlbefinden

1.5.2 Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung

1.5.3 Zugang zu hochwertiger, personenzentrierter und rechtebasierter psychosozialer Versorgung und Unterstützung

1.5.4 Übergang zur gemeindenahen psychosozialen Versorgung und Unterstützung

1.5.5 Wahrung der Geschäftsfähigkeit und der informierten Zustimmung sowie Vermeidung von Zwangshandlungen

1.5.6 Beteiligung

1.5.7 Einbeziehung der Gemeinschaft

1.5.8 Rechenschaftspflicht

Kapitel 2 Gesetzliche Bestimmungen für personenzentrierte, genesungsorientierte und rechtebasierte psychische Gesundheitssysteme

Einleitung

2.1 Gewährleistung von Gleichheit und Nichtdiskriminierung

2.1.1 Verbot jeglicher Form von Diskriminierung

2.1.2 Bereitstellung von angemessenen Vorkehrungen

2.1.3 Diskriminierung in der Krankenversicherung

2.1.4 Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung in Gemeinschaften

2.1.5 Gleiche Anerkennung von Rechten in psychosozialen Diensten

2.2 Wahrung der Persönlichkeit und der Geschäftsfähigkeit in psychosozialen Diensten

- 2.2.1 Wahrung der Geschäftsfähigkeit in der psychosozialen Versorgung
- 2.2.2 Verbot von Ersatzentscheidungen in psychosozialen Diensten
- 2.2.3 Bereitstellung unterstützter Entscheidungsfindung für Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen
- 2.2.4 Wahrung des Willens und der Präferenzen
- 2.2.5 Respektierung der sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern

2.3 Informierte Zustimmung und Abschaffung von Zwangspraktiken in der psychosozialen Versorgung

- 2.3.1 Förderung und Schutz des Rechts auf freie und informierte Zustimmung
- 2.3.2 Vorausschauende Planung
- 2.3.3 Unterstützung in Krisensituationen
- 2.3.4 Verbot der nicht freiwilligen Einweisung und Behandlung
- 2.3.5 Abschaffung von Isolierung und Zwangsmaßnahmen
- 2.3.6 Neugestaltung des Pflegeprozesses
- 2.3.7 Entkriminalisierung von Selbstmord

2.4 Zugang zu qualitativ hochwertigen psychosozialen Diensten

- 2.4.1 Parität zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit
- 2.4.2 Finanzierung der psychischen Gesundheit
- 2.4.3 Erschwinglicher und gerechter Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung
- 2.4.4 Geschlechtsspezifische psychosoziale Versorgung
- 2.4.5 Altersgerechte psychosoziale Versorgung
- 2.4.6 Kulturell angepasste psychosoziale Versorgung
- 2.4.7 Antirassistische psychosoziale Versorgung und Unterstützung
- 2.4.8 Schulungen für Anbieter von Gesundheitsversorgung und sozialer Betreuung

2.5 Implementierung von psychosozialen Diensten in der Gemeinde

2.5.1 Integration der psychischen Gesundheit in die allgemeine Gesundheitsversorgung

2.5.2 Entwicklung personenzentrierter und rechtebasierter gemeindenaher Dienste für psychische Gesundheit

2.5.3 Integration von Peer-Diensten und von Peers geleiteten Diensten

2.5.4 Deinstitutionalisierung

2.5.5 Umverteilung der finanziellen und personellen Ressourcen

2.5.6 Umsetzung in humanitären Kontexten und Notfällen

2.6 Gewährleistung einer umfassenden und wirksamen Beteiligung an öffentlichen Entscheidungen

2.6.1 Anerkennung des Rechts auf aktive Beteiligung an der Entscheidungsfindung

2.6.2 Durchführung zugänglicher und fairer Konsultationen

2.7 Sicherstellung der Rechenschaftspflicht

2.7.1 Informationssysteme

2.7.2 Unabhängige Kontrollorgane 2.7.3 Einführung wirksamer Rechtsmittel und Rechtsbehelfe 2.7.4 Berufliche Verantwortung und Haftung

2.8 Sektorübergreifende Reformen für ein ganzheitliches Dienstleistungsangebot

2.8.1 Förderung der Einbeziehung der Gemeinschaft

2.8.2 Zugang zur Justiz

Kapitel 3 Entwicklung, Umsetzung und Evaluierung von rechtsbasierten Gesetzen zur psychischen Gesundheit

Einleitung

3.1 Einbeziehung von Interessengruppen und Konsensbildung

3.1.1 Aktive Einbindung aller maßgeblichen Interessengruppen, einschließlich Personen mit Lebenserfahrung

3.1.2 Konsensbildung und politischer Wille

3.2 Eine auf Rechten basierende Analyse des bestehenden Rechts und der Politik

3.2.1 Untersuchung der Verpflichtungen aus internationalen Konventionen und Standards

3.2.2 Ermittlung von Hindernissen für eine rechtbasierte psychosoziale Versorgung

3.2.3 Umfassende Überprüfung der nationalen Gesetzgebung

3.2.4 Überprüfung der Gesetzgebung und bewährter Verfahren in anderen Staaten

3.3 Ausarbeitung von Gesetzesentwürfen

3.3.1 Der Entwurfsprozess

3.3.2 Der Konsultationsprozess

3.4 Das Gesetzgebungsverfahren

3.4.1 Zuständigkeit für die Verabschiedung von Gesetzen

3.4.2 Debatte über Gesetzesentwürfe und deren Verabschiedung

3.4.3 Verabschiedung, Verkündung und Veröffentlichung neuer Gesetze

3.4.4 Mobilisierung der Debatte und Einbindung der öffentlichen Meinung

3.5 Umsetzung

3.5.1 Bedeutung, Rolle und Zusammensetzung der für die Umsetzung zuständigen Gremien

3.5.2 Ausarbeitung von Verordnungen und anderen Leitlinien

3.5.3 Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit

3.5.4 Schulung der Akteure in den Systemen der psychischen Gesundheit und der sozialen Versorgung, in anderen Sektoren und der Gemeinschaft

3.5.5 Bereitstellung von Ressourcen

3.6 Bewertung

3.6.1 Bedeutung der Bewertung

3.6.2 Systematische und regelmäßige Überprüfung der Gesetzgebung

3.6.3 Bewertungskriterien und -strategien

Checkliste für die Bewertung von rechtsbasierten Gesetzen zur psychischen Gesundheit

Referenzen

Vorwort

In den letzten Jahren wurde die psychische Gesundheit zunehmend als entscheidender Teil der Gesundheit anerkannt, was sich auch in der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung widerspiegelt, die auf der Grundlage internationaler Menschenrechtsstandards und eines menschenrechtsbasierten Behinderungsmodells eine gute Gesundheit und Wohlbefinden für alle Menschen anstrebt. Gesetze und politische Maßnahmen, die das Recht auf Zugang zu hochwertiger psychosozialer Versorgung und Unterstützung sowie das Recht von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen, in allen Lebensbereichen eigene Entscheidungen zu treffen, garantieren, stellen wichtige Fortschritte dar. Viele Staaten arbeiten daran, den Zugang zu gemeindenahen psychosozialen Diensten zu verbessern, die Stigmatisierung und Diskriminierung im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen abzubauen und die aktive Beteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen an Gesetzesreformen und der Gestaltung politischer Maßnahmen zu fördern. Die meisten Länder befinden sich jedoch noch in der Anfangsphase der Reformen, und es bedarf eines stärkeren politischen Willens, größerer Investitionen und größerer Maßnahmen, um die psychosozialen Gesundheitssysteme auf rechtsbasierte und personenzentrierte Ansätze umzustellen.

Die weltweiten Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit, einschließlich des Verlusts von Arbeitsplätzen und finanzieller Unsicherheit, waren tiefgreifend. Menschen mit bestehenden psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen erlebten ein erhöhtes Maß an sozialer Isolation und Unterbrechungen der Unterstützungssysteme. Die Pandemie hat auch die Unzulänglichkeiten der psychosozialen Dienste und Unterstützung in vielen Ländern aufgezeigt.

Gleichzeitig wurde in vielen Bereichen das Schweigen über das Thema psychische Gesundheit gebrochen, und die Notwendigkeit, die psychische Gesundheit in die allgemeine Gesundheitsversorgung einzubeziehen, wurde als eine wichtige Priorität hervorgehoben. Darüber hinaus gibt es immer mehr Beispiele für auf Rechten basierende gemeindenaher psychosoziale Dienste, einschließlich Peer-Support-Dienste, die ausgebaut und in die allgemeinen Gesundheitssysteme integriert werden können. Die Rolle von Menschen, die bereits Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen gemacht haben, wird zunehmend als unschätzbar anerkannt, da sie anderen, die ähnliche Erfahrungen machen, Unterstützung und Beratung durch Gleichaltrige bieten. Innerhalb des Gesundheitssektors schulen die Länder das Gesundheitspersonal in rechtsbasierten Ansätzen für die psychische Gesundheit.

Indem wir die der psychischen Gesundheit zugrunde liegenden Faktoren erkennen und angehen, können wir zum Aufbau gleichberechtigter, friedlicher und nachhaltiger Gesellschaften beitragen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Büro des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte (OHCHR) stellen sich eine Welt vor, in der alle Menschen ein gesundes Leben führen können und Zugang zu erschwinglichen, qualitativ hochwertigen psychosozialen Diensten haben, die auf einem auf Rechten basierenden Paradigma der psychischen Gesundheit beruhen und den Menschen in den Mittelpunkt stellen; und in der sich Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen voll

und ganz für ihre eigene Genesung einsetzen und an allen Lebensbereichen teilhaben können. Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ist in dieser Hinsicht ein entscheidendes Instrument, das eine Abkehr von stellvertretender Entscheidungsfindung und Zwang hin zu Gleichheit und Nichtdiskriminierung, unterstützter Entscheidungsfindung, freier und informierter Zustimmung, wirksamer und sinnvoller Teilhabe und Einbeziehung in die Gemeinschaft fordert.

Diese gemeinsam von der WHO und dem OHCHR erstellte Publikation ist ein Aufruf zum Handeln, um eine solche Vision zu verwirklichen. Sie bietet einen Entwurf für Gesetze zur Förderung der Menschenrechte im Bereich der psychischen Gesundheit, unterstützt den Wandel von Gesetzen und Einstellungen und regt Reformen an, die die Rechte aller Personen schützen, die mit psychosozialen Systemen interagieren. Es werden Schritte zur Einrichtung von psychosozialen Diensten vorgeschlagen, die die Menschenwürde respektieren und den internationalen Menschenrechtsnormen und -standards entsprechen.

Wir sind zuversichtlich, dass diese Leitlinien insbesondere für Staaten und Entscheidungsträger sowie für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen ein nützliches Hilfsmittel sein werden.

Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus

Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation

Herr Volker Türk

Hochkommissar der Vereinten Nationen für Menschenrechte

Externe Mitwirkende und Gutachter:

Natalie Abrokwa (University of Groningen, Kingdom of the Netherlands), Nazish Arman (Shuchona Foundation, Bangladesh), Peter Bartlett (Centre for Mental Health and Human Rights, Institute of Mental Health, Nottingham University/WHO Collaborating Centre on Mental Health, Disability and Human Rights, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland), Shreya Bhardwaj (Charles University, Czech Republic), Valerie Bichelmeier (Make Mothers Matter, France), Joann Bond (Attorney General's Chambers and the Ministry of Legal Affairs, Guyana), Mauro Giovanni Carta (University of Cagliari, Italy), Francesca Centola (Mental Health Europe, Belgium), Pyali Chatterjee (ICFAI University, India), Dixon Chibanda, (Friendship Bench and University of Zimbabwe, Zimbabwe), María Soledad Cisternas (former Special Envoy of the United Nations Secretary-General on Disability and Accessibility, Chile), Lee Allison Clark (Native Women's Association of Canada, Canada), Jarrod Clyne (International Disability Alliance, Switzerland), Ria Mohammed-Davidson (Attorney at Law, Human Rights and Mental Health, Trinidad and Tobago), Maria de Lourdes Beldi de Alcântara (Universidade de São Paulo, Brazil), Eric Diaz Mella (Centro de Reorganización Regional y Observatorio Social, Chile), Robert Dinerstein (American University Washington College of Law, the United States of America), Zuzana Durajová (Charles University, Czech Republic), Julian Eaton (CBM Global, the United Kingdom), Elisabetta Pascolo Fabrici (Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI)/WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, Italy), Alexandra Finch (Georgetown University, the United States), Leon Garcia (Centro and Hospital das Clínicas, Brazil), Neeraj Gill (Griffith University, Australia), Guilherme Gonçalves Duarte (Permanent Mission of Portugal in Geneva, Ministry of Foreign Affairs, Portugal), Piers Gooding (La Trobe Law School, Australia), Lawrence Gostin (O'Neill Institute for National and Global Health Law at Georgetown University Law Center, Georgetown University/WHO Collaborating Center for National and Global Health Law, the United States), Kristijan Grdan (Association for Psychological Support Croatia, Croatia, and Mental Health Europe, Belgium), Vivian Hemmeler (Mental Health Europe, Belgium), Edgar Hilario (Department of Health, Philippines), Torsten Hjelmar (Citizens Commission on Human Rights Europe, Denmark), Mushegh Hovsepyan (Disability Rights Agenda, Armenia), Dr Irmansyah (The National Research and Innovation Agency, Indonesia), Simon Njuguna Kahonge (Ministry of Health, Kenya), Olga Kalina (Georgian Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry, Georgia, and the European Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP), Denmark), Elizabeth Kamundia (Kenya National Commission on Human Rights, Kenya), Sylvester Katontoka (Mental Health Users Network of Zambia, Zambia), Brendan Kelly (Trinity College Dublin, Ireland), Hansuk Kim (Ministry of Health and Welfare, Republic of Korea), Seongsu Kim (Dawon Mental Health Clinic, Republic of Korea), Bernard Kuria (Ministry of Health, Kenya), Karile Levickaite (NGO Mental Health Perspectives, Lithuania, and Mental Health Europe, Belgium), Carlos Augusto de Mendonça Lima (World Psychiatric Association Section of Old Age Psychiatry, Switzerland), Laura Marchetti (Mental Health Europe, Belgium), Claudia Marinetti (Mental Health Europe, Belgium), Nemache Mawere (Ingutsheni Central Hospital, Zimbabwe), Felicia Mburu (Article 48 Initiative, Kenya), Roberto Mezzina (International Mental Health Collaborating Network and World Federation for Mental Health, Italy), Kendra Milne (Health Justice, Canada), Angelica Chiketa Mkorongo (Zimbabwe Obsessive Compulsive Disorder Trust, Zimbabwe), Guadalupe Morales Cano (Fundación Mundo Bipolar and European Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry, Spain), Fabian Musoro (Ministry of Health, Zimbabwe), Macharia Njoroge (Championing for Community Inclusion in Kenya, Kenya), Nasri Omar (Ministry of Health, Kenya), Cheluchi Onyemelukwe-Onuobia (Babcock University, Nigeria), Hazel Othello

(Ministry of Health, Trinidad and Tobago), Gemma Parojinog (Commission on Human Rights, Philippines), Soumitra Pathare (Indian Law Society, India), Eduardo Pinto da Silva (Ministry of Foreign Affairs, Portugal), Gerard Quinn (UN Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities, Ireland), Carlos Rios-Espinosa (Human Rights Watch, the United States), Gabriele Rocca (World Association for Psychosocial Rehabilitation and WAPR Human Rights Committee, Italy), Jean-Luc Roelandt (Service de recherche et de formation en santé mentale, Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille Métropole/Centre collaborateur de l’OMS pour la Recherche et la Formation en Santé mentale, France), Marta Rondon (Instituto Nacional Materno Perinatal, Peru), Artur Sakunts (Helsinki Citizens’ Assembly - HCA Vanadzor, Armenia), San San Oo (Aung Clinic Mental Health Initiative, Myanmar), Liuska Sanna (Mental Health Europe, Belgium), Josep Maria Solé Chavero (Support-Girona Catalonia, Spain), Sladana Štrkalj Ivezic (University Psychiatric Hospital Vrapce, Croatia), Charlene Sunkel (Global Mental Health Peer Network, South Africa), Kate Swaffer (Dementia Alliance International, Australia), Bliss Christian Takyi (St. Joseph Catholic Hospital, Ghana), Murali Thyloth (Ramaiah Medical College and World Association for Psychosocial Rehabilitation, India), Emanuela Tollozhina (Ministry of Health and Social Protection, Albania), Helal Uddin Ahmed (Ministry of Health and Family Welfare, Bangladesh), Yannis Vardakastanis (International Disability Alliance, Switzerland), Javier Vasquez (American University Washington College of Law, the United States), Simon Vasseur-Bacle (Ministère de la Santé et de la Prévention, France; Service de recherche et de formation en santé mentale, Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille Métropole/Centre collaborateur de l’OMS pour la Recherche et la Formation en Santé mentale, France), Alan Woodward (Lifeline International, Australia), Stephanie Wooley (European Network of (Ex-)Users and Survivors of Psychiatry, France), Miguel Xavier (Ministry of Health, Portugal), Peter Badimak Yaro (BasicNeeds Ghana, Ghana) and Martin Zinkler (Gesundheit Nord gGmbH – Klinikverbund Bremen, Germany).

Organisationen und Institutionen

Alliance Defending Freedom (ADF) International, American Psychological Association (APA), Article 48 Initiative, European Network of (Ex)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP), Helsinki Citizens' Assembly (HCA) Vanadzor, Horatio: European Psychiatric Nurses, International Disability Alliance (IDA), International Mental Health Collaborating Network (IMHCN), International Psychogeriatric Association (IPA), Kellerkinder e.V., Maat Foundation for Peace, Development and Human Rights, Mental Health Europe (MHE), Minority Rights Group International, National Secular Society (NSS), The Authority for the Care of People with Disabilities, World Association of Psychiatric Rehabilitation (WAPR), World Federation for Mental Health (WFMH) and the World Psychiatric Association Section of Old Age Psychiatry (WPA-Soap).

Mitwirkende und Gutachter der WHO und des OHCHR

Mitarbeiter und Berater des WHO-Hauptbüros

Darryl Barrett, Fatima Batool, Daniel Chisholm, Alarcos Cieza, David Clarke, Tarun Dua, Antony Duttine, Fahmy Hanna, Stéfanie Fréel, Rodney Kort, Dzmitry Krupchanka, Aiysha Malik, Maria Francesca Moro, Vladimir Poznyak, Mark Van Ommeren and Inka Weissbecker.

WHO-Mitarbeiter und -Berater in den Regionen und Ländern

Florence Baingana (WHO Regional Office for Africa), Andrea Bruni (WHO Regional Office for South-East Asia), Claudina Cayetano (WHO Regional Office for the Americas), Ledia Lazeri (WHO Regional Office for Europe), Carmen Martinez (WHO Regional Office for the Americas), Maristela Monteiro (WHO Regional Office for the Americas), Alejandro Morlachetti (WHO Regional Office for the Americas), Renato Oliveira E Souza (WHO Regional Office for the Americas), Khalid Saeed (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean), Martin Vandendyck (WHO Regional Office for the Western Pacific), Neli Demi (WHO Country Office for Albania), Ignacio Ibarra Espinosa (WHO Regional Office for the Americas), Jason Maurer (WHO Regional Office for Europe), Melita Murko (WHO Regional Office for Europe) and Jasmine Vergara (WHO Country Office for the Philippines).

OHCHR-Mitarbeiter und Gutachter

An dieser gemeinsamen Veröffentlichung haben Mitarbeiter des OHCHR mitgewirkt Hauptquartier und in den Außenstellen, zusätzlich zu den Beiträgen der Mitglieder des Ausschusses für Veröffentlichungen des Amtes und von intern ernannten Peer-Reviewern.*

Abkürzungen und Akronyme

CRPD Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

ECT Elektrokonvulsionstherapie

ICCPR Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte

ICESCR Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte

SOGIESC sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität, Geschlechtsausdruck und Geschlechtsmerkmale

SDG Nachhaltiges Entwicklungsziel

OHCHR Büro des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte

UDHR Allgemeine Erklärung der Menschenrechte

UHC Universelle Gesundheitsversorgung

UN Vereinte Nationen

UNDRIP Erklärung der Vereinten Nationen über die Rechte indigener Völker (United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples)

WHA Weltgesundheitsversammlung

WHO Weltgesundheitsorganisation

Glossar

Biomedizinisches Modell

Das biomedizinische Modell der psychischen Gesundheit beruht auf dem Konzept, dass psychische Erkrankungen durch neurobiologische Faktoren verursacht werden (1, 2). Infolgedessen konzentriert sich die Versorgung häufig auf Diagnose, Medikation und Symptomreduzierung, anstatt das gesamte Spektrum der sozialen und umweltbedingten Faktoren zu berücksichtigen, die die psychische Gesundheit beeinflussen können. Dies kann zu einem eng gefassten Betreuungs- und Unterstützungsansatz führen, der die eigentlichen Ursachen von Stress und Trauma nicht berücksichtigt.

Behinderung

Behinderung ist das Ergebnis der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren, die ihre volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft auf einer gleichberechtigten Grundlage mit anderen behindern (3).

Diskriminierung auf Grund von Behinderung

Jede Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung aufgrund einer Behinderung, einschließlich psychischer Erkrankungen, die bezweckt oder bewirkt, dass die Anerkennung, der Genuss oder die Ausübung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten im politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, zivilen oder jedem anderen Bereich gleichberechtigt mit anderen beeinträchtigt oder aufgehoben wird. Darunter fallen alle Formen der Diskriminierung, einschließlich der Verweigerung angemessener Vorkehrungen (4).

Menschenrechtsbasierter Ansatz

Ein konzeptioneller Rahmen von Prozessen und Maßnahmen, der auf den internationalen Menschenrechtsgesetzen beruht und auf die Förderung und den Schutz der Menschenrechte abzielt. Ein menschenrechtsbasierter Ansatz für die psychische Gesundheit beinhaltet die Annahme rechtlicher und politischer Rahmenbedingungen sowie die Umsetzung von Praktiken, die mit den staatlichen Verpflichtungen gemäß den internationalen Menschenrechtsnormen vereinbar sind. Er soll alle staatlichen und nichtstaatlichen Akteure in die Lage versetzen, Ungleichheiten und Diskriminierung zu erkennen, zu analysieren und zu bekämpfen, um die Zurückgebliebenen zu erreichen, indem er die Beteiligung aller Akteure, der politischen Entscheidungsträger, der Organisationen der Zivilgesellschaft und der Gruppen an der Basis sicherstellt und, falls erforderlich, Möglichkeiten der Wiedergutmachung und Rechenschaftspflicht gewährleistet (5).

Rechtsfähigkeit

Die Fähigkeit, sowohl Inhaber von Rechten als auch Akteur vor dem Gesetz zu sein. Die Rechtsfähigkeit als Inhaber von Rechten gibt Personen das Recht auf vollen Schutz ihrer Rechte durch das Rechtssystem. Durch die Rechtsfähigkeit wird die Person als Akteur anerkannt, der befugt ist, Transaktionen vorzunehmen und Rechtsverhältnisse zu schaffen, zu ändern oder zu beenden (6).

Marginalisierte Gruppen

Verschiedene Gruppen von Menschen innerhalb einer bestimmten Kultur, eines bestimmten Kontexts und einer bestimmten Geschichte, die aufgrund ungleicher Machtverhältnisse und des Zusammenspiels verschiedener persönlicher Merkmale oder Gründe, wie Rasse, Geschlecht, Geschlechtsidentität oder -ausdruck, sexuelle Orientierung, Geschlechtsmerkmale, Alter, Behinderung, nationale, ethnische, indigene oder soziale Herkunft, Kaste, Migranten- oder Flüchtlingsstatus, Sprache, Religion, politische oder sonstige Überzeugung, Bildung oder Einkommen, von Diskriminierung und Ausgrenzung bedroht sind oder in verschiedenen geografischen Gebieten leben (7).

Genesung

Der Recovery-Ansatz in der psychischen Gesundheit zielt darauf ab, den Menschen zu helfen, die Kontrolle über ihr Leben zurückzugewinnen oder zu behalten. Die Bedeutung der Genesung kann für jeden Menschen unterschiedlich sein und kann Folgendes beinhalten: (Wieder-)Erlangung von Sinn und Zweck im Leben; Ermächtigung und Fähigkeit, ein selbstbestimmtes Leben zu führen; Stärkung des Selbstbewusstseins und des Selbstwerts; Hoffnung für die Zukunft; Heilung von Traumata; und ein Leben mit Sinn. Jeder Mensch sollte die Möglichkeit haben, selbst zu bestimmen, was Genesung für ihn bedeutet und auf welche Lebensbereiche er sich auf seinem Genesungsweg konzentrieren möchte. Bei der Genesung werden die Person und ihr Umfeld als Ganzes betrachtet, und es wird nicht mehr an der Idee oder dem Ziel festgehalten, dass die Person "geheilt" wird oder "keine Symptome mehr hat" (8).

Verfahrenstechnische Anpassungen

Alle notwendigen und angemessenen Änderungen und Anpassungen im Zusammenhang mit dem Zugang zum Recht, die in einem bestimmten Fall erforderlich sind, um die gleichberechtigte Teilnahme von Menschen mit Behinderungen und anderen Gruppen zu gewährleisten. Im Gegensatz zu "angemessenen" Vorkehrungen werden "verfahrensbezogene" Vorkehrungen nicht durch das Konzept der "unverhältnismäßigen oder unangemessenen Belastung" eingeschränkt (9).

Angemessene Vorkehrungen

Alle notwendigen und angemessenen Änderungen und Anpassungen, die keine unverhältnismäßige oder unangemessene Belastung darstellen, wenn sie in einem bestimmten Fall erforderlich sind, um Menschen mit Behinderungen und anderen

Gruppen den gleichberechtigten Genuss oder die gleichberechtigte Ausübung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten zu gewährleisten (4).

Psychosoziale Behinderung

Dieser Leitfaden übernimmt die CRPD-Definition von Behinderung und versteht psychosoziale Behinderung als eine Wechselwirkung zwischen Personen mit tatsächlichen oder wahrgenommenen psychischen Schwierigkeiten und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren, die ihre volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft auf einer gleichberechtigten Basis mit anderen behindern. Beispiele für solche Barrieren sind Diskriminierung, Stigmatisierung und Ausgrenzung (10). Dieser Begriff soll einen sozialen und nicht einen medizinischen Ansatz für psychische und emotionale Erfahrungen widerspiegeln, indem er den Schwerpunkt auf die einstellungs- und umweltbedingten Barrieren legt, die die gleichberechtigte Teilhabe einer Person an der Gesellschaft einschränken (11, 12). Während in der Konvention der Begriff "Beeinträchtigung" verwendet wird, wird dieser Begriff in den vorliegenden Leitlinien vermieden, um die unterschiedlichen Perspektiven von Menschen mit gelebter Erfahrung von psychosozialer Behinderung und den dynamischen Charakter von psychischen und emotionalen Zuständen zu respektieren.

Stellvertretende Entscheidungsfindung

Regelungen, bei denen einer Person die Rechtsfähigkeit entzogen wird, auch wenn es sich nur um eine einzige Entscheidung handelt; ein Ersatz-Entscheidungsträger wird ernannt, um Entscheidungen im Namen der betreffenden Person zu treffen; oder Entscheidungen werden von einer anderen Person auf der Grundlage dessen getroffen, was als das "beste Interesse" der betreffenden Person angesehen wird, und nicht auf der Grundlage des eigenen Willens und der Präferenzen der Person (13).

Unterstützte Entscheidungsfindung

Systeme, die verschiedene Unterstützungsoptionen umfassen, die es einer Person ermöglichen, ihre Rechtsfähigkeit auszuüben und mit Unterstützung Entscheidungen zu treffen (14). Auch wenn unterstützte Entscheidungsfindungssysteme viele Formen annehmen können, wird bei solchen Systemen die Rechtsfähigkeit niemals aufgehoben oder eingeschränkt; ein Unterstützer kann nicht von einem Dritten gegen den Willen der betroffenen Person ernannt werden; und die Unterstützung muss auf der Grundlage des Willens und der Präferenzen der Person erfolgen (15).

Kurzfassung

Einleitung

Die psychische Gesundheit ist eine wachsende Priorität der öffentlichen Gesundheit und ein Gebot der Menschenrechte. Infolgedessen verabschieden immer mehr Staaten Gesetze zur psychischen Gesundheit oder reformieren diese. Bestehende Gesetze berücksichtigen häufig nicht die sozialen und wirtschaftlichen Faktoren, die sich auf die psychische Gesundheit auswirken, und können so Diskriminierung und Menschenrechtsverletzungen, wie die Verweigerung der Geschäftsfähigkeit, Zwangspraktiken, Institutionalisierung und mangelhafte Versorgung, auch in psychosozialen Einrichtungen, aufrechterhalten.

Als Reaktion darauf setzen sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Büro des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte (OHCHR) neben anderen internationalen Akteuren aktiv für einen Menschenrechtsansatz in der psychischen Gesundheit ein. Der internationale Menschenrechtsrahmen, insbesondere das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD), fordert eine deutliche Abkehr von biomedizinischen Ansätzen hin zu einem Unterstützungsparadigma, das die Persönlichkeit, die Autonomie und die Einbeziehung der Gemeinschaft fördert.

Diese gemeinsame Veröffentlichung von WHO und OHCHR mit dem Titel *Psychische Gesundheit, Menschenrechte und Gesetzgebung: Leitlinien und Praxis* (im Folgenden "die Leitlinien") soll Staaten bei der Verabschiedung, Änderung oder Umsetzung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit unterstützen. Damit soll sichergestellt werden, dass Politiken, Systeme, Dienste und Programme zur psychischen Gesundheit eine qualitativ hochwertige Versorgung und Unterstützung für alle Menschen im Einklang mit internationalen Menschenrechtsstandards, einschließlich der CRPD, bieten. Die Leitlinien regen dazu an, die psychische Gesundheit in die allgemeine Gesetzgebung zu integrieren, anstatt spezielle Gesetze zur psychischen Gesundheit zu erlassen.

Die Leitlinien richten sich an Gesetzgeber, politische Entscheidungsträger und Fachkräfte, die mit der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit und deren Versorgung befasst sind. Sie können auch für diejenigen hilfreich sein, die in verwandten Bereichen tätig sind, z. B. Einrichtungen der Vereinten Nationen, Regierungsbeamte, Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen, Berufsverbände, Familienangehörige, Organisationen der Zivilgesellschaft, Organisationen von Menschen mit Behinderungen, humanitäre Helfer, gemeindenahen Organisationen, religiöse Organisationen, Forscher, Wissenschaftler und Medienvertreter.

Der Leitfaden besteht aus drei Kapiteln und einer Checkliste, die den Prozess und den Inhalt der Gewährleistung einer auf Rechten basierenden Gesetzgebung abdeckt:

● **Kapitel 1** erörtert die Herausforderungen, die mit der aktuellen Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit verbunden sind, und hebt die Notwendigkeit von Reformen hervor, die mit dem internationalen Menschenrechtsrahmen in Einklang stehen.

● **Kapitel 2** beschreibt die wichtigsten Grundsätze und Themen, die in die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit aufgenommen werden sollten, und gibt Beispiele für rechtsbasierte Bestimmungen.

● In **Kapitel 3** wird erläutert, wie Gesetze zur psychischen Gesundheit auf der Grundlage eines rechtsbasierten Prozesses entwickelt, umgesetzt und evaluiert werden können.

● C **heckliste** für Staaten zur Bewertung, ob ihre Gesetzgebung einen rechtebasierten Ansatz verfolgt.

Kapitel 1. Die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit überdenken

Psychische Gesundheit und Wohlbefinden sind eng mit dem sozialen, wirtschaftlichen und physischen Umfeld sowie mit Armut, Gewalt und Diskriminierung verbunden. Die meisten psychischen Gesundheitssysteme konzentrieren sich jedoch auf Diagnose, Medikation und Symptombekämpfung und vernachlässigen die sozialen Faktoren, die die psychische Gesundheit der Menschen beeinflussen. Zu viele Menschen werden diskriminiert und erleben Menschenrechtsverletzungen, wenn sie psychosoziale Versorgung und Unterstützung suchen: Einigen wird die Versorgung aufgrund ihrer Rasse, ihres Geschlechts, ihrer sexuellen Orientierung, ihres Alters, ihrer Behinderung oder ihres sozialen Status verweigert. Andere sind minderwertigen Dienstleistungen und unmenschlichen Lebensbedingungen ausgesetzt, haben kein sauberes Wasser und keine grundlegenden sanitären Einrichtungen oder werden einer unmenschlichen und erniedrigenden Behandlung unterzogen. Unfreiwillige Einweisungen und Behandlungen, Isolation oder Einzelhaft und die Anwendung von Zwangsmaßnahmen sind in den meisten psychosozialen Einrichtungen ebenfalls weit verbreitet. Frauen, Mädchen und Menschen mit unterschiedlichen sexuellen Orientierungen, Geschlechtsidentitäten, Geschlechtsausdrücken und Geschlechtsmerkmalen (SOGIESC) können darüber hinaus von schädlichen Praktiken wie Zwangssterilisation, Zwangsabtreibung und Konversionstherapien betroffen sein. Die weit verbreiteten Menschenrechtsverletzungen und die Schäden, die durch psychische Gesundheitssysteme verursacht werden, haben zu einem Trauma geführt, das sich auf viele Menschen und Gemeinschaften auswirkt und sich über Generationen erstreckt.

In den vergangenen 150 Jahren hat die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit diese Menschenrechtsverletzungen legitimiert und in einigen Fällen sogar begünstigt: Frühe Gesetze verfestigten die Bevormundung und das Konzept, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen "gefährlich" sind. Die bestehenden Gesetze zur psychischen Gesundheit haben erhebliche Auswirkungen auf die Menschenrechte, da sie häufig veraltet sind, ein enges Verständnis von Menschenrechten haben und auf einem reduktionistischen biomedizinischen Modell beruhen. Die eigenständige Gesetzgebung der meisten Staaten enthält Bestimmungen zur Einschränkung von Rechten, z. B. durch nicht freiwillige Einweisung und Zwangsbehandlung, Zwangs- und Isolationsmaßnahmen. Darüber hinaus verstärken Gesetze zur psychischen Gesundheit häufig Machtstrukturen und tragen zur Unterdrückung marginalisierter Bevölkerungsgruppen bei. Die Verabschiedung des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD) hat zwar das Interesse an einer Überprüfung der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit aus einer Menschenrechtsperspektive geweckt, doch die meisten Staaten haben die seit langem bestehenden biomedizinischen Ansätze und die Befugnisse zur Zwangsbehandlung nicht in Frage gestellt.

Der internationale Menschenrechtsrahmen verlangt, dass die Staaten bei der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit einen rechtsbasierten Ansatz verfolgen. Die psychische Gesundheit ist ein grundlegendes Menschenrechtsanliegen und eine wesentliche Voraussetzung für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit. Die CRPD stärkt den Schutz der internationalen Menschenrechtsstandards in der psychosozialen Versorgung und erkennt an, dass die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen denen aller anderen Menschen gleichgestellt sind. Die CRPD schafft ein günstiges rechtliches Umfeld für die Entwicklung von auf Rechten basierenden psychosozialen Gesundheitssystemen, bei denen die Befähigung der Menschen und ihre aktive Beteiligung an der eigenen Genesung im Vordergrund stehen.

Die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit muss daher eine neue Richtung einschlagen und sich von dem engen traditionellen "biomedizinischen Paradigma" lösen, das zu einem zwanghaften und beengten Umfeld in psychosozialen Diensten beigetragen hat (16). Um dies zu erreichen und die Menschenrechte umfassend zu berücksichtigen, schlägt die Leitlinie neue Ansätze vor, wie z. B. die Festlegung eines klaren Mandats für psychosoziale Gesundheitssysteme zur Übernahme rechtsbasierter Ansätze, die Ermöglichung personenzentrierter und gemeindenaher Dienste, die Sensibilisierung und Bekämpfung von Stigmatisierung, die Beseitigung von Diskriminierung und Zwang, die Förderung der Einbeziehung und Beteiligung der Gemeinschaft und die Entwicklung von Maßnahmen zur Rechenschaftspflicht. Jede Neuausrichtung erfordert das Engagement und die Beteiligung derjenigen, die Erfahrungen gemacht haben, einschließlich der Erfahrungen mit generationenübergreifenden Traumata, an der Gestaltung des Gesetzes, um ihre Perspektiven im Streben nach Genesung, Wiedergutmachung und Heilung zu reflektieren und darauf zu reagieren. Dieser kooperative Ansatz ist unerlässlich für die Schaffung eines psychosozialen Gesundheitssystems, das die Menschenrechte achtet, der Versorgung und Unterstützung Vorrang vor Kontrolle einräumt und den Einzelnen dabei unterstützt, sein volles Potenzial auszuschöpfen.

Kapitel 2. Gesetzliche Bestimmungen für personenzentrierte, genesungsorientierte und rechtebasierte Systeme der psychischen Gesundheit

In Kapitel 2 werden eine Reihe gesetzlicher Bestimmungen vorgeschlagen, die Staaten zur Unterstützung eines menschenrechtsbasierten Ansatzes für die psychische Gesundheit erlassen können. Es werden Bereiche behandelt, in denen die Gesetzgebung internationale Menschenrechtsverträge schützen, fördern und unterstützen kann, soweit sie sich auf die psychische Gesundheit beziehen. Darüber hinaus enthält es Beispiele für Texte und Bestimmungen, die von verschiedenen Staaten angenommen wurden, sowie ausführliche Anleitungen für die Ausarbeitung rechtsbasierter Bestimmungen. Die behandelten Bereiche sind:

Gleichstellung und Nichtdiskriminierung: Die wichtigsten nationalen gesetzlichen Bestimmungen zur Wahrung der Grundsätze der Gleichstellung und Nichtdiskriminierung im psychosozialen Gesundheitssystem und zur Gewährleistung der gleichen Rechte für alle Menschen

bei der Bereitstellung von psychosozialen Diensten. Beispiele hierfür sind das Verbot jeglicher Form von Diskriminierung, u. a. in der Krankenversicherung und bei der Bereitstellung angemessener Vorkehrungen, die Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung in Gemeinschaften sowie die gleiche Anerkennung von Rechten innerhalb der psychosozialen Dienste, u. a. in Bezug auf den Zugang zu Informationen, Vertraulichkeit, Privatsphäre und Einrichtungen.

Persönlichkeit und Rechtsfähigkeit: wichtige gesetzliche Bestimmungen zur Anerkennung und Achtung der Rechtsfähigkeit von Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, und zur Bereitstellung angemessener Unterstützung für sie

falls erforderlich. Beispiele hierfür sind das Verbot der stellvertretenden Entscheidungsfindung, die Bereitstellung einer unterstützten Entscheidungsfindung, die Wahrung des Willens und der Präferenzen einer Person sowie die Achtung der sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern.

Informierte Zustimmung und Abschaffung von Zwangspraktiken: wesentliche gesetzliche Bestimmungen zur Abschaffung von Zwang in psychosozialen Diensten und zur Wahrung des Rechts auf freie und informierte Zustimmung. Beispiele hierfür sind

die Förderung und der Schutz des Rechts auf freie und informierte Zustimmung, die Unterstützung der Vorausplanung, die Bereitstellung von Krisenhilfe, das Verbot nicht freiwilliger Krankenhauseinweisungen und Behandlungen sowie die Abschaffung von Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen.

Zugang zu qualitativ hochwertigen psychosozialen Diensten: wichtige Bestimmungen zur Behandlung dieser Fragen im Hinblick auf die Beseitigung von Hindernissen für den Zugang zu qualitativ hochwertigen psychosozialen Diensten und Hilfen. Beispiele hierfür sind

Gewährleistung der Gleichstellung von körperlicher und psychischer Gesundheit; Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz und Qualität psychosozialer Dienste; Finanzierung; Berücksichtigung von Geschlecht, Kultur und Alter bei der psychosozialen Versorgung.

Umsetzung von psychosozialen Diensten in der Gemeinde:

Schlüsselbestimmungen für die Umgestaltung und Umsetzung personenzentrierter und rechtebasierter gemeindenaher psychosozialer Gesundheits- und Unterstützungsdienste. Beispiele

sind die Integration der psychischen Gesundheit in die allgemeine Gesundheitsversorgung, die Entwicklung personenzentrierter und rechtebasierter gemeindenaher psychosozialer Dienste, die Integration von Peer-Diensten und von Peer-Diensten und die Unterstützung der Deinstitutionalisierung.

Vollständige und wirksame Beteiligung an öffentlichen Entscheidungen:

wichtige gesetzliche Bestimmungen zur Anerkennung und Unterstützung des Rechts von Menschen mit Lebenserfahrung auf Beteiligung und aktive Mitwirkung an allen öffentlichen Entscheidungsprozessen im Bereich der psychischen Gesundheit.

Entscheidungsprozessen, die die psychische Gesundheit betreffen.

Rechenschaftspflicht: gesetzliche Bestimmungen zur Gewährleistung und Durchsetzung der Rechenschaftspflicht innerhalb der psychosozialen Dienste. Beispiele hierfür sind die Stärkung der Informationssysteme, die Einrichtung unabhängiger Überwachungsgremien und

die Einführung wirksamer Mechanismen für Rechtsbehelfe und Wiedergutmachung.

Sektorübergreifende Reformen: Die wichtigsten gesetzlichen Bestimmungen, die sich mit der Schnittstelle zwischen psychischer Gesundheit und anderen Sektoren, einschließlich der Justiz, befassen. Beispiele sind die Förderung der Einbeziehung der Gemeinschaft und

sektorübergreifende Koordinierung und Maßnahmen, die Unterstützung von Organisationen von Betroffenen und Familien sowie deren Zugang zur Justiz.

Kapitel 3. Ausarbeitung, Umsetzung und Bewertung von rechtsbasierten Gesetzen zur psychischen Gesundheit

In diesem Kapitel wird betont, wie wichtig es ist, bei der Überarbeitung oder Verabschiedung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit einen menschenrechtsbasierten Ansatz zu wählen. Es beschreibt die grundlegenden Schritte, die in diesem Prozess unternommen werden müssen, darunter:

- Einbeziehung und Konsultation von Personen mit Lebenserfahrung und ihrer repräsentativen Organisationen;
- Verständnis des internationalen Menschenrechtsrahmens;
- Durchführung einer umfassenden Überprüfung der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit;
- Bewertung der Hindernisse für eine rechtebasierte psychosoziale Versorgung; und
- Ausarbeitung und Erörterung eines Vorschlags für eine Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit.

Die Leitlinien zeigen auch Ansatzpunkte für die Interessenvertretung und Mobilisierung auf und erörtern das Verfahren zur Umsetzung des Gesetzes. Dazu gehören die Rolle der für die Umsetzung zuständigen Stellen, die Ausarbeitung von Verordnungen und anderen Leitlinien, die Bedeutung der öffentlichen Aufklärung und Bewusstseinsbildung sowie die Schulung der wichtigsten Akteure.

Abschließend unterstreicht der Leitfaden, wie wichtig die Bewertung des Gesetzes ist, und schlägt eine Reihe von politischen Optionen für die Durchführung vor.

Checkliste für die Bewertung von rechtsbasierten Gesetzen zur psychischen Gesundheit

Die Checkliste ist ein wichtiger Bestandteil der Leitlinien, da sie den Staaten ein praktisches Mittel an die Hand gibt, um festzustellen, ob Gesetze zur psychischen Gesundheit oder Gesetzesentwürfe mit den internationalen Menschenrechtsverpflichtungen in Einklang stehen. Sie soll die wichtigsten Punkte aufzeigen, die zu beachten sind, um sicherzustellen, dass die Gesetzgebung auf Rechten beruht.

Bei der Verwendung der Checkliste sollte der Hauptinhalt der Leitlinien herangezogen werden, da die Fragen nicht erschöpfend sind.

Einführung

1. Hintergrund

Psychische Gesundheit wird als eine Priorität der öffentlichen Gesundheit und als ein grundlegendes Menschenrecht anerkannt. In den letzten Jahren wurde ein umfassender Wandel im Bereich der psychischen Gesundheit gefordert, insbesondere in der Art und Weise, wie psychische Gesundheit innerhalb und außerhalb der Gesundheitsversorgung verstanden, behandelt und unterstützt wird (2, 10, 17, 18). Das wachsende Bewusstsein für die Rolle sozialer Determinanten und die Bedeutung einer personenzentrierten, menschenrechtsbasierten und genesungsorientierten Versorgung und Dienstleistung hat die Regierungen weltweit dazu veranlasst, Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit für alle zu entwickeln und umzusetzen.

Die Zahl der Staaten, die neue Gesetze zur psychischen Gesundheit verabschiedet haben oder deren Verabschiedung in Erwägung ziehen oder bestehende Gesetze reformieren, ist rapide gestiegen (siehe [Abschnitt 1.2](#)). Die meisten dieser Reformen wurden in Form eigenständiger Gesetze zur psychischen Gesundheit verabschiedet, die weithin als fortschrittlich angesehen werden, da sie die allgemeine Gesundheitsversorgung und die Bereitstellung von Diensten fördern (19). Diese Gesetze gehen jedoch häufig nicht auf das Erbe veralteter rechtlicher, politischer und institutioneller Rahmenbedingungen für die psychische Gesundheit und das übermäßige Vertrauen in biomedizinische Ansätze und Behandlungsoptionen ein (20, 21). Die sozialen und wirtschaftlichen Faktoren, die sich auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen auswirken, werden häufig übersehen. Weltweit sind Menschen, die unter Notlagen und Traumata leiden, nach wie vor mit weitreichenden Menschenrechtsverletzungen und Diskriminierungen konfrontiert, auch in der psychosozialen Versorgung (22, 23); darüber hinaus besteht eine wichtige Funktion vieler Gesetze zur psychischen Gesundheit darin, Zwangsmaßnahmen zur psychischen Gesundheit zuzulassen und zu regeln. Wie der Sonderberichterstatter für die Rechte von Menschen mit Behinderungen hervorhebt, haben sich Gesetze zur psychischen Gesundheit zu lange stark auf die Festlegung von Verfahrensgarantien konzentriert, anstatt Freiheiten in den Vordergrund zu stellen und "Rechte mit Leben zu füllen" (24).

Psychische Gesundheit, Menschenrechte und Gesetzgebung sind untrennbar miteinander verbunden. Jeder Mensch hat das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit (im Folgenden als "Recht auf Gesundheit" bezeichnet), das sowohl die körperliche als auch die psychische Gesundheit umfasst. Die Länder sind entsprechend verpflichtet, dieses Recht zu achten, zu schützen und zu erfüllen, Ungleichheiten bei den sozialen Determinanten für alle ohne jegliche Diskriminierung zu beseitigen und bei der Bereitstellung von Pflege und Unterstützung alle Menschenrechte und Freiheiten zu achten und zu schützen. Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD) von 2006 (4), das 2008 in Kraft getreten ist, trägt zu einem besseren Verständnis dieser Verpflichtungen bei und fordert einen bedeutenden Paradigmenwechsel im Bereich der psychischen Gesundheit. Aufbauend auf der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR),

dem Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte (IPbPR) und dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (IPWSKR) stellt die CRPD seit langem bestehende schädliche Praktiken in psychosozialen Systemen in Frage, wie z. B. die Verweigerung der Rechtsfähigkeit und die Anwendung von Zwangspraktiken, und sieht stattdessen ein "Unterstützungsparadigma" vor, das die Pflicht und die Bedeutung eines Überdenkens der Zielsetzung und der Rolle der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit unterstreicht, um die Persönlichkeit, die Autonomie, die volle Teilhabe und die Einbeziehung in die Gemeinschaft zu fördern.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und das Amt des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte (OHCHR) fördern einen Menschenrechtsansatz für die psychische Gesundheit. Der Umfassende Aktionsplan der WHO für psychische Gesundheit 2013-2030 (25), der 2021 auf der 74. Weltgesundheitsversammlung aktualisiert wurde, fordert die Staaten auf, ihre Gesetze zur psychischen Gesundheit mit der CRPD und anderen internationalen und regionalen Menschenrechtsinstrumenten

Menschenrechtsinstrumenten anzugleichen und Gesetze zu ändern oder aufzuheben, die Stigmatisierung, Diskriminierung und Menschenrechtsverletzungen aufrechterhalten. In ähnlicher Weise hat das OHCHR den Staaten empfohlen, in allen für die psychische Gesundheit relevanten Bereichen Gesetzesreformen im Einklang mit der CRPD durchzuführen (21).

Das 2005 veröffentlichte *WHO-Ressourcenbuch zu psychischer Gesundheit, Menschenrechten und Gesetzgebung* (26) sollte die Staaten bei der Ausarbeitung, Verabschiedung und Umsetzung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit unterstützen. Zum damaligen Zeitpunkt stellte das Handbuch einen bedeutenden Fortschritt bei der Anerkennung der Rechte von Menschen dar, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen. Viele der darin enthaltenen Empfehlungen entsprechen jedoch nicht den Vorschlägen der CRPD und der sich weiterentwickelnden Auslegung des Rechts auf Gesundheit und anderer damit verbundener Menschenrechte (siehe [Abschnitt 1.4](#)), und die Publikation wurde inzwischen zurückgezogen, so dass Informations- und Orientierungslücken bestehen.

Als Reaktion auf die zunehmenden Anfragen von Staaten nach technischer Zusammenarbeit zur Unterstützung nationaler Bemühungen soll diese gemeinsame Publikation von WHO und OHCHR diese Lücke schließen und klare Anleitungen für die Ausarbeitung, Änderung oder Umsetzung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit im Einklang mit internationalen und regionalen Menschenrechtsvorschriften bieten.

2. Zweck und Umfang

Dieser unverbindliche Leitfaden dient als Hilfsmittel für Staaten, die die Verabschiedung, Änderung oder Umsetzung von Gesetzen in Bezug auf psychosoziale Systeme, Versorgung und Unterstützung erwägen. Ziel ist es, sicherzustellen, dass Politiken, Systeme, Dienste und Programme zur psychischen

Gesundheit einen rechtebasierten Ansatz verfolgen und eine qualitativ hochwertige Versorgung und Unterstützung für alle bieten, die mit den internationalen Menschenrechtsstandards, einschließlich der CRPD, im Einklang stehen. Sie ersetzen das *WHO-Ressourcenbuch zu psychischer Gesundheit, Menschenrechten und Gesetzgebung (26)*.

Die Leitlinien zielen darauf ab, Reformen zu fördern, die die Rechte aller Menschen, die mit psychosozialen Systemen und Diensten interagieren oder diese in Anspruch nehmen, fördern, schützen und wahren, unabhängig von der Ursache ihrer Erkrankung, ihrer Diagnose oder psychosozialen Beeinträchtigung oder der Art, wie sie sich selbst identifizieren. Dies gilt auch für Menschen, die sich kurzfristig in einer Notlage oder Krise befinden, für Menschen mit psychischen Erkrankungen, psychosozialen Behinderungen, geistigen Behinderungen oder neurologischen Erkrankungen sowie für Menschen, die Drogen konsumieren.

In Anerkennung der Tatsache, dass psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden nicht ausschließlich dem Gesundheitssektor zuzurechnen sind, werden in dieser Leitlinie die sektorübergreifenden Reformen hervorgehoben, die im Sozial- und Justizbereich erforderlich sind, um die sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit zu berücksichtigen.

Die Berücksichtigung sämtlicher sozialer Determinanten psychischer Gesundheit erfordert jedoch die Umgestaltung verschiedener Rechtsbereiche und erfordert größere, koordinierte Anstrengungen aller staatlichen Sektoren, der Zivilgesellschaft und des Privatsektors. Dies geht über den Rahmen dieser Leitlinien hinaus, die sich speziell auf die Reform der Gesetzgebung im Bereich der psychosozialen Versorgung und Unterstützung konzentrieren.

Die Leitlinie fördert nicht die Verabschiedung eigenständiger Gesetze zur psychischen Gesundheit. Staaten, die über keine konsolidierten Gesetze zur psychischen Gesundheit verfügen, sollten erwägen, diese in die allgemeine Gesetzgebung zu integrieren (siehe [Abschnitt 1.5](#)). Gleichzeitig wird anerkannt, dass Staaten, die über eine eigenständige Gesetzgebung verfügen, möglicherweise Unterstützung beim schrittweisen Übergang zu einem menschenrechtsbasierten Ansatz benötigen; diese Leitlinien können dabei als Hilfsmittel dienen.

Im Einklang mit dem Umfassenden Aktionsplan für psychische Gesundheit 2013-2030 der WHO (25) stützt sich die Leitlinie auf den internationalen Menschenrechtsrahmen. Sie verweist auf die CRPD - den höchsten Menschenrechtsstandard zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen - , da diese von zentraler Bedeutung für die Veränderung der psychosozialen Praxis und die Bekämpfung von Stigmatisierung, Diskriminierung und Rechtsverletzungen ist, denen Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen ausgesetzt sind. Die Staaten können sich auf die Leitlinien berufen, um ihre internationalen Verpflichtungen in Bezug auf psychosoziale Versorgung und Unterstützung voranzubringen, wobei zu berücksichtigen ist, dass die Rechtsharmonisierung zur Umsetzung der CRPD und anderer Menschenrechtsinstrumente rechtliche und politische Reformen erfordert, die über den Rahmen dieser Leitlinien hinausgehen.

Da sich die Staaten in verschiedenen Stadien der Entwicklung ihrer psychosozialen Gesundheitssysteme befinden, erfordert die erfolgreiche Umsetzung der in dieser Leitlinie vorgeschlagenen Reformen kontinuierliche Anstrengungen, politisches Engagement, öffentliche Investitionen und die Einhaltung der Verpflichtung zur schrittweisen Umsetzung. Auf diese Weise wird eine psychosoziale Versorgung gewährleistet, die auf Rechten beruht, gemeindenah und personenzentriert ist und sich systematisch mit den sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit befasst (27).

Die Leitlinien regen dazu an, die zahlreichen evidenzbasierten Ansätze und Praktiken, die in den Menschenrechten verankert sind und sich auf der ganzen Welt entwickeln und verbreiten, in Gesetze umzusetzen. Die Umstellung auf ein rechtebasiertes, personenzentriertes, genesungsorientiertes und gemeindenahes Paradigma der psychischen Gesundheit wird durch die Begleitung durch das Gesetz nicht nur ermöglicht, sondern ist auch notwendig und erfordert Reformen, Regeneration und Erneuerung.

3. An wen richtet sich der Leitfaden?

Die Leitlinien richten sich in erster Linie an Gesetzgeber und politische Entscheidungsträger, die unmittelbar an der Ausarbeitung, Änderung und Umsetzung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit beteiligt sind, sowie an diejenigen, die für die Überwachung und Bewertung zuständig sind. Dazu gehören Anbieter von Gesundheitsdiensten und psychosozialen Diensten, Fachkräfte und Gremien, Vertreter nationaler Menschenrechtsinstitutionen und diejenigen, die sich mit entsprechenden sozialen Diensten befassen.

Die Leitlinien können auch für Einzelpersonen oder Vertreter von Organisationen, der Zivilgesellschaft oder anderen Einrichtungen von Interesse sein, die sich mit Politik, Arbeit und Interessenvertretung im Bereich psychische Gesundheit befassen.

4. Warum ist die Leitlinie wichtig?

Die Leitlinien sind aus mehreren Gründen wichtig:

Im Bereich der psychischen Gesundheit ist ein grundlegender Wandel erforderlich.

Stigmatisierung, Diskriminierung und andere Menschenrechtsverletzungen halten in der psychosozialen Versorgung an. Es besteht ein übermäßiger Rückgriff auf biomedizinische Behandlungsmöglichkeiten, stationäre Dienste und Pflege, während soziale Faktoren und gemeindenah, personenzentrierte Interventionen kaum berücksichtigt werden. Die Gesetzgebung kann dazu beitragen, dass alle Maßnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit auf den Menschenrechten beruhen.

Den meisten Gesetzen zur psychischen Gesundheit fehlt ein auf Rechten basierender Ansatz. Viele Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, insbesondere Angehörige von Randgruppen, werden vor dem Gesetz nicht gleich behandelt und häufig diskriminiert. Darüber hinaus kann die Gesetzgebung paternalistisch sein und die Autonomie der Menschen und ihre Einbeziehung in die Gemeinschaft beeinträchtigen. Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen werden routinemäßig als unfähig angesehen, Entscheidungen zu treffen, auch in Bezug auf die Frage, ob sie psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen wollen oder nicht. Außerdem gibt es keine angemessenen Mechanismen, um diese und andere Menschenrechtsverletzungen zu verhindern, aufzudecken oder zu beheben.

Die internationalen Menschenrechtsvorschriften verlangen bei der Umsetzung des Rechts auf Gesundheit die Nichtdiskriminierung und die Achtung aller Menschenrechte.

Die Gesetzgebung muss einen Rahmen für den Schutz Der Gesetzgeber muss einen Rahmen für den Schutz aller Menschenrechte im Zusammenhang mit Politiken, Programmen, Plänen und der Erbringung von Dienstleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit schaffen und allen Menschen helfen, ihr Potenzial voll auszuschöpfen. Der Menschenrechtsrat hat in mehreren Resolutionen (28-31) bekräftigt, wie wichtig es ist, dass die Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen (VN) gegebenenfalls Gesetze, Strategien und Praktiken zur Beseitigung jeglicher Form von Diskriminierung, Stigmatisierung, Gewalt und Missbrauch im Rahmen der psychosozialen Versorgung verabschieden, umsetzen, aktualisieren, stärken und überwachen.

Der internationale Menschenrechtsrahmen erfordert einen Wandel in der Art und Weise, wie psychosoziale Dienste bereitgestellt werden. Alle Menschen sollten in der Lage sein, ihr Recht auf freie und informierte Zustimmung zur Annahme oder Ablehnung einer Behandlung in psychosozialen Versorgungssystemen wahrzunehmen. Die Verweigerung der Geschäftsfähigkeit, Zwangspraktiken und

Institutionalisierung müssen ein Ende haben. Bis heute haben 187 Staaten und die Europäische Union die CRPD¹ ratifiziert und sind damit rechtlich verpflichtet, schädliche Praktiken durch gemeindenahe Dienste und Unterstützungsstrukturen zu ersetzen, die die volle Ausübung der Menschenrechte ermöglichen.

Die Gesetzgebung kann einen kulturellen Wandel und einen gesellschaftlichen Wandel in Bezug auf die psychische Gesundheit bewirken. Die Gesetzgebung ist von grundlegender Bedeutung für die Ausgestaltung von Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen. Durch die Angleichung an internationale Menschenrechtsnormen und

Standards kann die Gesetzgebung einen Kulturwandel fördern, der den sozialen Wandel im Bereich der psychischen Gesundheit vorantreibt. Dazu gehört ein Übergang von einer engen Betonung biomedizinischer Ansätze zu einem ganzheitlicheren und integrativen Verständnis von psychischer Gesundheit.

Die Weltgesundheitsversammlung hat eine Überprüfung der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit im Einklang mit den Menschenrechten gefordert. Der Umfassende Aktionsplan der WHO für psychische Gesundheit 2013-2020 (verlängert bis 2030) (29) fordert die Länder auf, ihre Führungsrolle und ihre Governance im Bereich der psychischen Gesundheit zu stärken, u. a. durch die Entwicklung, Umsetzung, Stärkung und Aktualisierung der entsprechenden Gesetze und Vorschriften in allen relevanten Sektoren. Verhaltenskodizes und Mechanismen zur Überwachung des Schutzes der Menschenrechte und der Umsetzung von Gesetzen müssen auch mit den Erkenntnissen, bewährten Verfahren, der CRPD und anderen internationalen und regionalen Menschenrechtsinstrumenten in Einklang stehen. Viele Staaten lassen sich derzeit beraten, wie sie die Übereinstimmung ihrer Gesetze zur psychischen Gesundheit mit der CRPD und anderen internationalen und regionalen Menschenrechtsinstrumenten sicherstellen können.

5. Wie sind die Leitlinien zu verwenden?

Die Leitlinien können von den Staaten als Hilfsmittel bei der Durchführung von Gesetzesreformen zur psychosozialen Versorgung und Unterstützung verwendet werden. Sie fassen Informationen zu Menschenrechten, psychischer Gesundheit und Gesetzgebung in einer einzigen umfassenden Veröffentlichung zusammen. Darüber hinaus werden Aspekte früherer Menschenrechtsnormen geklärt und Verweise auf technische Leitfäden gegeben, die nicht vollständig mit dem menschenrechtsbasierten Ansatz übereinstimmen oder ihm sogar widersprechen können.

Die Leitlinien bestehen aus drei Kapiteln, die sich mit dem Inhalt und den Verfahren der auf Rechten basierenden Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit befassen:

- **Kapitel 1** erörtert die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit und den Reformbedarf im Einklang mit dem internationalen Menschenrechtsrahmen;
- **Kapitel 2** beschreibt die wichtigsten Grundsätze und Themen, die in der Gesetzgebung berücksichtigt werden sollten, und stellt Beispiele für verschiedene rechtebasierte Bestimmungen vor; und
- **Kapitel 3** erläutert, wie bei der Entwicklung, Umsetzung und Bewertung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit ein rechtsbasierter Prozess verfolgt werden kann.

Die Leitlinien enthalten eine Checkliste, die von den Staaten verwendet werden kann, um die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit zu bewerten und zu evaluieren, damit sie einem rechtebasierten Ansatz folgt. Sie zeigt die wichtigsten Komponenten auf, die im gesetzlichen Rahmen berücksichtigt werden müssen, und kann als Grundlage für die Ausarbeitung neuer Gesetze zur psychischen Gesundheit dienen.

In den Leitlinien werden zwar eine Reihe von Grundsätzen vorgeschlagen und Themen und Bestimmungen angesprochen, die sich in der nationalen Gesetzgebung widerspiegeln könnten, doch können die Staaten diese an ihre spezifischen Gegebenheiten (nationaler Kontext, Sprachen, kulturelle Empfindlichkeiten, Rechtssysteme usw.) anpassen und zuschneiden, ohne die Menschenrechtsstandards zu gefährden.

Weitere Informationen zur Reform der psychischen Gesundheit und zu den Menschenrechten sind über die WHO-Initiative QualityRights erhältlich, die Leitlinien und Instrumente mit einem rechtebasierten Ansatz bereitstellt und die Umsetzung von Gesetzen in die Praxis ergänzt und unterstützt ([Kasten 1](#)). Die QualityRights-Materialien der WHO können für Schulungen, Anleitungen und Umsetzungen herangezogen werden (32), ebenso wie die WHO-Veröffentlichung von 2021 *Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches* (33). Der *Weltbericht* der WHO zur *psychischen Gesundheit 2022 : Psychische Gesundheit für alle verändern* unterstreicht die Notwendigkeit, dass die Gesetzgebung mit den internationalen Menschenrechtsinstrumenten übereinstimmen muss: Darin wird bekräftigt, dass die Staaten eine personenzentrierte, menschenrechtsbasierte und genesungsorientierte Versorgung einführen müssen (10). Die vorliegende WHO-OHCHR-Publikation *Psychische Gesundheit, Menschenrechte und Gesetzgebung: Leitlinien und Praxis* kann im Lichte dieser anderen Ressourcen sowie der neuen Leitlinien zu Politiken und strategischen Aktionsplänen gelesen werden, die derzeit entwickelt werden und neue Ressourcen und Wege für die Organisation von auf Rechten basierenden psychischen Gesundheitssystemen aufzeigen werden.

Kasten 1

QualityRights-Materialien und -Instrumente

WHO QualityRights e-training zu psychischer Gesundheit, Genesung und gemeinschaftlicher Eingliederung: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/gr-e-training>

WHO QualityRights-Materialien für Ausbildung, Beratung und Transformation: <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>

WHO-Leitlinien und technische Pakete für gemeindenahere psychosoziale Dienste: <https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services>

WHO-Informationen und -Ressourcen zur Förderung einer rechtsbasierten Politik und Gesetzgebung für psychische Gesundheit: <https://www.who.int/activities/promoting-rights-based-policy-and-law-for-mental-health>

6. Wie wurde der Leitfaden entwickelt?

Der Leitfaden wurde zwischen August 2020 und Januar 2023 in einem iterativen und

Die Leitlinien wurden zwischen August 2020 und Januar 2023 in einem iterativen und kooperativen Prozess entwickelt, der Literaturrecherchen und Analysen des internationalen Menschenrechtsrahmens, Fachmaterial zur psychischen Gesundheit und der nationalen Gesetzgebung sowie mehrere Konsultationsrunden mit UN-Experten, Regierungsvertretern, Menschen mit Lebenserfahrung, Fachleuten der psychischen Gesundheit, Wissenschaftlern und Vertretern nationaler Menschenrechtsinstitutionen und zivilgesellschaftlicher Organisationen, einschließlich Organisationen von Menschen mit Behinderungen, umfasste. Als Teil des Entwicklungsprozesses haben die WHO und das OHCHR im Juli und August 2022 einen Aufruf zur Rückmeldung zum Entwurf der Leitlinien veröffentlicht. Alle eingegangenen Beiträge sind auf der Website des OHCHR verfügbar (34).

7. Eine Anmerkung zur Sprache

Die Sprache ist nicht neutral und entwickelt sich ständig weiter. Zu den Begriffen, die üblicherweise verwendet werden, um auf psychische und emotionale Erfahrungen hinzuweisen, gehören "psychische Krankheit", "psychische Störungen", "psychische Probleme" und "psychische Erkrankungen". Während sich manche Menschen mit ihrer Diagnose und der verwendeten medizinischen Terminologie identifizieren, können andere bestimmte Begriffe als stigmatisierend empfinden oder die Medikalisierung von Not, Trauma oder Vielfalt ablehnen und andere Ausdrücke wie "Personen mit Lebenserfahrung", "Verbraucher", "Dienstleistungsnutzer" oder "Psychiatrieüberlebende" verwenden. Der Einzelne muss in der Lage sein, über das Vokabular, die Ausdrücke und Beschreibungen seiner eigenen Erfahrung, Situation oder Notlage zu entscheiden. Bei der Durchführung von Rechtsreformen ist die sinnvolle Beteiligung und das Engagement von Gesetzgebern, Parlamentariern und anderen Amtsträgern mit den Zielgruppen von entscheidender Bedeutung für die Klärung des angemessenen Sprachgebrauchs in jedem gegebenen Kontext.²

In dieser Leitlinie werden die Begriffe "Menschen mit psychosozialen Behinderungen", "Menschen mit psychischen Erkrankungen", "Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen" und "Menschen mit Lebenserfahrung" verwendet.

Auch wenn sich der Einzelne mit bestimmten Begriffen oder Konzepten identifizieren kann, gelten die Menschenrechte für alle und überall. Vor allem sollte eine psychische Diagnose oder die Zuweisung eines Behinderungsstatus niemals eine Person definieren: Jeder Mensch hat ein einzigartiges soziales Umfeld, eine eigene Persönlichkeit, Autonomie, Träume, Ziele, Bestrebungen und Beziehungen.

² For more information on mental health related definitions, see WHO's World mental health report: transforming mental health for all; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>).

Kapitel 1

Die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit überdenken

Einleitung

Kapitel 1 gibt einen Überblick über den Stand der psychischen Gesundheit und der entsprechenden Gesetzgebung weltweit. Es werden wichtige Menschenrechtsfragen im aktuellen Kontext der psychischen Gesundheit untersucht und es wird aufgezeigt, dass die meisten bestehenden Gesetze zur psychischen Gesundheit nicht mit den internationalen Menschenrechtsvorschriften in Einklang stehen.

In diesem Kapitel wird auch der internationale Menschenrechtsrahmen vorgestellt, einschließlich der Beiträge der CRPD, und es werden Leitlinien für die Überarbeitung der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit aus der Menschenrechtsperspektive gegeben.

1.1 Kontext und Herausforderungen der psychischen Gesundheit

Psychische Gesundheit ist ein Zustand des körperlichen, geistigen, emotionalen und sozialen Wohlbefindens, der durch die Interaktion des Einzelnen mit der Gesellschaft bestimmt wird (10). Sie wird von den Bedingungen geprägt, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern, und kann nicht losgelöst von der Verwirklichung der Menschenrechte und Grundfreiheiten betrachtet werden. Psychische Gesundheit und psychisches Wohlbefinden müssen daher ganzheitlich angegangen werden, und zwar mit sektorübergreifenden Ansätzen, die auch andere Sektoren als die des Gesundheitswesens einbeziehen, z. B. die Bereiche Bildung, Beschäftigung, Justiz oder Inneres - auch im Zusammenhang mit Migration, Kinderschutz, Strafverfolgung oder humanitärer Hilfe und Katastrophenschutz.

Die vielfältigen und sich überschneidenden Identitätsschichten vieler Menschen sowie die sozialen Unterdrückungsstrukturen (Rassismus, Altersdiskriminierung, Behindertenfeindlichkeit usw.) dürfen nicht isoliert von ihren Erfahrungen mit psychischen Störungen und Traumata betrachtet werden. Eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst die psychische Gesundheit einer Person sowie ihren Zugang zu hochwertiger Versorgung und Unterstützung; dazu gehören Alter, Geschlecht, sexuelle Orientierung, Geschlechtsmerkmale, Geschlechtsidentität oder -ausdruck, Behinderung, Kaste, Rasse, indigene oder ethnische Herkunft, sozioökonomischer Status, Migrations- oder Flüchtlingsstatus und andere Identitätsmerkmale. Strategien, Dienste und Programme zur psychischen Gesundheit sollten auf die

Vielfalt der Bedürfnisse eingehen und versuchen, die negativen Auswirkungen aller Formen von Diskriminierung zu überwinden.

Die unterschiedlichen Arten, zu sein, zu denken, zu empfinden, sich auszudrücken und der Welt einen Sinn zu geben, sind Teil der menschlichen Vielfalt: Es gibt keine "normale" oder "richtige" Art zu sein. Wenn diese Unterschiede nicht verstanden und respektiert werden, kann dies zu Isolation und Diskriminierung führen. Viele Menschen erleben Stimmen, Visionen oder ungewöhnliche Bewusstseinszustände positiv, ohne dass sie sich davon "erholen" müssen (35). Belastungen, die aus negativen Ereignissen oder Traumata resultieren kann sich als sinnvoll erweisen und eine Chance für Wachstum und Veränderung bieten (36, 37). Eine auf Rechten basierende und personenzentrierte Unterstützung sollte immer verfügbar sein, um den Menschen zu helfen, ihre Erfahrungen zu verstehen und ihre eigenen Genesungsziele zu erreichen.

Psychische Gesundheit und Wohlbefinden sind für eine nachhaltige Entwicklung von wesentlicher Bedeutung. Ohne eine gute psychische Gesundheit kann es für die Menschen schwierig sein, ihren Alltag zu bewältigen, aktiv an ihrer Gemeinschaft teilzuhaben oder ein Leben zu führen, das für sie einen Sinn hat. Psychische Gesundheit ist für alle Ziele für nachhaltige Entwicklung von Bedeutung, insbesondere für Ziel 3 (SDG3) über Gesundheit und Wohlbefinden. Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen sind eher von Armut bedroht, haben eine schlechte körperliche Gesundheit und einen schlechteren Zugang zu Lebensunterhaltungsmöglichkeiten und Ressourcen (38, 39).

Im Rahmen von SDG3, Zielvorgabe 3.4 zu nichtübertragbaren Krankheiten und psychischer Gesundheit, wird die Selbstmordrate als Schlüsselindikator hervorgehoben (Indikator 3.4.2). Selbstmord betrifft alle Altersgruppen, Geschlechter und Regionen der Welt, wobei die Raten unter jungen Menschen unverhältnismäßig hoch sind; die Suizidprävention wurde daher als eine globale Priorität im Bereich der öffentlichen Gesundheit anerkannt (40, 41). Wie die jüngsten globalen Ereignisse gezeigt haben, sind die schädlichen Folgen humanitärer Krisen wie Umweltkatastrophen, Pandemien, bewaffnete Konflikte und andere Formen des Unglücks für die psychische Gesundheit erheblich, werden aber oft nicht ausreichend berücksichtigt (42).

Während die wirtschaftlichen Argumente für Investitionen in die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden gut dokumentiert sind (10, 43, 44), werden Investitionen in eine qualitativ hochwertige und auf Rechten basierende psychische Gesundheitsversorgung und -unterstützung in der Regel eher als Kosten denn als Investitionen betrachtet und sind oft knapp bemessen. Der WHO-Atlas zur psychischen Gesundheit 2020 berichtet, dass die öffentlichen Ausgaben für psychische Gesundheit mit einem weltweiten Median von 2,1 % der staatlichen Gesundheitsfinanzierung gering sind (45). Mangelnde Investitionen in psychische Gesundheitssysteme führen dazu, dass es schwierig ist, den Menschen angemessene Unterstützung zu bieten, um ihren Bedürfnissen gerecht zu werden. Die Probleme der psychischen Gesundheit lassen sich jedoch nicht allein durch den Bereich der psychischen Gesundheit oder durch eine einfache Aufstockung der Ressourcen lösen: Es ist dringend erforderlich, die Art und Weise, wie psychische Gesundheitsversorgung und -unterstützung konzipiert und bereitgestellt werden, zu verändern.

Es setzt sich immer mehr die Erkenntnis durch, dass psychische Gesundheit und Wohlbefinden eng mit dem sozialen, wirtschaftlichen und physischen Umfeld eines Menschen verbunden sind, das auch mit Armut, Gewalt und Diskriminierung zu tun hat. Die meisten Systeme der psychischen Gesundheit versäumen es jedoch, einen ganzheitlichen Versorgungsansatz zu verfolgen. Das biomedizinische Modell, das sich in erster Linie auf Diagnose, Medikation und Symptombekämpfung konzentriert, ist in den bestehenden psychosozialen Gesundheitssystemen vorherrschend. Infolgedessen werden die sozialen Faktoren, die sich auf die psychische Gesundheit der Menschen

auswirken, oft nicht berücksichtigt, was zu wiederholten Zyklen von Trauma, Ausgrenzung und Gewalt führt. So sind beispielsweise Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen häufiger von Arbeitslosigkeit, Armut, Obdachlosigkeit und Inhaftierung betroffen (46-48). Darüber hinaus wirkt sich die rasche Destabilisierung der Ökosysteme aufgrund des Klimawandels zunehmend negativ auf die psychische Gesundheit der Menschen aus (10).

Bei der Suche nach psychosozialer Versorgung und Unterstützung werden zu viele Menschen diskriminiert und in ihren Menschenrechten verletzt. Viele sehen sich beim Zugang zur Versorgung mit besonderen Herausforderungen konfrontiert oder werden aufgrund ihrer Rasse, ihres Geschlechts, ihrer sexuellen Orientierung, ihres Alters oder ihrer Behinderung, ihrer nationalen, ethnischen, indigenen oder sozialen Herkunft, ihrer Kaste, ihres Migrations- oder Flüchtlingsstatus oder einfach aufgrund der Unerschwinglichkeit der Versorgung von den öffentlichen Gesundheitssystemen ausgeschlossen oder ihnen wird die Versorgung verweigert. Anderen, die in psychiatrischen Krankenhäusern behandelt werden, wird häufig die allgemeine medizinische Behandlung verweigert, einschließlich des Zugangs zu lebensrettenden Maßnahmen (49).

3 Siehe: <https://sdgs.un.org/goals/goal3>

Die Menschen sind häufig minderwertigen Dienstleistungen und suboptimalen Lebensbedingungen ausgesetzt, haben kein sauberes Wasser und keine sanitären Einrichtungen oder werden einer unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlung unterzogen. Die Zahl der unfreiwilligen Krankenhausaufenthalte und Behandlungen steigt weltweit weiter an, insbesondere in Ländern mit hohem Einkommen (50). Isolation oder Einzelhaft und der Einsatz von Zwangsmitteln, einschließlich chemischer Mittel, werden häufig eingesetzt, um die Einhaltung von Behandlung und Medikamenten zu erzwingen (51). Viele Menschen werden institutionalisiert und leben monatelang, jahrelang oder sogar lebenslang in psychosozialen Einrichtungen (52, 53); einige bleiben in der Gemeinschaft, werden aber zu Hause eingeschlossen oder gefesselt (54).

Frauen, Mädchen und lesbische, schwule, bisexuelle, transsexuelle, intersexuelle und queere Personen erleben Gewalt und Diskriminierung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung, ihrer Geschlechtsidentität, ihres Geschlechtsausdrucks und ihrer Geschlechtsmerkmale (SOGIESC). Geschlechtsspezifische Stereotype können die Diagnose von psychischen Erkrankungen beeinflussen und dazu führen, dass Frauen häufiger Psychopharmaka verschrieben werden (55). Umgekehrt können geschlechtsspezifische Stereotype bei Männern dazu führen, dass psychische Probleme nicht erkannt werden (55). Frauen und Mädchen mit psychosozialen Behinderungen werden häufig als unfähig angesehen, Entscheidungen über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und ihre Rechte zu treffen, was zu Gewalt, sexuellem Missbrauch, Zwangssterilisation, erzwungener Abtreibung und erzwungener Empfängnisverhütung führt (56). Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender, Intersexuelle und queere Menschen werden nach wie vor mit so genannten "Konversionstherapien" behandelt, die darauf abzielen, ihre sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität zu ändern (57).

Trotz des zunehmenden Bewusstseins für die Bedeutung der psychischen Gesundheit wird ein menschenrechtsbasierter Ansatz bei den weltweiten Bemühungen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit nach wie vor vernachlässigt. Politisches Engagement und finanzielle Mittel für menschenrechtsbasierte, gemeindenähe und personenzentrierte Ansätze sind nach wie vor begrenzt. Die öffentlichen Ausgaben für die psychische Gesundheit fließen überwiegend in die stationäre Versorgung, insbesondere in psychiatrische und soziale Einrichtungen, während gemeindenähe und zwangsfreie psychosoziale Dienste kaum finanziert und als "alternative" Versorgung dargestellt werden, anstatt in die allgemeine Gesundheitspolitik und die Systeme für

psychische Gesundheit eingebettet zu werden. Daher erhalten die meisten Menschen auf der Welt keine hochwertige psychosoziale Versorgung oder Unterstützung (2, 22, 58).

Eine Reform der Gesetzgebung kann zur Verabschiedung neuer Strategien und Praktiken führen, die Stigmatisierung, Diskriminierung und Segregation bekämpfen, einen menschenrechtsbasierten Ansatz gewährleisten und den Zugang zu einer hochwertigen Gesundheitsversorgung verbessern.

1.2 Psychische Gesundheit und das Gesetz

Die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit hat sich in den letzten 150 Jahren erheblich verändert. Die Ursprünge der westlichen Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit lassen sich zwar bis ins Mittelalter zurückverfolgen, ihre Ausweitung wurde jedoch im neunzehnten und zwanzigsten Jahrhundert konsolidiert (59). Diese Entwicklung verlief parallel zur Entwicklung des Verständnisses von "psychischer Krankheit", der Behandlungsperspektiven und der Menschenrechtsstandards.

Das französische Gesetz zur psychischen Gesundheit von 1838 und der englische und walisische Lunacy Act von 1890 sind zwei der frühesten und einflussreichsten Versuche, die Einweisung und Behandlung psychisch Kranker in der Neuzeit zu regeln. Diese Gesetze festigten den Paternalismus und die Vorstellung von "Gefährlichkeit" im Bereich der psychischen Gesundheit, indem sie neue Verfahren einführten, die eine Zwangseinweisung in eine psychiatrische Einrichtung auf der Grundlage von "Behandlungsbedürftigkeit" oder vermeintlich "gefährlichem Verhalten" erlaubten und die bis heute eine nicht freiwillige Einweisung und Behandlung rechtfertigen (60). Obwohl diese Gesetze nicht mehr in Kraft sind, wurden ihre Strukturen zur Blaupause der "modernen" Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit, die in die Länder exportiert wurde, die unter kolonialer Herrschaft standen und deren Erbe nach ihrer Unabhängigkeit bestehen blieb (61). In einigen Ländern wurde der Begriff der "Gefährlichkeit" verwendet, um politische Dissidenten in psychiatrische Einrichtungen einzuweisen (62).

Seit den 1970er Jahren wurde die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit zunehmend von rechtsbasierten Diskursen beeinflusst, wobei der Schwerpunkt auf der Regulierung des Einsatzes von Befugnissen im Bereich der psychischen Gesundheit lag. Der Hauptzweck des Gesetzes bestand darin, angemessene Verfahrensgarantien für die "notwendige" Einschränkung von Rechten, wie z. B. unfreiwillige Einweisung, Zwangsbehandlung, Fixierung und Isolierung, zu regeln. Die Kriterien für die Zwangsbehandlung von Personen reichten je nach Praxis und Rechtstradition des jeweiligen Landes von der "Notwendigkeit von Pflege und Behandlung" bis zur "Gefahr für sich selbst und andere". Dies ist nach wie vor das Modell für die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit in den meisten Staaten. Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (63-69) und die Verabschiedung der Grundsätze zum Schutz von Menschen mit psychischen Erkrankungen (MI Principles) durch die Generalversammlung im Jahr 1991 (Res. 46/119) haben diesen Ansatz gestärkt und weltweit eine neue Welle der Reform der Gesetze zur psychischen Gesundheit ausgelöst (70).

Einige Länder, darunter Italien, verfolgten einen anderen Ansatz und verabschiedeten Gesetze zum Ausbau der gemeindenahen psychosozialen Dienste. Im Jahr 1978 verabschiedete Italien das Gesetz Nr. 180, auch bekannt als Basaglia-Gesetz, das später in das Gesetz Nr. 833 aufgenommen wurde, mit dem der Nationale Gesundheitsdienst eingerichtet wurde (71). Das Gesetz legte den Schwerpunkt auf die Neuorganisation der psychiatrischen Dienste; es regte die Entwicklung eines Netzes dezentraler gemeindenaher Dienste an und verbot den Bau neuer psychiatrischer Krankenhäuser sowie die Aufnahme neuer Patienten in bestehende Krankenhäuser, die nach und nach geschlossen wurden. Während Zwangsmaßnahmen unter bestimmten Umständen weiterhin zulässig sind, lehnt das Gesetz den Begriff der "Gefährlichkeit" aufgrund seiner stigmatisierenden

Wirkung ab. Das Basaglia-Gesetz war in Lateinamerika sehr einflussreich, wo es zusammen mit der "Erklärung von Caracas" von 1990 (72) Gesetze in Brasilien (73), Argentinien (74), Uruguay (75), Peru (76) und Chile (77) inspirierte, die sich auf die Reform der Psychiatrie konzentrieren und den Ansatz der Verfahrensgarantien mit einem reformorientierten Ansatz verbinden.

Gegenwärtig ist der übergreifende Trend in allen Staaten die Entwicklung eigenständiger Gesetze zur psychischen Gesundheit. Eine Umfrage für den WHO-Atlas zur psychischen Gesundheit 2020 wurde von 171 der 194 WHO-Mitgliedstaaten ausgefüllt. Von den 171 gaben insgesamt 111 (65%) an, über ein eigenständiges Gesetz zur psychischen Gesundheit zu verfügen, was 57% aller Mitgliedstaaten entspricht (19). In den WHO-Regionen Westpazifik, Östlicher Mittelmeerraum und Europa gaben mehr als 70% der antwortenden Staaten an, über eigenständige Gesetze zur psychischen Gesundheit zu verfügen. Seit der Veröffentlichung des ersten WHO-Atlas zur psychischen Gesundheit im Jahr 2014 ist der Anteil der Länder mit solchen Gesetzen in fast allen WHO-Regionen gestiegen (78).

Eigenständige Gesetze zur psychischen Gesundheit enthalten häufig Bestimmungen zu Themen wie Rechte der Nutzer psychosozialer Dienste, Diagnosekriterien, freiwillige und nicht freiwillige Einweisung und Behandlung, Anordnung gemeindenaher Behandlung, informierte Zustimmung zu "Sonderbehandlungen" (z. B. Elektrokrampftherapie, Psychochirurgie, Sterilisation), Überwachungs- und Überprüfungsmechanismen, Straftäter sowie Steuerung und Verwaltung psychosozialer Dienste. In Staaten, in denen es keine spezifische Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit gibt, oder selbst dort, wo es sie gibt, enthalten andere Gesetze zur Gesundheit, zu sozialen Diensten, zu Kommunalverwaltungen oder zum Strafrecht häufig ähnliche Bestimmungen, die sich nachteilig auf die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen auswirken.

Die Verabschiedung der CRPD hat zu einem neuen Engagement bei der Reform der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit geführt. Zwar ist es noch zu früh, um die tatsächlichen Auswirkungen der CRPD auf die nationalen Gesetzgebungsrahmen zur psychischen Gesundheit zu beurteilen, doch wie in Kapitel 2 erläutert, haben mehrere Staaten damit begonnen, von der CRPD inspirierte Maßnahmen in ihre Gesetze aufzunehmen, z. B. angemessene Vorkehrungen, Patientenverfügungen und unterstützte Entscheidungsfindung. Dennoch sind die meisten Staaten nicht in der Lage, biomedizinische Ansätze und die Legitimität der Verweigerung der Geschäftsfähigkeit und der Befugnisse zur Zwangsbehandlung in Frage zu stellen, sodass sie es versäumen, die Rechte in diesem Bereich zu berücksichtigen (79-83).

1.3 Gesetze zur psychischen Gesundheit und Menschenrechte

Gesetze zur psychischen Gesundheit sind zwar die natürliche Reaktion der Staaten auf die Regulierung der psychosozialen Dienste und die Gewährleistung des Schutzes der Rechte in diesen Diensten, sie werfen jedoch auch erhebliche menschenrechtliche Bedenken auf, die Ausdruck tiefgreifender und dauerhafter Spannungen im Zusammenhang mit der psychosozialen Praxis und dem Gesetz sind (84).

Die aus der Kolonialzeit stammende Gesetzgebung ist zwar immer weniger verbreitet, kann aber als "archaisch und veraltet" bezeichnet werden (61). Der Sprachgebrauch ist häufig stigmatisierend und abwertend: Personen werden beispielsweise als "verrückt", "wahnsinnig", "psychisch krank", "geistig abnormal", "geistig gestört" oder "unzurechnungsfähig" bezeichnet, und Familien und psychosozialen Fachkräften wird ein erheblicher Ermessensspielraum bei der Entscheidung für die betroffene Person eingeräumt. Der "Schutz des Wohlergehens" und die "öffentliche Sicherheit"

werden häufig als Kriterien für die nicht freiwillige Einweisung angeführt, wobei der Schwerpunkt auf der freiheitsentziehenden Unterbringung liegt.

Neuere Gesetze zur psychischen Gesundheit gehen weiterhin von einem engen Verständnis der Menschenrechte und psychosozialen Unterschiede aus, auch wenn sie durch eine auf Rechten basierende Sprache verschönert werden. Der Schwerpunkt liegt auf der Einschränkung von Rechten mit geringeren Schutzstandards, die Menschen aufgrund einer psychischen Diagnose gewährt werden. Dadurch werden u. a. die Rechte einer Person auf informierte Zustimmung, Privatsphäre, Freiheit und Sicherheit, persönliche Integrität und Zugang zur Justiz diskriminiert. Darüber hinaus widerlegen die Gesetze nicht die schädlichen Stereotypen, wonach diese Menschen "gefährlich" und "inkompetent" sind, und tragen so dazu bei, dass diese Menschen weiterhin Drogen nehmen (85).

Ein weiteres Problem ist die ausdrückliche Verwendung eines reduktionistischen westlichen biomedizinischen Modells in der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit, das andere ganzheitliche, personenzentrierte und menschenrechtsbasierte Ansätze und Strategien zum Verständnis und zur Bewältigung von Notlagen, Traumata und ungewöhnlichen Wahrnehmungen oder Überzeugungen benachteiligt (2, 86). Darüber hinaus kann die Anwendung eines westlichen reduktionistischen Ansatzes auf verschiedene Kulturen, einschließlich indigener Bevölkerungsgruppen, die ihre eigenen Vorstellungen und Methoden zum Umgang mit psychischer Gesundheit, Wohlbefinden und Heilung haben, sowohl für den Einzelnen als auch für das Kollektiv schädlich sein. In den Gesetzen zur psychischen Gesundheit werden Personen, die sich in einer Notlage befinden, häufig auf ein "Problem" reduziert. Die zugrundeliegenden wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Faktoren, die das Leiden oder die Diskriminierung verursachen, werden kaum beachtet, was die Fähigkeit des Einzelnen, der Familie und der Gemeinschaft beeinträchtigt, diese zu überwinden (87). Dies führt häufig zu einer Stigmatisierung, zu einer Überbetonung biomedizinischer Behandlungsmöglichkeiten, zu einer unangemessenen Konzentration auf die Veränderung des Einzelnen und nicht auf die Umstände, unter denen er lebt, und zu einer allgemeinen Akzeptanz von Zwangspraktiken (33).

Zwang ist nach wie vor ein zentraler Bestandteil der bestehenden Gesetze zur psychischen Gesundheit in allen Rechtsordnungen (50) und stellt ein großes Problem dar (Kasten 2). Nötigung umfasst ein breites Spektrum von Praktiken im Rahmen der psychosozialen Versorgung, die durch die Anwendung von Gewalt und Drohungen gekennzeichnet sind (88, 89). Zu diesen Praktiken gehören u. a. unfreiwillige Krankenhauseinweisungen, unfreiwillige Medikation, unfreiwillige Elektrokonvulsionstherapie (EKT), Isolation sowie körperliche, chemische und mechanische Zwangsmaßnahmen. Im Allgemeinen gehen die Gesetze zur psychischen Gesundheit nach wie vor von der grundsätzlichen Richtigkeit von Zwangspraktiken aus, die als legitime Form des "Patientenmanagements" mit klar festgelegten Parametern und Sicherheitsvorkehrungen (z. B. als "letztes Mittel" und für den "kürzesten Zeitraum") gelten (90).

Die Kriterien für die Anwendung von Zwang variieren von Land zu Land. In den meisten Staaten ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung die wichtigste Voraussetzung für die zivilrechtliche Einweisung, zusätzlich zu anderen Variablen wie Selbst- oder Fremdgefährdung oder Behandlungsbedürftigkeit (91). In einigen Staaten wird auch mangelndes Geistesvermögen oder fehlende "Einsicht" als Kriterium herangezogen (92); andere Staaten haben ihre Kriterien weiter gefasst, um Zwang in der Gemeinschaft durch gemeindenahe Behandlungsanordnungen zuzulassen. Obwohl mehrere Staaten ihre Kriterien für die nicht freiwillige Einweisung verschärft haben, sind die Raten nicht zurückgegangen, sondern eher gestiegen, selbst in gut ausgestatteten psychosozialen Versorgungssystemen (50, 93).

In einer Studie, die zwischen 2008 und 2017 durchgeführt wurde, wurde festgestellt, dass in 11 von 18 Ländern, die Daten übermittelten, ein Anstieg der Raten nicht freiwilliger Einweisungen um bis zu 8,45 % zu verzeichnen war (92).

Ein weiteres drängendes Problem ist die Praxis der Institutionalisierung, zu der die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit direkt beigetragen hat (94). Die Legitimierung zivilrechtlicher Verpflichtungen hat dazu beigetragen, dass viele Menschen in Einrichtungen eingewiesen wurden und dort leben, dass Diskriminierung und Menschenrechtsverletzungen geduldet wurden, dass sich Barrieren verfestigt haben und dass Reformen im Hinblick auf eine systemische Veränderung vernachlässigt wurden. Ein klares gesetzliches Mandat zur Schließung psychiatrischer und sozialer Einrichtungen und anderer ähnlicher Einrichtungen und zur Bereitstellung der erforderlichen Unterstützung für die Menschen in der Gemeinschaft könnte in vielen Teilen der Welt einen Wandel bewirken (95).

Die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit dient auch weiterhin als Instrument zur Festigung asymmetrischer Machtstrukturen in der Gesellschaft und damit zur Aufrechterhaltung der Ausgrenzung und Unterdrückung bestimmter Bevölkerungsgruppen. Traditionell werden Frauen und Mädchen und ihre Körper durch ausdrückliche Bestimmungen reguliert, die die freie und informierte Zustimmung zu ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und ihren Rechten außer Kraft setzen (96). So kann der Gesetzgeber beispielsweise Sterilisation, Empfängnisverhütung oder Abtreibung vorschreiben - unter Berufung auf angebliche "beste Interessen", einschließlich der Verhinderung von Schäden für die psychische Gesundheit einer Frau oder eines Mädchens.

In ähnlicher Weise verweigern Gesetze zur psychischen Gesundheit Kindern und Jugendlichen oft das Recht, ihre Meinung zu äußern und gehört zu werden, wobei ihre sich entwickelnden Fähigkeiten oder Identitäten berücksichtigt werden (97). Die Gesetze zur psychischen Gesundheit haben die Segregation und Institutionalisierung von Kindern in psychiatrischen oder sozialen Einrichtungen ermöglicht. In diesen Einrichtungen üben die Dienste erhebliche Macht aus und fungieren als Türsteher; jede Entscheidung, ein Kind zu institutionalisieren, verletzt die Rechte des Kindes, einschließlich des Rechts auf ein Familienleben.

In vielen Teilen der Welt werden Menschen, die am stärksten ausgegrenzt sind - z. B. Menschen mit niedrigem sozioökonomischem oder Bildungshintergrund oder Menschen, die einer Minderheit angehören - aufgrund fehlender Strafverfolgungs- und Rechenschaftsmechanismen häufig die wenigen Schutzmaßnahmen verweigert, die die Gesetze zur psychischen Gesundheit vorsehen. Dies führt dazu, dass sowohl innerhalb als auch außerhalb des psychosozialen Gesundheitssystems immer mehr Schaden angerichtet wird. So richten sich beispielsweise "therapeutische Gemeinschaften" und "Gebetslager" häufig gegen Menschen aus Randgruppen und setzen die Betroffenen Misshandlungen wie Fesselung, Einsperrung und Bestrafung aus (54, 98). Obwohl diese Praktiken in einigen Ländern gesetzlich verboten sind, schränkt die intersektionelle Diskriminierung, der diese Gruppen ausgesetzt sind, zusammen mit dem Mangel an staatlicher Aufsicht ihren Zugang zu jeglicher Form von Gerechtigkeit ein. In anderen Fällen, z. B. bei Migranten ohne Papiere, verstärkt die Angst vor Strafverfolgungsmechanismen oder die Anwesenheit von Strafverfolgungsbeamten im Gesundheitswesen die Marginalisierung und Ausgrenzung.

Weitverbreitete Menschenrechtsverletzungen und Schädigungen, die durch psychosoziale Systeme verursacht und durch Gesetze zur psychischen Gesundheit ermöglicht werden, haben zu einem Trauma geführt, das sich auf viele Einzelpersonen und Gemeinschaften auswirkt und sich über Generationen erstreckt. Die strukturelle Gewalt und die Schädigung, die durch Gesetze zur psychischen Gesundheit ausgeübt und ermöglicht werden, sind selbst eine Form von historischem Trauma (99, 100). Der Prozess der Gesetzesreform erfordert weitere gesellschaftliche

Untersuchungen, Forschung und einen sinnvollen Dialog zwischen allen Beteiligten. Eine Gesetzgebung, die ein neues Paradigma für die Wahrnehmung des Rechts auf psychische Gesundheit unterstützt, könnte sich auf dieses Erbe auswirken und seine Wiedergutmachung ermöglichen. Dies würde vor allem das Engagement und die Mitwirkung derjenigen voraussetzen, die diese Erfahrungen gemacht haben, um das Gesetz so zu gestalten, dass es ihre Sichtweise widerspiegelt und auf sie eingeht, und zwar in dem Bestreben nach Wiederherstellung, Wiedergutmachung und Heilung.

Es ist daher notwendig, die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit, einschließlich eigenständiger Gesetze zur psychischen Gesundheit, zu überdenken, um sicherzustellen, dass sie nicht weiterhin ein Mittel zur Verletzung von Rechten ist, sondern vielmehr als Instrument zur Förderung der Ausübung von Rechten und der sozialen Integration dient.

Kasten 2

Das Argument gegen Zwang

Zwang ist rechtlich, ethisch und aus klinischer Sicht umstritten.

Aus menschenrechtlicher Sicht stehen Zwangspraktiken in der psychosozialen Versorgung im Widerspruch zu internationalen Menschenrechtsnormen, einschließlich der CRPD. Sie verstoßen gegen das Recht auf gleiche Anerkennung vor dem Gesetz und auf Schutz durch das Gesetz, da dem Einzelnen die Rechtsfähigkeit abgesprochen wird. Zwangspraktiken verletzen das Recht einer Person auf Freiheit und Sicherheit, das ein grundlegendes Menschenrecht ist. Sie widersprechen auch dem Recht auf freie und informierte Zustimmung und ganz allgemein dem Recht auf Gesundheit.

Zwang kann einer Person schwere Schmerzen und Leiden zufügen und lang anhaltende körperliche und psychische Folgen haben, die die Genesung behindern und zu erheblichen Traumata und sogar zum Tod führen können. Darüber hinaus wird das Recht auf ein unabhängiges Leben und die Eingliederung in die Gemeinschaft verletzt, wenn Zwangspraktiken zur Institutionalisierung oder einer anderen Form der Marginalisierung führen (101).

Zwangspraktiken in der psychiatrischen Versorgung verletzen das Recht auf Schutz vor Folter oder grausamer, unmenschlicher und erniedrigender Behandlung, das ein unveräußerliches Recht ist (102). Im Jahr 2013 forderte der UN-Sonderberichterstatter für Folter und andere grausame, unmenschliche und erniedrigende Behandlung oder Strafe (103) die Staaten auf, alle erzwungenen und nicht einvernehmlichen medizinischen Eingriffe, einschließlich der unfreiwilligen Verabreichung von psychochirurgischen Eingriffen, Elektrokrampftherapie, "bewusstseinsverändernden Drogen" und der Anwendung von Zwangs- und Isolationshaft, vollständig zu verbieten (104). In jüngerer Zeit hat der UN-Sonderberichterstatter betont, dass angeblich "wohltätige" Zwecke wie "medizinische Notwendigkeit", "Umerziehung", "geistige Heilung" oder "Konversionstherapie" keine Rechtfertigung für Zwangsmaßnahmen oder diskriminierende Praktiken darstellen und der Folter gleichkommen können (105). Es besteht eine unmittelbare internationale Verpflichtung, diese Praktiken zu beenden.

Viele Experten haben festgestellt, dass Zwangsbehandlungsmaßnahmen an sich unwirksam sind (84). Es gibt nur wenige Belege für den Erfolg von Zwang bei der Verringerung des Risikos von Selbstverletzungen, der Erleichterung des Zugangs zur Behandlung oder dem Schutz der Öffentlichkeit (106-108). Die Vorhersage von Selbstverletzungen oder des Risikos, andere zu

verletzen, ist sowohl äußerst schwierig als auch ethisch fragwürdig (109, 110). Obwohl psychische Erkrankungen sowohl mit Suizidgedanken als auch mit Suizidversuchen in Verbindung gebracht werden, gibt es kaum Belege dafür, dass Instrumente zur Risikobewertung und eine psychiatrische Zwangsbehandlung Suizide verhindern (111, 112).

Darüber hinaus gibt es zahlreiche Belege dafür, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen eher Opfer als Täter von Gewalt sind (113). Die Erkenntnisse über den Zusammenhang zwischen Gewalt und bestimmten psychischen Diagnosen müssen im breiteren Kontext der systemischen Faktoren interpretiert werden Diskriminierung (114, 115). Selbst in solchen Fällen gibt es gute und validierte politische Optionen zur Unterstützung dieser Personen ohne Zwang. Darüber hinaus gibt es keine Belege dafür, dass Zwang den Zugang zur psychosozialen Versorgung erleichtert, und umgekehrt kann er Menschen davon abhalten, Unterstützung zu suchen (116-118). Vor diesem Hintergrund ist die Angemessenheit der Einschränkungen der Grundrechte durch die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit nicht gegeben, insbesondere wenn es eine wachsende Zahl von Praktiken ohne Zwang gibt, die an ihrer Stelle eingesetzt werden können (33). Darüber hinaus gibt es immer mehr Belege dafür, dass zwangsfreie Praktiken zu besseren Ergebnissen bei der psychischen Gesundheit führen (119-121).

1.4 Der internationale Menschenrechtsrahmen

In der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte (AEMR), deren fünfundsiebzigster Jahrestag im Jahr 2023 begangen wird (122), wurden zum ersten Mal die grundlegenden, allgemein zu schützenden Menschenrechte festgelegt. Aufbauend auf der AEMR wurden diese Rechte in internationalen Menschenrechtsverträgen weiterentwickelt und detaillierter beschrieben, was sie beinhalten. Die Verträge umfassen zwei Pakte - den Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte (123) und den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (124)

- und sieben gruppenspezifische Konventionen, darunter die CRPD. Alle UN-Mitgliedstaaten haben mindestens einen der wichtigsten internationalen Menschenrechtsverträge ratifiziert, 80 % haben vier oder mehr ratifiziert. Alle Länder sind verpflichtet, die Rechte aus den spezifischen Verträgen, die sie ratifiziert haben, zu achten, zu schützen und zu erfüllen (125). Weitere Instrumente wurden auf regionaler Ebene angenommen, die spezifische Menschenrechtsbelange widerspiegeln und Schutzmechanismen vorsehen.

Die Menschenrechte sind universell, unveräußerlich, unteilbar und voneinander abhängig. Ein menschenrechtbasierter Ansatz für die psychische Gesundheit befasst sich mit politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Barrieren und stärkt gleichzeitig Einzelpersonen und Gruppen, insbesondere die am stärksten benachteiligten. Die Übernahme dieses Ansatzes trägt erheblich zur Politik im Bereich der psychischen Gesundheit bei, da er sie ganzheitlicher macht und auf die individuellen Bedürfnisse eingeht. Die staatlichen Akteure sind verpflichtet, bei der Bereitstellung von psychosozialer Versorgung und Unterstützung alle Menschenrechte zu achten, zu schützen und zu erfüllen. Nichtstaatliche Akteure haben eine besondere menschenrechtliche Verantwortung. Der private Sektor hat die Pflicht, die Menschenrechte zu achten, was die Verpflichtung einschließen kann, zur Einhaltung der Menschenrechte beizutragen, wenn er beispielsweise Teil des Gesundheitssystems ist.

Das Recht auf Gesundheit ist ein grundlegendes Menschenrecht, das das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden umfasst und für die Ausübung anderer Menschenrechte unerlässlich ist. Die

psychische Gesundheit ist ein integraler und wesentlicher Bestandteil des Rechts auf Gesundheit (126). Die willkürliche Trennung zwischen körperlicher und geistiger Gesundheit hat dazu beigetragen, dass im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit Bedürfnisse nicht erfüllt und Menschenrechte verletzt werden (127). Die Förderung, der Schutz und die Verwirklichung der psychischen Gesundheit sollten als ein wesentliches Menschenrechtsanliegen betrachtet werden.

Das Recht auf Gesundheit ist ein umfassendes Recht: Es beinhaltet Freiheiten und Ansprüche und ist durch die zugrunde liegenden Gesundheitsfaktoren bedingt. Es enthält auch die wesentlichen und miteinander verbundenen Elemente der Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz und Qualität (bekannt als AAAQ-Rahmen) (128), die bei der Bereitstellung psychosozialer Versorgung ganzheitlich berücksichtigt werden müssen. Darüber hinaus erfordert das Recht auf Gesundheit die Gewährleistung von Partizipation und Rechenschaftspflicht. Ein rechtebasierter Ansatz für die psychische Gesundheit beinhaltet die Annahme eines rechtlichen und politischen Rahmens, der sich ausdrücklich auf die Grundsätze und Verpflichtungen der Menschenrechte stützt. Dies trägt dazu bei, die Reform der Politik, Programme und Praktiken im Bereich der psychischen Gesundheit voranzutreiben und Menschenrechtsverletzungen innerhalb des Gesundheitssystems zu erkennen und zu bekämpfen.

Die CRPD stärkt den Schutz, den der bestehende internationale Menschenrechtsrahmen im Bereich der psychischen Gesundheit bietet. Menschen mit psychosozialen Behinderungen spielten eine entscheidende Rolle bei den Verhandlungen, der Entwicklung und der Ausarbeitung der CRPD. Die CRPD verankert die fortschrittlichsten internationalen Menschenrechtsstandards in Bezug auf die Rechte von Menschen mit Behinderungen, einschließlich Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen. Sie stellt das traditionelle Verständnis von Behinderung, Gleichheit und Personsein in Frage und ersetzt frühere "Soft Law"-Instrumente wie die Grundsätze für den Schutz von Menschen mit psychischen Erkrankungen und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung (1991) (129).

Die CRPD erkennt an, dass Behinderung ein sich entwickelndes Konzept ist, das sich aus der Wechselwirkung zwischen Personen mit tatsächlichen oder wahrgenommenen Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren ergibt. Im Rahmen des medizinischen Modells wurden psychische Erkrankungen und psychosoziale Behinderungen zu lange als Probleme verstanden, die in der Person selbst liegen; das Ziel bestand letztlich darin, die Person zu "heilen" oder zu "reparieren", damit sie "normal" werden konnte (130, 131). Anstatt den sozialen Wandel, die Vielfalt und die Eingliederung zu fördern, implizierte das medizinische Modell, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen sich selbst ändern müssten, was in der Vergangenheit zu Entmündigung, Diskriminierung und Institutionalisierung geführt hat.

Die CRPD verlagert den Schwerpunkt auf die Interaktion zwischen dem Individuum und der Umwelt (132). Nach diesem Modell sind Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen Teil der menschlichen Vielfalt. In der CRPD wird auch bekräftigt, dass alle Menschen mit Behinderungen die gleichen Rechte haben wie alle anderen Menschen in der Gesellschaft. Politische Maßnahmen sollten sich auf die Beseitigung von Barrieren, die Förderung der Teilhabe und die Berücksichtigung der Vielfalt konzentrieren, anstatt die Menschen zu reformieren, damit sie den gesellschaftlichen Anforderungen entsprechen. Mit dieser Abkehr vom medizinischen Modell wird die Bedeutung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen nicht in Abrede gestellt, sondern es werden vielmehr viele derzeitige Praktiken im medizinischen Bereich in Frage gestellt, die die Menschenrechte und die Integration untergraben (133).

Die CRPD umfasst ein substantielles Modell der "inklusiven Gleichheit", das für die psychosoziale Versorgung und Unterstützung relevant ist und sich auf vier Dimensionen erstreckt (134):

1. Eine Dimension der Anerkennung: Bekämpfung von Stigmatisierung, Stereotypisierung, Vorurteilen und Gewalt sowie Anerkennung der Intersektionalität.
2. Eine Umverteilungsdimension: Bekämpfung von sozioökonomischen Nachteilen.
3. Eine partizipative Dimension: Bekräftigung des sozialen Charakters der Menschen als Mitglieder sozialer Gruppen und die volle Anerkennung der Menschlichkeit durch Integration.
4. Eine akkomodierende Dimension: Raum für Unterschiede als eine Frage der Menschenwürde schaffen.

Die Konvention erweitert das Verständnis der Rechtspersönlichkeit im internationalen Menschenrechtssystem - d.h. die Fähigkeit, Rechte zu besitzen und frei nach diesen Rechten zu handeln. Der Schwerpunkt verlagert sich weg von Einschränkungen hin zu einer Unterstützung, die es dem Einzelnen ermöglicht, Entscheidungen für sich selbst zu treffen und seine Fähigkeiten zu erweitern. Das Unterstützungsparadigma der CRPD beruht auf der Anerkennung der Interdependenz der menschlichen Erfahrung. Unterstützung ist für die Interdependenz von grundlegender Bedeutung, da sie die individuelle Autonomie erweitert, anstatt sie zu untergraben (135).

Indem die CRPD die Interdependenz und Unteilbarkeit der Rechte bekräftigt, hebt sie, wie andere gruppenspezifische Konventionen, die künstliche Trennung zwischen bürgerlichen und politischen Rechten einerseits und wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten andererseits auf und würdigt die ganzheitliche Natur und Ausübung dieser Rechte. Die Konvention erlegt auch Verpflichtungen mit unmittelbarer Wirkung auf, wie die Pflicht zur Nichtdiskriminierung, und andere, die schrittweise verwirklicht werden können, wie das Recht auf Zugang zu individualisierten Unterstützungsdiensten. Die schrittweise Verwirklichung bringt jedoch die unmittelbare Verpflichtung mit sich, gezielte Schritte zur vollständigen Verwirklichung dieser Rechte zu unternehmen und sicherzustellen, dass alle diese Schritte in nichtdiskriminierender Weise unternommen werden (136). Die CRPD erkennt auch die Bedeutung der internationalen Zusammenarbeit und eines günstigen Umfelds für die Entwicklung an, um die nationalen Bemühungen um die Verwirklichung der Rechte zu unterstützen (Artikel 32 der CRPD).

Die Werte, Grundsätze und Standards der CRPD, angewandt auf den breiteren Menschenrechtsdiskurs, bieten eine neue Perspektive für die Schaffung eines förderlichen rechtlichen und politischen Umfelds für die Entwicklung rechtsbasierter psychosozialer Gesundheitssysteme, die der Befähigung der Menschen und ihrer aktiven Beteiligung an ihrer Genesung Priorität einräumen (Kasten 3).

Kasten 3

CRPD-Bestimmungen für einen rechtebasierten Ansatz zur psychischen Gesundheit

Die CRPD hat einen wichtigen Beitrag zum Bereich der psychischen Gesundheit geleistet. Die Konvention hat das Verständnis der Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen und der Menschenrechtsstandards im Allgemeinen erneuert. Die Grundsätze und Bestimmungen des Übereinkommens sind für psychosoziale Gesundheitssysteme und -dienste insofern relevant, als sie fordern, dass die Grundsätze der Gleichheit und Nichtdiskriminierung in allen Bereichen Anwendung

finden. Personen, die sich in einer Notlage befinden oder eine Versorgung in Anspruch nehmen und sich selbst nicht als Menschen mit psychosozialen Behinderungen bezeichnen oder die nicht mit behindernden Barrieren konfrontiert sind, sind dennoch durch die CRPD geschützt, da nach diesem Vertrag Diskriminierung aufgrund der tatsächlichen oder wahrgenommenen Beeinträchtigung oder des psychischen Gesundheitszustands einer Person verboten ist.

Rechtsfähigkeit

Die Geschäftsfähigkeit ist eine Voraussetzung für die Ausübung von Rechten und für autonome Entscheidungen in der Gesundheitsversorgung. In den meisten Rechtsordnungen kann die Rechtsfähigkeit einer Person in vielen Lebensbereichen aufgrund einer psychischen Diagnose oder eines fehlenden "Geistesvermögens" eingeschränkt sein (137). Häufig wird ein gesetzlicher Vertreter bestellt, der im Namen der Person Entscheidungen trifft, oder die Entscheidungsfindung wird an medizinisches Personal oder an ein Gericht delegiert (138).

In Artikel 12 der CRPD wird anerkannt, dass alle Menschen mit Behinderungen, einschließlich Menschen mit psychosozialen Behinderungen, das Recht haben, ihre Rechtsfähigkeit gleichberechtigt mit anderen in allen Lebensbereichen auszuüben. Dementsprechend kann die "geistige Fähigkeit" einer Person nicht die Grundlage für die Verweigerung der Rechtsfähigkeit sein. Die Menschen sollten das Recht haben, rechtsverbindliche Entscheidungen zu treffen, und sie sollten, wenn sie dies wünschen, Zugang zu der Unterstützung erhalten, die sie bei der Ausübung ihrer Rechtsfähigkeit benötigen, einschließlich formeller und informeller Unterstützung (139). Gemäß der CRPD sind die Vertragsstaaten verpflichtet, alle Formen der stellvertretenden Entscheidungsfindung, wie Vormundschaft, Pflegschaft und Pflegschaftsverwaltung, durch unter

Freiheit und Sicherheit der Person

Die Gesetze zur psychischen Gesundheit der meisten Staaten gestatten den Freiheitsentzug einer Person entweder auf der Grundlage einer psychischen Diagnose oder Beeinträchtigung oder in Kombination mit anderen Faktoren, in der Regel dann, wenn die Person eine mutmaßliche Gefahr für sich selbst oder andere darstellt oder als versorgungsbedürftig gilt.

In Artikel 14 der CRPD wird bekräftigt, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Freiheit und Sicherheit genießen, und es wird klargestellt, dass "das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigen darf". Der Ausschuss für die Rechte

von Menschen mit Behinderungen hat betont, dass Artikel 14 ein absolutes Verbot der Freiheitsentziehung aufgrund von Beeinträchtigungen aufstellt und damit alle Formen der nicht freiwilligen Einweisung in psychiatrische Einrichtungen ausschließt, auch auf der Grundlage von "Gefährlichkeit" oder "Pflegebedürftigkeit" (siehe Abschnitt 2.3) (140). Trotz des zunehmenden Konsenses unter Menschenrechtsexperten und -mechanismen über diese Standards (23, 33, 86, 141-146) wird nach wie vor die Auffassung vertreten, dass eine nicht freiwillige Einweisung in Ausnahmefällen erforderlich sein kann, um Menschen vor ernsthaftem Schaden zu bewahren oder um andere zu schützen (147, 148). Diese unterschiedlichen Kriterien spiegeln den anhaltenden Wandel der Sichtweisen und Einstellungen sowie die Spannungen zwischen den CRPD-Normen und früheren Ansätzen im Bereich der psychischen Gesundheit wider (149).

Freie und informierte Zustimmung

Derzeit schränken die meisten Gesetze zur psychischen Gesundheit das Recht auf eine freie und informierte Zustimmung zur Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen weiterhin ein und begünstigen Ersatzentscheidungen.

Artikel 25 (d) der CRPD sieht vor, dass die Vertragsstaaten sicherstellen, dass die Gesundheitsversorgung von Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der freien und informierten Zustimmung erfolgt; Artikel 15 legt fest, dass niemand ohne seine freie Zustimmung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen unterzogen werden darf. Unfreiwillige Behandlung wurde als Verstoß nicht nur gegen das Recht auf Gesundheit, sondern auch gegen die Rechtsfähigkeit (Artikel 12), die Freiheit von Folter und Misshandlung (Artikel 15), die Freiheit von Gewalt, Ausbeutung und Missbrauch (Artikel 16) und die persönliche Integrität (Artikel 17) interpretiert (150-152). Es ist ein grundlegender Wandel erforderlich, um einen Rechtsrahmen zu schaffen, der die Entwicklung psychosozialer Dienste ermöglicht, die die Rechte aller Dienstleistungsnutzer respektieren und alle Behandlungsentscheidungen auf die freie und informierte Zustimmung des Einzelnen stützen (siehe Abschnitt 2.3).

Unabhängig leben und in die Gemeinschaft einbezogen werden

In der Vergangenheit waren Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen in der psychiatrischen und sozialen Versorgung Praktiken der Segregation, Institutionalisierung und Isolation ausgesetzt.

Artikel 19 der CRPD erkennt das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen an, unabhängig zu leben und in die Gemeinschaft einbezogen zu werden. Dazu gehört, dass eine Person die Wahlfreiheit und die Kontrolle über die ihr Leben betreffenden Entscheidungen ausübt und ein Höchstmaß an Selbstbestimmung und Unabhängigkeit innerhalb der Gesellschaft erlangt (153). Dementsprechend sollten Personen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen müssen die Möglichkeit haben, gleichberechtigt mit anderen zu wählen, wie, wo und mit wem sie leben wollen, ohne gezwungen zu sein, in einer bestimmten Wohnform zu leben, z. B. in einer Einrichtung. Darüber hinaus müssen sie Zugang zu einer Reihe von gemeinschaftlichen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich individueller behinderungsspezifischer Unterstützung und allgemeiner Dienste und Einrichtungen für die allgemeine Bevölkerung in der Gemeinschaft.

Zugang zur Justiz

Der Zugang zur Justiz ist für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen häufig eingeschränkt, was ihr Recht auf ein faires Verfahren beeinträchtigt und ihnen die Möglichkeit verwehrt, gegen willkürliche Inhaftierungen, Zwangsbehandlungen und Missbräuche in der psychosozialen Versorgung vorzugehen. Beispiele hierfür sind Gesetze, die das Recht einer Person einschränken, eine Klage einzureichen oder sich vor Gericht zu verantworten, die Ablenkung von Straf-, Zivil- und Verwaltungsverfahren, die zu Freiheitsentzug, Zwangsbehandlung und Heimunterbringung führen, mangelnde Glaubwürdigkeit, unwirksame Rechtsbehelfe und fehlende Rechtshilfe. Diese kombinierten Hindernisse führen dazu, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen keinen wirksamen Zugang zur Justiz haben, was ihr Risiko von Missbrauch und Vernachlässigung innerhalb der psychosozialen Dienste und darüber hinaus erhöht und dazu führt, dass sie im Strafrechtssystem deutlich überrepräsentiert sind.

Artikel 13 der CRPD legt die Verpflichtung fest, Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen einen wirksamen Zugang zur Justiz zu gewährleisten, unter anderem durch die Bereitstellung verfahrens- und altersgerechter Vorkehrungen, um ihre Rolle als direkte und indirekte Teilnehmer an allen Gerichtsverfahren zu erleichtern (siehe Abschnitt 2.8.2). Darüber hinaus sind die Vertragsstaaten verpflichtet, eine angemessene Ausbildung der in der Justizverwaltung tätigen Personen, einschließlich des Personals von Polizei und Strafvollzug, zu fördern.

1.5 Anwendung des Menschenrechtsrahmens auf die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit

Im Laufe der Geschichte schwankte die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit zwischen Zeiten, in denen die Verfahrensgarantien erweitert wurden, um eine größere Autonomie zu ermöglichen, und Zeiten, in denen sie stark eingeschränkt wurden, um einen schnellen Zugang zu psychosozialen Diensten zu fördern (154). In der Praxis wurde die Situation von Menschen mit psychischen Problemen jedoch durchgehend vernachlässigt, sowohl in der Gemeinschaft als auch in den Einrichtungen (155). Der Kern dieses Versagens liegt in der Unfähigkeit der Politik und der Systeme der psychischen Gesundheit, die Menschenrechte vollständig zu berücksichtigen.

Der internationale Menschenrechtsrahmen verlangt von den Staaten, die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit aus einer rechtebasierten Perspektive zu überdenken. Jede Neuausrichtung muss einen Bruch mit dem biomedizinischen Modell der psychischen Gesundheit und der Anwendung von Zwangsbefugnissen mit sich bringen. Dieser Übergangsprozess wird wahrscheinlich komplex sein; die Entwicklung neuer Wege zum Verständnis, zur Förderung und zur Unterstützung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens ist jedoch unerlässlich und erfordert einen grundlegenden Wandel in der Politik zur psychischen Gesundheit und bei der Umgestaltung der Dienste.

Die in diesen Leitlinien vorgeschlagenen Ziele für die Gesetzgebung dienen nicht als Endpunkt für die Staaten, sondern vielmehr als Ausgangspunkt für ihren eigenen Weg der Umgestaltung. Ein zentraler Aspekt ist die Schaffung eines rechtlichen Rahmens, der die Entwicklung von psychosozialen Gesundheitssystemen ermöglicht, die das höchstmögliche Niveau an psychischer Gesundheit und Wohlbefinden für alle Menschen anstreben. In Anbetracht des Kontexts und der oben beschriebenen Herausforderungen sollte die Gesetzgebung auch darauf abzielen, gleiche Rechte für Menschen zu gewährleisten, die mit psychosozialen Gesundheitssystemen zu tun haben, um der Trägheit der derzeitigen schädlichen Praktiken entgegenzuwirken.

Zu den Zielen, die der Gesetzgeber verfolgen kann, um einen Menschenrechtsansatz für psychische Gesundheit und Wohlbefinden zu fördern, gehören

- Festlegung eines klaren Mandats und Schaffung einer soliden Grundlage für die Umgestaltung der Systeme der psychischen Gesundheit zum Nutzen der gesamten Gesellschaft;
- Ermöglichung von auf Rechten basierenden, personenzentrierten, genesungsorientierten Diensten und Initiativen in der Gemeinschaft, einschließlich solcher, die von Gleichaltrigen (Peers) geleitet werden, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitssystems, bei denen die Befähigung der Menschen und ihre aktive Beteiligung an ihrer eigenen Genesung im Vordergrund stehen;
- Sensibilisierung, auch von Beamten des öffentlichen Sektors, und Unterstützung von Strategien zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Entwicklung des Gemeinwesens, um Stereotypen, Stigmatisierung, Diskriminierung und soziale Determinanten zu bekämpfen und die Lebensumstände der Menschen zu verbessern;
- Entwicklung von und Investitionen in eine Reihe von gemeindenahen Programmen und Diensten, die ganzheitlich und frei von Zwang und Gewalt sind, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitssystems;

- ausdrückliche Wahrung des Rechts auf Rechtsfähigkeit und freie und informierte Zustimmung sowie Unterstützung der Beseitigung von Diskriminierung, Stigmatisierung, Gewalt, Zwang und Missbrauch bei Dienstleistungen;
- Festlegung nachhaltiger Deinstitutionalisierungsprozesse, die die Bereitstellung angemessener und geeigneter wirtschaftlicher und sozialer Unterstützung für die Person sicherstellen, damit sie unabhängig in der Gemeinschaft leben kann;
- Sicherstellung, dass das Fachwissen von Menschen mit Lebenserfahrung anerkannt wird und dass sie eng konsultiert werden und aktiv an Entscheidungsprozessen sowie an der Gestaltung, Entwicklung, Überwachung und Bewertung von Gesetzen, Politiken, Plänen und Dienstleistungen teilnehmen;
- die Zuweisung klarer Rollen und Zuständigkeiten auf allen staatlichen Sektoren und Ebenen und die Regelung der Beteiligung nichtstaatlicher Akteure;
- Förderung der Annahme von Protokollen und Schulungen zu einem menschenrechtsbasierten Ansatz für Gesundheits- und Sozialarbeiter, Ersthelfer, Polizeibeamte, Einwanderungsbeamte und andere Akteure der Gemeinschaft; und
- Sicherstellung der für die Verwirklichung aller oben genannten Ziele erforderlichen Finanzierung und Ressourcen.

In den folgenden Abschnitten werden die wichtigsten übergreifenden Richtungen zur Erreichung dieser Ziele skizziert und erläutert, wie sie mit einem menschenrechtsbasierten Ansatz zur psychischen Gesundheit in Einklang stehen und diesen unterstützen.

1.5.1 Ein sektorübergreifender Ansatz für psychische Gesundheit und Wohlbefinden

Die Erreichung des höchsten erreichbaren Standards für psychische Gesundheit sollte ein strategisches Ziel jedes Landes sein. Dies erfordert ein landesweites Vorgehen unter Einbeziehung des Gesundheitssystems und eine sektorübergreifende Koordinierung.

Die strategische Planung zur Erreichung dieses Ziels setzt voraus, dass die Stärken bestimmter Sektoren genutzt und die Schwächen anderer Sektoren ausgeglichen werden. Gesundheitssysteme verfügen über ein starkes Transformationspotenzial durch ihre Bausteine: Organisation einer qualitativ hochwertigen Leistungserbringung, Mobilisierung der Arbeitskräfte, Stärkung der Informationssysteme, Zugang zu Arzneimitteln, Mobilisierung finanzieller Ressourcen und Entwicklung von Governance-Strukturen, die eine Rechenschaftspflicht gewährleisten. Die Bereiche Wirtschaft, Soziales und Justiz sind besser darauf vorbereitet, die sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit anzugehen, z. B. durch Antidiskriminierungs- und Chancengleichheitsstrategien, gemeindenaher Unterstützungssysteme, umfassende Sozialschutzsysteme, Wohnungsbau, Beschäftigung, Maßnahmen gegen den Klimawandel und die Förderung von Gemeinschaftsstrukturen, die die soziale Anerkennung und die Unterstützung der Vielfalt erhöhen. Die Gesetzgebung kann dazu beitragen, die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden in alle Politikbereiche zu integrieren; das Mainstreaming erleichtert ihre Förderung im gesamten Lebensverlauf sowie die Berücksichtigung sozialer Determinanten.

Die Gesetzgebung behandelt die psychische Gesundheit häufig als separates System, entweder durch eigenständige Gesetze oder durch separate Abschnitte zur "psychischen Gesundheit" in allgemeinen Gesundheitsgesetzen. Es hat sich gezeigt, dass dies die Segregation der psychischen Gesundheit unterstreicht und möglicherweise die Stigmatisierung und einen isolierten Ansatz

verstärkt. Darüber hinaus verstärken diese separaten Regelungen die Ansicht, dass psychische Gesundheit eine spezielle Praxis ist, die Ausnahmen von der gleichberechtigten Ausübung von Rechten erfordert, und ermöglichen so willkürliche Einschränkungen allgemein anerkannter Grundsätze des Rechts auf Gesundheit, wie z. B. des Rechts auf freie und informierte Zustimmung.

Anstatt eigenständige Gesetze zu verabschieden, sollten die Staaten in Erwägung ziehen, die psychische Gesundheit umfassend in den einschlägigen Gesetzen zu behandeln, z. B. in den Bereichen Gesundheit, Patientenrechte, Antidiskriminierung, Beschäftigung oder Sozialschutz. Dieser Ansatz würde zum Abbau der Stigmatisierung beitragen und die Einbeziehung der Gemeinschaft unterstreichen. Durch die Einbindung in die allgemeine Gesetzgebung, die einem weitaus größeren Personenkreis zugute kommt, kann zudem die Möglichkeit differenzierter Normen verringert und die Chancen für die Umsetzung von Bestimmungen zur psychischen Gesundheit in die Praxis erhöht werden. Besteht bereits ein eigenständiges Gesetz, sollte es von den Staaten überprüft werden, um eine separate oder gesonderte Regelung zu vermeiden. Die Staaten sollten auch eine gesonderte Regelung der Rechte von Menschen mit psychosozialen Behinderungen durch eigenständige Gesetze zur psychischen Gesundheit vermeiden, die in die Behinderten- oder Antidiskriminierungsgesetzgebung integriert werden können. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass behindertenbezogene Gesetze ausdrücklich auch Menschen mit psychosozialen Behinderungen einbeziehen, damit sie davon profitieren können.

Die Einbeziehung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens als strategisches Ziel in die Gesetzgebung sollte in enger Absprache mit und unter aktiver Beteiligung von Menschen mit Lebenserfahrung und mit der Verpflichtung zur Integration eines rechtsbasierten und personenzentrierten Ansatzes erfolgen ([Kasten 4](#)).

Kasten 4

Beispiele für die Einbeziehung der psychischen Gesundheit als strategisches Ziel in die allgemeine Gesetzgebung

Typische Bestimmungen in eigenständigen Gesetzen zur psychischen Gesundheit	Gesetze, deren Bestimmungen integriert werden könnten
Zugang zu psychosozialen Diensten	Allgemeine Gesundheitsgesetze
Prävention und Förderung der psychischen Gesundheit	Allgemeine Gesundheitsgesetze; Bildungsgesetze
Entwicklung von gemeindenahen Diensten und Programmen zur psychischen Gesundheit	Allgemeine Gesundheitsgesetze; Gesetze zur sozialen Versorgung
Verbot der Diskriminierung in der psychosozialen Versorgung	Antidiskriminierungsgesetz; Gesetz über die Chancengleichheit; Gesetz über die Rechte der Patienten
Rechte der Nutzer von Diensten	Gesetz über Patientenrechte; Gesetz über soziale Dienste
Informierte Einwilligung in die Behandlung	Allgemeines Gesundheitsrecht; Patientenrechtegesetz
Patientenverfügungen	Allgemeines Gesundheitsrecht
Unterstützte Entscheidungsfindung	Bürgerliches Gesetzbuch; Recht der Geschäftsfähigkeit; Patientenrechte
Abhilfemaßnahmen	Recht der Patientenrechte; allgemeines Gesundheitsrecht; Zugang zur Justiz; Strafrecht
Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz	Arbeitsrecht
Rechte von Menschen mit psychosozialen Behinderungen	Behindertenrecht; Antidiskriminierungsgesetze

1.5.2 Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung

Das Stigma, das mit psychischen Störungen einhergeht, ist weit verbreitet und wird in der Gesellschaft und bei den psychosozialen Diensten selbst seit langem als ungewöhnlich empfunden. Menschen mit psychosozialen Behinderungen gelten gemeinhin als gewalttätig und gefährlich - ein Stereotyp, das durch die Medien immer wieder verstärkt wird. Infolgedessen werden Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen oft mit Angst und Verachtung behandelt und sind unter Umständen Menschenrechtsverletzungen ausgesetzt. In vielen psychosozialen Diensten werden diese Vorurteile häufig durch ein enges biomedizinisches Verständnis von Not und Vielfalt, das einheitlich angewandt wird, sowie durch weit verbreitete Diskriminierungspraktiken, die in solchen Einrichtungen vorkommen und die Einstellung der Gesundheitsfachkräfte prägen, verstärkt. Die Stigmatisierung, die in Familien, Gemeinschaften und sogar unter Fachkräften des Gesundheitswesens vorherrscht, kann sich auf die Selbstwahrnehmung von Menschen auswirken, die Not und Trauma erleben und diese negativen Einstellungen manchmal verinnerlichen, was ihre Entmachtung und Ausgrenzung noch verstärkt.

Die Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung und die Förderung von Inklusion tragen zur Schaffung eines auf Rechten basierenden Rahmens für psychische Gesundheit bei. Dadurch wird nicht nur der Weg für einen gleichberechtigten Zugang zu hochwertigen psychosozialen Diensten geebnet, sondern es werden auch Hindernisse für die Teilhabe an der Gemeinschaft beseitigt, die Akzeptanz der Vielfalt gefördert und ein Beitrag zur Entwicklung integrativer Gemeinschaften geleistet, die der psychischen Gesundheit und dem Wohlbefinden ihrer Mitglieder Aufmerksamkeit schenken (33). Die Bewusstseinsbildung ist von entscheidender Bedeutung für die Veränderung von Einstellungen, die Stigmatisierung und Diskriminierung zugrunde liegen. Die CRPD ist der erste Menschenrechtsvertrag, der die Sensibilisierung als eigenständige Bestimmung enthält (Artikel 8). In diesem Artikel werden Maßnahmen zur Förderung der Achtung der Rechte und zur Bekämpfung von Stereotypen durch Kampagnen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit sowie durch Aus- und Fortbildungsmaßnahmen für Angehörige der Gesundheitsberufe, die breite Öffentlichkeit, die Medien, die Betroffenen selbst und ihre Familien festgelegt.

Die Diskriminierungserfahrungen beim Zugang zu qualitativ hochwertigen psychosozialen Diensten sind vielfältig, insbesondere für Angehörige von Randgruppen, die einem größeren Risiko der intersektionellen Diskriminierung ausgesetzt sind. Die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit muss den universellen Charakter der Menschenrechte anerkennen und den Grundsatz der Gleichheit und Nichtdiskriminierung in alle politischen Maßnahmen und Interventionen einbeziehen. Die Zulassung von Einschränkungen oder niedrigeren Menschenrechtsstandards für bestimmte Gruppen steht im Widerspruch zu den Grundprinzipien der Menschenrechte. Der Gleichheitsgrundsatz verbietet nicht nur alle Formen der Diskriminierung, sondern fordert auch positive Maßnahmen, damit alle Menschen in den Genuss der gleichen Rechte kommen, einschließlich Bestimmungen über Zugänglichkeit, angemessene Vorkehrungen, individuelle Unterstützung und rechtliche Vorteile. Spezifische Maßnahmen wie Quoten und andere Formen positiver Maßnahmen können auch erforderlich sein, um die Gleichstellung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen zu beschleunigen oder zu erreichen, um der Verpflichtung nachzukommen, "niemanden zurückzulassen", die Teil der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung und ihrer Ziele ist.⁴

1.5.3 Zugang zu hochwertiger, personenzentrierter und rechtsbasierter psychosozialer Versorgung und Unterstützung

Vielen Menschen auf der ganzen Welt wird der Zugang zu hochwertigen psychosozialen Diensten verwehrt, und sie leiden unter einer unzureichenden Versorgung. Ein auf Rechten basierender Ansatz für psychische Gesundheit erfordert einen gleichberechtigten Zugang zu qualitativ hochwertiger Versorgung und Unterstützung, die ganzheitlich und personenzentriert ist. Gesundheitseinrichtungen, -güter und -dienste für psychische Gesundheit müssen in ausreichender Menge zur Verfügung stehen und auf der Grundlage der Nichtdiskriminierung zugänglich und erschwinglich sein (128). Darüber hinaus müssen sie geschlechts-, alters- und kulturgerecht sein, von guter Qualität und im Einklang mit der medizinischen Ethik stehen, z. B. mit der Achtung der Autonomie und der individuellen Entscheidung (128).

Die Wahrung der Menschenrechte im Bereich der psychischen Gesundheit erfordert einen personenzentrierten Ansatz, der auf den einzigartigen Identitäten und Erfahrungen der Menschen beruht. Die UN-Behindertenrechtskonvention fordert die Achtung von Unterschieden und die Akzeptanz der menschlichen Vielfalt sowie das Recht von Kindern mit Behinderungen auf Wahrung ihrer Identität (Artikel 3 Buchstaben d und h). Während das biomedizinische Modell psychische Erkrankungen als "Gehirnerkrankungen" betrachtet, die medikamentös behandelt werden müssen, berücksichtigt eine auf den Menschenrechten basierende Perspektive die menschlichen Unterschiede und erkennt Personen, die sich in einer Notlage befinden oder ungewöhnliche Wahrnehmungen haben, als eine Gesamtheit verschiedener Erfahrungen und Zusammenhänge an und nicht als ein Problem, das "geheilt" oder "behoben" werden muss. Durch die Annahme einer menschenrechtsbasierten Perspektive werden Gefühle, Verhaltensweisen und gelebte Erfahrungen nicht isoliert durch medizinisch orientierte Interventionen angegangen, sondern im größeren Kontext der menschlichen Vielfalt und der Umweltfaktoren betrachtet und verstanden (86).

Eine Gesetzgebung, die diesen Ansatz vorsieht, wird nicht nur biomedizinische Modelle in Frage stellen, die psychische Störungen und Vielfalt auf Krankheiten reduzieren, sondern auch die Rolle der psychosozialen Dienste im Leben der Menschen neu bewerten. Genesung ist ein persönlicher Prozess, der bei jedem Menschen anders verläuft und mit Selbstbestimmung, heilenden Beziehungen und sozialer Integration verbunden ist. Darüber hinaus sind psychosoziale Dienste, die vom Gesundheitssektor bereitgestellt werden, eine von vielen Optionen, die den Menschen bei ihrer Genesung zugute kommen und ihnen helfen können, das Leben zu führen, das sie führen möchten. Dennoch gibt es Menschen, die sich aus bestimmten Gründen dagegen entscheiden, solche Dienste in Anspruch zu nehmen, z. B. aufgrund früherer traumatischer Erfahrungen mit diesen Diensten. Optionen, die die Selbsterkenntnis, den Willen und die Präferenzen des Einzelnen in vollem Umfang respektieren, sollten außerhalb des Gesundheitssystems als Primärdienste zur Verfügung gestellt werden, ohne dass eine psychische Diagnose oder Behandlung erforderlich ist. Diese Dienste würden in der Gemeinschaft des Einzelnen erbracht werden und Krisenhilfe, Unterstützung bei der Entscheidungsfindung, Unterstützung bei der Traumaverarbeitung und andere Unterstützung umfassen, die für ein Leben in der Gemeinschaft und für Solidarität und Gemeinschaft erforderlich ist (12).

Die Rechte des Einzelnen, wie z. B. das Recht auf sozialen Schutz, dürfen nicht von der Inanspruchnahme psychosozialer Versorgung und Unterstützung abhängig gemacht werden; psychosoziale Dienste dürfen nicht zu Türstehern für die Ausübung von Rechten werden.

1.5.4 Übergang zu gemeindenaher psychosozialer Versorgung und Unterstützung

Obwohl die Bedeutung der Primärversorgung seit der Alma-Ata-Erklärung von 1978 bekräftigt wurde,⁵ müssen die psychosozialen Gesundheitssysteme die Versorgung und Unterstützung noch in die Gemeinden bringen. Ein wichtiger Aspekt eines auf Rechten basierenden Ansatzes für die

psychische Gesundheit besteht darin, sicherzustellen, dass Versorgung und Unterstützung für alle Bevölkerungsgruppen, insbesondere für Randgruppen, zugänglich und in sicherer physischer Reichweite sind (128). Dies erleichtert die Aufrechterhaltung von Familienbeziehungen, Freundschaften und Arbeitsverhältnissen während der Inanspruchnahme von Versorgung und Unterstützung.

Artikel 19 der CRPD fordert eine Umgestaltung der Versorgungs- und Unterstützungssysteme, einschließlich der psychosozialen Dienste, um ein unabhängiges Leben und die Einbeziehung in die Gemeinschaft zu ermöglichen. Praktiken der Institutionalisierung und Segregation von Diensten haben zu einer jahrhundertelangen sozialen Ausgrenzung und Marginalisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen aus ihren Gemeinschaften geführt (33). Um diese Systeme aufzuspüren und abzubauen, bedarf es einer Strategie und eines Aktionsplans zur Schließung psychiatrischer Einrichtungen und zur Umgestaltung der psychosozialen Dienste, damit das Recht der Menschen auf ein Leben in der Gemeinschaft gewahrt bleibt (156).

5 Siehe: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EURO-1978-3938-43697-61471>

Der Übergang zu einer gemeindenahen psychosozialen Versorgung und Unterstützung kann durch die Gesetzgebung erleichtert werden. Eine gesetzliche Stärkung wird auch die erforderliche Umgestaltung des Dienstleistungsangebots unterstützen, um eine Reihe von gemeindenahen und personenzentrierten Diensten zu gewährleisten. Dieses Netz von Diensten sollte multidisziplinäre und entmedikalisierte Optionen umfassen und sich auf das Fachwissen von Menschen mit Lebenserfahrung stützen.

1.5.5 Achtung der Geschäftsfähigkeit und der informierten Zustimmung sowie Abschaffung von Zwangshandlungen

Die CRPD verpflichtet die Vertragsstaaten, ihre psychosozialen Systeme zu überprüfen, um alle Formen von Zwang abzuschaffen und zwangsfreie Lösungen zu entwickeln, die die Rechte der Dienstleistungsnutzer achten. Dies bedeutet, dass die Rolle der Gesetzgebung neu überdacht werden muss - von einer Konzentration auf die Einschränkung von Rechten hin zur Bereitstellung von Unterstützung, um diese Rechte zu gewährleisten.

Ein wichtiger Aspekt dieses Bestrebens ist, im Einklang mit dem Unterstützungsparadigma der CRPD, die Autonomie der Menschen zu respektieren und zu fördern. Die Achtung der Rechtsfähigkeit und die freie und informierte Zustimmung ohne Diskriminierung müssen im Mittelpunkt aller Reformbemühungen stehen. Die Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen, ist für eine Person von entscheidender Bedeutung, wenn es darum geht, die Kontrolle über ihr Leben und ihre Entscheidungen zu übernehmen, und somit für ihre Genesung und Eingliederung. Im Einklang mit Artikel 12 der CRPD sind die Vertragsstaaten verpflichtet, gesetzliche Bestimmungen aufzuheben, die eine stellvertretende Entscheidungsfindung zulassen, und die unterstützte Entscheidungsfindung für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen oder generell für alle Erwachsenen, die Zugang zu Unterstützung bei der Ausübung ihrer Rechtsfähigkeit wünschen, verfügbar zu machen.

Zur Anerkennung der vollen Geschäftsfähigkeit aller Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen sind zahlreiche Gesetzesreformen erforderlich, die den Rahmen dieser Leitlinien sprengen würden (z. B. Reformen des Bürgerlichen Gesetzbuchs, des Familienrechts, des Testamentsrechts usw.). Abschnitt 2.2 enthält Hinweise darauf, wie das Gesetz die Achtung der

Geschäftsfähigkeit in psychosozialen Systemen sicherstellen und den Zugang zu Unterstützungsmaßnahmen für deren Ausübung erleichtern kann.

1.5.6 Beteiligung

Die "volle und wirksame Beteiligung und Einbeziehung in die Gesellschaft" ist ein allgemeiner Grundsatz, der in Artikel 3 Buchstabe c der CRPD (157) festgelegt ist. Die sinnvolle Beteiligung aller Interessengruppen, insbesondere derjenigen, die am stärksten betroffen sind, an öffentlichen Entscheidungen und politischen Maßnahmen zur psychischen Gesundheit und zum Wohlbefinden sollte durch transparente Verfahren sichergestellt werden. In der Vergangenheit wurden Personen mit eigener Erfahrung nur passiv als "Patienten" betrachtet und nicht als wichtige Mitwirkende und Partner bei der Entwicklung von Maßnahmen zur psychischen Gesundheit anerkannt, während psychosoziale Fachkräfte, Dienstleister und Familienangehörige ihre Stimmen in Entscheidungsprozessen ersetzt haben.

In Anlehnung an das Motto der Behindertenbewegung "Nichts über uns ohne uns", verpflichtet Artikel 4 Absatz 3 der CRPD Vertragsstaaten, die Beteiligung von Menschen mit psychosozialen Behinderungen, einschließlich Kindern und Jugendlichen, an allen sie betreffenden öffentlichen Entscheidungen zu gewährleisten.

Die sinnvolle Beteiligung von Menschen mit Lebenserfahrung in allen Phasen der Politikgestaltung - von der Konzeption und Umsetzung bis hin zur Überwachung und Bewertung - ist der Schlüssel zur Aufrechterhaltung eines rechthebasierten Ansatzes für psychische Gesundheit und zur Gewährleistung, dass ihr wertvolles Fachwissen und ihre Erfahrungen in die Entwicklung relevanter und wirksamer politischer Maßnahmen einfließen (158, 159).⁶

Partnerschaften und Zusammenarbeit können die personenzentrierten und rechthebasierten Maßnahmen und die Rechenschaftspflicht weiter verbessern und zu einem nachhaltigen Systemwandel beitragen. Mit diesem Ziel sollten die Länder Organisationen von Menschen mit unterschiedlichen Lebenserfahrungen unterstützen, um ihre Fähigkeiten zur Beteiligung an der Entscheidungsfindung und zur Einforderung ihrer Rechte zu stärken (160).

1.5.7 Einbeziehung in die Gemeinschaft

In die Gemeinschaft einbezogen zu sein bedeutet, gleiche Chancen und gleichen Zugang zu Dienstleistungen und Unterstützung zu haben, um die Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen (161). Die Umsetzung eines menschenrechtsbasierten Ansatzes für die psychische Gesundheit erfordert die Achtung der persönlichen Autonomie und Unabhängigkeit des Einzelnen, die Beendigung aller Formen der Institutionalisierung und das Eingehen auf die unmittelbaren und längerfristigen Bedürfnisse der Menschen, die durch soziale Determinanten und sich überschneidende Formen der Unterdrückung geprägt sind.

Eine wichtige Aufgabe der psychosozialen Gesundheitssysteme besteht daher darin, die Menschen beim Zugang zu relevanten Diensten und Unterstützungsleistungen zu unterstützen, die es ihnen ermöglichen, auf der Grundlage ihrer eigenen Entscheidungen in der Gemeinschaft zu leben und einbezogen zu werden. In den meisten Fällen liegt es nicht in der Verantwortung des Gesundheitssektors, das Spektrum an Unterstützungsdiensten bereitzustellen, das die Menschen möglicherweise benötigen. Diese Aufgabe obliegt in erster Linie anderen Sektoren und Programmen, z. B. in den Bereichen Sozialschutz, Wohnen, Ernährungssicherheit, Kinderbetreuung, Bildung und

Beschäftigung. Dennoch können psychosoziale Gesundheitssysteme als Schnittstelle zu diesen Sektoren und umgekehrt dienen, um Barrieren und Hindernisse auf ganzheitliche Weise zu überwinden (33). Darüber hinaus müssen die Regierungen die Gemeinschaften umgestalten und befähigen, damit sie besser auf Notlagen reagieren und ihren Mitgliedern Unterstützung bieten können.

1.5.8 Rechenschaftspflicht

Die Rechenschaftspflicht ist ein wichtiger Bestandteil des Menschenrechtsrahmens. Ohne Rechenschaftspflicht können die Menschenrechte nicht durchgesetzt werden und werden bedeutungslos. Regierungen und andere Akteure sind den Rechteinhabern gegenüber rechenschaftspflichtig, und es müssen Mechanismen geschaffen werden, um klare Verantwortlichkeiten festzulegen, Fortschritte zu messen und zu überwachen und mit den Rechteinhabern in Kontakt zu treten, um die Politikgestaltung zu verbessern. Die Staaten können Mechanismen der Rechenschaftspflicht in alle Aspekte der Politik zur psychischen Gesundheit durch die Gesetzgebung integrieren. Solche Mechanismen sind für die Überwachung und Verbesserung der psychosozialen Systeme und Dienste von zentraler Bedeutung. Beispielsweise können Beschwerdemechanismen dazu beitragen, Lücken und Tendenzen bei der Wahrnehmung von Rechten zu ermitteln und die Verbesserung der Dienste zu erleichtern (162).

6 Für zusätzliche Leitlinien zur Beteiligung siehe: Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen: Allgemeine Bemerkung Nr. 7 (2018) über die Beteiligung von Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern mit Behinderungen, durch ihre Vertretungsorganisationen an der Umsetzung

In ähnlicher Weise trägt die Arbeit von Überwachungs- und Rechenschaftsorganen wie Gerichten, nationalen Menschenrechtsinstitutionen und Überwachungsstellen unter Beteiligung von Personen mit Lebenserfahrung dazu bei, die Sichtbarkeit von Menschenrechtsproblemen zu erhöhen und die Achtung und den Schutz der Menschenrechte zu fördern. Die Erhebung von Daten und der Zugang der Öffentlichkeit zu Informationen sind ebenfalls notwendig, um Transparenz zu gewährleisten und die Überwachung sowohl durch die Zivilgesellschaft als auch durch die breite Öffentlichkeit zu ermöglichen (163).

Der Zugang zur Justiz ist auch für die Rechenschaftspflicht von wesentlicher Bedeutung. Er ermöglicht es Personen, die mit psychosozialen Diensten zu tun haben, Menschenrechtsverletzungen anzufechten und Rechte, einschließlich des Rechts auf einen wirksamen Rechtsbehelf, durchzusetzen. Personen, die Opfer von Folter, Misshandlung und allgemeinen Menschenrechtsverletzungen durch das psychosoziale Gesundheitssystem geworden sind, sollten wirksame Wiedergutmachung und Entschädigung erhalten. Wirksame Rechtsbehelfe beinhalten auch die Pflicht, die Verantwortlichen zu ermitteln und vor Gericht zu stellen, sie zur Rechenschaft zu ziehen, Straflosigkeit zu bekämpfen und die Wiederholung von Verstößen zu verhindern. Die Schulung von Mitarbeitern, einschließlich Strafverfolgungsbeamten, Richtern und Anwälten, über die Rechte von Dienstleistungsnutzern und Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen ist von grundlegender Bedeutung für das Verständnis und die Anerkennung von Rechtsverletzungen, mit denen sie konfrontiert werden, und für die Gewährleistung des Zugangs der Menschen zu wirksamen Rechtsbehelfen und Rechtsmitteln. Ein weiterer grundlegender Faktor für die Verwirklichung der Gleichberechtigung in diesem Bereich ist die Bereitstellung der notwendigen Unterstützung und Vorkehrungen für den Zugang der Menschen zur Justiz.

Kapitel 2

Gesetzliche Bestimmungen für personenzentrierte, genesungsorientierte und rechtebasierte psychische Gesundheitssysteme

Einleitung

Kapitel 2 soll eine praktische Anleitung zu den gesetzlichen Bestimmungen geben, die die Staaten zur Unterstützung eines menschenrechtsbasierten Ansatzes für die psychische Gesundheit erlassen könnten. Es behandelt die wichtigsten Bereiche, in denen die Gesetzgebung die Umsetzung der Bestimmungen internationaler Menschenrechtsverträge zur psychischen Gesundheit schützen, fördern und unterstützen kann. Die behandelten Bereiche sind nicht hierarchisch geordnet. In einigen Fällen sind weitere Leitlinien erforderlich, um eine vollständige rechtliche Harmonisierung mit internationalen Menschenrechtsstandards zu gewährleisten.

Einige der in diesem Kapitel behandelten Bereiche gehen über den engeren Bereich der psychischen Gesundheitssysteme hinaus, sind jedoch von entscheidender Bedeutung für die Gewährleistung eines ganzheitlichen Ansatzes bei der Bereitstellung von Diensten und der Wahrnehmung aller Menschenrechte. Die Umsetzung dieser Bestimmungen, die als Elemente sektorübergreifender Reformen zusammengefasst sind, liegt in der Verantwortung verschiedener Sektoren, nicht nur des Gesundheitswesens.

Es wird ein praktisches Format für den Inhalt von Bestimmungen zur psychischen Gesundheit in der Gesetzgebung bereitgestellt. Anhand von Beispielen aus verschiedenen Gesetzestexten und -bestimmungen, die in verschiedenen Ländern verabschiedet wurden und von denen einige so überarbeitet wurden, dass sie die aktuelle Menschenrechtssprache besser widerspiegeln, bietet das Kapitel detaillierte Anleitungen für die Abfassung von rechtsbasierten Bestimmungen. Diese Beispiele sind nicht als Vorschrift gedacht: Jedes Land könnte im Rahmen eines gründlichen Prozesses der Bewertung, der rechtlichen Überprüfung und der Einbeziehung von Interessengruppen (siehe Kapitel 3) Rechtsvorschriften in Erwägung ziehen und annehmen. Darüber hinaus bedeuten die Verweise auf spezifische Bestimmungen der nationalen Gesetzgebung nicht, dass alle Aspekte dieser Gesetze gutgeheißen werden.

Es ist wichtig, dass die Staaten bei der Ausarbeitung ihrer gesetzlichen Bestimmungen den Prozess der Gesetzesumsetzung berücksichtigen. Die Überprüfung und Änderung bestehender Gesetze zur psychischen Gesundheit, um sicherzustellen, dass sie mit den CRPD-Normen übereinstimmen, ohne jedoch den Paradigmenwechsel der CRPD zu berücksichtigen, führt nicht zu der in den internationalen Menschenrechtsvorschriften geforderten Veränderung.

2.1 Gewährleistung von Gleichheit und Nichtdiskriminierung

Die Nichtdiskriminierung ist ein Grundprinzip der Menschenrechte und von zentraler Bedeutung für die Wahrnehmung aller Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Gesundheit. Psychosoziale Versorgung und Unterstützung muss allen Menschen ohne Diskriminierung zur Verfügung gestellt werden, und niemand sollte beim Zugang zu oder bei der Inanspruchnahme von psychosozialen Diensten und Unterstützungsleistungen in irgendeiner Weise diskriminiert werden.

In diesem Abschnitt werden gesetzliche Bestimmungen vorgeschlagen, die den Grundsatz der Nichtdiskriminierung im psychosozialen Gesundheitssystem aufrechterhalten und sicherstellen sollen, dass alle Menschen bei der Bereitstellung psychosozialer Dienste in den Genuss der gleichen Rechte kommen. Die meisten dieser Bestimmungen könnten in Menschenrechtsgesetze, Gleichstellungsgesetze, Antidiskriminierungsgesetze oder Behindertengesetze sowie in die jeweiligen Gesundheitsgesetze oder in bestehende Gesetze zur psychischen Gesundheit aufgenommen werden. Die verschiedenen Abschnitte dieses Kapitels sind für die Gewährleistung des Grundsatzes der Nichtdiskriminierung in der psychosozialen Versorgung relevant, einschließlich der Abschnitte über die Achtung der Geschäftsfähigkeit (Abschnitt 2.2), die Achtung der freien und informierten Zustimmung und die Beseitigung von Zwang (Abschnitt 2.3) sowie die Rechenschaftspflicht (Abschnitt 2.7).

2.1.1 Verbot aller Formen von Diskriminierung

Die Gesetzgebung ist ein wichtiges Mittel, um alle Formen der Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung, einschließlich der psychosozialen Versorgung, zu verbieten. Diskriminierung kann unmittelbar, mittelbar, strukturell, mehrfach oder intersektionell sein und Praktiken wie Belästigung und Verweigerung angemessener Vorkehrungen umfassen (siehe Abschnitt 2.1.2).

Das Verbot jeglicher Form von Diskriminierung sollte sich auf alle Interaktionen mit dem psychosozialen Gesundheitssystem erstrecken, einschließlich des Zugangs zur Behandlung, der Qualität der angebotenen Behandlung, der Vertraulichkeit, der Zustimmung zur Behandlung und des Zugangs zu Informationen. Zu den verbotenen Diskriminierungsgründen könnten u. a. Rasse, Geschlecht, Geschlechtsidentität oder -ausdruck, sexuelle Ausrichtung, Geschlechtsmerkmale, Alter, Behinderung, nationale, ethnische, indigene oder soziale Herkunft, Kaste, Migrations- oder Flüchtlingsstatus, Sprache, Religion, politische oder sonstige Überzeugung gehören.

In Mexiko enthält das Allgemeine Gesundheitsgesetz in seiner 2022 geänderten Fassung (164) in Artikel 72 eine umfassende Liste der verbotenen Gründe: "Jede Person hat das Recht, den höchstmöglichen Standard an geistiger Gesundheit zu genießen, ohne Diskriminierung aufgrund von ethnischer oder nationaler Herkunft, Hautfarbe, Kultur, Geschlecht, Alter, Behinderung, sozialem, wirtschaftlichem, gesundheitlichem oder rechtlichem Status, Religion, körperlicher Erscheinung, genetischen Merkmalen, Migrationsstatus, Schwangerschaft, Sprache, Meinungen, sexuellen Vorlieben, Identität, Geschlechtsausdruck, politischer Zugehörigkeit, Familienstand, Sprache, Vorstrafen oder anderen Gründen, die die Menschenwürde untergraben und darauf abzielen, die Rechte und Freiheiten des Einzelnen aufzuheben oder zu beeinträchtigen."

Gesetzliche Reformen können auch erforderlich sein, um strukturelle Hindernisse für den Zugang zu psychosozialer Versorgung und Unterstützung zu beseitigen, d. h. rechtliche, administrative und andere Hindernisse, die bestimmte Gruppen indirekt diskriminieren. So kann beispielsweise die

gesetzliche Verpflichtung, den irregulären Status von Migranten, die öffentliche Dienste in Anspruch nehmen, den Strafverfolgungs- oder Einwanderungsbehörden zu melden, Personen in solchen Situationen davon abhalten, Unterstützung zu suchen.

Darüber hinaus können die Staaten erwägen, einen umfassenden Überprüfungsprozess einzuleiten, um alle diskriminierenden Gesetze aufzuheben, die Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen in verschiedenen Lebensbereichen betreffen. Wie in Kapitel 1 erörtert, sind Gesetzesreformen erforderlich, die über den Anwendungsbereich dieser Leitlinien hinausgehen, um sicherzustellen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen die gleichen Rechte zuerkannt werden wie allen anderen Menschen (Kasten 5). In einigen Rechtssystemen ist Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen beispielsweise der Zugang zur Justiz verwehrt.

1 Beispiele dafür, was im Gesetz stehen kann

- Psychosoziale Dienste dürfen nicht aufgrund von Rasse, Geschlecht, Geschlechtsidentität oder -ausdruck, sexueller Ausrichtung, Geschlechtsmerkmalen, Alter, Behinderung, nationaler, ethnischer, indigener oder sozialer Herkunft, Kaste, Migrations- oder Flüchtlingsstatus, Sprache, Religion, politischer oder sonstiger Anschauung oder sonstiger Gründe diskriminieren.
- Alle Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen haben das Recht auf gleichen Schutz und gleichen Nutzen durch das Gesetz ohne Diskriminierung.
- Diskriminierung aufgrund des psychischen Gesundheitszustands oder einer psychosozialen Behinderung ist verboten. Das Verbot gilt für jede Unterscheidung, jeden Ausschluss oder jede Beschränkung aufgrund eines tatsächlichen oder angenommenen psychischen Gesundheitszustands oder einer psychischen Behinderung, die bezweckt oder bewirkt, dass die Anerkennung, der Genuss oder die gleichberechtigte Ausübung von Rechten, Vorrechten, Rechtsansprüchen oder Vergünstigungen im politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen oder jedem anderen Bereich beeinträchtigt oder aufgehoben wird, und umfasst alle Formen der Diskriminierung, einschließlich der Verweigerung angemessener Vorkehrungen und der Diskriminierung durch Assoziation.
- Die Verweigerung der Geschäftsfähigkeit und der freien und informierten Zustimmung zur Behandlung aufgrund des psychischen Gesundheitszustands oder einer psychosozialen Behinderung ist diskriminierend.

Kasten 5

Rechtsreformen über die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit hinaus

Die Bekämpfung von Diskriminierung und die Verwirklichung gleicher Rechte für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen erfordert die Einführung von Gesetzesreformen, die über den Anwendungsbereich dieser Leitlinien und den Bereich der psychischen Gesundheit hinausgehen. Diese Reformen sind unerlässlich, damit Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen ihre Rechte gleichberechtigt mit anderen ausüben können. Wichtige Bereiche für gesetzliche Reformen sind unter anderem:

- Anerkennung des Rechts auf Gleichheit vor dem Gesetz, einschließlich der Rechtsfähigkeit in allen Bereichen des Lebens.
 - Anerkennung des Rechts auf Zugang zur Justiz auf der gleichen Grundlage wie andere.
 - Anerkennung des Rechts, Ausweispapiere zu erhalten, zu besitzen und zu nutzen.
 - Anerkennung des Rechts auf Privatsphäre und Schutz der Privatsphäre von persönlichen, gesundheitlichen und rehabilitativen Informationen auf der gleichen Grundlage wie andere.
 - Anerkennung des Rechts, Eigentum zu besitzen, zu erben oder zu verwalten, auf der gleichen Grundlage wie andere.
 - Anerkennung des Rechts auf Bildung, auf allen Ebenen, und auf lebenslanges Lernen.
 - Anerkennung des Rechts auf Arbeit, gleichberechtigt mit anderen, und Verbot der Diskriminierung bei Zugang, Dauer und Bedingungen der Arbeit.
 - Anerkennung des Rechts auf einen angemessenen Lebensstandard für sich und ihre Familien, einschließlich angemessener Ernährung, Kleidung und Wohnung.
 - Anerkennung des Rechts auf sozialen Schutz und Beseitigung von Diskriminierung bei Sozialschutzprogrammen und -ansprüchen.
 - Gewährleistung, dass Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen, einschließlich geschlechtsspezifischer Gewalt, verhindert, erkannt, untersucht und strafrechtlich verfolgt werden.
-

2.1.2 Bereitstellung von angemessenen Vorkehrungen

Abgesehen von der Zugänglichkeit von Infrastruktur, Diensten, Informationen und Kommunikation (siehe Abschnitt 2.1.5) haben manche Menschen individuelle Anforderungen, um auf Informationen zuzugreifen, Entscheidungen zu treffen, zu arbeiten oder mit psychosozialer Versorgung und Unterstützungsdiensten zu interagieren. Gründe dafür können Behinderung, Geschlechtsidentität, Religion und Alter sein. Psychosoziale Gesundheitssysteme müssen daher für angemessene Vorkehrungen sorgen, damit alle Nutzer von Diensten ihre Rechte gleichberechtigt mit anderen wahrnehmen können.

Angemessene Vorkehrungen sind ein wesentlicher Bestandteil der Verpflichtung zur Nichtdiskriminierung (165). Wie in der CRPD dargelegt, umfassen "angemessene Vorkehrungen" alle notwendigen und angemessenen Änderungen und Anpassungen, die keine unverhältnismäßige oder unangemessene Belastung darstellen, wenn sie in einem bestimmten Fall erforderlich sind, um den gleichberechtigten Genuss oder die gleichberechtigte Ausübung der Rechte zu gewährleisten (166). Beispiele für die Verweigerung angemessener Vorkehrungen sind die Nichtzulassung einer Begleitperson während einer Konsultation oder die Weigerung, religiösen Überzeugungen in psychosozialen Diensten Rechnung zu tragen.

Der Begriff "angemessen" bezieht sich auf die Relevanz, Angemessenheit und Wirksamkeit der Vorkehrungen. Eine Vorkehrung muss den Zweck (oder die Zwecke) erfüllen, für den (die) sie getroffen wird, und sie muss auf die Bedürfnisse der betreffenden Person zugeschnitten sein (165). Darüber hinaus setzt das Konzept der "unverhältnismäßigen oder unangemessenen Belastung" eine Grenze für das, was ein Dritter tun muss, um eine Anpassung zu ermöglichen; eine Anpassung sollte keine möglicherweise übermäßige oder ungerechtfertigte Belastung für denjenigen darstellen, der die Anpassung vornimmt (165).

Antidiskriminierungsgesetze und andere einschlägige Gesetze können sicherstellen, dass Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, angemessene Vorkehrungen treffen können, da dies ein fester Bestandteil ihres Rechts auf Gleichbehandlung und Nichtdiskriminierung ist. Der Gesetzgeber muss die Verweigerung angemessener Vorkehrungen als eine Form der Diskriminierung anerkennen und einbeziehen. Auf den Philippinen beispielsweise enthält das Gesetz zur psychischen Gesundheit von 2017 die Verweigerung angemessener Vorkehrungen in seiner Definition von Diskriminierung (167). In Anbetracht der Bedeutung der Geschäftsfähigkeit können die Länder ausdrücklich die Pflicht anerkennen, angemessene Vorkehrungen bei der Ausübung der Geschäftsfähigkeit zu treffen (168).

2 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Die Verweigerung angemessener Vorkehrungen stellt eine Form der Diskriminierung dar. Das Verbot aller Formen der Diskriminierung ist eine unmittelbare Verpflichtung und unterliegt nicht der schrittweisen Umsetzung.
- Einer Person, die psychosoziale Dienste in Anspruch nimmt, sind bei Bedarf angemessene Vorkehrungen für die Ausübung ihrer Rechte zu gewähren.
- Ein Antrag auf angemessene Vorkehrungen für die Ausübung der Rechtsfähigkeit darf nicht dazu benutzt werden, die Rechtsfähigkeit einer Person in Frage zu stellen, und ergänzt das Recht auf Unterstützung bei der Ausübung der Rechtsfähigkeit.
- Die zuständige Behörde erstellt Leitlinien für die Beurteilung der Frage, ob eine angemessene Vorkehrung eine unverhältnismäßige oder unzumutbare Belastung für den Pflichtigen darstellt.
- Die zuständigen öffentlichen Einrichtungen stellen zweckgebundene Mittel für die Durchführung angemessener Vorkehrungen bereit.

2.1.3 Diskriminierung in der Krankenversicherung

In vielen Ländern benötigen Einzelpersonen eine Krankenversicherung, um Zugang zur Gesundheitsversorgung und zu gesundheitsbezogenen Dienstleistungen zu erhalten. Die Gesetzgebung in diesen Ländern könnte Bestimmungen enthalten, die die Diskriminierung von Menschen beim Abschluss einer öffentlichen, privaten oder gemischten Krankenversicherung für die Versorgung und Behandlung im Zusammenhang mit der körperlichen und geistigen Gesundheit verhindern (169). Auf den Marshallinseln ist beispielsweise gesetzlich festgelegt, dass die Gebühren für und der Zugang zu Gesundheitsversorgung, Gesundheitsdiensten, Kranken- und Lebensversicherungen nicht aufgrund einer Behinderung unterschiedlich sein dürfen (170).

Der Gesetzgeber kann auch dafür sorgen, dass Krankenversicherungsunternehmen nicht aufgrund bereits bestehender psychischer Erkrankungen oder der voraussichtlichen Wahrscheinlichkeit psychischer Erkrankungen, z. B. aufgrund einer familiären Vorbelastung oder einer angeblichen genetischen Veranlagung, diskriminieren. In vielen Staaten weigern sich private Versicherungsunternehmen, solche Fälle zu versichern, oder sie erhöhen die Prämien erheblich, was zu Gerechtigkeitsbedenken führt (171, 172).

Der Gesetzgeber kann auch sicherstellen, dass die psychische Gesundheit als gleichwertig mit der körperlichen Gesundheit anerkannt wird und dass Mittel speziell für die psychische Gesundheit bereitgestellt werden (siehe Abschnitte 2.4.1 und 2.4.2).

Darüber hinaus kann die Gesetzgebung die Staaten bei der Umsetzung ihrer Verpflichtungen im Rahmen der Agenda 2030 unterstützen, die sich auf die AEMR und andere internationale Menschenrechtsinstrumente stützt. Die Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen haben sich verpflichtet, ein gesundes Leben zu gewährleisten und das Wohlergehen aller Menschen in jedem Alter zu fördern (SDG 3), sowie UHC zu erreichen (Zielvorgabe 3.8). Die Bemühungen der Staaten zur Umsetzung der Agenda 2030 und ihre Verpflichtung, denjenigen, die nicht über ausreichende Mittel verfügen, die notwendige Krankenversicherung und Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen, verstärken sich somit gegenseitig (173) (siehe Abschnitt 2.4.3).

3 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Diskriminierung aus Gründen der Rasse, des Geschlechts, der Geschlechtsidentität oder des Geschlechtsausdrucks, der sexuellen Ausrichtung, der Geschlechtsmerkmale, des Alters, einer Behinderung, der nationalen, ethnischen, indigenen oder sozialen Herkunft, der Kaste, des Migrations- oder Flüchtlingsstatus, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung oder aus anderen verbotenen Gründen ist bei der Bereitstellung einer Krankenversicherung verboten.
- Personen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen haben gleichen Zugang zur Krankenversicherung, die von öffentlichen, privaten oder gemischten Versicherungsträgern angeboten wird.
- Eine Person mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen hat gleichberechtigt mit anderen Zugang zu Interventionen, Diensten und Unterstützung, die von öffentlichen, privaten oder gemischten Krankenversicherungen angeboten werden.
- Diskriminierung bei der Krankenversicherung aufgrund einer bereits bestehenden psychosozialen Behinderung oder eines psychischen Leidens ist verboten.

- Psychische Gesundheitsdienste sollten in allen von den Versicherern angebotenen Gesundheitsplänen enthalten sein.
- Die Versicherungsprämien sollten auf der Grundlage versicherungsmathematischer und statistischer Schätzungen und nichtdiskriminierender Bewertungen in fairer und angemessener Weise festgelegt werden.

2.1.4 Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung in Gemeinschaften

Die Gesetzgebung ist von grundlegender Bedeutung für die Einstellung und das Verhalten gegenüber Menschen, die sich in einer Notlage befinden oder bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde, sowie gegenüber Menschen mit psychosozialen Behinderungen (174). Die Gesetze selbst können Stereotypen und Vorurteile verstärken; so enthalten einige der heute geltenden Gesetze abwertende Begriffe wie "Idiot", "Irrer", "unzurechnungsfähig" oder "psychisch krank", die einen hohen Symbolwert haben und sich negativ auf die öffentliche und eigene Stigmatisierung auswirken. Das biomedizinische Modell der psychischen Gesundheit in Gesetz und Politik, das den Schwerpunkt auf ein biologisches Verständnis des Leidens legt und die Rolle von Umwelt- und sozialen Faktoren außer Acht lässt, kann Stigmatisierung und Selbststigmatisierung ebenfalls verstärken, indem es das Leiden als individuelles Problem darstellt und eine fatalistische Sichtweise der Genesung schafft (175, 176).

Darüber hinaus verstärken diskriminierende Gesetze eine Kultur der Stigmatisierung, Scham und Geheimniskrämerei im Zusammenhang mit Not, Trauma und Behinderung. Dieses Umfeld hält Menschen davon ab, Unterstützung zu suchen, und führt häufig zu Marginalisierung und Menschenrechtsverletzungen. Die Kriminalisierung der Selbsttötung und die rechtliche Genehmigung von Zwangsmaßnahmen und anderen diskriminierenden Praktiken sind wichtige Triebkräfte für die Stigmatisierung und die tatsächlichen Erscheinungsformen der Diskriminierung in Gesundheitssystemen und Gemeinschaften (siehe Abschnitt 2.3). Die Auseinandersetzung mit diskriminierenden Praktiken, die aus der Stigmatisierung resultieren, ist entscheidend für die Bekämpfung von Stereotypen und Vorurteilen im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit.

Weitere Möglichkeiten, wie Gesetzesreformen zur Bekämpfung der Stigmatisierung psychischer Gesundheit beitragen können, sind die Vorgabe von Maßnahmen zur Sensibilisierung für psychische Gesundheit sowie Schulungen zur psychischen Gesundheit für Gesundheitsdienstleister und andere Akteure, einschließlich der breiten Öffentlichkeit. Diese Maßnahmen könnten in Zusammenarbeit mit Personen entwickelt werden, die über eigene Erfahrungen verfügen (siehe Abschnitt 2.4.8). In den Vereinigten Staaten von Amerika haben einige Bundesstaaten die Aufklärung über psychische Gesundheit in öffentlichen Schulen vorgeschrieben, um das Bewusstsein der Schüler für psychische Gesundheit zu verbessern (177). Diese Maßnahmen können dazu beitragen, psychische Gesundheit und psychische Probleme zu entstigmatisieren, die Akzeptanz und Einbeziehung von Vielfalt zu fördern, ein Verständnis für die Rolle sozialer Faktoren zu schaffen und Mythen zu entkräften, die psychische Erkrankungen und Gewalt miteinander verbinden.

Es ist wichtig, dass Sensibilisierungs- und Schulungsinitiativen zur psychischen Gesundheit von einem menschenrechtsbasierten Ansatz geleitet werden und nicht ein biomedizinisches Paradigma verstärken. Da es sich bei der Stigmatisierung um einen sozialen Prozess handelt, der von Machtstrukturen abhängt, sind zur Änderung von Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber Menschen, die sich in einer Notlage befinden, bei denen eine psychische Erkrankung diagnostiziert wurde oder die psychosoziale Behinderungen aufweisen, vielschichtige und mehrstufige Maßnahmen erforderlich, die auf kontextbezogene Faktoren und Machtungleichgewichte eingehen

(178). Daher ist es so wichtig, dass Menschen mit Lebenserfahrung am öffentlichen Leben teilnehmen. Durch die Gestaltung der Narrative von Vielfalt und Inklusion, psychosozialen Diensten und gemeinschaftlichen Unterstützungssystemen spielen Menschen mit Lebenserfahrung eine entscheidende Rolle beim Abbau von Stigmatisierung und Diskriminierung (siehe Abschnitt 2.6).

Vorurteile und diskriminierende Haltungen in psychosozialen Diensten können auch zu falschen Diagnosen und Interventionen führen. Vorurteile bei der psychiatrischen Diagnose sind gut dokumentiert: Es hat sich gezeigt, dass rassistische und geschlechtsspezifische Vorurteile sowohl zu einer Über- als auch zu einer Unterdiagnose von psychischen Erkrankungen führen (179, 180). Darüber hinaus wurden die bestehenden Diagnoseinstrumente und -kriterien kritisiert, weil sie zu weit gefasst und allumfassend sind, um klinisch hilfreich zu sein, und somit potenziell zu unwirksamen, stigmatisierenden und schädlichen Interventionen führen (181). Wie der Sonderberichterstatte über das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit feststellte, wurden Diagnosen zur psychischen Gesundheit missbraucht, um Identitäten und andere Unterschiede zu pathologisieren (182). Auch wenn die Bekämpfung der Medikalisierung des täglichen Lebens über den Rahmen des Gesetzes hinausgeht, kann der Gesetzgeber bestimmte Rahmenbedingungen schaffen, um ihren Missbrauch zu verhindern.

Die Menschen sollten das Recht haben, eine zweite Meinung einzuholen oder eine Diagnose abzulehnen, wenn sie der Meinung sind, dass diese ihre Erfahrungen nicht in einer hilfreichen Weise beschreibt (183). Jeder Mensch sollte die Möglichkeit haben, seine eigene Lebenserfahrung zu definieren. Eine Diagnose sollte niemals dazu verwendet werden, Rechte zu verweigern oder einzuschränken.

4 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Stigmatisierende und diskriminierende Terminologie in Bezug auf psychische Gesundheit und Randgruppen, einschließlich Menschen mit psychosozialen Behinderungen und lesbischer, schwuler, bisexueller, transsexueller, intersexueller und queerer Menschen, ist zu entfernen und durch eine angemessene Sprache zu ersetzen.
- Die Behörde für psychische Gesundheit führt in Zusammenarbeit mit Personen mit Lebenserfahrung Sensibilisierungsprogramme durch, um Stigmatisierung und Diskriminierung in psychosozialen Diensten zu bekämpfen.
- Die Gesundheitsbehörde sorgt für obligatorische Schulungen zur psychischen Gesundheit für Gesundheitsdienstleister und andere Akteure, die in Zusammenarbeit mit Personen mit eigener Erfahrung entwickelt werden.
- Öffentliche Kampagnen zur Verbesserung des Bewusstseins für psychische Gesundheit und die Achtung der Vielfalt und der Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen werden sektorübergreifend und unter aktiver Beteiligung von Menschen mit eigener Erfahrung durchgeführt.
- Das Bildungsministerium stellt sicher, dass die Aufklärung über psychische Gesundheit in den Lehrplan der Schulen aufgenommen wird, um das Bewusstsein für psychische Gesundheit und den menschenrechtsbasierten Ansatz für psychische Gesundheit zu stärken.
- Die Diagnose der psychischen Gesundheit darf nicht auf der Grundlage des politischen, wirtschaftlichen oder sozialen Status, der Zugehörigkeit zu einer kulturellen, rassistischen oder

religiösen Gruppe, des Alters oder aus anderen Gründen, die für den psychischen Gesundheitszustand der Person nicht unmittelbar relevant sind, gestellt werden.

● Die geschlechtliche oder sexuelle Vielfalt oder die Nichtübereinstimmung mit moralischen, sozialen, kulturellen, beruflichen oder politischen Werten oder religiösen Überzeugungen, die in der Gemeinschaft einer Person vorherrschen, darf nicht als Grund für die Erstellung einer psychiatrischen Diagnose herangezogen werden.

2.1.5 Gleiche Anerkennung der Rechte innerhalb der psychosozialen Dienste

Niemand, der psychosoziale Versorgung und Unterstützung in Anspruch nimmt, sollte in seinen Rechten eingeschränkt werden. Jeder Person, die psychosoziale Dienste in Anspruch nimmt, sollten die gleichen Rechte zuerkannt werden wie allen Menschen in psychosozialen Einrichtungen. Um dies zu gewährleisten, haben einige Staaten Chartas oder eine Liste von Rechten der Nutzer psychosozialer Dienste erstellt, die eingehalten werden müssen. In den meisten Fällen sind diese Listen jedoch unvollständig, enthalten Ausnahmen oder werden fälschlicherweise als erschöpfend interpretiert. Der Gesetzgeber kann festlegen, dass die Rechte aller Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, den Rechten der Nutzer anderer allgemeiner Gesundheitsdienste gleichgestellt sind, ohne dass es Einschränkungen aufgrund der Diagnose oder des Geistesvermögens gibt. Ausnahmen von der Inanspruchnahme von Rechten aufgrund des psychischen Gesundheitszustands oder einer psychosozialen Behinderung stellen eine Diskriminierung dar und sollten abgeschafft werden.

5 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Eine Person, die psychosoziale Dienste in Anspruch nimmt, genießt gleichberechtigt mit anderen und ohne Diskriminierung alle durch nationale und internationale Gesetze garantierten Rechte.
- Eine Person, die psychosoziale Dienste in Anspruch nimmt, genießt die gleichen Behandlungsbedingungen und -standards wie Menschen in allen anderen Gesundheitseinrichtungen.
- Die Rechte aller Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, werden geachtet, geschützt und erfüllt.

Das Gesetz kann auch sicherstellen, dass alle Personen, die Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen, die gleichen Rechte auf Zugang zu Informationen, Kommunikation, Vertraulichkeit und Privatsphäre haben. Diese Rechte sind nicht spezifisch für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen. Der Schutz dieser Rechte ist in stationären Diensten besonders wichtig, muss aber auch in allen anderen Arten von Diensten, einschließlich gemeindenaher Dienste, gewährleistet sein. Diese Rechte sollten von psychosozialen Diensten oder Fachkräften nicht verweigert oder eingeschränkt werden.

Zugang zu Informationen

Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, haben das Recht, in gleicher Weise wie andere Personen Zugang zu Informationen über ihre Diagnose, Behandlung, Prognose und gesundheitsbezogenen Daten zu erhalten (184). Dazu gehören auch Kopien von Krankenakten,

Aufzeichnungen und anderen relevanten Berichten und Dokumenten. Die Informationen sollten in allen relevanten Sprachen verfügbar sein und in einer Art und Weise bereitgestellt werden, die nicht zu sehr vereinfacht oder paternalistisch ist, sondern von den Dienstleistungsnutzern klar verstanden wird und ihre Würde respektiert. Falls gewünscht, sollten die Nutzer von einer Person ihres Vertrauens oder von einem unabhängigen Anwalt unterstützt werden können. Informationen sollten in zugänglichen Formaten bereitgestellt werden, z. B. in leicht lesbarer Form und mit Hilfe von Hilfsmitteln und alternativer Kommunikation.

Es können Protokolle über den Zugang zu Informationen erstellt werden, um die Achtung der Würde und der Privatsphäre der Betroffenen zu gewährleisten, z. B. durch das Angebot von Unterstützung bei der Überprüfung und Erläuterung der Informationen in den Akten oder Unterlagen der Betroffenen. Ein Dienstleistungsnutzer sollte das Recht und die Möglichkeit haben, sich bei einer unabhängigen Behörde über den mangelnden Zugang zu seinen medizinischen Akten sowie über alle anderen möglichen Probleme zu beschweren.

6 Beispiele dafür, was das Gesetz besagen kann

- Eine Person, die psychosoziale Dienste in Anspruch nimmt, hat das Recht, in individualisierter Form und in zugänglicher Form umfassende Informationen über ihre Diagnose, Behandlung und Prognose zu erhalten.
- Eine Person, die psychosoziale Dienste in Anspruch nimmt, hat das Recht, vor jeder Intervention in klarer und verständlicher Form detaillierte Informationen zu erhalten über:
 - ihren Gesundheitszustand, einschließlich ihrer medizinischen Beurteilung;
 - die vorgeschlagenen Untersuchungen und Eingriffe;
 - die zu erwartenden Auswirkungen der angebotenen Untersuchungen oder Eingriffe, einschließlich des potenziellen Nutzens, der Risiken, Nebenwirkungen und Schäden;
 - ihr Recht, über die vorgeschlagenen Untersuchungen und Eingriffe zu entscheiden; und
 - Informationen über mögliche alternative Verfahren.
- Eine Person, die psychosoziale Dienste in Anspruch nimmt, ist berechtigt, während und nach Erhalt der Informationen weitere Fragen zu stellen.
- Eine Person, die psychosoziale Dienste in Anspruch nimmt, hat das Recht, die Ergebnisse der einzelnen Untersuchungen und Eingriffe zu erfahren, die während ihrer Versorgung durchgeführt wurden.
- Medizinische Aufzeichnungen sind zum Zeitpunkt der Leistungserbringung und in einer Weise auszufüllen, die die Würde und Privatsphäre der Person wahrt.
- Eine Person, die psychosoziale Dienste in Anspruch nimmt, hat das Recht, auf Antrag Zugang zu den in ihren medizinischen und sonstigen Gesundheitsakten enthaltenen Informationen und Unterlagen zu erhalten und Kopien davon zu bekommen; diese sollten erforderlichenfalls in zugänglicher Form bereitgestellt werden.
- Das Recht auf Zugang zu medizinischen Akten kann auch von ordnungsgemäß bevollmächtigten gesetzlichen Vertretern wahrgenommen werden.

- Eine Person, die psychosoziale Dienste in Anspruch nimmt, hat das Recht zu verlangen, dass ihre Anmerkungen in die medizinischen Akten aufgenommen werden, ohne dass die bestehenden Akten geändert werden.
- Eine Person, die psychosoziale Dienste in Anspruch nimmt, hat das Recht, Beschwerde einzulegen oder rechtliche Schritte einzuleiten, wenn ihr Recht auf Information nicht beachtet wird.
- Das in den psychosozialen Diensten tätige Personal wird in der Verwendung zugänglicher Formate geschult.

Vertraulichkeit und Schutz personenbezogener Daten

Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, haben das Recht auf den Schutz ihrer gesundheitsbezogenen Informationen, und zwar auf der gleichen Grundlage wie andere Personen (184). Solche Informationen sollten nicht ohne die Zustimmung der betroffenen Person an Dritte weitergegeben werden. In Bereichen wie Beschäftigung, Bildung, Krankenversicherung und Migration führt die Weitergabe von Informationen häufig zu Diskriminierung.

Fachkräfte, die im Bereich der psychischen Gesundheit arbeiten, sind an Regeln und Verhaltenskodizes gebunden, die im Allgemeinen die Vertraulichkeit und den Schutz personenbezogener Daten vorsehen. Es ist wichtig, dass sich der Austausch und die Weitergabe von Daten zwischen den Gesundheitsfachkräften auf Informationen beschränkt, die für die Koordination oder Kontinuität der Versorgung erforderlich sind (185). Es ist wichtig, dass sich alle Mitglieder des psychosozialen Versorgungsteams der Regeln bewusst sind, die sie zur Wahrung der Vertraulichkeit verpflichten. Behörden, die für psychosoziale Einrichtungen zuständig sind, können sicherstellen, dass angemessene verfahrenstechnische Schutzmaßnahmen und Systeme vorhanden sind, damit nur relevante, befugte Personen Zugang zu den Krankenakten, klinischen Aufzeichnungen, Cloud-Speichern oder anderen elektronischen Datenaufzeichnungsmechanismen der Menschen haben. Dazu können ausdrückliche und verbindliche Trennwände zwischen Einwanderungsbehörden und Gesundheitsdiensten gehören. Der Gesetzgeber kann die Vertraulichkeit auch dadurch schützen, dass er Sanktionen und Strafen für Verstöße vorsieht.

Die Offenlegung von Informationen über die psychische Gesundheit zu anderen Zwecken als der Gesundheitsversorgung - z. B. zur Planung, Verbesserung oder Überwachung von Gesundheitsdiensten oder zur Erleichterung der Arbeit unabhängiger Mechanismen zur Überwachung der Menschenrechte - kann zulässig sein, wenn sie gesetzlich nach notwendigen und verhältnismäßigen Kriterien und auf der gleichen Grundlage wie andere gesundheitsbezogene Informationen genehmigt wird (186). Versicherungsgesellschaften, Arbeitgeber und externe Auftragnehmer dürfen ohne die Zustimmung der betroffenen Person keinen Zugang zu diesen Informationen haben (187).

Einzelpersonen können nicht gezwungen werden, ihre Informationen zur psychischen Gesundheit oder ihren Behindertenstatus offenzulegen. Ist für den Zugang zu einer Leistung oder einem Dienst ein Nachweis über die Behinderung erforderlich, reicht in der Regel die Bescheinigung einer Behörde aus (188).

7 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, müssen die gleichen Rechte auf den Schutz personenbezogener Daten und die statistische Geheimhaltung genießen wie alle anderen Personen.
- Die Gesundheitsdienste behandeln alle Informationen, Mitteilungen, Aufzeichnungen und personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit der körperlichen oder geistigen Gesundheit einer Person, einschließlich der Erbringung von Gesundheitsdiensten, vertraulich.
- Informationen, Mitteilungen und Aufzeichnungen dürfen ohne die schriftliche Zustimmung der betroffenen Person nicht an Dritte, einschließlich der Familien, weitergegeben oder mit ihnen geteilt werden. Es sind Aufzeichnungen zu führen, die sich auf die Bereitstellung von Informationen und Mitteilungen an den Dienstleistungsnutzer beziehen.
- Der Austausch und die Offenlegung von Daten über die psychische Gesundheit einer Person zwischen Gesundheitsfachkräften und -diensten ist auf Informationen zu beschränken, die für die Koordinierung oder Kontinuität der Versorgung erforderlich sind, und unterliegt den Regeln der Vertraulichkeit.
- Alle Gesundheitsdienste müssen über eine Vertraulichkeitspolitik verfügen.
- Es ist verboten, dass Arbeitgeber oder Bildungseinrichtungen bei der Bewerbung um eine Stelle oder als Voraussetzung für die Zulassung zu einer Bildungseinrichtung ein Zeugnis über die psychische Gesundheit verlangen.
- Eine Person, die psychosoziale Dienste in Anspruch nimmt, hat das Recht, sich zu beschweren oder rechtliche Schritte einzuleiten, wenn die Vertraulichkeit nicht gewahrt wird.

Kapitel 2. Gesetzliche Bestimmungen für personenzentrierte, genesungsorientierte und rechtebasierte psychosoziale Gesundheitssysteme | 41

Privatsphäre

Jede Person hat das Recht auf Privatsphäre. Das Recht auf Privatsphäre schränkt das Ausmaß ein, in dem die Gesellschaft in die Angelegenheiten einer Person eindringen kann, und schützt die Privatsphäre persönlicher Informationen, die Kommunikation, die körperliche Privatsphäre und die Privatsphäre der persönlichen Umgebung. Dieses Recht wird bei Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, häufig verletzt, insbesondere durch das Personal in stationären Einrichtungen.

Der Gesetzgeber kann einen klaren Auftrag zur Gewährleistung des Rechts auf Privatsphäre in psychosozialen Diensten erteilen; Eingriffe dürfen nur dann zulässig sein, wenn sie weder willkürlich noch unrechtmäßig sind. Der Einsatz neuer Technologien im Rahmen der psychosozialen Versorgung, wie Online-Beratung, Apps für die psychische Gesundheit, biometrische Überwachungstechnologien (z. B. Videosensoren oder "intelligente Pillen") und andere algorithmische und datengesteuerte Technologien, bringt erhebliche ethische Herausforderungen mit sich, die einen robusten rechtlichen und regulatorischen Schutzrahmen rechtfertigen (183). Dazu können Bewertungen der menschenrechtlichen Risiken und Auswirkungen gehören, die unter Beteiligung der Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, durchzuführen sind, sowie Transparenzgarantien, eine unabhängige Aufsicht und der Zugang zu Rechtsmitteln im Zusammenhang mit der Nutzung neuer Technologien im Rahmen psychosozialer Dienste sowie die

Verabschiedung oder Überprüfung von Datenschutzgesetzen im Einklang mit den Menschenrechtsverpflichtungen.

8 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Eine Person, die psychosoziale Dienste in Anspruch nimmt, hat das gleiche Recht auf Privatsphäre wie andere, sowohl in physischen Räumen als auch online.
- Alle gesundheitlichen Interventionen sind so durchzuführen, dass das Recht einer Person auf Privatsphäre gewahrt bleibt.
- Eine Person, die stationäre Leistungen erhält, hat die Möglichkeit und das Recht, mit anderen privat zu kommunizieren und zu korrespondieren, einschließlich Beratern und persönlichen Vertretern.
- Eine Person, die stationäre Leistungen erhält, hat das Recht auf angemessenen Raum und Privatsphäre, um ihre kulturellen, religiösen oder spirituellen Überzeugungen zu praktizieren.
- Die Gesundheitsbehörde erlässt Vorschriften zur Gewährleistung der Datensicherheit, der Transparenz und der unabhängigen Aufsicht über digitale psychosoziale Dienste.

Kommunikation

Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, haben das Recht, mit jeder Person ihrer Wahl frei zu kommunizieren, und zwar auf der gleichen Grundlage wie alle anderen. Kommunikation ist wichtig, um die Rechenschaftspflicht sicherzustellen, und kann als informelles Überwachungssystem fungieren, das Gewalt und Missbrauch verhindert. Bedauerlicherweise wird in vielen stationären psychosozialen Einrichtungen die Kommunikation eingeschränkt und überwacht; Korrespondenz wird geöffnet und manchmal auf der Grundlage der Norm des "besten Interesses" zensuriert. Auch intime Treffen mit der Familie, einschließlich des Ehepartners und der Freunde, werden häufig eingeschränkt. Selbst in einigen ambulanten Diensten wird die Kommunikation gelegentlich eingeschränkt. Der Gesetzgeber kann solche Praktiken ausdrücklich verbieten, indem er sich von der Norm des "besten Interesses" wegbewegt und auf die gleichberechtigte Anerkennung von Rechten setzt.

Menschen, die stationäre psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, sollten ihr Recht auf Zugang zu Informationen genießen und wahrnehmen. Dazu gehört ein regelmäßiger und sinnvoller Zugang zu Zeitungen, Fernsehen, Radio und Internet, und zwar auf gleicher Grundlage wie bei anderen.

9 Beispiele dafür, was das Gesetz besagen kann

- Eine Person, die psychosoziale Dienste in Anspruch nimmt, hat das Recht, mit jeder Person ihrer Wahl gleichberechtigt mit anderen zu kommunizieren.
- Eine Person, die eine stationäre psychosoziale Versorgung erhält, hat das Recht auf Kommunikationsfreiheit, d. h. das Recht, mit anderen Personen innerhalb und außerhalb des Dienstes zu kommunizieren, private Mitteilungen ohne Zensur zu senden und zu empfangen,

private Besuche eines persönlichen Beistands oder Vertreters und zu jeder angemessenen Zeit anderer Besucher zu empfangen und Zugang zu Post- und Telefondiensten, Zeitungen, Radio, Fernsehen und Internet zu haben.

Erhalt von Informationen über Rechte

Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, sind häufig nicht über ihre gesetzlichen Rechte informiert und können diese daher nicht wahrnehmen. Der Gesetzgeber könnte vorsehen, dass die Dienstleistungsnutzer über ihre Rechte informiert werden, wenn sie mit der Primärversorgung oder stationären psychosozialen Diensten in Kontakt treten. Ihre Rechte und die Art und Weise, wie sie ausgeübt werden können, könnten in einer Weise erläutert werden, die klar verständlich ist.

Relevante Informationen über Rechte sollten in einem Format und in einer Sprache vermittelt werden, die von der Person verstanden wird, und zwar in einer altersgerechten Weise. Gegebenenfalls sollten zugängliche Formate wie Easy Read, Gebärdensprachdolmetschung und unterstützende und alternative Kommunikation verwendet werden.

10 Beispiele dafür, was das Gesetz besagen kann

- Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, sind bei jeder Kontaktaufnahme in klarer und verständlicher Weise sowohl mündlich als auch schriftlich über ihre Rechte, deren Ausübung und den Zugang zu verfügbaren Beschwerdemechanismen zu informieren.
- Die Rechte von Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, müssen in allen öffentlichen und privaten Gesundheitseinrichtungen, die psychosoziale Versorgung anbieten, für die Dienstleistungsnutzer gut sichtbar ausgehängt werden.
- Alle Informationen über Rechte in psychosozialen Diensten müssen in zugänglicher Form verfügbar sein.

Physische und soziale Bedingungen in den Diensten

Die Bereitstellung von sicheren, hygienischen und förderlichen psychosozialen Diensten ist für die Genesung und das allgemeine Wohlbefinden einer Person von entscheidender Bedeutung. Bei der Versorgung und Unterstützung sollte niemand unsicheren oder unhygienischen Bedingungen ausgesetzt sein, wie z. B. Mangel an Wasser und sanitären Einrichtungen, schmutzigen oder baufälligen Wänden und Böden oder schlechter Heizung. Substandard-Bedingungen, insbesondere in stationären Einrichtungen, können Folter und Misshandlung darstellen (189).

Die Bedingungen in psychosozialen Diensten sollten genauso gut sein wie in jeder anderen Gesundheitseinrichtung, in der stationäre Behandlung, Pflege und Unterstützung angeboten wird (190). Die Gestaltung der Dienste sollte den Grundsätzen des universellen Designs folgen. Der Gesetzgeber und nachfolgende Verordnungen können Mindestanforderungen für ein sicheres, hygienisches, therapeutisches und einladendes Lebensumfeld festlegen, in dem auch soziale Interaktion und Aktivitäten möglich sind (191). Überwachungs- und Rechenschaftsmechanismen sind wichtig, um sicherzustellen, dass diese Verpflichtungen eingehalten werden (siehe Abschnitt 2.7).

In einigen psychosozialen Diensten werden die Dienstleistungsnutzer unter dem Deckmantel der Beschäftigungstherapie zur Arbeit gezwungen. Eine solche Praxis stellt eine unmenschliche oder erniedrigende Behandlung dar und verstößt gegen die Artikel 7, 8.2 und 8.3 des ICCPR. Obwohl der Einsatz von Zwangsarbeit und Ausbeutung gesetzlich verboten sein mag, sind bestimmte Bereiche unklar, z. B. Situationen, in denen Dienstleistungsnutzer als Teil eines Programms an Haushaltstätigkeiten wie dem Bettenmachen oder der Zubereitung von Mahlzeiten teilnehmen müssen. Die Gesetzgebung sollte so viel Klarheit wie möglich schaffen und den freiwilligen Charakter der beruflichen Tätigkeiten gewährleisten.

Das WHO-QualityRights-Modul "Transforming services and promoting rights" (192) und das WHO-QualityRights-Bewertungsinstrumentarium (190) bieten den Ländern praktische Informationen und Instrumente zur Bewertung und Verbesserung der Qualitäts- und Menschenrechtsstandards in Einrichtungen der psychischen Gesundheit und der sozialen Versorgung.

11 Beispiele dafür, was im Gesetz stehen kann

- Die psychosozialen Dienste müssen für Menschen mit Behinderungen physisch zugänglich sein.
- Die psychosozialen Dienste müssen die für alle Gesundheitseinrichtungen und -dienste geltenden Hygiene- und Sicherheitsstandards einhalten.
- Die stationären psychosozialen Dienste bieten ein Umfeld, das einladend, angenehm, anregend und der Genesung förderlich ist.
- Einer Person, die stationäre Dienste in Anspruch nimmt, muss ein angemessener Raum für körperliche Aktivitäten, Sport und andere Freizeitaktivitäten zur Verfügung stehen.
- Die Gesundheitsbehörde erlässt Verordnungen, um angemessene Standards in Bezug auf stationäre psychosoziale Dienste sicherzustellen, einschließlich angemessener und geeigneter Unterbringung, Verpflegung und Pflege. Diese Verordnungen können Anforderungen an Gestaltung, Instandhaltung, Instandsetzung, Reinigung und Sauberkeit, Belüftung, Heizung und Beleuchtung vorschreiben.
- Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, sind vor Zwangsarbeit und Ausbeutung in der Gesundheitsversorgung und in sozialen Diensten zu schützen.

2.2 Achtung der Persönlichkeit und der Rechtsfähigkeit in psychosozialen Diensten

Rechtsfähigkeit ist die Eigenschaft einer Person, Rechte zu haben und diese Rechte auszuüben. In den meisten Staaten wird bei Menschen mit einer psychischen Diagnose und bei Menschen mit psychosozialen, geistigen oder entwicklungsbedingten Behinderungen häufig davon ausgegangen, dass sie nicht in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen, und ihnen daher die Fähigkeit abgesprochen wird, ihre Rechte selbst wahrzunehmen. Diese Situation ist besonders in psychosozialen Diensten anzutreffen, wo die Menschen oft als Objekte der Versorgung und nicht als Subjekte von Rechten behandelt werden.

Artikel 12 der CRPD spiegelt ein tieferes und umfassenderes Verständnis der Rechtsfähigkeit wider, indem er ihre Universalität und Relevanz für alle Lebensbereiche, einschließlich der Gesundheit, hervorhebt. Er sieht auch den Zugang zu der Unterstützung vor, die Menschen bei der Ausübung ihrer Rechtsfähigkeit benötigen.

Die Anerkennung der Geschäftsfähigkeit und der unterstützten Entscheidungsfindung ist eine Voraussetzung für die Ausübung des Rechts auf Gesundheit und der damit verbundenen Rechte. Alle Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, einschließlich Menschen mit psychosozialen, geistigen und entwicklungsbedingten Behinderungen, müssen das Recht haben, selbst Entscheidungen über ihre Gesundheit und medizinische Behandlung zu treffen, und diese Entscheidungen müssen gesetzlich als gültig anerkannt werden.

In diesem Abschnitt werden gesetzliche Bestimmungen vorgeschlagen, die die Rechtsfähigkeit von Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, respektieren und ihnen bei Bedarf angemessene Unterstützung gewähren. Um sicherzustellen, dass die Rechtsfähigkeit von Menschen mit psychosozialen, geistigen und entwicklungsbedingten Behinderungen nicht in anderen Lebensbereichen eingeschränkt wird, ist es wichtig, dass die Staaten alle Rechtsbereiche umfassend prüfen, einschließlich Zivilgesetzbuch, Vormundschafts- und Familienrecht sowie Gesetze über geistige Fähigkeiten (193). Diese umfassenderen Reformen liegen zwar außerhalb des Geltungsbereichs dieser Leitlinien, sind aber für die volle Teilhabe und Eingliederung eines Menschen in die Gemeinschaft unerlässlich.

2.2.1 Achtung der Rechtsfähigkeit in psychosozialen Diensten

Seit der Verabschiedung der CRPD haben mehrere Staaten Bestimmungen zur Anerkennung der Rechtsfähigkeit von Menschen mit Behinderungen, einschließlich Menschen mit psychosozialen, geistigen und entwicklungsbedingten Behinderungen, aufgenommen (194). In einigen Staaten wurde die Anerkennung der Rechtsfähigkeit in Gesetze zur psychischen Gesundheit aufgenommen, um zu bekräftigen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen im Rahmen der psychosozialen Versorgung rechtsfähig sind, und um ihnen den Zugang zu unterstützter Entscheidungsfindung zu erleichtern (siehe Abschnitt 2.2.3).

Durch die Festlegung eines eindeutigen Mandats kann der Gesetzgeber den psychosozialen Diensten dabei helfen, die Geschäftsfähigkeit aller Dienstleistungsnutzer zu respektieren. Die Ausübung der Geschäftsfähigkeit im Rahmen psychosozialer Dienste beschränkt sich nicht auf die Einhaltung der freien und informierten Zustimmung (s. Abschnitt 2.3), da die Geschäftsfähigkeit auf vielfältige Weise verweigert werden kann, z. B. durch Einschränkung der Möglichkeit, Unterstützer zu benennen, Beschwerden oder Berichte einzureichen oder an klinischen Studien teilzunehmen. Der Gesetzgeber kann darüber hinaus die "Würde des Risikos" von Dienstleistungsnutzern anerkennen, d. h. das Recht von Personen, ihre eigenen Entscheidungen zu treffen und Risiken einzugehen.

Die Achtung der Geschäftsfähigkeit bedeutet nicht, dass die unterschiedlichen Entscheidungsfähigkeiten oder -kompetenzen der Menschen ignoriert werden; vielmehr sollten unterstützte Entscheidungsfindungssysteme in Anerkennung dieser Vielfalt zur Verfügung gestellt werden. Unterschiedliche Entscheidungsfähigkeiten oder eine psychische Gesundheitsdiagnose sollten nicht dazu führen, dass die Rechtsfähigkeit von Menschen, eigene Entscheidungen zu treffen, eingeschränkt wird und dass andere diese respektieren.

Zur unterstützten Entscheidungsfindung kann die Einrichtung von Mechanismen gehören, die es den Menschen ermöglichen, eine oder mehrere Vertrauenspersonen ihrer Wahl zu benennen, die ihnen beim Zugang zu relevanten Informationen, beim Abwägen der Vor- und Nachteile einer bestimmten Entscheidung und bei der Durchsetzung ihrer Entscheidungen und Wahlmöglichkeiten helfen (siehe

Abschnitt 2.2.3). Sie kann auch die Umsetzung von Vorausplanungsmechanismen beinhalten, die es den Menschen ermöglichen, ihren Willen und ihre Präferenzen in Bezug auf künftige Situationen zu einem Zeitpunkt zu äußern, zu dem sie in der Lage sind, diese mitzuteilen (siehe Abschnitt 2.3.2). Gesetze, die die Einhaltung solcher Mechanismen durch psychosoziale Dienste vorschreiben, gewährleisten, dass die Geschäftsfähigkeit aller Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen gleichberechtigt mit anderen geachtet wird, auch in Fällen, in denen eine Person ihren Willen und ihre Präferenzen nicht äußern kann (195).

Die Bestimmungen zur Achtung der Geschäftsfähigkeit innerhalb der psychosozialen Dienste stehen mitunter im Widerspruch zu anderen Bestimmungen des nationalen Rechtsrahmens. Wenn jedoch die Achtung der Geschäftsfähigkeit aller Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, vorgeschrieben wird, trägt dies zu einem Paradigmenwechsel bei und kann ein erster Schritt sein, um den Raum für weitere Gesetzesreformen und gerichtliche Interventionen im Einklang mit den neuen Bestimmungen zu öffnen (196).

12 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Jede Person, die psychosoziale Dienste in Anspruch nimmt, hat Anspruch darauf: (a) als Person vor dem Gesetz und gleichberechtigt mit anderen als rechtsfähig anerkannt zu werden; und (b) Zugang zu der frei gewählten Unterstützung zu erhalten, die sie zur Ausübung ihrer Rechtsfähigkeit benötigen.
- Die psychosozialen Dienste respektieren die Rechts- und Handlungsfähigkeit aller Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Behinderungen jederzeit, auch in Krisensituationen, auf der gleichen Grundlage wie andere.
- Niemand darf aufgrund einer tatsächlichen oder vermeintlichen psychischen Störung oder Beeinträchtigung oder aufgrund einer tatsächlichen oder vermeintlichen Schwierigkeit bei der Entscheidungsfindung einer Einschränkung seiner Rechtsfähigkeit unterworfen werden.
- Eine Person, die psychosoziale Dienste in Anspruch nimmt, hat die gleichen Rechte wie andere Mitglieder der Gemeinschaft, Entscheidungen zu treffen, die ihr Leben betreffen - einschließlich risikobehafteter Entscheidungen - und bei diesen Entscheidungen auf Wunsch unterstützt zu werden.

2.2.2 Verbot der stellvertretenden Entscheidungsfindung in psychosozialen Diensten

Ein wichtiger Aspekt der Aufrechterhaltung der Geschäftsfähigkeit von Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, einschließlich Menschen mit psychosozialen, geistigen und entwicklungsbedingten Behinderungen, ist die Beendigung der "stellvertretenden Entscheidungsfindung". Letzteres ist der Fall, wenn:

- einer Person die Rechtsfähigkeit entzogen oder eingeschränkt wird, auch wenn es sich nur um eine einzige Entscheidung handelt;
- Ersatzentscheidungsträger wie Vormünder, Richter oder Sachverständige von einer anderen Person als der betroffenen Person gegen deren Willen bestellt werden; oder

© Entscheidungen werden von stellvertretenden Entscheidungsträgern auf der Grundlage des "besten Interesses" der betroffenen Person und nicht auf der Grundlage des Willens und der Präferenzen der Person selbst getroffen (197).

Länder wie Kolumbien, Costa Rica, Georgien, Spanien und Peru haben die Vormundschaft und andere Regelungen für Ersatzentscheidungen aus ihren Rechtssystemen abgeschafft. Diese Reformen haben zwar ihre Grenzen, insbesondere im Zusammenhang mit Gesundheitsentscheidungen, doch sie eröffnen anderen Ländern die Möglichkeit, diesem Beispiel zu folgen.

Der Gesetzgeber kann die stellvertretende Entscheidungsfindung bei der Bereitstellung von psychosozialer Versorgung und Unterstützung verbieten. Dazu gehört die Aufhebung der Bestimmungen, die es Vormündern und Familienangehörigen gestatten, Entscheidungen für Menschen zu treffen, die psychosoziale Versorgung oder Unterstützung erhalten, sowie die Abschaffung aller Fälle, in denen das Gesetz dem behandelnden Arzt gestattet, im "besten Interesse" der Person zu entscheiden. Der Gesetzgeber kann den Angehörigen der Gesundheitsberufe auch ausdrücklich verbieten, Entscheidungen ohne die informierte Zustimmung der Person zu treffen (siehe Abschnitt 2.3.4), und den Zugang zur unterstützten Entscheidungsfindung erleichtern (siehe Abschnitt 2.2.3). Die Umsetzung von Optionen der unterstützten Entscheidungsfindung bei gleichzeitiger Beibehaltung von Regelungen für Ersatzentscheidungen reicht nicht aus, um Artikel 12 der CRPD zu erfüllen (198).

2.2.3 Unterstützte Entscheidungsfindung für Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, verfügbar machen

Die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit kann unterstützte Entscheidungsfindung für Dienstleistungsnutzer verfügbar machen, die Unterstützung bei der Ausübung ihrer Geschäftsfähigkeit im Rahmen der psychosozialen Versorgung wünschen.

Zwar können Umfang und Form der unterstützten Entscheidungsfindung von Land zu Land unterschiedlich sein, doch im Allgemeinen können Personen eine oder mehrere Personen beauftragen, sie bei folgenden Aufgaben zu unterstützen: i) Einholung und Verständnis von Informationen;

ii) die möglichen Alternativen und Folgen einer Entscheidung zu bewerten; iii) eine Entscheidung auszudrücken und mitzuteilen; und/oder iv) eine Entscheidung umzusetzen (199). Den Menschen sollte es freistehen, zwischen Regelungen und Arrangements unterschiedlicher Art, Intensität und Formalität zu wählen, z. B. Unterstützungskreise, Unterstützungsnetze, Unterstützungsvereinbarungen, Peer-Unterstützung, unabhängige Anwälte, persönliche Ombudspersonen, persönliche Assistenz, Patientenverfügungen, Unterstützung durch Familie und Freunde und Online-Communities.

Die Regelung der Bereitstellung und des Zugangs zu diesen verschiedenen Formen der Unterstützung fällt nicht in den Bereich der Gesetzgebung. Dennoch ist es wichtig, dass das Gesetz zur psychosozialen Versorgung die unterstützte Entscheidungsfindung bei der Ausübung der Geschäftsfähigkeit von Menschen, die solche Dienste in Anspruch nehmen, einschließlich Menschen mit psychosozialen, geistigen und entwicklungsbedingten Behinderungen, anerkennt und stärkt.

So kann der Gesetzgeber beispielsweise bestimmte Formen der unterstützten Entscheidungsfindung im Zusammenhang mit Gesundheits- und damit zusammenhängenden Sozialdienstleistungen

festlegen. Diese Unterstützung kann das Recht umfassen, von einer Vertrauensperson begleitet und unterstützt zu werden, wenn Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung getroffen werden, die Annahme von Patientenverfügungen und die Benennung von Personen, die während einer Krise informiert und/oder konsultiert werden sollen (siehe Abschnitt 2.3.2). Der Gesetzgeber kann auch dafür sorgen, dass von den psychosozialen Diensten wirklich unabhängige Fürsprecher zur Verfügung stehen, die die Menschen unterstützen und sich für ihre Rechte einsetzen, ohne dass ihnen dafür Kosten entstehen. Fehlende finanzielle Mittel sollten kein Hindernis für die Inanspruchnahme von Unterstützung bei der Ausübung der Rechtsfähigkeit sein (200).

Einige Länder haben Mitentscheidungsregelungen erlassen, bei denen ein Mitentscheider ernannt werden kann, um einer Person zu helfen, Entscheidungen gemeinsam zu treffen. Dies setzt voraus, dass der Mitentscheider und der Betroffene gemeinsam den Eingriffen zustimmen. Solche Regelungen können nur dann als eine Form der unterstützten Entscheidungsfindung angesehen werden, wenn sie freiwillig sind. Die Person hat das Recht, den Mitentscheider auszuwählen und die Beziehung jederzeit zu beenden oder zu ändern (201). Unterstützte Entscheidungsfindung sollte Menschen niemals aufgezwungen werden. Wenn sich eine Person gegen eine Unterstützung entscheidet, sollte ihr Wunsch respektiert werden.

13 Beispiele dafür, was der Gesetzgeber sagen kann

- Einer Person, die psychosoziale Dienste in Anspruch nimmt, ist ohne unzulässige Beeinflussung oder Zwang Zugang zu der Unterstützung zu gewähren, die sie für die Ausübung ihrer Rechtsfähigkeit für angemessen hält. Die betroffene Person bestimmt die Form, die Identität, den Umfang, die Dauer und die Anzahl der Unterstützer.
- Unterstützte Entscheidungsfindung ist eine Form der Unterstützung, die die Ausübung der Rechtsfähigkeit einer Person erleichtert. Die Unterstützung kann Folgendes beinhalten: i) das Verstehen der Optionen, Verantwortlichkeiten und Konsequenzen der Entscheidungen einer Person; ii) den Zugang zu, das Sammeln und Beschaffen von Informationen, die für eine bestimmte Entscheidung relevant sind; iii) das Verstehen dieser Informationen; und/oder iv) die Umsetzung der Entscheidung der Person, einschließlich der Hilfe bei der Kommunikation der Entscheidung der Person gegenüber Dritten.
- Eine Unterstützungsperson ist mit Zustimmung der betroffenen Person befugt: i) Zugang zu den medizinischen Informationen und Unterlagen der Person zu erhalten;
ii) die Person in Bezug auf eine vorgeschlagene Behandlung oder Therapie zu unterstützen; und/oder
iii) bei den Terminen und Konsultationen der Person mit psychosozialen Fachkräften, Arbeitnehmern und anderen Dienstleistern während des Verlaufs einer Behandlung oder Intervention anwesend zu sein.
- Die psychosozialen Dienste erkennen die Vereinbarungen und Regelungen zur unterstützten Entscheidungsfindung an und respektieren sie.
- Das Vorhandensein einer Vereinbarung oder eines Arrangements zur unterstützten Entscheidungsfindung schließt nicht aus, dass eine Person ihre Geschäftsfähigkeit ausüben kann, um Entscheidungen ohne Unterstützung zu treffen.

- In psychosozialen Diensten stehen auf Antrag jederzeit unabhängige Fürsprecher zur Verfügung, die die Nutzer dabei unterstützen, Zugang zu Informationen zu erhalten, ihre Rechte und Möglichkeiten zu verstehen und diese sowie ihren Willen und ihre Präferenzen zu respektieren. Die Beistände müssen von den psychosozialen Diensten unabhängig sein, ihre Dienste unentgeltlich erbringen, über angemessene Erfahrung und Ausbildung sowie über eine gesicherte und nachhaltige Finanzierung verfügen, sich von Menschenrechtsgrundsätzen leiten lassen und Personen mit Lebenserfahrung einbeziehen. Die psychosozialen Dienste erleichtern die Wahrnehmung der Aufgaben unabhängiger Beistände und gewährleisten deren Zugang zu allen Personen und Diensten.
- Beratungsdienste sollten auch für Familienangehörige und informelle Betreuer von Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, verfügbar sein.

2.2.4 Wahrung des Willens und der Präferenzen

Rechtliche Schutzmaßnahmen sind erforderlich, damit die Rechte, der Wille und die Präferenzen der unterstützten Person respektiert werden und Missbrauch verhindert wird. Schutzmaßnahmen sollen die Menschen nicht daran hindern, Entscheidungen zu treffen oder Risiken einzugehen: Das Ziel ist es, sicherzustellen, dass der Wille und die Präferenzen der Person respektiert werden (202). Daher müssen Schutzmaßnahmen: i) auf den Rechten, dem Willen und den Präferenzen der Person beruhen; ii) Schutz vor Interessenkonflikten, Ausbeutung, Missbrauch und unzulässiger Einflussnahme bieten; iii) verhältnismäßig und auf die Person zugeschnitten sein; und iv) Beschwerde- und Rechtsbehelfsmechanismen umfassen.

Während die Garantien für die Ausübung der Rechtsfähigkeit in den allgemeinen Gesetzen zur Rechtsfähigkeit geregelt werden sollten, kann die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit sicherstellen, dass diese Garantien im Bereich der psychosozialen Versorgung und Unterstützung beachtet werden, insbesondere in Staaten, in denen die Reform der Rechtsfähigkeit noch nicht im Einklang mit der CRPD steht.

Respektierung des Willens und der Präferenzen bei der unterstützten Entscheidungsfindung

Die Unterstützung sollte nicht auf eine Ersatzentscheidung hinauslaufen. Der Gesetzgeber kann vorschreiben, dass bei der unterstützten Entscheidungsfindung in psychosozialen Diensten der Wille und die Präferenzen der betroffenen Person zu respektieren sind, einschließlich des Rechts, die Unterstützung abzulehnen und die Unterstützungsbeziehung jederzeit zu beenden oder zu ändern (203).

Die Sicherstellung, dass Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, Zugang zu verschiedenen Formen der Unterstützung, einschließlich unabhängiger Beratung, haben, trägt ebenfalls zur Verringerung des Risikos unzulässiger Einflussnahme bei.

14 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Die Unterstützung bei der Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit wird im Einklang mit dem Willen und den Präferenzen der betreffenden Person gewährt.

● Es sind Vorkehrungen zu treffen, um die Achtung der Rechte, des Willens und der Wünsche der betroffenen Person zu gewährleisten und Interessenkonflikte, Ausbeutung, Missbrauch und unzulässige Beeinflussung des Betreuers zu verhindern.

● Einem Unterstützer ist es untersagt, i) unzulässigen Einfluss auf die unterstützte Person auszuüben und ii) außerhalb der in der Vereinbarung oder Vereinbarung über unterstützte Entscheidungen vorgesehenen Befugnisse zu handeln.

Schutz vor Missbrauch und unzulässiger Einflussnahme

Der Gesetzgeber kann einen Beitrag zum Schutz vor Missbrauch und unzulässiger Beeinflussung bei der unterstützten Entscheidungsfindung im psychosozialen Kontext leisten. Unzulässige Beeinflussung liegt vor, wenn die unterstützende Person eine Machtposition gegenüber der unterstützten Person ausnutzt, die sich in "Anzeichen von Angst, Aggression, Bedrohung, Täuschung oder Manipulation" äußert (204).

Die Gesetzgebung kann Mechanismen zur Rechenschaftspflicht vorsehen, um sicherzustellen, dass der Wille und die Präferenzen der Person respektiert werden, sowie Mechanismen, um die Handlungen eines Unterstützers anzufechten, falls er nicht in Übereinstimmung mit diesen handelt. Zu den Mechanismen könnten u. a. eine Berichtspflicht, regelmäßige Überprüfungen, zugängliche Beschwerdemechanismen, Informationsanfragen und die Überwachung durch Dritte gehören. Diese sollten unter Wahrung der Autonomie und der Privatsphäre der Person umgesetzt werden. Personen, die Unterstützung in Anspruch nehmen, müssen über ihre Rechte und die verfügbaren Besch

Der Gesetzgeber kann auch klare Verhaltensregeln für diejenigen aufstellen, die Unterstützung leisten, z. B. dass sie sorgfältig und in gutem Glauben handeln oder persönliche Informationen vertraulich behandeln und den Willen und die Präferenzen der unterstützten Person respektieren. In einigen Rechtsordnungen gibt es Beschränkungen dafür, wer Unterstützer sein kann; dazu gehört, dass keine Rechtsstreitigkeiten mit der betroffenen Person anhängig sind oder dass kein Interessenkonflikt in Bezug auf die Entscheidung zur Unterstützung besteht.

15 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

● Garantien sind Maßnahmen, die sicherstellen sollen, dass unterstützte Entscheidungsregelungen die Rechte, den Willen und die Präferenzen der betroffenen Person respektieren und frei von Interessenkonflikten und ungebührlicher Einflussnahme sind.

● Die Schutzmaßnahmen werden in angemessener Weise und entsprechend den Umständen der betroffenen Person festgelegt.

● Die Aufnahme von Schutzmaßnahmen in unterstützte Entscheidungsregelungen ist obligatorisch.

Beste Interpretation des Willens und der Präferenzen

In einigen Ausnahmefällen ist es schwierig - manchmal sogar unmöglich -, den Willen und die Präferenzen einer Person zu kennen. Dies ist zum Beispiel der Fall, wenn eine Person bewusstlos ist oder zum ersten Mal mit psychischen Problemen konfrontiert wird, oder wenn es niemanden gibt, der sich mit der Kommunikation mit einer Person mit erheblichen Kommunikationsschwierigkeiten auskennt. Für diese Situationen hat der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen den Standard der bestmöglichen Auslegung des Willens und der Präferenzen eingeführt (205). Dieser Standard setzt voraus, dass ermittelt wird, was die Person gewollt hätte, anstatt auf der Grundlage ihrer "besten Interessen" zu entscheiden.

Während der Begriff des "besten Interesses" in den verschiedenen Rechtsordnungen unterschiedlich ausgelegt wird, stützt sich die Bestimmung des "besten Interesses" häufig auf eine externe Bewertung der Pflege- und Wohlfahrtsbedürfnisse der Person, die im Widerspruch zu den Wünschen der Person stehen kann. Zur bestmöglichen Auslegung des Willens und der Präferenzen gehört die Berücksichtigung des Lebenslaufs der Person: ihre Überzeugungen, Werte, Einstellungen, Gefühle und alltäglichen Handlungen, einschließlich nonverbaler Hinweise. Dieser Interpretationsprozess ist komplex und kann ressourcen- und zeitintensiv sein. Außerdem besteht die Gefahr, dass der Wille und die Präferenzen der Person "fabriziert" werden, um den Wünschen des Unterstützers zu entsprechen. Dennoch ist dieser Ansatz besser als der Versuch, zu bestimmen, "was gut für sie ist", da er den Willen und die Präferenzen der Person in den Mittelpunkt aller Bemühungen stellt. Um Missbrauch vorzubeugen, müssen die Länder die Anwendung des Standards der "bestmöglichen Auslegung" streng regeln und sicherstellen, dass er nur als letztes Mittel und nachdem alle wesentlichen Anstrengungen unternommen wurden, angewendet wird. Außerdem sollte er einer strengen gerichtlichen Kontrolle unterliegen, um Missbrauch zu verhindern.

Die Anwendung des Standards der bestmöglichen Auslegung im Bereich der psychischen Gesundheit sollte sorgfältig geprüft und unter aktiver Beteiligung von Personen mit Lebenserfahrung diskutiert werden. Ein wichtiges Anliegen, insbesondere von Menschen mit psychosozialen Behinderungen, ist die Tatsache, dass psychosoziale Dienste aufgrund weit verbreiteter Vorurteile und Bevormundung Menschen, die sich in einer Krise befinden, unter großem Leidensdruck stehen oder ungewöhnliche Wahrnehmungen haben, als unfähig ansehen, ihren Willen und ihre Präferenzen zum Ausdruck zu bringen - eine Situation, die auch bei Menschen mit geistigen oder kognitiven Behinderungen auftreten kann, bei denen eine starke Vermutung der "Unfähigkeit" besteht. Infolgedessen können sie ohne ihre Zustimmung in ein Krankenhaus eingewiesen und mit Medikamenten behandelt werden, auch wenn sie dies aktiv ablehnen (206).

2.2.5 Respektierung der sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern

Kinder sollten an Entscheidungen, die ihre Gesundheitsversorgung betreffen, in einer Weise beteiligt werden, die mit ihren sich entwickelnden Fähigkeiten vereinbar ist (207). Gemäß Artikel 12 des Übereinkommens über die Rechte des Kindes sind die Vertragsstaaten verpflichtet, das Recht der Kinder zu achten, sich entsprechend ihrem Alter und ihrer Reife in allen sie berührenden Angelegenheiten zu äußern und zu beteiligen.

Der Gesetzgeber kann sicherstellen, dass die Meinung des Kindes aktiv eingeholt und bei Entscheidungen im Bereich der Gesundheitsfürsorge entsprechend den sich entwickelnden Fähigkeiten des Kindes berücksichtigt wird. Kinder sollten angemessene und geeignete Informationen erhalten, um alle relevanten Aspekte im Zusammenhang mit Entscheidungen über die Gesundheitsversorgung zu verstehen, und sie sollten, soweit möglich, ihre Zustimmung in Kenntnis der Sachlage geben können (208).

Jugendliche⁷ sollten Zugang zu Informationen erhalten, die für ihre Gesundheit und Entwicklung wichtig sind, damit sie angemessene Entscheidungen über ihr Gesundheitsverhalten treffen können (208). Es ist wichtig, dass der Gesetzgeber auch ihr Recht auf vertrauliche psychosoziale Beratung und Betreuung ohne die Zustimmung eines Elternteils oder Vormunds anerkennt, wenn sie dies wünschen (208). Diese Verpflichtung unterscheidet sich vom Recht auf medizinische Einwilligung und sollte nicht an eine Altersgrenze gebunden sein (208). Auch wenn es sinnvoll ist, Eltern oder Erziehungsberechtigte in die gesundheitlichen Entscheidungen junger Menschen einzubeziehen, werden viele Jugendliche keine Unterstützung suchen, wenn sie gezwungen sind, ihre Eltern einzubeziehen.

Der Gesetzgeber kann auch sicherstellen, dass psychosoziale Dienste den Willen und die Präferenzen von Kindern und Jugendlichen mit einer psychischen Diagnose oder einer psychosozialen, geistigen oder entwicklungsbedingten Behinderung gleichberechtigt mit anderen Kindern respektieren (209). Darüber hinaus kann der Gesetzgeber das Recht von Kindern und Jugendlichen auf alters- und behinderungsgerechte Unterstützung bei der Meinungsäußerung und Entscheidungsfindung anerkennen.

7 Der Begriff "Heranwachsende" bezieht sich auf Kinder im Alter von 10 bis <18 Jahren. Diese Altersspanne entspricht der von der WHO verwendeten Definition des Jugendalters von 10 bis 19 Jahren und erleichtert somit die Konsistenz der Datenerhebung; siehe: https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1 und Allgemeine Bemerkung Nr. 20 des CRC-Ausschusses zur Umsetzung der Rechte des Kindes in der Jugend CRC/C/GC/20 (<https://digitallibrary.un.org/record/855544?ln=en>).

16 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

● Kinder und Jugendliche erhalten die Möglichkeit, ihre freie und informierte Zustimmung zur psychosozialen Versorgung in einer ihrem Alter und ihrer Reife entsprechenden Weise zu erteilen (210).

Alle Jugendlichen haben das Recht, ohne die Zustimmung eines Elternteils oder Vormunds Zugang zu vertraulicher psychosozialer Beratung und Betreuung zu erhalten, wenn sie dies wünschen (211).

● Kinder und Jugendliche erhalten auf Wunsch alters- und behinderungsgerechte Unterstützung bei der Entscheidungsfindung in einer Weise, die mit ihren sich entwickelnden Fähigkeiten vereinbar ist.

2.3 Informierte Zustimmung und Abschaffung von Zwangspraktiken in der psychosozialen Versorgung

Die freie und informierte Zustimmung sollte die Grundlage aller psychosozialen Interventionen sein. Die Möglichkeit, Entscheidungen über die eigene Gesundheitsversorgung und Behandlungsmöglichkeiten zu treffen, ist ein wesentlicher Bestandteil des Rechts auf Gesundheit.

Die Abschaffung von Zwangspraktiken im Bereich der psychischen Gesundheit - wie nicht freiwillige Einweisung, Zwangsbehandlung, Isolation und Zwangsmaßnahmen - ist eine wesentliche Voraussetzung für die Wahrung der Rechte der Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen. Zwang ist sowohl für die körperliche als auch für die psychische Gesundheit schädlich und entfremdet die Menschen von der psychischen Gesundheit und den Unterstützungssystemen. Darüber hinaus haben viele Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen in ihrem Leben Traumata erlebt. Wenn es in psychosozialen Diensten zu Gewalt, Zwang und Missbrauch kommt, werden die Menschen nicht nur von den Diensten im Stich gelassen, sondern können auch retraumatisiert werden und ihre ursprünglichen Schwierigkeiten verschlimmern (212). Einst als "notwendiges Übel" betrachtet, gibt es immer mehr Belege für die Anwendung von Praktiken ohne Zwang (33, 213).

In diesem Abschnitt werden gesetzliche Bestimmungen vorgeschlagen, die dazu beitragen könnten, dem Zwang in psychosozialen Diensten ein Ende zu setzen und das Recht aller Dienstleistungsnutzer zu wahren, psychosoziale und andere Gesundheitsinterventionen nur mit ihrer freien und informierten Zustimmung zu erhalten. Da in den meisten Staaten das Recht auf informierte Zustimmung und die entsprechenden Ausnahmen in den Gesetzen zur Gesundheit und psychischen Gesundheit geregelt sind, sollten viele der Reformen, die zur Abschaffung von Zwangspraktiken erforderlich sind, in solchen normativen Dokumenten festgelegt werden

2.3.1 Förderung und Schutz des Rechts auf freie und informierte Zustimmung

Das Recht auf freie und informierte Zustimmung ist ein grundlegendes Element des Rechts auf Gesundheit. Es umfasst das Recht, einer medizinischen Behandlung zuzustimmen, sie abzulehnen oder eine Alternative zu wählen (214). Generell haben alle Erwachsenen das Recht, jede Behandlung abzulehnen, selbst wenn diese lebensrettend wäre. Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen sollten dieses Recht in gleicher Weise wie andere genießen (215).

Der Gesetzgeber kann sicherstellen, dass das Recht auf Einwilligung in die Behandlung innerhalb der psychosozialen Dienste respektiert, geschützt und erfüllt wird, auch in schwierigen Situationen; so sollte z. B. in einer Krise oder bei starker Belastung jede Unterstützung und Behandlung freiwillig erfolgen (siehe Abschnitt 2.3.3). Der Gesetzgeber kann festlegen, dass alle Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, das Recht auf eine freie und informierte Zustimmung haben und dass keine psychosoziale Behandlung ohne diese Zustimmung erfolgen darf.

Darüber hinaus kann der Gesetzgeber sicherstellen, dass Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, Zugang zu den Informationen und der Unterstützung haben, die erforderlich sind, um die Behandlung und die nichtmedizinischen Optionen, einschließlich potenzieller Vorteile und Nebenwirkungen, zu verstehen und abzuwägen und so eine Entscheidung in voller Sachkenntnis zu treffen (s. Abschnitte 2.1.5 und 2.2.3). Manche Menschen benötigen beispielsweise bestimmte Vorkehrungen wie Informationen in zugänglichem Format oder die Unterstützung einer Person ihres Vertrauens, bevor sie ihre Einwilligung geben können.

Der Gesetzgeber kann vorschreiben, dass die Betroffenen über die ihnen zur Verfügung stehenden nichtmedizinischen Optionen (z. B. Peer-Unterstützung, meditationsbasierte Therapien, Ernährungsstrategien) informiert werden und dass die möglichen Ursachen für Leiden und Notlagen angesprochen werden (z. B. durch Rechtsbeistand, Sozialdienste, Wohnprogramme). In ähnlicher Weise sollten Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, über die Möglichkeit informiert werden, eine Unterstützungsperson zu benennen, die Entscheidungen über ihre Gesundheit und medizinische Behandlung trifft. Jede Person sollte

die Möglichkeit und Unterstützung erhalten, eine Patientenverfügung zu verfassen, um den künftigen Unterstützungsbedarf zu antizipieren und seine Präferenzen im Voraus zu äußern (siehe Abschnitt 2.3.2).

Kinder und Jugendliche haben auch das Recht, einer Behandlung zuzustimmen oder diese abzulehnen, einschließlich der Einweisung in stationäre psychosoziale Dienste, die sie selbst und nicht ein Dritter entsprechend ihrem Alter und ihrer Reife vornehmen. Der Gesetzgeber kann sicherstellen, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderungen das Recht haben, einer Behandlung gleichberechtigt mit anderen Kindern zuzustimmen oder sie abzulehnen, und dass sie Zugang zu angemessener Unterstützung bei der Wahrnehmung dieses Rechts haben (siehe Abschnitt 2.2.5). Die Zustimmung von Jugendlichen zur psychosozialen Versorgung und Unterstützung sollte immer eingeholt werden, unabhängig davon, ob die Zustimmung der Eltern oder des Vormunds vorliegt oder nicht (212).

17 Beispiele dafür, was das Gesetz besagen kann

- Eine freie und informierte Zustimmung ist vor jeder psychosozialen Intervention oder Behandlung erforderlich. Die freie und informierte Zustimmung kann nicht durch eine dritte Partei ersetzt werden.
- Die Erbringung psychosozialer Dienste, einschließlich ambulanter und stationärer psychosozialer Dienste, muss auf der freien und informierten Zustimmung der betroffenen Person beruhen.
- Das Gespräch über die informierte Zustimmung umfasst die Art des Eingriffs und seine vorhersehbaren Risiken und Vorteile sowie die verfügbaren Behandlungen, einschließlich nichtmedizinischer Optionen und Alternativen, und deren Risiken und Vorteile.

- Die Informationen müssen speziell auf den Fall der Person zugeschnitten sein und in einer für die Person zugänglichen, kulturell angemessenen und verständlichen Form bereitgestellt werden.
- Die Einwilligung nach Inkenntnissetzung wird ohne Drohung, Zwang, unzulässige Beeinflussung, Täuschung, Betrug, Manipulation oder falsche Zusicherung erteilt.
- Eine Person hat das Recht, ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen.
- Die psychosozialen Dienste informieren die Nutzer psychosozialer Dienste über ihr Recht, ihre Einwilligung jederzeit zu verweigern oder zu widerrufen.
- Die psychosozialen Dienste informieren die Nutzer psychosozialer Dienste über Patientenverfügungen und bieten ihnen Unterstützung bei der Erstellung oder Änderung dieser Verfügungen an.
- Der Zugang zur unterstützten Entscheidungsfindung ist zu erleichtern, um Entscheidungen über die Gesundheit und die medizinische Behandlung der Person zu treffen.

Medizinische Notfälle

Generell gilt im Gesundheitswesen, dass keine medizinische Behandlung oder kein medizinisches Verfahren ohne die informierte Zustimmung der betroffenen Person durchgeführt werden darf. Nur in Ausnahmefällen können Angehörige der Gesundheitsberufe eine Behandlung ohne Einwilligung durchführen, z. B. in Notfällen, wenn sofortige medizinische Hilfe erforderlich ist, um das Leben einer Person zu retten oder schwere Schäden an ihrer Unversehrtheit zu verhindern, und sie bewusstlos ist oder ihren Willen nicht mitteilen kann. Dies beruht auf der Annahme, dass die Menschen nicht wollen, dass ihnen unter solchen Umständen die notwendige medizinische Versorgung vorenthalten wird. Es ist jedoch anzumerken, dass die meisten Personen in Notfallsituationen, einschließlich solcher mit traumatischen Verletzungen, keine sofortige Intervention benötigen, um den Tod oder schwere Schäden zu verhindern, und dass sie in der Lage sind, ihre Zustimmung zu geben (216).

Diese Ausnahmeregelung für Notfälle wird im Kontext der psychischen Gesundheit regelmäßig in diskriminierender Weise auf Personen angewandt, die sich in großer Not befinden oder ungewöhnliche Wahrnehmungen haben, weil entweder nicht anerkannt wird, dass die Betroffenen in der Lage sind, eine informierte Zustimmung zu erteilen, oder weil ihre Gefühle, Gedanken und Verhaltensweisen sofort als lebensbedrohliche medizinische Notfälle behandelt werden. Die Gesetzgebung zu medizinischen Notfällen sollte Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen nicht diskriminieren, indem sie unterschiedliche Standards festlegt.

Verschreibung von Psychopharmaka

Die Länder sollten angesichts der potenziellen kurz- und langfristigen Risiken von Psychopharmaka höhere Standards für die freie und informierte Zustimmung zu diesen Medikamenten festlegen (217, 218). Die Länder können beispielsweise eine schriftliche oder dokumentierte Einwilligung nach Aufklärung (z. B. durch eine Aufzeichnung in Video- oder Audioformaten) verlangen, nachdem ausführliche Informationen über mögliche negative und positive Auswirkungen sowie über die Verfügbarkeit alternativer Behandlungsmethoden und nicht-medizinischer Optionen gegeben wurden.

Der Gesetzgeber kann das medizinische Personal dazu verpflichten, Dienstleistungsnutzer über ihr Recht zu informieren, die Behandlung abzubrechen und dabei Unterstützung zu erhalten. Es sollte Unterstützung angeboten werden, um den Menschen einen sicheren Ausstieg aus der Behandlung mit Medikamenten zu ermöglichen.

Die Verschreibung von Psychopharmaka und die Nachsorge erfordern eine sorgfältige Bewertung und Überwachung der körperlichen Gesundheit.

18 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Die Verschreibung von Psychopharmaka unterliegt den fachlichen und ethischen Standards, die für die ärztliche Tätigkeit gelten, und erfordert eine schriftliche oder dokumentierte freie und informierte Zustimmung.
- Die Verschreibung von Psychopharmaka erfolgt im Rahmen von interdisziplinären Ansätzen.
- Medizinische Fachkräfte sind verpflichtet, Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, über die möglichen kurz-, mittel- und langfristigen Risiken, Schäden und Nebenwirkungen zu informieren, die mit der Einnahme der vorgeschlagenen Psychopharmaka verbunden sind, sowie über ihr Recht, einen Prozess des Absetzens einzuleiten und dabei unterstützt zu werden, dies sicher zu tun.
- Psychopharmaka sollten nur als Reaktion auf die grundlegenden Bedürfnisse der Person verschrieben werden; sie dürfen ausschließlich zu therapeutischen Zwecken und niemals zur Bestrafung oder zum Nutzen Dritter oder zur Deckung des Bedarfs an therapeutischer Unterstützung oder besonderer Pflege verabreicht werden.
- Die Indikation und die Verlängerung der Verschreibung von Psychopharmaka kann nur auf der Grundlage der einschlägigen fachlichen Beurteilungen und niemals automatisch erfolgen.
- Ein Arzt darf Psychopharmaka nicht in einer Dosierung verabreichen, die im Hinblick auf die beruflichen Standards übermäßig oder unangemessen ist.
- Der Arzt sorgt für die Überwachung negativer Auswirkungen und legt Maßnahmen zur Gewährleistung der Sicherheit fest, einschließlich des Absetzens der Medikamente.
- Die psychosozialen Dienste müssen ein Register der unerwünschten Arzneimittelwirkungen mit einem klar definierten Meldeverfahren und einem gut dokumentierten Verfahren für den Umgang mit unerwünschten Wirkungen vorsehen.
- Die Gesundheitsbehörde berichtet regelmäßig über die Verfügbarkeit von Programmen zum Absetzen von Psychopharmaka.

Andere spezifische Schutzmaßnahmen

Die Staaten können beschließen, Gesetze zu erlassen, um die Menschen vor Missbrauch bei der Anwendung bestimmter psychiatrischer Interventionen zu schützen, wie z. B. Elektrokrampftherapie (EKT), Psychochirurgie und andere irreversible Interventionen.

Der Einsatz der EKT und die damit verbundenen Risiken sind sehr umstritten (219), und es wurde gefordert, sie ganz zu verbieten (219, 220). Ihre Anwendung ist in vielen Ländern drastisch zurückgegangen (221), und in Luxemburg und Slowenien beispielsweise wird sie nicht angeboten (222).

Wenn die EKT erlaubt ist, darf sie nur mit der schriftlichen oder dokumentierten, freien und informierten Zustimmung der betroffenen Person durchgeführt werden. Internationale Menschenrechtsstandards stellen klar, dass eine EKT ohne Zustimmung das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit verletzt und eine Folter oder Misshandlung darstellen kann (104). Menschen, denen eine EKT angeboten wird, sollten auch über alle Risiken und möglichen kurz- und langfristigen schädlichen Auswirkungen wie Gedächtnisverlust und Hirnschäden aufgeklärt werden (223, 224). Außerdem sollte die EKT nur in abgewandelter Form, d. h. unter Verwendung von Narkose und Muskelrelaxanzien, durchgeführt werden. Die EKT wird für Kinder nicht empfohlen und sollte gesetzlich verboten werden.

Die Psychochirurgie ist ein weiteres umstrittenes Verfahren in der Geschichte der psychiatrischen Versorgung. Die "Lobotomie" oder "Leukotomie", eine Form der Psychochirurgie, wird zwar nicht mehr durchgeführt, doch wurde dieser Eingriff Mitte des zwanzigsten Jahrhunderts weltweit an mehr als hunderttausend Menschen vorgenommen, was zu schweren, irreparablen

Hirnschäden und bei vielen den Tod (225). Heutzutage wird die Psychochirurgie weiterhin - wenn auch sehr selten und nicht unumstritten - zur Behandlung von Fällen angewandt, die nicht auf Medikamente oder Therapien ansprechen. Viele Gerichtsbarkeiten verbieten bestimmte Formen der Psychochirurgie ganz oder ihre Anwendung bei bestimmten Bevölkerungsgruppen (z. B. bei Kindern und Gefangenen) (226).

Die Durchführung solcher Eingriffe und anderer irreversibler psychiatrischer Behandlungen ohne freie und informierte Zustimmung sollte verboten werden. Der Gesetzgeber könnte ein zusätzliches Maß an Schutz für einwilligende Dienstleistungsnutzer schaffen, indem er vorschreibt, dass ein unabhängiges Nachprüfungsorgan oder eine ähnliche Schutzmaßnahme die Behandlung genehmigt. Das Nachprüfungsorgan könnte den Kandidaten befragen, seine Krankengeschichte und -unterlagen prüfen und sicherstellen, dass die schriftliche oder dokumentierte Einwilligung in den Eingriff aus freien Stücken und nach umfassender und detaillierter Information über die Risiken, möglichen Komplikationen, schädlichen Auswirkungen und Nebenwirkungen erteilt wurde.

Angesichts des irreversiblen Charakters der Psychochirurgie und des Mangels an eindeutigen Beweisen für ihre Sicherheit und Wirksamkeit müssen die Länder jedoch ein vollständiges Verbot in Erwägung ziehen, unabhängig von der Technik oder der Zielgruppe.

19 Beispiele dafür, was im Gesetz stehen kann

- Jeder größere medizinische oder chirurgische Eingriff erfordert die vorherige schriftliche oder dokumentierte freie und informierte Zustimmung der Person. Der Zugang zur unterstützten Entscheidungsfindung muss erleichtert werden.
- Medizinische Fachkräfte informieren eine Person, die psychosoziale Dienste in Anspruch nimmt, über den potenziellen Nutzen, die Schadensrisiken und die Nebenwirkungen, die mit jedem größeren medizinischen oder chirurgischen Eingriff verbunden sind.
- Wird die Elektrokrampftherapie weiterhin praktiziert, so ist ihre Verabreichung ohne die vorherige schriftliche oder dokumentierte freie und auf Kenntnis der Sachlage gegründete

Zustimmung einer Person verboten. Sie darf nur in abgewandelter Form, d. h. unter Verwendung von Narkosemitteln und Muskelrelaxanzien, und nicht bei Kindern oder Jugendlichen angewandt werden.

● Eine Person darf einer anderen Person keine der folgenden Maßnahmen verabreichen oder an ihr durchführen (a) Tiefschlaftherapie, (b) Insulinkomatherapie, (c) Psychochirurgie und (d) jede andere durch Vorschriften verbotene Operation oder Behandlung.

● Wird die Psychochirurgie weiterhin praktiziert, so ist zusätzlich zur vorherigen schriftlichen, freien und informierten Zustimmung der Person die vorherige Genehmigung der Nationalen Ethikkommission oder einer anderen gleichwertigen Behörde erforderlich.

Medizinische Forschung und Experimente

Artikel 7 des ICCPR verbietet klinische und experimentelle Forschung ohne freie und informierte Zustimmung (227). Artikel 4 Absatz 2 schreibt ausdrücklich vor, dass diese Bestimmung nicht abdingbar ist und niemals eingeschränkt werden kann, auch nicht unter Bedingungen eines nationalen Notstands. Der Inhalt dieses Artikels wird auch in Artikel 15 der CRPD bekräftigt. Der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte hat ebenfalls betont, dass die Freiheit von nicht-einvernehmlicher medizinischer Behandlung und von Experimenten zum Inhalt des Rechts auf Gesundheit gehört (228).

Der Gesetzgeber sollte die medizinische und wissenschaftliche Forschung, einschließlich aller Forschungsstudien und wissenschaftlichen Experimente im Bereich der psychischen Gesundheit (z. B. Medikamentenversuche und klinische Studien), ohne informierte Zustimmung verbieten.

Der Ausschluss von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen von der Forschung, bevor sie ihre freie und informierte Zustimmung erteilen können, aufgrund mangelnden "Geistesvermögens" sollte ebenfalls verboten werden. Die durch unterstützte Entscheidungsfindung eingeholte Einwilligung nach Aufklärung (siehe Abschnitt 2.2.4) ist angemessenen Schutzmaßnahmen zu unterziehen, um die Achtung der Rechte, des Willens und der Präferenzen der Person zu gewährleisten.

20 Beispiele dafür, was im Gesetz stehen kann

● Niemand darf ohne seine schriftliche oder dokumentierte freie und auf Kenntnis der Sachlage gegründete Einwilligung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen unterzogen werden.

● Die freie und auf Kenntnis der Sachlage gegründete Zustimmung zu medizinischen oder wissenschaftlichen Experimenten, die im Rahmen einer unterstützten Entscheidungsfindung erteilt wird, unterliegt angemessenen Garantien, um die Achtung der Rechte, des Willens und der Präferenzen der Person zu gewährleisten.

● Diskriminierung aufgrund des psychischen Gesundheitszustands oder einer psychosozialen Behinderung in der medizinischen und wissenschaftlichen Forschung ist verboten.

2.3.2 Vorausschauende Planung

Vorausplanungen werden manchmal auch als "Vorausverfügungen" oder "Patientenverfügungen" bezeichnet; sie werden für Entscheidungen in verschiedenen Bereichen verwendet, von der Gesundheitsfürsorge über das Lebensende bis hin zur sozialen Betreuung. Bei der Vorausplanung handelt es sich um eine Form der unterstützten Entscheidungsfindung, die es dem Einzelnen ermöglicht, seinen Willen und seine Präferenzen zum Ausdruck zu bringen, bevor sie benötigt werden, und zwar zu einem Zeitpunkt, zu dem er in der Lage ist, sie mitzuteilen (Kasten 6).

Im Rahmen der psychosozialen Versorgung kann die Vorausplanung den Betroffenen helfen, ihre Behandlungspräferenzen zu erklären oder einen Unterstützer oder Bevollmächtigten zu benennen, der in ihrem Namen Entscheidungen trifft, wenn sie dazu nicht mehr in der Lage sind. Die Vorausverfügung kann eine Beschreibung der gewünschten Unterstützung, der Genesungsoptionen, der Behandlungen und des Ortes der Versorgung oder des Aufwachens enthalten, einschließlich der Option, Unterstützung in der eigenen Wohnung zu erhalten. Die Menschen können auch Anweisungen zu praktischen Lebensangelegenheiten (Betreuung von Kindern, Bezahlen von Rechnungen usw.) sowie die Ablehnung bestimmter Unterstützungs-, Pflege- oder Behandlungsoptionen festlegen.

Der Gesetzgeber kann dafür sorgen, dass die Möglichkeiten der Vorausplanung weithin verfügbar sind und dass die Dienste sofortigen Zugang zu ihnen haben, damit die Vorausverfügungen umgesetzt und befolgt werden können. Die Länder können unterschiedliche Formen und Anforderungen für die Erstellung von Patientenverfügungen wählen, von einem einzigen Formular bis hin zu einem notariellen Verfahren. Menschen sollten die Möglichkeit haben, eine Patientenverfügung jederzeit zu widerrufen, zu ergänzen oder zu ändern, auch eine zuvor benannte Person. Der Gesetzgeber kann sicherstellen, dass Patientenverfügungen regelmäßig aktualisiert werden, damit sie den aktuellen Gegebenheiten der Person besser entsprechen.

Kasten 6

Selbstbindende Patientenverfügungen

Um die Frage zu klären, wie potenzielle Widersprüche zwischen dem Willen zum Zeitpunkt der Erstellung einer Patientenverfügung und dem Willen zum Zeitpunkt der Krise gelöst werden können, gestatten einige Rechtsordnungen Einzelpersonen, selbstbindende Klauseln einzufügen, die psychosoziale Dienste ermächtigen, während einer Krise über ihre Einwände gegen eine vorab festgelegte Verfügung hinweg zu handeln. Im juristischen Kontext werden diese Klauseln häufig als "Ulysses"-Klauseln oder Verträge bezeichnet (230). Eine Person kann eine "Ulysses"-Klausel widerrufen, allerdings nur durch ein Verfahren, das in einer Krise schwer durchführbar sein kann.

Einige argumentieren, dass diese selbstbindenden Verfügungen es Personen, die Erfahrung mit episodischen Krisen haben, ermöglichen würden, einige der potenziellen Probleme bei der Umsetzung ihrer Patientenverfügungen besser vorausszusehen und unerwünschte Folgen zu vermeiden (230, 231). Andere sind der Ansicht, dass ihre Legalisierung ein Risiko für alle Dienstleistungsnutzer darstellt, da Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, unter Druck gesetzt werden könnten, diese Art von Klausel zu verfassen, was zu einer Legitimierung von Zwang führen würde.

Selbstverpflichtende Weisungen sind nach wie vor ein Rechtsgebiet, das mehr Forschung, Praxis und die Einbeziehung von Menschen mit Lebenserfahrung erfordert, um die vollen Auswirkungen auf die Menschenrechte zu verstehen.

In den meisten Rechtsordnungen treten Vorausverfügungen erst dann in Kraft, wenn festgestellt wird, dass die betreffende Person "nicht entscheidungsfähig" ist. Im Einklang mit der UN-Behindertenrechtskonvention sollte die Verwendung einer Vorausplanung jedoch nicht als Einschränkung der Geschäftsfähigkeit einer Person verstanden werden. Um dies zu erreichen, kann der Gesetzgeber vorsehen, dass die betroffene Person den Zeitpunkt bestimmt, zu dem eine Patientenverfügung in Kraft tritt und ihre Wirkung verliert. Die Patientenverfügung dient nicht dazu, den Willen und die Wünsche der Person zu ersetzen. Weigert sich die Person, die Patientenverfügung zu befolgen, oder entscheidet sie sich für eine andere Option, während die Patientenverfügung in Kraft ist, muss dem zu diesem Zeitpunkt geäußerten Willen und den Präferenzen der Person Vorrang eingeräumt werden.

In vielen Ländern sind Angehörige der Gesundheitsberufe unter bestimmten Umständen, einschließlich Krisensituationen, nicht verpflichtet, eine Patientenverfügung zu befolgen; dies untergräbt deren Zweck und Wirkung (siehe Abschnitt 2.3.3). Der Gesetzgeber kann sicherstellen, dass Patientenverfügungen verbindlich sind. In Deutschland beispielsweise sind Patientenverfügungen verbindlich und ermöglichen es den Menschen, bestimmte Behandlungen im Voraus abzulehnen oder einzuschränken, einschließlich Krankenhausaufenthalten. Bei Unklarheiten muss der Wille der Person auf der Grundlage ihrer früheren Äußerungen, Überzeugungen und persönlichen Werte ermittelt werden (229). Der Gesetzgeber sollte die Nichtbefolgung von Patientenverfügungen nur dann zulassen, wenn es eindeutige Anzeichen für eine unzulässige Beeinflussung oder Nötigung gibt (z. B. die Patientenverfügung wurde unter Zwang oder unzulässiger Beeinflussung abgeschlossen) oder wenn die Patientenverfügung völlig undurchführbar ist (z. B. der vorgeschlagene Eingriff ist nicht durchführbar).

Bei der Umsetzung von Patientenverfügungen ist es wichtig, einen Paradigmenwechsel in Übereinstimmung mit der CRPD zu gewährleisten, so dass das Hauptziel darin besteht, den Willen und die Präferenzen der Person zu respektieren und von Ersatzentscheidungen wegzukommen.

21 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

● Jede volljährige Person hat das Recht, im Hinblick auf Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge Vorausverfügungen zu treffen, in denen Folgendes festgelegt wird: i) die Art und Weise, wie die Person unterstützt und behandelt werden möchte; ii) die Art und Weise, wie die Person nicht unterstützt oder behandelt werden möchte;

iii) die Person(en), die sie als ihren Vertreter oder Unterstützer benennen möchte(n), um in ihrem Namen Entscheidungen zu treffen oder mitzuteilen, und zwar in der Reihenfolge der Rangfolge. In dem Dokument ist anzugeben, zu welchem Zeitpunkt oder unter welchen Umständen die Patientenverfügung in Kraft tritt.

● Eine Patientenverfügung kann von einer Person unabhängig von ihrer früheren psychiatrischen Diagnose oder Behandlung erstellt werden.

- Eine Patientenverfügung kann in Form von schriftlichen Dokumenten, Video- oder Audioaufzeichnungen verfasst werden.
- Eine Person behält das Recht, unmittelbar nach Abfassung der Patientenverfügung Entscheidungen zur Gesundheitsversorgung zu treffen.
- Eine Patientenverfügung kann von der betroffenen Person jederzeit geändert oder widerrufen werden. Jede neue Entscheidung in Bezug auf die psychosoziale Versorgung und Behandlung hat Vorrang vor jeder zuvor schriftlich niedergelegten oder dokumentierten Patientenverfügung.
- Eine Patientenverfügung ist für alle Erbringer medizinischer Dienstleistungen, die medizinische Verfahren anwenden, verbindlich.
- Die psychosozialen Dienste haben die Pflicht, die Nutzer von Diensten über ihr Recht zu informieren, eine Patientenverfügung zu verfassen, ihnen entsprechende Informationen zur Verfügung zu stellen und den Zugang zu Unterstützung bei der Ausarbeitung dieser Verfügung zu gewährleisten.
- Die Gesundheitsbehörde richtet ein zentrales Register ein, in dem Patientenverfügungen gespeichert werden, damit die Leistungserbringer, die betroffene Person und die von ihr benannten Vertreter oder Unterstützer schnell darauf zugreifen können.
- Psychosoziale Fachkräfte, die sich an Patientenverfügungen halten und den Willen und die Präferenzen von Dienstleistungsnutzern respektieren, können rechtlich nicht für unbefriedigende Ergebnisse verantwortlich gemacht werden und werden von unvorhergesehenen Folgen, die sich aus der Befolgung von Patientenverfügungen ergeben, freigestellt.

2.3.3 Unterstützung in der Krise

Der Gesetzgeber kann die Verpflichtung auferlegen, Menschen, die sich in einer Krise befinden, Zugang zur Unterstützung zu gewähren. Eine Krise, die oft als "psychische Krise" bezeichnet wird⁸, ist eine Situation, in der eine akute psychische Störung vorliegt. Dazu können Situationen gehören, in denen sich eine Person extrem ängstlich, besorgt oder aufgeregt fühlt, Selbstmordgedanken hegt oder intensive Gefühle oder Gedanken hat, die das Alltagsleben stören. Diese Gefühle und Gedanken können durch viele Umstände ausgelöst werden, z. B. durch Verlust, Konflikte, Traumata, Stress, Gewalt, Drogenmissbrauch und andere. Wie eine Krise erlebt wird, hängt von der jeweiligen Person ab. So können Stimmen oder Visionen für manche Menschen alltägliche Erfahrungen sein, die zu ihrer Vielfalt gehören oder eine persönliche oder kulturelle Bedeutung haben und daher nicht beunruhigend sind; für andere können diese Erfahrungen schwer zu bewältigen sein.

Die meisten Kriseninterventionen finden in Notaufnahmen oder psychiatrischen Kliniken statt, was die Situation oft noch verschlimmert (232, 233). Traditionell werden Kriseninterventionen im Rahmen von Gesetzen zur psychischen Gesundheit oder allgemeinen Gesundheitsgesetzen behandelt, die Bestimmungen über nicht freiwillige Krankenhauseinweisungen oder psychiatrische Notfälle enthalten. Diese Verfahren sind entweder inhärent zwanghaft oder gehen davon aus, dass es keine Alternativen zur Anwendung von Zwang gibt. Es werden nur wenige Möglichkeiten angeboten, die dazu beitragen, Vertrauen und Beziehungen aufzubauen und die Krise letztlich als Chance zum Lernen und Wachsen zu begreifen.

Der Gesetzgeber kann einen Rahmen für die Krisenhilfe schaffen, um diese Praktiken zu ändern und die Anwendung von Zwang zu unterbinden. Das Gesetz kann die Einrichtung von gemeindebasierten

Krisenunterstützungsdiensten, Hotlines und Entlastungsdiensten vorsehen, die Menschen in Krisensituationen rund um die Uhr Unterstützung und Beratung bieten und so zur Deeskalation von Konflikten und zur Minimierung der Notwendigkeit einer Krankenhauseinweisung beitragen. Diese Dienste sollten darauf abzielen, die Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden in Krisensituationen zu vermeiden. Der WHO-Leitfaden für gemeindenahe psychosoziale Dienste: Förderung personenzentrierter und rechtbasierter Ansätze zeigt eine Auswahl von Krisendiensten auf, die eine wirksame Versorgung und Unterstützung für Menschen mit akuten psychischen Problemen bieten, wobei ihre Geschäftsfähigkeit und andere Menschenrechte geachtet werden und keine Gewalt oder Zwang angewendet wird (33).

Der Gesetzgeber kann die Zusammensetzung und die Aufgaben von Krisenunterstützungsdiensten regeln. Der Gesetzgeber kann Grundprinzipien und Leitlinien für die Krisenintervention aufstellen, die für jeden Dienstleister gelten, z. B. Achtung der Geschäftsfähigkeit, Deeskalation von Konflikten, nicht wertende und offene Kommunikation, Flexibilität, Kontinuität der Unterstützung, Einbeziehung von Gleichaltrigen, Schadensminimierung, vorübergehende Unterbringung in einer Notunterkunft und praktische Antworten auf grundlegende Bedürfnisse (234, 235). Die Achtung der Geschäftsfähigkeit einer Person sollte nicht bedeuten, dass eine Person in einer Krise vernachlässigt wird; vielmehr sollten psychosoziale Dienste in solchen Situationen aktiv auf die Person zugehen und Unterstützung anbieten.

Angesichts der früheren und aktuellen physischen, psychischen und emotionalen Schäden, die die psychosozialen Dienste den Nutzern zufügen, ist es wichtig, nicht-medizinische Möglichkeiten der Krisenunterstützung zu gewährleisten. Außerhalb des Gesundheitssystems sollten Unterstützungsangebote im Zusammenhang mit Notlagen oder ungewöhnlichen Wahrnehmungen, einschließlich Krisenunterstützung, als primäre Dienste in der eigenen Gemeinschaft zur Verfügung stehen (siehe Abschnitt 2.5.3) (12).

8 Einige Befürworter psychosozialer Behinderungen vermeiden den Begriff "psychische Krise", um zu vermeiden, dass Krisen durch eine medizinische Brille betrachtet werden. Der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen verwendet die Begriffe "individuelle Krise" und "Krisensituation". Siehe: Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen: Allgemeine Bemerkung Nr. 1 (2014), Artikel 12: Gleiche Anerkennung vor dem Gesetz, Absätze. 18 und 42 (<https://digitallibrary.un.org/record/779679>); und Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies, CRPD/C/5, 10. Oktober 2022, para. 10 (<https://digitallibrary.un.org/record/3990185?ln=en>).

Darüber hinaus zeigt die Literatur zur Krisenintervention, dass die Bereitstellung individueller, nicht-medizinischer Unterstützung für die Dienstleistungsnutzer von großem Wert ist (233, 236). Daher kann der Gesetzgeber die Verfügbarkeit von nicht-medizinischen Krisenunterstützungsdiensten vorschreiben, indem er z. B. die Finanzierung von durch Gleichaltrige geführten Krisendiensten unterstützt, die von Personen mit Lebenserfahrung geleitet und besetzt werden. Psychosoziale Dienste sollten die Menschen über diese anderen Unterstützungsmöglichkeiten informieren und sie mit ihnen in Verbindung bringen.

Der Gesetzgeber kann eine obligatorische Schulung für alle Ersthelfer, wie Feuerwehrleute, Mitarbeiter der medizinischen Notfallversorgung, Gemeindemitarbeiter oder Krisenhelfer, vorschreiben, die in der Regel die erste Anlaufstelle für Hilfe am Ort eines Notfalls oder einer Krise sind (Kasten 7). Überwachung, Bewertungsberichte und Statistiken sind für Krisendienste wichtig.

Kasten 7

Was die obligatorische Ausbildung umfassen kann

- Achtung der Rechtsfähigkeit
- Der menschenrechtsbasierte Ansatz bei der Krisenintervention
- Null-Zwang-Strategien
- Deeskalations- und Kommunikationstechniken
- Trauma-informierte Ansätze
- Unbewusste Voreingenommenheit
- Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen
- Intersektionale und lebenslaufbezogene Ansätze.

22 Beispiele dafür, was im Gesetz stehen kann

- Es werden gemeindenahе Krisenunterstützungsdienste zur Unterstützung von Personen in Krisensituationen zur Verfügung gestellt und angemessen finanziert.
- Die Einrichtung von Krisenunterstützungsdiensten, die von Peers geleitet werden, sowie die Beteiligung von Peers an staatlichen Diensten werden gefördert und angemessen finanziert.
- Krisenunterstützungsdienste und -teams müssen 24 Stunden am Tag, 7 Tage die Woche und 365 Tage im Jahr verfügbar sein.
- Personen, die sich in einer Krise befinden, haben unabhängig von ihren finanziellen Möglichkeiten sofortigen Zugang zu Krisenunterstützungsdiensten per Telefon, auf elektronischem Wege oder von Angesicht zu Angesicht.
- Zu den Krisenunterstützungsdiensten gehören Krisenhotlines, mobile Krisenteams, Deeskalationshilfe, Entlastungseinrichtungen und Kurzzeitbetten.
- Krisenunterstützungsdienste dürfen keine Gewalt anwenden und müssen unabhängig von Strafverfolgungsmaßnahmen arbeiten.
- Mitarbeiter von Krisenunterstützungsdiensten, Ersthelfer, Gesundheitsdienstleister und andere relevante Akteure müssen den Willen und die Präferenzen einer Person jederzeit respektieren, auch in Krisensituationen.
- Die Gesundheits- und Justizbehörden sind dafür verantwortlich, dass Ersthelfer, Gesundheitsdienstleister und andere einschlägige Akteure die Menschenrechte achten und Personen nicht aufgrund von Risikobewertungen vernachlässigen.

2.3.4 Verbot der nicht freiwilligen Einweisung und Behandlung

Um einen vollständigen Paradigmenwechsel weg vom Zwang in der psychosozialen Versorgung zu gewährleisten, kann der Gesetzgeber alle nicht freiwilligen Maßnahmen verbieten und vorschreiben, dass alle Dienste, ob ambulant oder stationär, zwangsfreie Maßnahmen durchführen.

Es gibt Anhaltspunkte dafür, dass gesetzliche Änderungen dazu beitragen können, nicht freiwillige Einweisungen zu verhindern (92, 93, 237) und auf deren Abschaffung hinzuwirken. In Mexiko beispielsweise legt das Allgemeine Gesundheitsgesetz in seiner 2022 geänderten Fassung (164) fest, dass alle psychosozialen Behandlungen und Krankenhausaufenthalte auf freiwilliger Basis erfolgen müssen; Absonderung, Zwangsmaßnahmen oder andere Praktiken, die eine grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung darstellen, sind verboten. Das Gesetz sieht keine Ausnahmen von der freien und informierten Zustimmung im Bereich der psychischen Gesundheit vor. Es gibt nur eine allgemeine Regel für medizinische Notfälle: Wenn eine Person nicht in der Lage ist, zu einem bestimmten Zeitpunkt in eine Behandlung einzuwilligen, oder wenn es keine Patientenverfügung gibt und der Gesundheitszustand der Person so ist, dass ohne sofortige Behandlung ihr Leben unmittelbar gefährdet oder ihre körperliche Unversehrtheit irreversibel geschädigt wird, muss der Gesundheitsdienstleister unverzüglich handeln, um das Leben der Person zu erhalten.

Gesundheitsdienstleister unverzüglich Maßnahmen ergreifen, um das Leben und die Gesundheit der betreffenden Person zu erhalten. Darüber hinaus besagt das Gesetz, dass eine Person nicht als unfähig angesehen werden kann, in Kenntnis der Sachlage ihre Zustimmung zu einer bestimmten Behandlung zu erteilen, wenn z. B. der psychosoziale Dienst, eine medizinische Fachkraft oder eine andere Person (z. B. ein Familienmitglied) die Person für unfähig hält, ihre Zustimmung zu erteilen, oder mit ihrer Entscheidung nicht einverstanden ist. Dies bedeutet, dass nicht freiwillige Krankenhauseinweisungen und Behandlungen in Mexiko nicht mehr zulässig sind. Es ist jedoch wichtig, darauf hinzuweisen, dass neben einer Gesetzesreform auch politisches Engagement, geeignete politische Maßnahmen, personelle, finanzielle und technische Ressourcen sowie Dienstleistungen und Unterstützung erforderlich sind, um echte Veränderungen vor Ort zu erreichen. Diese Maßnahmen spielen eine entscheidende Rolle bei der Umsetzung gesetzlicher Bestimmungen, z. B. zur Deinstitutionalisierung und Eingliederung in die Gemeinschaft, von rechtlichen Konzepten in greifbare Realitäten.

Um wirksam zu sein, sollte das Verbot der nicht freiwilligen Einweisung und Behandlung mit der Entwicklung gemeindenaher und personenzentrierter psychosozialer Dienste einhergehen, die in der Lage sind, Menschen, die sich in einer Krise befinden oder starken Belastungen ausgesetzt sind, individuelle Unterstützung zu bieten und systematisch auf die sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit einzugehen, um die Ursachen zu beseitigen.

Gemeindebasierte Dienste, Patientenverfügungen, unterstützte Entscheidungsfindung, Peer-Unterstützung und angemessene Krisenhilfe können in der Regel einen umfassenden Rahmen für die Unterstützung von Menschen in Krisen bieten. Es kann jedoch Ausnahmefälle geben, in denen eine Krise eskaliert und die Maßnahmen nicht ausreichen, um ein sicheres und unterstützendes Umfeld für alle beteiligten Personen zu schaffen. In solchen Fällen wurde vorgeschlagen, dass die Genehmigung einer Form von Zwang gerechtfertigt sein kann (238). Unabhängig von diesen Umständen bleiben die Argumente gegen Zwang jedoch gültig: Alle Zwangspraktiken können aus rechtlicher, ethischer und klinischer Sicht angefochten werden (siehe Kasten 2). Darüber hinaus gibt es Belege dafür, dass selbst dann, wenn Gesetze versuchen, die außergewöhnlichsten Fälle zu regeln, die Anwendung von Zwang normalisiert wird und die Zahl der Zwangspraktiken nicht abnimmt (92).

Vor diesem Hintergrund können sich die Regierungen per Gesetz zu einer "Null-Zwang-Politik in der psychosozialen Versorgung" verpflichten, die schwierige Fälle individuell behandelt. Dieser individuelle Ansatz ist besonders wichtig für komplexe Situationen (Kasten 8), z. B. wenn sich Personen in schweren Krisen befinden und geschulte Ersthelfer der Person in Echtzeit Unterstützung bieten und dazu beitragen können, einen lebensbedrohlichen Ausgang zu vermeiden. In ähnlicher Weise können Kriseninterventionsdienste durch Deeskalation und Konfliktlösung dazu beitragen, dass in Situationen, in denen Gewalt droht, keine Strafverfolgungsbehörden eingeschaltet werden müssen. Selbst wenn die Deeskalation fehlschlägt und es zu einer Gewaltsituation kommt, können Kriseninterventionsteams Schutz vor zwischenmenschlicher Gewalt bieten und die Strafverfolgungsbehörden dabei unterstützen, sicherzustellen, dass die Person in Polizeigewahrsam angemessen untergebracht und unterstützt wird (239). Alle Verstöße gegen eine solche Politik sollten bewertet und als Gelegenheit genutzt werden, um das Dienstleistungsangebot zu verbessern und diskriminierende Behandlung zu beseitigen.

Um das Verbot der nicht freiwilligen Einweisung und Behandlung voranzutreiben, ist es auch wichtig, dass die Länder ihre rechtlichen Rahmenbedingungen überprüfen, um Anordnungen zur gemeindenahen Behandlung aufzuheben. In vielen Ländern wurden diese Anordnungen eingeführt, um die Notwendigkeit von Krankenhauseinweisungen zu verringern. Bei gemeindenahen Behandlungsanordnungen handelt es sich um rechtliche Anordnungen, die Dienstleistungsnutzer dazu verpflichten, ambulante psychiatrische Medikamente und Behandlungen fortzusetzen (117). Es gibt jedoch überwältigende Belege dafür, dass diese Anordnungen unwirksam sind, da kein Rückgang der Krankenhauseinweisungen oder des Nutzens für Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, berichtet wurde (117, 240, 241). Umgekehrt ist die Anwendung solcher Formen von Zwang menschenrechtlich bedenklich und kann zu erheblichen Missbräuchen führen, wie der UN-Sonderberichterstatter für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (242) und der UN-Sonderberichterstatter für Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (99) dokumentieren.

Das Gesetz kann zwar eine entscheidende Rolle bei der Abschaffung von Zwang in der psychosozialen Versorgung spielen, doch sind ein Systemwandel, die Einstellung der Gemeinschaft und der Zugang zu wirksamen Mechanismen der Wiedergutmachung und Rechenschaftspflicht unabdingbar, um Dienstleistungen ohne Zwang zu gewährleisten (siehe Abschnitt 2.7.3).

23 Beispiele dafür, was im Gesetz stehen kann

Alle psychosozialen Interventionen und Dienste sind auf der Grundlage der freien und informierten Zustimmung der Betroffenen bereitzustellen.

- In keiner Situation darf eine psychiatrische Unterbringung, Krankenhauseinweisung oder Behandlung gegen den Willen der Person erfolgen.
- Personen, die stationäre psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, dürfen zu keinem Zeitpunkt Zwang oder Nötigung ausgesetzt sein.
- Psychosoziale Dienste, einschließlich Krankenhäuser und Entlastungsdienste, dürfen keine disziplinarischen Maßnahmen, strengen Regeln und Routinen oder andere Formen informellen Zwangs anwenden, um die Einhaltung der Vorschriften durch die Nutzer zu erreichen.
- Die psychosoziale Gesundheitsbehörde entwickelt eine Politik des "Null-Zwangs" und setzt sie um; sie stellt Leitlinien für die Verhinderung und Beseitigung von Zwangspraktiken bereit.

Das gesamte Personal der psychosozialen Dienste und die Ersthelfer erhalten eine obligatorische Schulung in zwangsfreien Interventionen.

Kasten 8

Reaktion auf schwierige und komplexe Krisensituationen

Äußerst ungewöhnliche oder schwierig zu lösende Fälle eignen sich schlecht als Grundlage für allgemeine Regeln. Komplexe und schwierige Situationen, die oft als "harte Fälle" bezeichnet werden, dominieren die Diskussionen über Zwang, um zu zeigen, dass ein vollständiger Paradigmenwechsel nicht möglich ist. Zu diesen Beispielen, die regelmäßig in juristischen und klinischen Diskussionen verwendet werden, gehören häufig Fälle, in denen eine Person einen Selbstmordversuch unternimmt, sich aggressiv oder gewalttätig verhält oder eine "Psychose" durchmacht. Die herkömmliche Einstufung dieser Fälle als "schwere Fälle" verkennet, dass sie häufig auf das Versagen der bestehenden psychosozialen Systeme zurückzuführen sind, von denen viele nicht darauf eingerichtet sind, angemessen auf Traumata, Notlagen und Krisen zu reagieren.

Die folgenden Szenarien zeigen auf, wie der Gesetzgeber die Dienste dabei unterstützen kann, auf den Unterstützungsbedarf der Menschen in einer Weise zu reagieren, die ihre Rechte und ihre Autonomie respektiert. Sie sollen nicht die Praxis der psychischen Gesundheit verallgemeinern, die von Dienst zu Dienst unterschiedlich sein kann, sondern vielmehr Optionen aufzeigen, die in einigen der schwierigsten Situationen angeboten werden können.

1. Eine Person in einer Krise

Wenn sich eine Person in einer schweren Krise befindet und möglicherweise Suizidgedanken hegt, kann der Gesetzgeber sie als selbstgefährdend einstufen und daher die Anwendung von Zwang zulassen. Ersthelfer, häufig Polizeibeamte oder Feuerwehrleute, können eingreifen, um die Situation einzudämmen. Dies kann den Einsatz von körperlichen oder chemischen Zwangsmitteln beinhalten. Die Person kann dann in eine stationäre Einrichtung gebracht werden, wo sie unfreiwillig eingewiesen wird und viele Tage oder sogar Wochen bleibt. Zu Beginn des Aufenthalts könnte die Person aufgrund von Risikoerwägungen in einem Isolationsraum untergebracht werden. Auch die unfreiwillige Verabreichung von Psychopharmaka kann in Betracht gezogen werden. Es kann sogar verlangt werden, dass die Person vor einem Richter erscheint, um ihre Fähigkeit zu demonstrieren, einer Behandlung zuzustimmen oder sie abzulehnen. Diese Erfahrungen, auch wenn sie vermeintlich wohlwollend sind, können eine zutiefst traumatische Wirkung auf die Person haben, die am meisten Unterstützung und Verständnis braucht.

Im Rahmen eines menschenrechtsbasierten Ansatzes ist es den Ersthelfern untersagt, Zwang auszuüben. Stattdessen werden die Krisendienste beauftragt, einzugreifen, die Situation zu deeskalieren und Unterstützung anzubieten. Sie können eine unterstützende Kommunikation anbieten und durch aktives Zuhören und praktische, nicht wertende Unterstützung eine persönliche Verbindung herstellen. Sobald die unmittelbare Krise überwunden ist, können der Person verschiedene Betreuungs- und Unterstützungsmöglichkeiten angeboten werden, darunter medizinische und nicht-medizinische Alternativen. Die Reaktionen sind je nach den Bedürfnissen der Person flexibel, und es besteht kein Bedarf an einer gerichtlichen Klärung. Es könnte ein Unterstützungsplan aufgestellt werden, der die Person und die Ressourcen der Gemeinschaft, einschließlich der engen Netzwerke der Person, zusammenbringt, um die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten. Da das Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von "Geistesvermögen" für

Krisenunterstützungsdienste irrelevant ist, würde keine Person aufgrund solcher Überlegungen allein gelassen werden. Darüber hinaus untergräbt dieser Ansatz nicht das Vertrauen in die Dienste und macht es wahrscheinlicher, dass die Person Unterstützung in Anspruch nimmt.

Medizinische Notfälle im Zusammenhang mit einem Selbstmordversuch werden wie jeder andere Notfall behandelt, d. h. es werden sofortige Maßnahmen ergriffen, um das Leben zu erhalten und weiteren Schaden zu verhindern, wenn die Person nicht in der Lage ist, ihren Willen und ihre Präferenzen mitzuteilen (z. B. wenn die Person aufgrund einer Überdosis oder einer Verletzung bewusstlos ist) (235).

2. Eine Person, die Gewalt androht oder sich aggressiv oder gewalttätig verhält

Aufgrund der in der Öffentlichkeit weit verbreiteten Assoziationen zwischen psychischen Erkrankungen und Gewalt werden Verhaltensweisen, die während einer Krise auftreten, manchmal als Gefahr für die körperliche Sicherheit anderer angesehen - z. B. wenn eine Person unruhig ist, ihre Stimme erhebt, umherläuft oder Türen zuschlägt. Die Unruhe der Person wird oft als Symptom und nicht als Reaktion auf eine Situation betrachtet, z. B. wenn ihr die Kontrolle entzogen wird, sie herablassend behandelt wird, ihr nicht zugehört wird oder ihr mit Zwangseinweisung gedroht wird.

In seltenen Fällen können diese Verhaltensweisen die Anwendung von Drohungen und Gewalt gegen Personen oder Sachen beinhalten. Als Reaktion darauf sehen die Gesetze zur psychischen Gesundheit häufig vor, dass Personen mit einer psychischen Diagnose, bei denen die Gefahr einer Schädigung anderer besteht, unfreiwillig in eine stationäre psychosoziale Einrichtung eingewiesen werden können. Strafverfolgungsbeamte können eingreifen, die Person festnehmen und in eine solche Einrichtung bringen. Dies könnte eine Krisensituation weiter verschlimmern und zu Verletzungen und Todesfällen führen. Nach der Einweisung in ein Krankenhaus wird die Person möglicherweise mehrere Tage oder sogar Wochen lang festgehalten oder isoliert. Die zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka kann in Erwägung gezogen werden, und es können rechtliche Schutzmaßnahmen eingeleitet werden, um die Dauer des Aufenthalts zu überprüfen. In einigen Gerichtsbarkeiten könnte dies zu einer Anordnung einer gemeindenahen Behandlung führen. Es ist auch möglich, dass die Polizei den Fall nicht als "psychisch krank" einstuft und die Person stattdessen dem Strafrechtssystem zuführt.

Im Rahmen eines rechtsbasierten Ansatzes werden Krisendienste als erste eingreifen, um die Situation zu deeskalieren und weitere Gewalt zu verhindern, oder sie werden sofort von den Ersthelfern gerufen, wenn dies nicht gelingt. Erfahrene gemeindenaher Krisenteams werden sich mit der Person auseinandersetzen und versuchen, einen effektiven Dialog und eine Konfliktlösung zu finden. Diese Teams sind sich bewusst, dass Aggressionen durch innere, zwischenmenschliche oder äußere Erfahrungen ausgelöst werden können, z. B. durch Angst, Frustration, Vernachlässigung, Angst, Drohungen und traumatische Erlebnisse. Dazu gehört auch die Angst, unfreiwillig in eine psychiatrische Einrichtung eingewiesen zu werden. Deshalb ist es wichtig, der Person aufmerksam zuzuhören, sie in einen sinnvollen Dialog einzubeziehen und sie und ihre Sichtweise zu verstehen. Krisenunterstützungsdienste können dazu beitragen, weitere Gewalt zu verhindern, indem sie die Sicherheit der Menschen fördern durch die Gewaltsituation bedroht und der Zugang zu tödlichen Mitteln abgeschnitten wird. Sobald die unmittelbare Krise überwunden ist, könnten der Person verschiedene Betreuungs- und Unterstützungsmöglichkeiten angeboten und die Kontinuität der Betreuung sichergestellt werden. Wenn die Intervention erfolgreich ist, muss die Person nicht mit dem Strafrechtssystem in Kontakt kommen.

3. Eine Person, die eine "Psychose" erlebt

"Psychose" ist ein medizinischer Überbegriff, der eine Reihe von Erfahrungen umfasst, die mit verschiedenen psychischen, neurologischen und allgemeinen medizinischen Erkrankungen in Verbindung gebracht werden können. Zu diesen Erfahrungen gehören das Sehen, Hören, Fühlen oder Schmecken von Dingen, die andere Menschen nicht sehen, oder das Auftreten ungewöhnlicher

Gedanken oder Überzeugungen. In der medizinischen Fachwelt wird zunehmend anerkannt, dass soziale Stressfaktoren und die Erfahrung traumatischer Ereignisse in der Kindheit bei der Entstehung solcher Erlebnisse eine Rolle spielen, ebenso wie das weit verbreitete Stigma, das mit "Psychosen" verbunden ist (243). Die Sichtweisen variieren; einige Menschen mit eigener Erfahrung schätzen eine medizinische Einordnung dieser Erfahrungen, während andere stattdessen ein nichtmedizinisches Verständnis vorschlagen, das die Erfahrungen als gültig, menschlich und bedeutungsvoll ansieht (244).

Bei Menschen mit ungewöhnlichen Wahrnehmungen oder Überzeugungen wird häufig davon ausgegangen, dass sie nicht entscheidungsfähig sind. Dies kann dazu führen, dass ihre Geschäftsfähigkeit eingeschränkt wird, und wenn medizinische Eingriffe erforderlich sind, kann je nach Dringlichkeit des Falles ein Richter, ein Arzt oder ein Familienmitglied als stellvertretender Entscheidungsträger herangezogen werden, der auf der Grundlage der "besten Interessen" der Person entscheidet. Wenn die Person damit nicht einverstanden ist, kann die Anwendung von Gewalt, einschließlich körperlicher und chemischer Zwangsmaßnahmen, genehmigt werden. Angesichts des weit verbreiteten Stigmas, das mit ungewöhnlichen Wahrnehmungen und Überzeugungen verbunden ist, werden Menschen außerdem häufig als "Gefahr für sich selbst oder andere" betrachtet und regelmäßig in eine psychiatrische Einrichtung eingewiesen.

Bei einem menschenrechtsbasierten Ansatz würden die Menschen ihre Geschäftsfähigkeit behalten und dabei unterstützt werden, jederzeit ihren Willen und ihre Präferenzen zu äußern, auch in Bezug auf Entscheidungen zur Gesundheitsversorgung. Das Hören von Stimmen, das Sehen von Visionen oder das Erleben anderer ungewöhnlicher Wahrnehmungen oder Überzeugungen würde nicht mit einer Krise gleichgesetzt, die eine sofortige Krisenhilfe erfordert. Den Menschen würden verschiedene Pflege- und Unterstützungsoptionen angeboten, einschließlich medizinischer und nicht-medizinischer Alternativen, und sie hätten die Möglichkeit, selbst Entscheidungen zu treffen, auch durch unterstützte Entscheidungsfindung. Gruppen, die "Stimmen hören", und andere nicht-medizinische Optionen kämen für eine staatliche Finanzierung in Frage, wären aber unabhängig von formalen Diensten.

Diese Szenarien ergeben sich aus komplexen, miteinander verknüpften Faktoren, und die Antworten müssen die Besonderheiten der jeweiligen Situation berücksichtigen. Manchmal gibt es keine optimale Medizinische Notfälle im Zusammenhang mit einem Selbstmordversuch würden wie alle anderen Notfälle behandelt, d. h. es würden sofortige Maßnahmen ergriffen, um das Leben zu erhalten und weiteren Schaden zu verhindern, wenn die Person nicht in der Lage ist, ihren Willen und ihre Wünsche mitzuteilen (z. B. wenn die Person aufgrund einer Überdosis oder einer Verletzung bewusstlos ist) (235).

2. Eine Person, die Gewalt androht oder sich aggressiv oder gewalttätig verhält

Aufgrund der in der Öffentlichkeit weit verbreiteten Assoziationen zwischen psychischen Erkrankungen und Gewalt werden Verhaltensweisen, die während einer Krise auftreten, manchmal als Gefahr für die körperliche Sicherheit anderer angesehen - z. B. wenn eine Person unruhig ist, ihre Stimme erhebt, umherläuft oder Türen zuschlägt. Die Unruhe der Person wird oft als Symptom und nicht als Reaktion auf eine Situation betrachtet, z. B. wenn ihr die Kontrolle entzogen wird, sie herablassend behandelt wird, ihr nicht zugehört wird oder ihr mit Zwangseinweisung gedroht wird.

In seltenen Fällen können diese Verhaltensweisen die Anwendung von Drohungen und Gewalt gegen Personen oder Sachen beinhalten. Als Reaktion darauf sehen die Gesetze zur psychischen Gesundheit häufig vor, dass Personen mit einer psychischen Diagnose, bei denen die Gefahr einer Schädigung anderer besteht, unfreiwillig in eine stationäre psychosoziale Einrichtung eingewiesen werden können. Strafverfolgungsbeamte können eingreifen, die Person festnehmen und in eine solche Einrichtung bringen. Dies könnte eine Krisensituation weiter verschlimmern und zu Verletzungen und Todesfällen führen. Nach der Einweisung in ein Krankenhaus wird die Person möglicherweise mehrere Tage oder sogar Wochen lang festgehalten oder isoliert. Die zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka kann in Erwägung gezogen werden, und es können rechtliche Schutzmaßnahmen eingeleitet werden,

um die Dauer des Aufenthalts zu überprüfen. In einigen Gerichtsbarkeiten könnte dies zu einer Anordnung einer gemeindenahen Behandlung führen. Es ist auch möglich, dass die Polizei den Fall nicht als "psychisch krank" einstuft und die Person stattdessen dem Strafrechtssystem zuführt.

Im Rahmen eines rechtsbasierten Ansatzes werden Krisendienste als erste eingreifen, um die Situation zu deeskalieren und weitere Gewalt zu verhindern, oder sie werden sofort von den Ersthelfern gerufen, wenn dies nicht gelingt. Erfahrene gemeindenaher Krisenteams werden sich mit der Person auseinandersetzen und versuchen, einen effektiven Dialog und eine Konfliktlösung zu finden. Diese Teams sind sich bewusst, dass Aggressionen durch innere, zwischenmenschliche oder äußere Erfahrungen ausgelöst werden können, z. B. durch Angst, Frustration, Vernachlässigung, Angst, Drohungen und traumatische Erlebnisse. Dazu gehört auch die Angst, unfreiwillig in eine psychiatrische Einrichtung eingewiesen zu werden. Deshalb ist es wichtig, der Person aufmerksam zuzuhören, sie in einen sinnvollen Dialog einzubeziehen und sie und ihre Sichtweise zu verstehen. Krisenunterstützungsdienste können dazu beitragen, weitere Gewalt zu verhindern, indem sie die Sicherheit der Menschen fördern, die durch die Gewaltsituation bedroht sind und den Zugang zu tödlichen Mitteln unterbinden. Sobald die unmittelbare Krise überwunden ist, könnten der Person verschiedene Betreuungs- und Unterstützungsmöglichkeiten angeboten und die Kontinuität der Betreuung sichergestellt werden. Wenn die Intervention erfolgreich ist, muss die Person nicht mit dem Strafrechtssystem in Kontakt kommen.

4. Eine Person, die eine "Psychose" erlebt

"Psychose" ist ein medizinischer Überbegriff, der eine Reihe von Erfahrungen umfasst, die mit verschiedenen psychischen, neurologischen und allgemeinen medizinischen Erkrankungen in Verbindung gebracht werden können. Zu diesen Erfahrungen gehören das Sehen, Hören, Fühlen oder Schmecken von Dingen, die andere Menschen nicht sehen, oder das Auftreten ungewöhnlicher Gedanken oder Überzeugungen. In der medizinischen Fachwelt wird zunehmend anerkannt, dass soziale Stressfaktoren und die Erfahrung traumatischer Ereignisse in der Kindheit bei der Entstehung solcher Erlebnisse eine Rolle spielen, ebenso wie das weit verbreitete Stigma, das mit "Psychosen" verbunden ist (243). Die Sichtweisen variieren; einige Menschen mit eigener Erfahrung schätzen eine medizinische Einordnung dieser Erfahrungen, während andere stattdessen ein nichtmedizinisches Verständnis vorschlagen, das die Erfahrungen als gültig, menschlich und bedeutungsvoll ansieht (244).

Bei Menschen mit ungewöhnlichen Wahrnehmungen oder Überzeugungen wird in der Regel davon ausgegangen, dass sie nicht in der Lage sind, Entscheidungen zu treffen. Dies kann dazu führen, dass ihre Geschäftsfähigkeit eingeschränkt wird. Wenn medizinische Maßnahmen erforderlich sind, kann je nach Dringlichkeit des Falles ein Richter, ein Arzt oder ein Familienmitglied als stellvertretender Entscheidungsträger herangezogen werden, der auf der Grundlage des "besten Interesses" der Person entscheidet. Wenn die Person damit nicht einverstanden ist, kann die Anwendung von Gewalt, einschließlich körperlicher und chemischer Zwangsmaßnahmen, genehmigt werden. Angesichts des weit verbreiteten Stigmas, das mit ungewöhnlichen Wahrnehmungen und Überzeugungen verbunden ist, werden Menschen außerdem häufig als "Gefahr für sich selbst oder andere" betrachtet und regelmäßig in eine psychiatrische Einrichtung eingewiesen.

Bei einem menschenrechtsbasierten Ansatz würden die Menschen ihre Geschäftsfähigkeit behalten und dabei unterstützt werden, jederzeit ihren Willen und ihre Präferenzen zu äußern, auch in Bezug auf Entscheidungen zur Gesundheitsversorgung. Das Hören von Stimmen, das Sehen von Visionen oder das Erleben anderer ungewöhnlicher Wahrnehmungen oder Überzeugungen würde nicht mit einer Krise gleichgesetzt, die eine sofortige Krisenhilfe erfordert. Den Menschen würden verschiedene Pflege- und Unterstützungsoptionen angeboten, einschließlich medizinischer und nicht-medizinischer Alternativen, und sie hätten die Möglichkeit, selbst Entscheidungen zu treffen, auch durch unterstützte Entscheidungsfindung. Gruppen, die "Stimmen hören", und andere nicht-medizinische Optionen kämen für eine staatliche Finanzierung in Frage, wären aber unabhängig von formalen Diensten.

Diese Szenarien ergeben sich aus komplexen, miteinander verknüpften Faktoren, und die Antworten müssen die Besonderheiten der jeweiligen Situation berücksichtigen. Manchmal gibt es keine optimale Reaktion. Die Ansätze sollten jedoch dahingehend geändert werden, dass den Rechten von Menschen in Krisenzeiten Vorrang eingeräumt wird. Durch die Anwendung eines Paradigmenwechsels auf diese schwierigen Fälle können bewährte Verfahren entwickelt werden, um sie zu lösen. Der WHO-Leitfaden für gemeindenahere psychosoziale Dienste: Förderung personenzentrierter und rechtebasierter Ansätze (2021) enthält Beispiele für bewährte Verfahren in der ganzen Welt und gibt Empfehlungen für die Integration solcher Dienste in die nationalen Gesundheits- und Sozialsysteme und -dienste (33).

2.3.5 Abschaffung von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen

Es besteht ein wachsender Konsens darüber, dass alle Formen der Zwangs- und Isolationsmaßnahmen in psychosozialen Diensten abgeschafft werden sollten. Abgeschottetheit bedeutet, dass eine Person in einen Raum oder ein Zimmer gesperrt wird, während Zwangsmaßnahmen verschiedene Maßnahmen umfassen, die die körperliche Bewegung oder das Verhalten einer Person einschränken (z. B. mechanische, physische oder chemische Zwangsmaßnahmen) (245). Zwangs- und Isolationsmaßnahmen verstoßen nicht nur gegen die internationalen Menschenrechte, sondern sind auch unvereinbar mit einem Genesungskonzept, widersprechen dem Zweck der Pflege (246) und können zu physischen und psychischen Schäden bis hin zum Tod führen (107, 247, 248).

Die Gesetzgebung kann die Anwendung von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen in allen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens verbieten. So haben beispielsweise Indien, Italien, Mexiko und Peru die Anwendung von Isolations- oder Einzelhaft in ihren psychosozialen Einrichtungen verboten, wobei Mexiko die Anwendung von Zwangsmaßnahmen ausdrücklich untersagt (164). Um diesen Wandel zu verstärken, müssen die Staaten ihre psychosozialen Dienste ausbauen und umstrukturieren, da es oft an Ressourcen, Ausbildung und Bewusstsein mangelt, die zum Einsatz dieser Maßnahmen führen. Eine Änderung der Dienstkultur, Komforträume, Deeskalationsstrategien und Reaktionsteams könnten eingeführt werden. Es gibt immer Alternativen zu Isolation und Zwangsmaßnahmen (246).

Zwang findet auch außerhalb von Krankenhäusern in gemeindenahen psychosozialen Diensten, Wohneinrichtungen, Familienheimen und in der Gemeinschaft im Allgemeinen statt. Die Praxis der Fesselung von Personen, die sich in starker Bedrängnis befinden oder ungewöhnliche Wahrnehmungen haben, wurde in verschiedenen Ländern dokumentiert (54). Zwang innerhalb der Gemeinschaft, einschließlich Fesselung, sollte gesetzlich verboten werden. In Indien beispielsweise verbietet der Mental Healthcare Act 2017 ausdrücklich, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen "auf irgendeine Art und Weise oder in irgendeiner Form" gefesselt werden (249). In Indonesien betrachtet das Gesetz Nr. 18 von 2014 zur psychischen Gesundheit das Anketten als Straftat (250).

Aufgrund des Verbots sollten alle Vorfälle chemischer und physischer Zwangs- und Isolationsmaßnahmen aufgezeichnet und der unabhängigen Überwachungsstelle zur Verfügung gestellt werden (siehe Abschnitt 2.7.2). Die Nachbesprechung von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen in Zusammenarbeit mit Personen, die über eigene Erfahrungen verfügen, sollte gefördert werden. Rechtliche Bestimmungen können die Untersuchung solcher Vorfälle unter Einbeziehung aller Betroffenen unterstützen, damit die Behörden Abhilfemaßnahmen ergreifen können, einschließlich der Bereitstellung von Rechtsmitteln.

24 Beispiele dafür, was im Gesetz stehen kann

- Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen im Gesundheitswesen ist verboten. Dazu gehören medizinische und nicht-medizinische Eingriffe ohne freie und informierte Zustimmung, der Einsatz von Isolierzimmern und chemischen und körperlichen Zwangsmaßnahmen sowie Einschränkungen der Bewegungsfreiheit.
- Die Gesundheitsbehörde verabschiedet Protokolle und Leitlinien zur Verhinderung und Abschaffung von Zwangsmaßnahmen in allen Gesundheitsdiensten, einschließlich Deeskalationstechniken und der Entwicklung von Komforträumen und beruhigenden Umgebungen in Notaufnahmen, allgemeinen Krankenhäusern und anderen Orten der Akutversorgung. Die Gesundheitsdienste führen Schulungen durch, um diese Praktiken zu verhindern und abzuschaffen.
- Die Gesundheitsdienste richten ein Verfahren zur Überwachung der Nichtanwendung von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen ein. Statistiken und Berichte müssen den Behörden und der Öffentlichkeit zugänglich sein.
- Fesseln, Anketten, Isolation, Zwangsmaßnahmen und jede andere Form der Gewalt und des Missbrauchs gegen Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen in der Gemeinschaft sind verboten. Die örtlichen Behörden führen Sensibilisierungsmaßnahmen durch und fördern die Zusammenarbeit mit Organisationen und Führungspersonlichkeiten der Gemeinschaft, um diese Praktiken abzuschaffen.
- Es sind geeignete Mechanismen einzurichten, um Beschwerden über die Misshandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen in der Gemeinschaft entgegenzunehmen und zu untersuchen und um wirksame Abhilfe zu schaffen.

2.3.6 Neugestaltung der Behandlungsprozesse

Die Abschaffung aller Formen von Zwang in der psychosozialen Versorgung erfordert ein Überdenken der Aufnahme- und Behandlungsverfahren. Traditionell beginnen die Prozesse der psychosozialen Versorgung mit der Krankenhauseinweisung, die entweder freiwillig oder nicht freiwillig erfolgt. Daher lag der Schwerpunkt darauf, ob die Voraussetzungen für eine freiwillige oder nicht freiwillige Einweisung erfüllt sind, z. B. die Diagnose, die Feststellung des "Geistesvermögens" oder der "Selbst- oder Fremdgefährdung" und die Verfügbarkeit "weniger einschränkender Alternativen". Wenn die Dienste jedoch einen gemeindenahen und personenzentrierten Ansatz verfolgen, der die Geschäftsfähigkeit respektiert und unterstützende Maßnahmen ohne Zwang ermöglicht, müssen andere Einweisungs- und Behandlungspfade ins Auge gefasst werden.

Der Wille und die Präferenzen der Person sollten die Bereitstellung psychosozialer Versorgung und Unterstützung leiten. Ausgangspunkt einer neuen, auf Rechten basierenden psychosozialen Versorgung wäre daher das Ersuchen der betroffenen Person in Anerkennung ihres Rechts, Entscheidungen zur Gesundheitsversorgung zu treffen. In einer Krisensituation kann ein Ersuchen um Intervention von jedem in der Gemeinschaft kommen, aber die Krisenunterstützungsdienste werden auf die betroffene Person zugehen und ihr Unterstützung anbieten, wobei die volle Geschäftsfähigkeit der Person vorausgesetzt und respektiert wird. Niemand sollte von psychosozialen Diensten gegen seinen Willen zwangseingewiesen oder behandelt werden. Es sollte eine unterstützte Entscheidungsfindung möglich sein, und Unterstützer und vertraute Personen sollten hinzugezogen werden, wenn die Person dies wünscht.

Darüber hinaus sollten "Beurteilungen des Geistesvermögens" und "Risikobewertungen" durch eine Bewertung des Unterstützungsbedarfs ersetzt werden. Der Zweck einer solchen Beurteilung sollte darin bestehen, herauszufinden, was die Person will, welche Unterstützung sie bereits hat (z. B. ob es

eine Patientenverfügung oder einen bestellten Betreuer für solche Fälle gibt) und welche psychosoziale und praktische Unterstützung die Person in der jeweiligen Situation benötigt. Auch die Bewertung der sozialen Bedürfnisse sollte in Betracht gezogen werden. Dies könnte je nach Situation vom psychosozialen Team oder vom Krisenhilfsteam durchgeführt werden.

Auf der Grundlage der Bewertung des Unterstützungsbedarfs sollten die psychosozialen Dienste den Dienstleistungsnutzern eine Reihe von Unterstützungs- und Behandlungsmöglichkeiten anbieten, z. B. Krisendienste, Gemeindezentren, Peer-Unterstützung, krankenhausbasierte Dienste oder eine Kombination davon. Die psychosozialen Dienste können auch Informationen bereitstellen und Überweisungen an relevante Dienste außerhalb des Gesundheitssektors, einschließlich Sozialdienste, anbieten.

2.3.7 Entkriminalisierung von Suizid

Die Suizidprävention ist eine internationale Priorität. Weltweit verlieren jedes Jahr mehr als 700 000 Menschen ihr Leben durch Suizid (251). Die Zielvorgabe 3.4 des SDG3 zielt darauf ab, die weltweite vorzeitige Sterblichkeitsrate aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten bis 2030 um ein Drittel zu senken und die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden zu fördern. Der zugehörige Indikator 3.4.2 misst speziell die Fortschritte bei der Verringerung der Suizidrate. Im Rahmen dieser Bemühungen hat die WHO den LIVE LIFE-Ansatz zur Suizidprävention entwickelt, der vier Maßnahmen in den Vordergrund stellt: i) Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln; ii) Interaktion mit den Medien im Hinblick auf eine verantwortungsvolle Berichterstattung über Suizid; iii) Förderung sozialer und emotionaler Lebenskompetenzen bei Jugendlichen; und iv) frühzeitige Intervention für alle, die von suizidalen Verhaltensweisen betroffen sind (251). Es ist wichtig, dass alle Maßnahmen zur Suizidprävention einen auf Rechten basierenden Ansatz verfolgen, der strukturelle Formen der Unterdrückung und andere soziale Faktoren berücksichtigt (252, 253).

Gesetze, die Suizid oder Suizidversuche kriminalisieren, stehen nicht nur im Widerspruch zu den Menschenrechten, sondern behindern auch die Umsetzung von Strategien und Maßnahmen zur Suizidprävention. Obwohl die meisten Länder den Suizid entkriminalisiert haben, ist er in vielen Ländern nach wie vor illegal, wobei die Strafen von Geld- bis zu Gefängnisstrafen reichen (254, 255). Die Entkriminalisierung von Suizidversuchen - die in den letzten Jahren in mehreren Ländern eingeführt wurde, darunter Indien (2017), Singapur (2019), die Kaimaninseln (2020), Guyana (2022), Pakistan (2022) und Ghana (2023) - kann dazu beitragen, die Stigmatisierung zu verringern, eine angemessene Unterstützung zu gewährleisten und eine genauere Erhebung von Suizidstatistiken zu ermöglichen, damit die Politik besser informiert ist.

Es gibt keine Belege dafür, dass die Entkriminalisierung die Zahl der Selbstmorde erhöht; vielmehr gehen die Raten in den Ländern nach der Entkriminalisierung tendenziell zurück (254). Außerdem wird die Kriminalisierung mit höheren Selbstmordraten bei Frauen in Verbindung gebracht (256).

Wie bei anderen Aspekten der Rechtsreform ist auch bei der Entkriminalisierung eine enge Zusammenarbeit zwischen Parlamentariern, politischen Entscheidungsträgern, Gesundheitssystemen, Strafjustizsystemen, Organisationen der Zivilgesellschaft und Menschen mit Lebenserfahrung erforderlich.

25 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Menschen, die einen Selbstmordversuch unternehmen, dürfen nicht strafrechtlich verfolgt werden.
- Psychosoziale Gesundheitssysteme müssen Programme zur Suizidprävention auf der Grundlage von Rechten unter aktiver Beteiligung von Personen mit Lebenserfahrung planen, gestalten und umsetzen.

2.4 Zugang zu qualitativ hochwertigen psychosozialen Diensten

Da die psychische Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheit ist, ist auch das Recht auf psychische Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des Rechts auf Gesundheit, wie im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Artikel 12) anerkannt (124). Der Gesetzgeber kann die Wahrnehmung des Rechts auf psychische Gesundheit verbessern, indem er die Verfügbarkeit von Diensten erhöht, den geografischen, physischen und finanziellen Zugang zu Diensten, einschließlich des Zugangs zu Informationen, verbessert und Dienste bereitstellt, die akzeptabel sind, der medizinischen Ethik entsprechen, geschlechtsspezifisch und kulturell angemessen sind und von angemessener Qualität.

2.4.1 Parität zwischen körperlicher und psychischer Gesundheit

Die Staaten können einen erschwinglichen und gerechten Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung fördern, indem sie bekräftigen, dass die psychische Gesundheit ebenso wichtig ist wie die körperliche Gesundheit.

Auf nationaler Ebene kann die Gesetzgebung das Recht auf psychische Gesundheit als einklagbar anerkennen. Dies könnte durch die Anerkennung der psychischen Gesundheit als Bestandteil des Rechts auf Gesundheit oder durch die ausdrückliche Anerkennung des Rechts einer Person auf psychische Gesundheit erreicht werden. Dieses Recht könnte dann vor nationalen Gerichten geltend gemacht werden, was insbesondere in Rechtssystemen von Bedeutung wäre, in denen internationales Recht nicht automatisch anwendbar ist. Darüber hinaus kann die Anerkennung eines Rechts auf psychische Gesundheit einen besseren Schutz der wesentlichen Elemente (Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz und Qualität) sowie die Entwicklung und Umsetzung von Strategien und Vorschriften erleichtern, die den Zugang zu personenzentrierten und rechtebasierten psychosozialen Diensten und Ansätzen gewährleisten sollen.

Der Gesetzgeber kann auch die psychische Gesundheit mit der körperlichen Gesundheit gleichstellen, um einen gleichberechtigten Zugang zu psychosozialen Diensten und gleiche Anstrengungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu gewährleisten. Der Gesetzgeber kann auch festlegen, dass die Qualität und die Standards der psychosozialen Versorgung und Unterstützung denen anderer medizinischer Behandlungen zumindest gleichwertig sein sollten. So wurde beispielsweise mit dem Health and Social Care Act 2012 des Vereinigten Königreichs eine Verpflichtung zur Herstellung der "Gleichwertigkeit" von körperlicher und psychischer Gesundheit eingeführt, die dazu beitrug, dass weitere Verpflichtungen und Maßnahmen für die psychische Gesundheit gleichwertig und unter denselben Bedingungen wie die körperliche Gesundheit bewertet werden (257).

Auch die Krankenversicherungen könnten verpflichtet werden, für die psychische Gesundheit und die körperliche Gesundheit die gleichen Finanzierungsgrundsätze anzuwenden. In den Vereinigten Staaten von Amerika wurde beispielsweise durch einzel- und bundesstaatliche Gesetze versucht, diskriminierende Praktiken in der Krankenversicherung durch die Einführung von Paritätsvorschriften zu bekämpfen. Im Jahr 2008 verabschiedete der Kongress den Mental Health Parity and Addiction Equity Act (MHPAEA), der umfassende Standards für eine gerechte Deckung der psychischen Gesundheitsversorgung und der medizinischen/chirurgischen Behandlung vorschreibt. Mit dem Patient Protection and Affordable Care Act von 2010 (PPACA, Public Law 111-148) wurde der Geltungsbereich der Paritätsgesetze weiter ausgedehnt, indem die meisten Krankenversicherungspläne die psychosoziale Versorgung abdecken müssen und der Geltungsbereich des MHPAEA erweitert wurde (258).

Die Anerkennung eines eindeutigen Rechts auf psychische Gesundheit und die Gleichstellung der psychischen Gesundheit mit der körperlichen Gesundheit können ein Schritt nach vorn sein, um einen Konsens über die Priorisierung der psychischen Gesundheit zu erzielen und sicherzustellen, dass

Menschenrechtsverpflichtungen im Zusammenhang mit dem Recht auf psychische Gesundheit ernst genommen werden.

26 Beispiele dafür, was im Gesetz stehen kann

- Jeder Mensch hat das Recht auf ein Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit, ohne Diskriminierung.
- Jeder Mensch hat das Recht auf eine verfügbare, zugängliche, akzeptable und qualitativ hochwertige psychosoziale Versorgung und Unterstützung.
- Interventionen, Dienste und Unterstützung im Bereich der psychischen Gesundheit müssen Beteiligungs- und Rechenschaftsmechanismen gewährleisten und die strukturellen, sozialen und wirtschaftlichen Determinanten der psychischen Gesundheit berücksichtigen.
- Die Systeme der psychischen Gesundheit gewährleisten einen gleichberechtigten Zugang zu einer angemessenen psychosozialen Versorgung in einer Weise, die anderen Aspekten der Gesundheitsversorgung gleichwertig ist, als Teil eines integrierten, ganzheitlichen Versorgungssystems.
- Psychosoziale Dienste werden gleichberechtigt mit anderen Gesundheitsdiensten erbracht und gewährleisten mindestens gleichwertige Versorgungsstandards.
- Die Gesundheitsbehörde erstattet jährlich Bericht über die Maßnahmen, die zur Verringerung von Ungleichheiten im Zusammenhang mit der Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Akzeptanz und Qualität der psychosozialen Versorgung und Unterstützung getroffen wurden.
- Die Verteilung und Qualität von Gütern und Diensten der psychischen Gesundheit muss den allgemeinen Gesundheitsgütern und -diensten gleichwertig sein.
- Gesundheitspläne und -versicherungen sollen psychosoziale Dienste in gleicher Weise abdecken wie andere Gesundheitsdienste und dürfen für psychosoziale Versorgung keine ungünstigeren Leistungsbeschränkungen vorsehen als für andere allgemeine Gesundheitsdienste

2.4.2 Finanzierung der psychischen Gesundheit

Die psychische Gesundheit hat in den meisten Gesundheitssystemen nach wie vor eine geringe Priorität bei der öffentlichen Finanzierung. In einigen Rechtsrahmen oder Gesetzen der Staaten können Gesetze dazu beitragen, diesen Ressourcenmangel zu überwinden, indem sie spezifische Bestimmungen zur Sicherung und Erhöhung der Verfügbarkeit öffentlicher Mittel für die psychosoziale Versorgung enthalten. Die meisten Gesetze zur psychischen Gesundheit befassen sich nicht direkt mit der Finanzierung und bleiben den Bereichen Haushalt und Politik überlassen; dies bedeutet jedoch nicht, dass die Gesetzgebung keinen direkten Einfluss auf die Mittelzuweisungen nehmen kann.

Je nach Gesundheitsfinanzierungssystem eines Landes kann der Gesetzgeber zweckgebundene Mittel für die psychosoziale Versorgung oder progressive Zielvorgaben im Gesundheitsbudget festlegen, um die Investitionen in die psychische Gesundheit zu erhöhen (10). In Argentinien beispielsweise sieht der Gesetzgeber im Rahmen des allgemeinen Gesundheitsbudgets ein Mindestbudget für die psychosoziale Versorgung vor, obwohl dieses Ziel noch nicht erreicht wurde (259, 260). Obwohl weniger verbreitet, kann der Gesetzgeber auch eine Priorisierung der Investitionen in psychosoziale Dienste, eine Gleichstellung mit Investitionen in anderen Gesundheitsbereichen oder die Erhebung von Steuern zur Finanzierung der psychosozialen Versorgung anordnen (261).

Die Regierungen sollten angeben, wofür die Mittel ausgegeben werden sollen, um sicherzustellen, dass Investitionen in Dienste und Unterstützungsmaßnahmen getätigt werden, die mit den Menschenrechtsanforderungen in Einklang stehen und eine angemessene Versorgung in Bereichen wie gemeindenahe psychosoziale Versorgung sowie Dienste und Unterstützungsmaßnahmen ermöglichen, die das gesamte Spektrum der sozialen Determinanten berücksichtigen, die sich auf die psychische Gesundheit der Menschen auswirken (33). Auf diese Weise kann die Gesetzgebung dazu beitragen, die Finanzierung von psychiatrischen Einrichtungen auf gemeindenahe Dienste umzulenken und die Verfügbarkeit von Mitteln für konkrete Strategien und Aktionspläne zur Deinstitutionalisierung sicherzustellen (siehe Abschnitt 2.5.4).

Es ist von entscheidender Bedeutung, eine angemessene Finanzierung für ein breites Spektrum an psychosozialen Unterstützungsmöglichkeiten sicherzustellen. Die Krankenversicherung setzt häufig Anreize für die Notwendigkeit einer Diagnose und fördert den Einsatz "einfacher" Interventionen, wie z. B. Psychopharmaka, anstelle komplexerer Behandlungen, die möglicherweise wirksamer sind (33). Dies kann die verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten einschränken und die Wahlmöglichkeiten der Betroffenen verringern. In vielen Ländern mit niedrigem, mittlerem und einigen Ländern mit hohem Einkommen ist beispielsweise der Zugang zu Psychopharmaka im Vergleich zu anderen Behandlungsformen wie Psychotherapie entweder kostenlos oder relativ kostengünstig (33).

Die Gesetzgebung kann die Mobilisierung von Ressourcen aus der internationalen Zusammenarbeit im Einklang mit Artikel 2 Absatz 1 des ICESCR unterstützen. Er kann auch dafür sorgen, dass die internationale Zusammenarbeit, einschließlich der Entwicklungshilfe, einen menschenrechtsbasierten Ansatz in Bezug auf die psychische Gesundheit verfolgt, von der Finanzierung oder Durchführung menschenrechtswidriger Programme und Projekte absieht, die Finanzierung von Institutionen auf gemeindenahe Dienste umleitet und die aktive Beteiligung von Menschen mit Lebenserfahrung an allen Bemühungen im Gesundheitsbereich sicherstellt, auch durch formelle Beratungsmechanismen.

Auch wenn die Gesetzgeber hinsichtlich der finanziellen Auswirkungen der Verabschiedung von Gesetzen zur Aufstockung der Mittel für die psychische Gesundheit zurückhaltend sein mögen, gibt es dennoch ein starkes wirtschaftliches Argument für Investitionen in die psychische Gesundheit. Ohne ausdrückliche Finanzierungsmechanismen wird die psychische Gesundheit hinter anderen Gesundheitsprioritäten zurückbleiben.

27 Beispiele dafür, was im Gesetz stehen kann

- Die Haushaltsmittel für psychische Gesundheit sind durch gezielte, konkrete und zielgerichtete Maßnahmen innerhalb eines klaren Zeitrahmens aufzustocken, um die verfügbaren Ressourcen zu maximieren.
- Die Mittel für die psychische Gesundheit sind in die Haushaltslinien jeder Regierungsebene (z. B. der lokalen und regionalen Behörden) aufzunehmen.
- Die Aufstockung der Haushaltsmittel für psychische Gesundheit muss auf gemeindenahe Dienste und Unterstützung ausgerichtet sein.
- Die Haushaltszuweisung für psychische Gesundheit muss ein ausgewogenes Finanzierungsportfolio gemeindenaher Dienste und Unterstützungsoptionen widerspiegeln, einschließlich psychosozialer Interventionen und nichtmedizinischer Unterstützung.

Die Zuweisung von Haushaltsmitteln für Dienste und Maßnahmen, die gegen internationale Menschenrechtsstandards verstoßen, ist verboten.

- Bei der Zuweisung von Haushaltsmitteln ist sicherzustellen, dass die einschlägigen Programme Maßnahmen berücksichtigen und einbeziehen, die sich mit den sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit befassen.

Für die Zuweisung von Haushaltsmitteln gelten Mechanismen der Transparenz, Rechenschaftspflicht und Beteiligung.

Die internationale Entwicklungszusammenarbeit und die internationale humanitäre Hilfe im Bereich der psychischen Gesundheit beruhen auf dem Grundsatz der Achtung der Menschenrechte und sind auf gemeindenaher und personenzentrierte Maßnahmen ausgerichtet.

2.4.3 Erschwinglicher und gerechter Zugang zur psychosozialen Versorgung

Die Gesetzgebung kann eine wichtige Rolle bei der Gewährleistung eines erschwinglichen und gerechten Zugangs zur psychosozialen Versorgung spielen. Ungleichheiten bei der Bereitstellung von und dem Zugang zu Dienstleistungen sind in und zwischen den Ländern weit verbreitet. Der sozioökonomische Status, der häufig mit identitätsbezogenen und demografischen Faktoren wie Rasse, ethnischer Zugehörigkeit, Geschlecht, Geschlechtsidentität oder -ausdruck, Alter, Behinderung, sexueller Orientierung, Geschlechtsmerkmalen, Staatsangehörigkeit, Migrationsstatus und geografischem Standort zusammenhängt, kann sich auf den Zugang einer Person zur psychosozialen Versorgung auswirken.

Die Gesetzgebung kann die Umsetzung von UHC für psychische Gesundheit fördern. So kann der Gesetzgeber beispielsweise die Aufnahme oder Ausweitung einer auf Rechten basierenden Versorgung für psychische Gesundheit als Teil der nationalen Bemühungen um UHC vorschreiben (z. B. Aufnahme in nationale Krankenversicherungssysteme oder Anspruchspakete). Gesetze können faire Regeln und Anreize festlegen und durchsetzen, um sicherzustellen, dass das Gesundheitssystem und seine Akteure die Ziele der UHC für psychische Gesundheit konsequent umsetzen; außerdem können sie ein Mittel zur Umsetzung und Überwachung solcher Strategien und Programme bereitstellen (262).

Kapitel 2. Gesetzliche Bestimmungen für personenzentrierte, genesungsorientierte und rechtebasierte Systeme der psychischen Gesundheit | 79

Ungleichheiten beim Zugang zur psychosozialen Versorgung können durch gesetzliche Bestimmungen beseitigt werden, die Kriterien für eine bedarfsgerechte Zuweisung von Diensten festlegen und vorschreiben, dass psychosoziale Dienste und Unterstützung für bestimmte Gruppen wie Kinder, Jugendliche, Frauen und ältere Menschen sowie für Menschen mit Behinderungen, indigene Völker, Minderheiten, Wanderarbeitnehmer, irreguläre Migranten, Flüchtlinge, Asylbewerber, Binnenvertriebene und Personen, denen die Freiheit entzogen wurde, verfügbar, zugänglich und akzeptabel sind und eine gute Qualität aufweisen.

Gezielte Gebührenbefreiungen können auch eingesetzt werden, um die negativen finanziellen Auswirkungen von Zahlungen aus eigener Tasche auszugleichen.

28 Beispiele dafür, was im Gesetz stehen kann

- Psychische Gesundheit ist in alle Strategien und Politiken für eine universelle Gesundheitsversorgung einzubeziehen und muss für alle kostenlos oder erschwinglich sein.
- Nationale Versicherungssysteme sollen den Zugang zu personenzentrierten und auf Rechten basierenden psychosozialen Diensten und Hilfen gewährleisten.
- Alle Krankenversicherungspläne decken unabhängig von der Versicherungsgesellschaft psychosoziale Dienste ab, einschließlich gemeindenaher Unterstützung, ambulanter und stationärer Dienste, Behandlung von Drogenabhängigkeit, Versorgung im Zusammenhang mit Selbstmordversuchen oder selbst zugefügten Verletzungen sowie Zugang zu psychosozialen Interventionen, psychologischen Therapien und Psychopharmaka.

- Personen, die in Armut, Mittellosigkeit oder Obdachlosigkeit leben, haben Anspruch auf kostenlose psychosoziale Dienste und Unterstützung.
- Nichtstaatsangehörige, einschließlich Wanderarbeitnehmern, Flüchtlingen und Asylbewerbern, haben unabhängig von ihrem Migrationsstatus das Recht auf Zugang zu psychosozialen Diensten und psychosozialer Unterstützung auf der gleichen Grundlage wie Staatsangehörige.

2.4.4 Geschlechtsspezifische psychosoziale Versorgung

Geschlechtsspezifische Unterschiede können sich auf die Erfahrungen mit psychischen Erkrankungen und die Versorgung in psychosozialen Diensten auswirken (263). Der Gesetzgeber kann dazu beitragen, geschlechtsspezifische Dienste zu fördern, indem er vorschreibt, dass die in der psychosozialen Versorgung tätigen Personen über folgende Aspekte informiert werden: die Art und Weise, wie Geschlechts- und Sexualitätsnormen und -stereotypen die Lebenserfahrungen prägen (z. B. Gewalt und Missbrauch); die alltäglichen sozialen, kulturellen und familiären Gegebenheiten; die Ausdrucksformen und Erfahrungen mit psychischen Störungen; die Anforderungen an die Versorgung und Unterstützung sowie die entsprechenden Maßnahmen.

So kann das Gesetz beispielsweise die Gleichstellung der Geschlechter als grundlegendes Prinzip für die Bereitstellung psychosozialer Dienste anerkennen. Ebenso können Maßnahmen angepasst werden, um auf geschlechtsspezifische Unterschiede und individuelle Bedürfnisse einzugehen und die körperliche, persönliche und emotionale Sicherheit des Einzelnen jederzeit zu gewährleisten. Darüber hinaus kann der Gesetzgeber die Versorgung, Unterstützung und Überweisung von Überlebenden geschlechtsspezifischer Gewalt vorschreiben, u. a. durch umfassende und geschlechtsspezifische psychosoziale Dienste und Informationen über Rechte, Ansprüche und andere Dienste.

Der Gesetzgeber kann auch schädliche und diskriminierende Praktiken verbieten, die auf dem Geschlecht, der sexuellen Ausrichtung, der Geschlechtsidentität und dem Geschlechtsausdruck sowie den Geschlechtsmerkmalen im Zusammenhang mit der Bereitstellung psychosozialer Dienste beruhen, einschließlich Zwangssterilisation, Zwangsabtreibung, Zwangsverhütung und Unterdrückung der Menstruation. Auch "Konversionstherapien" zur Änderung der sexuellen Ausrichtung, der Geschlechtsidentität oder des Geschlechtsausdrucks einer Person sollten verboten werden. Psychische Gesundheitsdienste sollten nicht als Torwächter für die Einschränkung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte dienen.

29 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Niemand darf in Bezug auf gemeindenaher Unterstützung, ambulante und stationäre psychosoziale Dienste oder psychosoziale Behandlung aufgrund seines Geschlechts, seiner Geschlechtsidentität oder seines Geschlechtsausdrucks, seiner sexuellen Ausrichtung, seiner Geschlechtsmerkmale, seines Alters, seiner tatsächlichen oder vermeintlichen Diagnose, seiner Zugehörigkeit zu einer Minderheit oder aus anderen Gründen diskriminiert werden.
- Die psychosozialen Dienste wahren das Recht der Dienstleistungsnutzer, soweit möglich einen Mitarbeiter des von ihnen bevorzugten Geschlechts zu verlangen.
- Die stationären psychosozialen Dienste stellen geschlechtsspezifisch geschützte Räume zur Verfügung, in denen sich die Nutzer fern von anderen aufhalten können, deren Anwesenheit dazu führen kann, dass sie sich unsicher fühlen oder dass sie möglicherweise reviktimisiert, belästigt oder missbraucht werden.

- Die psychosozialen Dienste respektieren die Geschlechtsidentität und den Geschlechtsausdruck der Dienstleistungsnutzer.
- Die sexuelle und reproduktive Gesundheit und die sexuellen und reproduktiven Rechte von Dienstleistungsnutzern werden unter allen Umständen geachtet und erfüllt und sind frei von Diskriminierung, einschließlich der Diskriminierung aufgrund des Geschlechts und von SOGIESC.
- Schwangere Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, haben das Recht auf Unterstützung bei der Wahrnehmung ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte; dazu gehören Informationen und Unterstützung bei der Überwachung oder dem Abbruch der Schwangerschaft sowie Schadensminimierung im Zusammenhang mit der Einnahme von Psychopharmaka während der Schwangerschaft, der Zeit nach der Geburt und der Stillzeit.
- Die psychosozialen Dienste müssen Vorkehrungen für die Wahrnehmung der elterlichen Pflichten treffen.
- Sterilisation ohne die freie und informierte Zustimmung der Person ist verboten.
- Therapien und Eingriffe zur Änderung der sexuellen Ausrichtung, der Geschlechtsidentität oder des Geschlechtsausdrucks einer Person sind verboten.
- Personen, die Opfer von sexueller und geschlechtsspezifischer Gewalt und Diskriminierung geworden sind, erhalten unverzüglich geeignete, zugängliche, angemessene und ganzheitliche Unterstützung zur Traumabewältigung sowie Informationen und Verweise auf Programme, die ihnen helfen könnten.

2.4.5 Altersgerechte psychosoziale Versorgung

Der Gesetzgeber kann dazu beitragen, eine altersgerechte psychosoziale Versorgung und Unterstützung zu gewährleisten, die notwendig ist, um die Rechte von Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen zu schützen. Der Gesetzgeber kann psychosoziale Dienste vorsehen, die zwischen den Bedürfnissen von Erwachsenen aller Altersgruppen, einschließlich älterer Menschen, und denen von Kindern und Jugendlichen unterscheiden und altersgerechte Dienste und Umgebungen ermöglichen, z. B. Zugang zu geeigneten Freizeitaktivitäten für Kinder und Jugendliche und Erleichterung der sozialen Interaktion in der Gemeinschaft, physische Zugänglichkeit und andere spezifische Dienste für ältere Menschen. Sie kann auch den Zugang zu Diensten und Programmen sicherstellen, die auf den Schutz von Kindern abzielen, die negative Kindheitserfahrungen gemacht haben oder von solchen bedroht sind.

Die Einweisung in eine psychosoziale Einrichtung kann für Kinder und ihre Familien eine belastende Erfahrung sein und sollte daher vermieden werden. Stattdessen sollten Kinder und Jugendliche durch die Verfügbarkeit von gemeindebasierter Unterstützung unterstützt werden.

30 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Es sind Verfahren und Kriterien festzulegen, die dem Gesundheitspersonal im Bereich der psychosozialen Versorgung als Orientierungshilfe dienen, um das Wohl des Kindes zu beurteilen und seine Ansichten zu respektieren.
- Es wird eine Vielzahl von personenzentrierten und auf Rechten basierenden gemeindenahen Krisendiensten entwickelt, um Kinder und ihre Familien in Krisen besser zu unterstützen, darunter Krisenhotlines, mobile Krisenteams, Erholungseinrichtungen, häusliche Behandlung sowie Beobachtung und kurze stationäre Dienste.

- Ein Kind oder ein Jugendlicher darf niemals in eine psychiatrische Einrichtung oder eine Einrichtung der sozialen Betreuung eingewiesen werden. Die stationäre Behandlung von Kindern und Jugendlichen ist so weit wie möglich zu vermeiden und zeitlich sowie auf Ausnahmefälle zu beschränken. Ihre Meinung ist zu hören und entsprechend ihrem Alter und ihrer Reife zu berücksichtigen.
- Die stationäre Versorgung eines Kindes oder Jugendlichen, auch in Krisensituationen, wird in einem gemeindenahen psychosozialen Dienst für die kürzestmögliche Anzahl von Tagen und getrennt von Erwachsenen erbracht. Bestehen keine Anhaltspunkte für eine wahrscheinliche Schädigung des Kindes oder Jugendlichen, so erhalten die Eltern oder Sorgeberechtigten uneingeschränkten Zugang und werden für die Dauer des Aufenthalts aktiv einbezogen.
- Die psychosozialen Dienste respektieren und unterstützen die Autonomie und Unabhängigkeit älterer Menschen.
- Geeignete gemeindenahe Dienste sind zu entwickeln und/oder zu stärken, um Gewalt, Vernachlässigung und Missbrauch älterer Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen zu verhindern.
- Die Gesundheitsbehörde legt die Liste der personenzentrierten und rechtebasierten gemeindenahen Dienste fest, die die Voraussetzungen für Beobachtung und kurze stationäre Aufenthalte erfüllen. Diese Dienste sollten strengen Qualitätsstandards genügen und auf Genesung und Einbeziehung in die Gemeinschaft ausgerichtet sein; sie sollten nicht als neue Formen der Institutionalisierung dienen.
- Die psychischen Gesundheitssysteme müssen die Übergänge zwischen den Diensten für Kinder, Erwachsene und ältere Menschen angemessen koordinieren.

2.4.6 Kulturell angemessene psychosoziale Versorgung

Das Verständnis von psychischer Gesundheit und Wohlbefinden ist kulturgebunden (264) und wird von kulturellen Faktoren wie Überzeugungen, Werten und Traditionen beeinflusst. So haben einige Gemeinschaften möglicherweise eigene Konzepte und Vorstellungen von psychischer Gesundheit und Wohlbefinden, die sich von der vorherrschenden westlichen Sichtweise unterscheiden. Was in der westlichen Medizin als "psychische Krankheit" gilt, kann in anderen Kulturen traditionelle oder spirituelle Bedeutungen haben. Das Erbe des Kolonialismus und die Ausbreitung westlicher Modelle der psychischen Gesundheit in der ganzen Welt, die oft von biomedizinischen Interventionen dominiert werden, bedrohen die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden verschiedener Gemeinschaften und die Kontinuität traditioneller Heilpraktiken. Kolonialismus und koloniale Gesetze, einschließlich veralteter oder "exportierter" Gesetze zur psychischen Gesundheit, schädigen, unterdrücken und diskriminieren weiterhin indigene Völker, deren kulturelles Verständnis und Herangehensweise an Themen wie psychische Gesundheit übersehen, medizinisch behandelt und manchmal kriminalisiert wurde. Dies hat sich auf ihre psychische Gesundheit und ihr Wohlbefinden ausgewirkt, und die Raten für psychische Erkrankungen und Selbstmord sind bei diesen Völkern häufig höher als bei anderen Bevölkerungsgruppen.

Die Erklärung der Vereinten Nationen über die Rechte indigener Völker (UNDRIP) (265) bekräftigt das Recht indigener Völker, aktiv an der Entwicklung und Festlegung ihrer Gesundheitsprogramme mitzuwirken, die Verwendung traditioneller Arzneimittel und Gesundheitspraktiken beizubehalten, ohne Diskriminierung Zugang zu allen Sozial- und Gesundheitsdiensten zu erhalten und das gleiche Recht auf den höchsten erreichbaren Standard körperlicher und geistiger Gesundheit zu genießen (UNDRIP-Artikel 23 und 24). Obwohl die UNDRIP nicht rechtsverbindlich ist, bekräftigt sie die internationale Verpflichtung, sicherzustellen, dass Gesundheitsdienste und -versorgung kulturell angemessen sind und traditionelle Praktiken und Medikamente berücksichtigen (266).

Zur Wahrung des Rechts indigener Völker auf Selbstbestimmung kann die Gesetzgebung die Regierungen verpflichten, angemessene Ressourcen für diese Gemeinschaften bereitzustellen, damit sie ihre eigene Gesundheitsversorgung und Unterstützungsinitiativen aufbauen und betreiben können (266). Der Gesetzgeber kann auch das Engagement führender Vertreter indigener, ethnischer und religiöser Gruppen bei der Sensibilisierung der Gemeinschaften für menschenrechtsbasierte Praktiken in Bezug auf psychosoziale Versorgung und Unterstützung unterstützen. Indigene Ansätze zur psychischen Gesundheit stellen eine praktikable Alternative zur westlichen Psychiatrie dar und bieten Einzelpersonen und Familien einen Rahmen zur Bewältigung von psychischen Problemen und Krisen. Gleichzeitig wird eine positive kulturelle Identität gefördert, indem indigene Erzählungen und Heilpraktiken, die durch die Kolonialisierung an den Rand gedrängt wurden, gewürdigt werden (267).

Darüber hinaus ist die Gesetzgebung von zentraler Bedeutung für die Förderung kulturell sicherer und angemessener Reaktionen auf die psychosoziale Versorgung innerhalb westlicher psychosozialer Gesundheitssysteme. Gesetze können Informationen, Unterstützung und Dienstleistungen vorsehen, die auf die kulturellen Bedürfnisse der verschiedenen Gemeinschaften zugeschnitten sind. Die Berücksichtigung kultureller Unterschiede bei der psychosozialen Versorgung ist nicht nur für indigene Völker wichtig, sondern auch für ethnische und religiöse Minderheiten sowie für Migranten, Flüchtlinge und Asylbewerber, denen häufig eine Unterstützung verweigert wird, die ihren spezifischen kulturellen Werten und Erfahrungen Rechnung trägt.

31 Beispiele dafür, was im Gesetz stehen kann

- Indigene Völker und andere relevante Gemeinschaften sind bei der Gestaltung und Umsetzung psychosozialer Dienste sinnvoll zu beteiligen und anzuhören.
- Bei der Zuweisung von Haushaltsmitteln für psychische Gesundheit ist eine angemessene Finanzierung für kulturell angemessene Initiativen zur psychosozialen Versorgung indigener Völker und anderer relevanter Gruppen, die einer Minderheit angehören können, zu berücksichtigen.
- Die psychosozialen Dienste bieten eine Versorgung und Unterstützung, die den kulturellen und religiösen Überzeugungen und Praktiken der Menschen angemessen ist und mit ihnen in Einklang steht, auch für Menschen mit religiösen Minderheitenüberzeugungen und nichtreligiöse Menschen.
- Die psychosozialen Dienste bieten Versorgung und Unterstützung, die die Meinungsfreiheit der Menschen sowie ihre religiösen und philosophischen Überzeugungen respektieren, und zwar unter Bedingungen, die kulturell angemessen sind.
- Kulturell angemessene anwaltschaftliche Unterstützung wird für Dienstleistungsnutzer aller ethnischen Hintergründe und Gemeinschaften bereitgestellt.
- Der Zugang zur psychosozialen Versorgung erfolgt in einer Sprache, die der Betroffene versteht, und wird erforderlichenfalls durch die Bereitstellung von Dolmetschdiensten, einschließlich Gebärdensprache oder unterstützter und alternativer Kommunikation, unterstützt. Diese Verpflichtung schließt psychosoziale Interventionen ein.
- Eine Person, die in stationäre Dienste aufgenommen wird, muss die Möglichkeit haben, ihre religiösen oder spirituellen Praktiken fortzusetzen.

2.4.7 Antirassistische psychosoziale Versorgung und Unterstützung

Der systemische Rassismus gegenüber Menschen afrikanischer Abstammung, indigenen Völkern sowie rassischen und ethnischen Minderheiten ist im System der psychischen Gesundheit ebenso verankert wie in vielen anderen Bereichen der Gesellschaft. Rassismus durchdringt Politik und Praxis, schafft Barrieren und benachteiligt diese Gruppen, was zu ungleichem Zugang zur Versorgung, ungleicher Behandlung und ungleichen Ergebnissen sowie zu voreingenommenen Annahmen und Stereotypen führt (268). Beispielsweise können rassistische und ethnische Minderheiten aufgrund von Faktoren wie fehlender Versicherung, Sprachbarrieren oder einem Mangel an kulturell kompetenten Anbietern Schwierigkeiten beim Zugang zu psychosozialen Diensten haben (269). Voreingenommenheit und Stereotypen können sich auch darauf auswirken, wie das psychosoziale Personal mit den Dienstleistungsnutzern umgeht und sie wahrnimmt, was zu ungleicher Behandlung und ungleichen Ergebnissen führt (270). Zwangspraktiken wie unfreiwillige Inhaftierung und Behandlung sowie Interventionen im Rahmen des Strafrechtssystems während einer Krise werden von rassischen und ethnischen Minderheiten in der psychosozialen Versorgung in unverhältnismäßig hohem Maße erlebt (271, 272).

Rassismus und Trauma sind eng miteinander verbunden. Erfahrungen mit Rassismus, einschließlich Diskriminierung, Belästigung, Gewalt und institutionellem Rassismus, können langfristige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden von Menschen haben und Generationen überdauern (273). Für Anbieter psychosozialer Dienste ist es wichtig, den Zusammenhang zwischen Rassismus und Trauma zu erkennen und ihn durch personenzentrierte Maßnahmen anzugehen, die Heilung und Wohlbefinden fördern.

Der Gesetzgeber kann eine Rolle bei der Bekämpfung des systemischen Rassismus in psychosozialen Gesundheitssystemen spielen, indem er Standards für die psychosoziale Versorgung festlegt und die Anbieter für diskriminierende Praktiken zur Rechenschaft zieht. Der Gesetzgeber kann sicherstellen, dass alle Menschen unabhängig von ihrer Rasse und ethnischen Herkunft gleichberechtigten Zugang zu psychosozialen Diensten haben (siehe Abschnitt 2.1.1). Sie können auch vorschreiben, dass das psychosoziale Personal in kultureller Kompetenz geschult wird und eine Versorgung anbietet, die frei von Vorurteilen und Diskriminierung ist. Darüber hinaus kann der Gesetzgeber Mechanismen für die Behandlung von Diskriminierungsvorfällen einrichten (siehe Abschnitt 2.7). Diese Bemühungen müssen jedoch von einer Reihe politischer Maßnahmen begleitet werden, die sich mit den systemischen und institutionellen Hindernissen befassen, die den Rassismus in der Gesellschaft aufrechterhalten, u. a. in den Bereichen Bildung, Wohnen, Gesundheitsversorgung und Strafjustiz.

32 Beispiele dafür, was im Gesetz stehen kann

- Die Gesundheitsbehörde schult das Gesundheitspersonal im Kampf gegen rassistische und ethnische Voreingenommenheit und Stereotypisierung.
- Die Gesundheitsbehörde sorgt für eine verstärkte positive Einstellung und Schulung von Mitarbeitern der psychischen Gesundheit und der Sozialfürsorge, die rassischen und ethnischen Gruppen angehören, die in der Vergangenheit marginalisiert wurden.
- Die Behörde für psychische Gesundheit arbeitet aktiv mit Organisationen zusammen, die Angehörige rassistischer und ethnischer Minderheiten vertreten, um die Probleme der gesundheitlichen Chancengleichheit in diesen Gemeinschaften zu verstehen und anzugehen.
- Die psychischen Gesundheitssysteme erheben disaggregierte Daten und Informationen über die Inanspruchnahme von Diensten, Ergebnisse und Ungleichheiten, um Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten zu ermitteln und zu beseitigen. Die Maßnahmen zur Datenerhebung sollten in enger Absprache mit Organisationen durchgeführt werden, die Angehörige rassistischer und ethnischer Minderheiten vertreten.

2.4.8 Schulungen für Anbieter von Gesundheits- und Sozialdiensten

Schulungen sind eine wichtige Investition in die Entwicklung personenzentrierter und rechtebasierter psychosozialer Dienste und Unterstützung. Menschenrechtsbildung und -schulung können Anbietern von Gesundheits- und Sozialdiensten helfen, sich an einem rechtebasierten Ansatz zu orientieren. Dabei könnten wesentliche Themen behandelt werden, z. B. die Themen des Rahmens für das Recht auf Gesundheit (siehe Abschnitt 1.4) (125), internationale Menschenrechtsstandards, der Genesungsansatz, die Achtung der Rechtsfähigkeit und die Beseitigung von Zwang. Die WHO-Initiative QualityRights hat evidenzbasierte Materialien mit einer rechtebasierten Perspektive für die Ausbildung, Beratung und Umgestaltung der psychosozialen Dienste erstellt (32). Sie hat auch ein E-Schulungsprogramm zu psychischer Gesundheit, Genesung und Integration entwickelt, das von allen Anbietern von Gesundheits- und Sozialdienstleistungen absolviert werden sollte (274).

Der Gesetzgeber kann Schulungen zur psychischen Gesundheit und zu den Menschenrechten für alle Personen vorschreiben, die in Gesundheits- und Sozialdiensten und Notfallteams arbeiten. Darüber hinaus kann der Gesetzgeber die Verpflichtung zur Durchführung fortlaufender obligatorischer Schulungen vorschreiben und die sinnvolle Beteiligung und Einbeziehung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen in die Entwicklung und Durchführung dieser Schulungen fordern.

Die Regulierung kann auch ein nützliches Instrument zur Verbesserung der Ausbildung und der Ausbildungsstandards von Gesundheitsfachkräften sein, einschließlich der Lehrpläne für die vorberufliche Ausbildung und die berufliche Fortbildung. So können beispielsweise Regulierungssysteme zur Festlegung von Standards, die für die Zulassung zu Gesundheitsberufen (z. B. Arzt, Krankenschwester, Hebamme) erforderlich sind, eine obligatorische Ausbildung in den Bereichen Menschenrechte, Bewusstsein für psychische Gesundheit, personenzentrierte und gemeindenaher Ansätze sowie soziale Determinanten der Gesundheit vorschreiben. Ähnliche Maßnahmen können auch in anderen Berufen ergriffen werden, die mit psychischer Gesundheit zu tun haben, z. B. in der Sozialarbeit, der Beschäftigungstherapie und dem Polizeivollzug (siehe Abschnitt 2.8.2).

33 Beispiele dafür, was im Gesetz stehen kann

- Fachkräfte der psychischen Gesundheit, Arbeitnehmer und andere Diensteanbieter müssen sich einem Kapazitätsaufbau, einer Neuorientierung oder einer Schulung unterziehen, um ihre Fähigkeit zur Erbringung evidenzbasierter, alters- und geschlechtsspezifischer, kulturell angemessener und auf den Menschenrechten beruhender psychosozialer Dienste zu entwickeln, bei denen der Schwerpunkt auf personenzentrierten Genesungsmodellen, den Menschenrechten und den gemeindenahen Aspekten der psychischen Gesundheit und der öffentlichen Gesundheit liegt.
- Die Lehrpläne der beruflichen und fachlichen medizinischen Ausbildungsprogramme, die sich auf die Gesundheitsversorgung und die Sozialarbeit erstrecken, müssen eine obligatorische Schulung über die Menschenrechte und den menschenrechtsbasierten Ansatz bei der psychosozialen Versorgung und Unterstützung enthalten.
- Personen mit Lebenserfahrung werden direkt in die Mitentwicklung und Durchführung von 2.5

2.5 Umsetzung psychosozialer Dienste in der Gemeinde

Der Gesetzgeber spielt eine wichtige Rolle bei der Förderung personenzentrierter und rechtebasierter gemeindenaher psychosozialer Dienste und Unterstützungsleistungen. Wenn die psychosoziale Versorgung in der Gemeinde erbracht wird, ist sie leichter zugänglich und kann besser mit anderen Diensten verbunden und koordiniert werden. Personenzentrierte Ansätze sind besser geeignet, den Unterstützungsbedarf der Menschen zu decken und eine Reihe von Diensten und Maßnahmen zu gewährleisten, die den unterschiedlichen Anforderungen gerecht werden. Auf diese Weise bleiben die Menschen mit ihren sozialen Netzen verbunden und werden dabei unterstützt, ihr Leben weiterzuführen und an ihren Gemeinschaften teilzunehmen.

In diesem Abschnitt werden Bestimmungen für die Umgestaltung des Dienstleistungsangebots und die Einführung personenzentrierter und rechtebasierter gemeindenaher Dienste für psychische Gesundheit und Unterstützung vorgeschlagen. Auch diese Bestimmungen könnten in allgemeine Gesundheitsgesetze oder in bestehende eigenständige Gesetze zur psychischen Gesundheit integriert werden, um einen Paradigmenwechsel in der psychischen Gesundheit herbeizuführen. Sie müssen durch Bestimmungen ergänzt werden, wie sie in anderen Abschnitten beschrieben werden, insbesondere durch solche, die die Förderung der Unabhängigkeit und der Einbeziehung in die Gemeinschaft betreffen, da Traumata und Krisen Reaktionen erfordern, die über den Bereich des Gesundheitssektors hinausgehen (siehe Abschnitt 2.8.1).

2.5.1 Integration der psychischen Gesundheit in die allgemeine Gesundheitsversorgung

Der Gesetzgeber kann die Einführung von Interventionen, Diensten und Unterstützungsmaßnahmen zur psychischen Gesundheit auf den ersten Ebenen der Gesundheitsversorgung, insbesondere der primären Gesundheitsversorgung, fördern, die dem Grundsatz entsprechen, dass die psychische Gesundheit der körperlichen Gesundheit gleichgestellt werden sollte.

Die primäre Gesundheitsversorgung ist für den Einzelnen, die Familie und die Gemeinschaft meist die erste Kontaktstufe mit dem nationalen Gesundheitssystem. Die Integration der psychischen Gesundheit in die primäre Gesundheitsversorgung ist die praktikabelste Strategie, um den Zugang für unterversorgte Bevölkerungsgruppen zu verbessern und sicherzustellen, dass jeder Mensch frühzeitig und wohnortnah Zugang zu psychosozialen Diensten hat (10, 275). Dies erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Genesung und fördert die Integration in die Gemeinschaft. Es kann auch dazu beitragen, die Stigmatisierung zu verringern, die mit der Inanspruchnahme zentraler und institutioneller psychosozialer Dienste verbunden ist (276, 277). Der Gesetzgeber kann dazu beitragen, den Zugang zu psychosozialen Diensten in der Gemeinschaft sicherzustellen, indem er die Bereitstellung personenzentrierter und menschenrechtsbasierter psychosozialer Ansätze in der primären Gesundheitsversorgung vorschreibt.

Der Gesetzgeber kann auch dazu beitragen, die Verfügbarkeit bestimmter psychosozialer Güter und Dienste auf der Ebene der Primärversorgung zu verbessern. So kann der Gesetzgeber beispielsweise sicherstellen, dass Psychopharmaka genauso verfügbar und zugänglich sind wie andere Medikamente, und gleichzeitig höhere Standards für die freie und informierte Zustimmung und die sichere Verschreibung, die Kommunikation über alle verfügbaren alternativen Behandlungs-, Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten sowie die Unterstützung beim Absetzen von Psychopharmaka gewährleisten (siehe Abschnitt 2.3.1). In ähnlicher Weise können Rechtsvorschriften dazu beitragen, den Zugang zu psychosozialen Maßnahmen wie Beratung, spezifischen psychologischen Interventionen, Peer-Unterstützung und sozialen Diensten auf der Ebene der Primärversorgung zu verbessern. Der Gesetzgeber kann sich auch mit den oft vernachlässigten Aspekten der psychischen Gesundheit in der Gesundheitsversorgung befassen, z. B. in der Schwangerenvorsorge und der

postnatalen Versorgung, indem er Optionen für eine multidisziplinäre Beurteilung und Unterstützung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens während geplanter oder routinemäßiger Versorgungsbesuche bietet. Die WHO hat im Rahmen der WHO-Initiativen QualityRights und mhGAP eine Reihe von Instrumenten entwickelt, die Leitlinien für diese Aspekte der Behandlung, Versorgung und Unterstützung bieten (278-280).

Der Gesetzgeber kann die Einrichtung von psychosozialen Diensten in allgemeinen Krankenhäusern fördern. In vielen Staaten werden solche krankenhausbasierten Dienste traditionell in großen stationären Einrichtungen wie psychiatrischen und sozialen Einrichtungen angeboten. Die Menschen bleiben in solchen Einrichtungen oft über längere Zeiträume, manchmal über viele Jahre. Darüber hinaus sind diese Einrichtungen häufig von anderen allgemeinen Gesundheitsdiensten und von der übrigen Gemeinschaft isoliert und mit umfangreichen Zwangspraktiken und Menschenrechtsverletzungen verbunden. Wenn sie als Teil einer Reihe von Diensten und Unterstützungsleistungen in der Gemeinschaft erbracht werden, können psychosoziale Dienste in Allgemeinkrankenhäusern sicherstellen, dass die Menschen eine Versorgung und Unterstützung erhalten, die ihren Bedürfnissen entspricht und ihre Menschenrechte achtet. Es muss jedoch sichergestellt werden, dass diese Dienste keine institutionellen Praktiken wiederholen, die den Menschenrechten und der Integration zuwiderlaufen.

Mit Rechtsvorschriften allein lassen sich diese Bestimmungen nicht umsetzen, wenn nicht die erforderlichen politischen Maßnahmen, die Infrastruktur und das Personal vorbereitet und eingesetzt werden. Viele dieser Reformen erfordern kein gesetzgeberisches Mandat, obwohl das Gesetz konkrete Verpflichtungen festlegen kann, um sie voranzubringen.

34 Beispiele dafür, was im Gesetz stehen kann

- Die personenzentrierte und rechtebasierte psychosoziale Versorgung ist in die primäre Gesundheitsversorgung und in allgemeine Krankenhäuser zu integrieren.
- Personenzentrierte und rechtebasierte stationäre psychosoziale Dienste sind in gemeindenahen Einrichtungen und allgemeinen Krankenhäusern bereitzustellen.
- Die primäre Gesundheitsversorgung richtet multidisziplinäre Teams für psychische Gesundheit ein, die sich aus Fach- und Führungskräften aus verschiedenen einschlägigen Disziplinen oder Bereichen sowie aus Personen mit Lebenserfahrung zusammensetzen.
- Die psychosozialen Gesundheitssysteme stellen sicher, dass psychosoziale Interventionen und Psychopharmaka in der Primärversorgung und in allgemeinen Krankenhäusern verfügbar sind. Psychosoziale Interventionen sollten die Behandlungsoptionen der ersten Wahl sein.
- Eine multidisziplinäre Bewertung und Unterstützung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens sollte im Rahmen der geplanten pränatalen und postnatalen Betreuung angeboten werden.

2.5.2 Entwicklung personenzentrierter und rechtebasierter gemeindenaher psychosozialer Dienste

Die Integration der psychischen Gesundheit in die allgemeinen Gesundheitssysteme ist zwar wichtig, doch der Paradigmenwechsel von einem biomedizinischen Modell hin zu einem Menschenrechtsmodell erfordert eine Umgestaltung des Dienstleistungsangebots, um eine Reihe ganzheitlicher

gemeindenaher, personenzentrierter und genesungsorientierter Optionen zu entwickeln. Im Gegensatz zu krankenhauszentrierten Modellen sind gemeindenahe Pflegedienste besser zugänglich, effizienter und wirksamer (281, 282). Die Regierungen können diese Prozesse fördern oder verstärken, indem sie sie in der Gesetzgebung verankern.

In vielen Staaten hat der Gesetzgeber die Umgestaltung der Dienste eingeleitet, indem er die Reform der psychosozialen Gesundheitssysteme in Richtung eines gemeindenahen Modells gesetzlich vorschreibt. In Brasilien beispielsweise war das Gesetz Nr. 10.216 vom 6. April 2001, das den Schutz und die Rechte von Menschen mit psychischen Störungen regelt und das Modell der psychosozialen Versorgung neu ausrichtet, entscheidend für die Verlagerung von Ressourcen aus psychiatrischen Einrichtungen in die Gemeinschaft.

Der Gesetzgeber kann auch die Entwicklung personenzentrierter und rechthebasierter gemeindenaher Dienste fördern, indem er vorschreibt, dass eine Reihe von psychosozialen Diensten und Unterstützungsleistungen in der Gemeinde zur Verfügung gestellt werden. So kann der Gesetzgeber z. B. die Einrichtung von gemeindenahen psychosozialen Zentren vorsehen, die Unterstützung außerhalb eines institutionellen Rahmens und in der Nähe des Wohnorts der Betroffenen anbieten, sowie Krisenreaktionsdienste, die Menschen mit akuten psychischen Problemen unterstützen (siehe Abschnitt 2.3.3), aufsuchende Dienste in der Gemeinde und Peer-Unterstützungsdienste (siehe Abschnitt 2.5.3). All diese Dienste müssen einen auf Rechten basierenden Ansatz verfolgen.

In einigen Staaten ist gesetzlich festgelegt, dass die psychosoziale Versorgung zunächst auf Gemeindeebene erfolgen sollte und dass stationäre Dienste angeboten werden können, wenn Optionen auf dieser Ebene nicht durchführbar sind oder zuvor versagt haben, allerdings nur mit der informierten Zustimmung der betroffenen Person. In Vermont, in den Vereinigten Staaten von Amerika, ist das Department of Mental Health (Ministerium für psychische Gesundheit) gesetzlich verpflichtet, jährlich darüber zu berichten, inwieweit Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, in der Gemeinde versorgt werden.

Der Gesetzgeber kann personenzentrierte und genesungsorientierte Ansätze unterstützen, indem er diese als wesentliche Grundsätze der psychosozialen Versorgung anerkennt; die Menschen werden in den Mittelpunkt des Dienstes gestellt und als Personen und nicht als "Patienten" anerkannt (283). Im Gegensatz zu biomedizinischen Ansätzen steht die "ganze Person" im Mittelpunkt, nicht ihre psychiatrische Diagnose. Daher sollte die Unterstützung auf ihre Bedürfnisse und besonderen Umstände zugeschnitten sein und sich daran orientieren, was die Person vom Leben erwartet. Dies ermöglicht traumainformierte Ansätze, wenn es darum geht, auf rassistische, geschlechtsspezifische und andere Formen der Ungerechtigkeit zu reagieren.

Ebenso sind Dienste, die einen Genesungsansatz verfolgen, nicht in erster Linie darauf ausgerichtet, Menschen zu "heilen" oder wieder "gesund" oder "normal" zu machen, sondern vielmehr darauf, Menschen dabei zu unterstützen, herauszufinden, was Genesung für sie bedeutet. Auf diese Weise werden die Menschen dabei unterstützt, die Kontrolle über ihre Identität und ihr Leben zu gewinnen oder wiederzuerlangen, Hoffnung für die Zukunft zu haben und ein Leben zu führen, das für sie einen Sinn hat. Darüber hinaus wird damit anerkannt, dass psychische Gesundheit und Wohlbefinden nicht davon abhängen, dass man "symptomfrei" ist, sondern dass Menschen Belastungen und Traumata erleben und dennoch ein reiches und erfülltes Leben führen können (33). Durch die Anwendung solcher Ansätze können die Menschenrechte gewahrt werden.

35 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Die Gesundheitsbehörde leitet einen Prozess zur Reform des psychosozialen Versorgungssystems ein, um ein gemeindenahes Versorgungsmodell einzuführen. Die Ressourcen psychiatrischer Einrichtungen und Krankenhäuser werden schrittweise auf gemeindenahe psychosoziale Dienste umgelenkt.
 - Die psychosoziale Versorgung erfolgt in erster Linie auf Gemeindeebene und nicht in stationären Einrichtungen, um zu vermeiden, dass die Menschen aus ihren Gemeinschaften entfernt werden, und um ihre Genesung und soziale Eingliederung zu erleichtern.
 - Die Einrichtung und Entwicklung von personenzentrierten und rechtebasierten gemeindenahen psychosozialen Zentren, Krisenreaktionsdiensten, gemeindenahen aufsuchenden Diensten, Peer-Unterstützungsdiensten und anderen gemeindenahen Diensten und Unterstützungsangeboten ist vorrangig zu behandeln.
 - Die stationäre Versorgung in allgemeinen Krankenhäusern wird nur dann gewährt, wenn sie einen größeren therapeutischen Nutzen bietet als Interventionen, die in häuslicher Umgebung, in der Gemeinschaft oder im sozialen Umfeld erbracht werden können, und auf der Grundlage der freien und informierten Zustimmung der betroffenen Person.
 - Die psychosozialen Dienste sind personenzentriert und orientieren sich an den Grundsätzen der Genesung, der Teilhabe, der Einbeziehung in die Gemeinschaft, des Verzichts auf Zwang und der Achtung der Geschäftsfähigkeit.
 - Die psychosozialen Dienste arbeiten mit anderen Sektoren zusammen, um einen ganzheitlichen Ansatz zu bieten und den Zugang zu sozialen Diensten und Unterstützung zu erleichtern.
-

2.5.3 Integration von Peer-geführten und Peer-geleiteten Diensten

Die Einbeziehung von Peers in die Bereitstellung von Unterstützung ist ein Prüfstein für die Umgestaltung der psychischen Gesundheitssysteme: Menschen mit eigener Erfahrung bringen Verständnis, Vertrauen und Hoffnung in die Dienste ein. Peer-Unterstützungsdienste können dem Einzelnen helfen, Gesundheit, Wohlbefinden und soziale Eingliederung zu erlangen und zu erhalten und sich im psychischen Gesundheits- und Sozialsystem besser zurechtzufinden (284). Je nach Landeskontext kann die Einbindung von Peers viele Formen annehmen, von Peer-Support-Spezialisten bis hin zu unabhängigen, vo

Auch wenn von Peers geleitete und von Peers betriebene Dienste nicht allein in den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitssektors fallen, kann der Gesetzgeber dazu beitragen, sie zu schaffen und in die psychische Gesundheit und die damit verbundenen sozialen Systeme zu integrieren und ein günstiges Umfeld für ihre Einrichtung und ihr nachhaltiges Funktionieren zu schaffen. Häufig stoßen Peer-Dienste auf Hindernisse beim Zugang zu und bei der Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung, da ihre Bedeutung nicht ausreichend bekannt ist. Sie stoßen möglicherweise auf Hindernisse bei der Erlangung von Akkreditierungen und Betriebsgenehmigungen aufgrund teurer und bürokratischer Verfahren, und ihre Arbeit kann durch

Vorschriften zum Sicherheitsmanagement eingeschränkt werden, die sie dazu zwingen können, Menschen, die als Risiko für sich selbst oder andere gelten, nicht aufzunehmen. In dieser Hinsicht kann die Gesetzgebung dazu beitragen, all diese rechtlichen Hindernisse zu beseitigen, um die Einrichtung und das dauerhafte Funktionieren der Peer-Unterstützung zu erleichtern.

Die Gesetzgebung kann auch die Entwicklung von Peer-Support-Diensten unterstützen, indem sie deren Finanzierung vorsieht.

36 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Die psychosozialen Gesundheitssysteme fördern und unterstützen die Einbeziehung von Peers in die Bereitstellung psychosozialer und verwandter Dienste.
- Die psychosozialen Gesundheitssysteme fördern und unterstützen die Ausbildung und Zertifizierung von Peer-Betreuern.
- Peer-Betreuer haben die gleichen Arbeitsbedingungen wie das übrige Personal und werden bei der Ausführung ihrer Aufgaben unterstützt.
- Peer-Worker sind in den Vorständen und Leitungsstrukturen der psychosozialen Dienste vertreten.
- Unabhängige Peer-Organisationen, die neben staatlichen psychosozialen Diensten tätig sind, werden anerkannt.
- Es ist ein politischer Rahmen zu schaffen, der die Einrichtung und Aufrechterhaltung von Peer-Diensten begünstigt, wobei deren Autonomie und Unabhängigkeit zu achten ist.

Die von Gleichgestellten betriebenen Unterstützungsdienste müssen Zugang zu Finanzierungsmechanismen haben, einschließlich öffentlicher Mittel und internationaler Zusammenarbeit.

2.5.4 Deinstitutionalisierung

Die Deinstitutionalisierung ist ein wichtiger Aspekt bei der Umgestaltung der psychischen Gesundheitssysteme. Sie beinhaltet die Schließung aller Formen von Einrichtungen, einschließlich psychiatrischer Einrichtungen und damit verbundener sozialer Betreuungseinrichtungen, und deren Ersetzung durch integrative gemeindenahere Unterstützungssysteme und allgemeine Dienste, wie gemeindenahere Dienste, Einkommensunterstützung, Wohnhilfe, Peer-Unterstützung und andere Unterstützungsnetze (10, 285).

In einigen Ländern wurden die Prozesse der Deinstitutionalisierung im Bereich der psychischen Gesundheit durch Gesetze eingeleitet oder verstärkt. In Italien verstärkte das bereits erwähnte Basaglia-Gesetz den in den 1960er Jahren eingeleiteten Deinstitutionalisierungsprozess, indem es den Bau neuer psychiatrischer Krankenhäuser und die Aufnahme neuer Patienten in bestehende Krankenhäuser verbot. In jüngerer Zeit verbot die Gesetzgebung in Argentinien, Mexiko und Uruguay die Schaffung neuer psychiatrischer Einrichtungen in dem Bestreben, die psychische Gesundheit in die Gemeinden zu verlagern (164, 286, 287).

Der Gesetzgeber kann die Verabschiedung von Aktionsplänen zur Deinstitutionalisierung mit klaren Zeitvorgaben und Zuständigkeiten sowie konkreten Benchmarks und Haushaltslinien fördern. Strategien zur Deinstitutionalisierung erfordern einen regierungsübergreifenden Ansatz und die direkte Einbeziehung von Personen mit Lebenserfahrung, insbesondere von Überlebenden der Institutionalisierung (288). Ein ausdrückliches Verbot der Institutionalisierung kann als wichtiges Abschreckungsmittel gegen die Transinstitutionalisierung oder die Verlegung von Personen von einer Einrichtung in eine andere unter dem Vorwand der Deinstitutionalisierung dienen. Bestimmungen, die eine Institutionalisierung erleichtern oder ermöglichen, sollten ebenfalls abgeschafft werden.

Zu den für die Deinstitutionalisierung erforderlichen gesetzgeberischen Maßnahmen kann die Verpflichtung gehören, den Zugang zu den notwendigen gemeindenahen Diensten und Netzwerken zu gewährleisten, um das Recht auf ein unabhängiges Leben und die Einbeziehung in die Gemeinschaft zu verwirklichen (siehe Abschnitt 2.8.1). Die gesetzliche Anerkennung ihres Rechts auf Rechtsfähigkeit, Gleichheit und Nichtdiskriminierung, Zugang zur Justiz sowie Freiheit und Sicherheit der Person sind ebenfalls Voraussetzungen für eine vollständige Eingliederung.

Die Regierungen sollten einen personenzentrierten Ansatz verfolgen, so dass gemeindenahe Dienste und individuelle Unterstützung vorhanden sind, um Menschen, die Einrichtungen verlassen, aufzunehmen. Die Erfahrung zeigt, dass schlecht durchdachte und mit zu wenig Mitteln ausgestattete Deinstitutionalisierungsprozesse kontraproduktiv sein können und den Menschenrechten schaden (289).

Die Gesetzgebung kann auch die Schaffung von Mechanismen zur Wiedergutmachung und Entschädigung von Überlebenden der Institutionalisierung erleichtern und die Verfügbarkeit von wirksamen Rechtsmitteln gegen die Institutionalisierung garantieren (siehe Abschnitt 2.7.3) (290).

Der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat Leitlinien für die Deinstitutionalisierung, auch in Notfällen, herausgegeben (285), die die Länder bei ihren Bemühungen um die Verwirklichung des Rechts von Menschen mit Behinderungen auf ein unabhängiges Leben und auf Einbeziehung in die Gemeinschaft anleiten und unterstützen und als Grundlage für die Planung von Deinstitutionalisierungsprozessen und die Verhinderung von Institutionalisierung dienen sollen.

37 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Die Schaffung jeglicher Form von Einrichtungen ist verboten; dies gilt auch für neue Asyle, psychiatrische Krankenhäuser, neuropsychiatrische Krankenhäuser oder monovalente Einrichtungen sowie öffentliche oder private Einrichtungen der sozialen Betreuung.
- Es wird eine sektorübergreifende Kommission eingesetzt, die eine Politik zur Deinstitutionalisierung entwickelt und umsetzt, einschließlich der Annahme eines Aktionsplans mit klaren Zeitvorgaben und Zuständigkeiten, konkreten Benchmarks, einem angemessenen Budget, einem Moratorium für Neuaufnahmen und der Entwicklung einer angemessenen gemeinschaftlichen Unterstützung.
- Personen mit Lebenserfahrung, insbesondere Überlebende von Heimunterbringung, sollten in allen Phasen der Deinstitutionalisierung einbezogen und konsultiert werden.
- Bestehende Einrichtungen müssen ihren Betrieb umstellen, um die Deinstitutionalisierung zu erleichtern, und bis zu ihrer endgültigen Ablösung die Autonomie und Wahlfreiheit der Bewohner

wiederherstellen sowie die Ziele und Grundsätze der personenzentrierten und auf Rechten basierenden gemeindenahen Unterstützung gewährleisten.

● Die psychosozialen Gesundheitssysteme müssen aufgeschlüsselte Informationen aus den psychosozialen Diensten sammeln, um die Gestaltung von Strategien, Plänen und Programmen zur Deinstitutionalisierung zu erleichtern und die Messung und Verfolgung der Fortschritte zu ermöglichen.

2.5.5 Umverteilung der finanziellen und personellen Ressourcen

Die Deinstitutionalisierung und die Entwicklung solider gemeindenaher psychosozialer Dienste erfordert mehr als nur die Verlegung von Menschen in die Gemeinschaft. Sie erfordern eine angemessene personenzentrierte und rechtbasierte gemeindenahe Unterstützung und Dienste, für die eine Umverteilung der öffentlichen Mittel von den Einrichtungen auf die Gemeinschaft erforderlich ist. Der WHO-Atlas zur psychischen Gesundheit 2020 berichtet, dass über 70 % der Budgets für psychische Gesundheit in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen und 35 % in Ländern mit hohem Einkommen für psychiatrische Kliniken verwendet werden (45). Analysen haben auch gezeigt, dass die Kosten für Krankenhausaufenthalte oft höher sind als die Kosten für eine "gleichwertige" Behandlung, Versorgung und Unterstützung in der Gemeinde (33). In diesem Zusammenhang kann die Gesetzgebung dazu beitragen, die Umverteilung finanzieller und personeller Ressourcen von den Einrichtungen auf die gemeindenahen Dienste zu unterstützen.

Der Gesetzgeber kann finanzielle Anreize für die Entwicklung personenzentrierter und rechtbasierter gemeindenaher psychosozialer Dienste schaffen und sie für die stationäre Langzeitversorgung oder für Dienste, die von psychiatrischen und sozialen Einrichtungen erbracht werden, verringern oder abschaffen. Finanzielle Anreize können auch dazu beitragen, Zwangspraktiken wie Isolation und Zwangsmaßnahmen abzuschaffen (33).

Die Gesetzgebung kann auch dazu beitragen, Verzerrungen zu korrigieren, die durch die Krankenversicherungen entstehen. So kann es beispielsweise vorkommen, dass Krankenversicherungen psychosoziale Maßnahmen, gemeindenahe Dienste, stationäre Dienste, Dienste für Drogenabhängige oder Behandlungen im Zusammenhang mit Selbstmordversuchen oder selbst zugefügten Verletzungen nicht abdecken. Wenn eine Versicherung zwar Medikamente, nicht aber Therapien abdeckt (wobei erstere weniger kostspielig sind als letztere), wird ein perverser Anreiz geschaffen, die pharmakologische Behandlung der Therapie vorzuziehen. Wenn die Krankenkassen nur stationäre Leistungen finanzieren, ist die Chance gering, dass gemeindenahe Dienste entwickelt werden. Weitere Fehlanreize sind fallbezogene Zahlungen oder Erstattungen für stationäre Aufenthalte, aber eine Pro-Kopf-Finanzierung für gemeindenahe psychosoziale Dienste.

Es ist wichtig, dass verschiedene Arten von Maßnahmen abgedeckt werden, um eine hochwertige Versorgung zu gewährleisten.

38 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

● Die Gesundheitsbehörde überprüft in Abstimmung mit anderen relevanten Sektoren die Finanzierungs- und Erstattungsmechanismen im Gesundheits- und Sozialfürsorgesektor, um finanzielle Anreize für die Entwicklung personenzentrierter und auf Rechten basierender gemeindenaher psychosozialer Dienste zu schaffen.

- Die Gesundheitsbehörde weist den gemeindenahen Diensten innerhalb der verschiedenen Sektoren und sektorübergreifend im Rahmen von Deinstitutionalisierungsprozessen neue Haushaltsmittel zu.
- Die Gesundheitsbehörde beschließt in Abstimmung mit anderen einschlägigen Sektoren detaillierte Pläne und Spezifikationen für die schrittweise Umschichtung von Mitteln von Institutionen auf personenzentrierte und rechtbasierte gemeindenahe psychosoziale Dienste.
- Die Krankenversicherungssysteme sind zu überprüfen, um Anreize für die Bereitstellung von Behandlung und Unterstützung in personenzentrierten und rechtbasierten gemeindenahen psychosozialen Diensten zu schaffen.

2.5.6 Umsetzung in humanitären Kontexten und Notsituationen

Viele Menschen, die von Konflikten und humanitären Notsituationen betroffen sind, leiden unter Traumata und psychischen Problemen als Folge von belastenden Ereignissen wie Gewalt und Verlust sowie Armut, Diskriminierung, Überbelegung von Gefängnissen und Haftanstalten sowie Nahrungsmittel- und Ressourcenunsicherheit (291). Personen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen sind für diese negativen psychosozialen Auswirkungen besonders anfällig; die kumulativen Auswirkungen der strukturellen Diskriminierung und sozialen Ausgrenzung, mit denen sie konfrontiert sind, können ihren Zugang zu grundlegenden Bedürfnissen und Unterstützung einschränken. Dies gilt insbesondere für Menschen, die in Einrichtungen untergebracht sind, die sie während humanitärer Krisen oft nicht verlassen können und deren Situation in solchen Zeiten tendenziell restriktiver und prekärer wird. Die COVID-19-Pandemie hat beispielsweise gezeigt, dass neben dem dass Menschen in psychiatrischen und sozialen Einrichtungen neben dem erhöhten Infektionsrisiko auch ein höheres Risiko der Einsperrung, der Übermedikation, der Minimierung menschlicher Kontakte, des Fehlens sozialer Besuche und der fehlenden Überwachung durch unabhängige Stellen aufweisen (292, 293).

Die Regierungen können die psychische Gesundheit und das psychosoziale Wohlergehen aller Betroffenen verbessern, indem sie eine auf Rechten basierende psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung in humanitäre und Notfallmaßnahmen integrieren (294). Die Gesetzgebung kann dazu beitragen, dass in Notfällen, z. B. bei Konflikten, Katastrophen, Pandemieausbrüchen und anderen komplexen Situationen, angemessene Unterstützung zur Verfügung steht. Die Länder werden nachdrücklich aufgefordert, ihre Bemühungen zur Deinstitutionalisierung in Notfällen fortzusetzen und zu beschleunigen und unverzüglich Maßnahmen zu ergreifen, um Menschen in Einrichtungen in alle Evakuierungs-, humanitären Hilfs- und Wiederherstellungsmaßnahmen einzubeziehen (295-297).

In einigen Ländern erhalten Flüchtlinge und Asylbewerber möglicherweise auch eine unangemessene psychosoziale Versorgung und Unterstützung und beispielsweise nicht die gleiche Abdeckung oder Qualität der Dienste wie die Bürger des Aufnahmelandes. Dies kann einer Diskriminierung gleichkommen und verstößt gegen Artikel 12 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte (ICESCR), der "das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit" anerkennt. Der Gesetzgeber kann festlegen, dass Migranten, Flüchtlinge und Asylbewerber Anspruch auf die gleiche psychische Gesundheitsversorgung haben wie alle Bürger.

Die Länder sollten die psychische Gesundheit auch bei der Ausarbeitung von Gesetzen für die Zeit nach Konflikten berücksichtigen.

39 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Die Systeme der psychischen Gesundheit gewährleisten die Verfügbarkeit und Kontinuität personenzentrierter und rechtbasierter Maßnahmen der psychischen Gesundheit und der psychosozialen Unterstützung in Notfallsituationen in verschiedenen Sektoren.
- Die psychische Gesundheit und die psychosoziale Unterstützung in Notsituationen umfassen verschiedene Ebenen der Unterstützung, einschließlich des gleichberechtigten Zugangs zur Grundversorgung und zur Sicherheit, der Stärkung des sozialen Zusammenhalts, der Unterstützung der Gemeinschaft und der Familie sowie der Einzel-, Familien- und Gruppeninterventionen.
- Bei Maßnahmen der psychischen Gesundheit und der psychosozialen Unterstützung in Notsituationen werden die Menschenrechte geachtet und die Rechte der Dienstleistungsnutzer gefördert und geschützt.
- Die Systeme der psychischen Gesundheit gewährleisten und bieten Migranten, Asylbewerbern, Flüchtlingen und Staatenlosen hochwertige psychosoziale Dienste und damit verbundene Leistungen.
- Migranten, Asylbewerber, Flüchtlinge und Staatenlose haben Zugang zu psychosozialen Diensten und Unterstützung sowie zu Behandlung und Versorgung, die qualitativ gleichwertig sind mit den psychosozialen Diensten und damit zusammenhängenden Diensten, die Inländern zur Verfügung gestellt werden.
- Die psychosozialen Gesundheitssysteme stellen sicher, dass die kulturelle Identität von Asylbewerbern, Flüchtlingen und Staatenlosen bei der Bereitstellung psychosozialer Dienste und damit zusammenhängender Dienste in vollem Umfang gewahrt wird.

2.6 Gewährleistung einer umfassenden und wirksamen Beteiligung an öffentlichen Entscheidungen

Das Menschenrecht auf Partizipation beinhaltet die direkte oder indirekte Beteiligung der Betroffenen an der öffentlichen Entscheidungsfindung über Gesetze, Politiken und Programme, an denen sie ein Interesse haben. Partizipation ist ein Schlüsselement guter Regierungsführung, da sie dazu beiträgt, bessere öffentliche Entscheidungen zu treffen und das Handeln der Regierung stärker an den tatsächlichen Erfahrungen derer auszurichten, denen sie dienen soll.

Die Umgestaltung der psychosozialen Gesundheitssysteme setzt voraus, dass alle Mitglieder der Gesellschaft als Träger von Rechten anerkannt werden und sichergestellt wird, dass alle Menschen mit Lebenserfahrung, einschließlich Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen, die Möglichkeit haben, dazu beizutragen, dass die psychosoziale Versorgung und Unterstützung ihren Bedürfnissen besser entspricht, und dass die Behörden für die Wahrung ihrer Rechte zur Rechenschaft gezogen werden.

In diesem Abschnitt werden wichtige gesetzliche Bestimmungen vorgeschlagen, die das Recht von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen auf Beteiligung an

allen öffentlichen Entscheidungsprozessen im Zusammenhang mit psychosozialen Systemen anerkennen und unterstützen. Diese Bestimmungen können in Behindertengesetze, Gesetze zur Bürgerbeteiligung sowie in allgemeine Gesundheitsgesetze und in bestehende Gesetze zur psychischen Gesundheit aufgenommen werden.

2.6.1 Anerkennung des Rechts auf aktive Beteiligung an der Entscheidungsfindung

Gemäß Artikel 4 Absatz 3 der CRPD sind die Regierungen verpflichtet, Menschen mit Behinderungen über die sie vertretenden Organisationen eng zu konsultieren und aktiv an Entscheidungsprozessen zu beteiligen, die sie betreffen. Dies schließt die Beteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen ein, unabhängig davon, ob sie sich als behindert bezeichnen oder nicht. Um dieser Verpflichtung im Zusammenhang mit der psychosozialen Versorgung nachzukommen, können die Staaten gesetzliche und regulatorische Rahmenbedingungen schaffen, die eine umfassende und wirksame Beteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Interessenvertretungen an öffentlichen Entscheidungen zu Themen wie psychosoziale Versorgung, Gesetzgebung, Politik, Strategien und Aktionspläne gewährleisten.

Der Gesetzgeber kann ausdrücklich vorschreiben, dass die staatlichen Behörden bei der Ausarbeitung, Umsetzung und Überwachung von Gesetzen und politischen Maßnahmen zur psychosozialen Versorgung und Unterstützung Menschen mit psychischen Problemen eng konsultieren und deren aktive Beteiligung sicherstellen. Dies kann offene Konsultationen und eine direkte Beteiligung von Menschen mit psychischen Problemen und ihren repräsentativen Organisationen beinhalten. Die Staaten sollten nicht verlangen, dass eine Organisation von Menschen mit eigener Erfahrung als juristische Person eingetragen ist, um an Konsultationsprozessen teilnehmen zu können (159).

Darüber hinaus können die Staaten gesetzliche Bestimmungen erlassen, die Organisationen von Menschen mit Erfahrungen einen Sitz z. B. in ständigen Ausschüssen für psychische Gesundheit, zeitweiligen Arbeitsgruppen oder Überwachungsgremien einräumen (siehe Abschnitt 2.7.2). Auf diese Weise können Betroffene nicht nur Feedback geben, sondern auch an der Festlegung von Prioritäten und Maßnahmen mitwirken.

Zur Erleichterung der Beteiligung und des sinnvollen Engagements kann der Gesetzgeber bei der Behandlung von Fragen der psychischen Gesundheit die Ansichten von Organisationen von Menschen mit eigener Erfahrung vorrangig berücksichtigen (298).

40 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Die Behörden beteiligen und konsultieren Personen mit eigener Erfahrung und deren repräsentative Organisationen aktiv und eingehend bei der Ausarbeitung, Umsetzung und Überwachung von Gesetzen und politischen Maßnahmen zur psychosozialen Versorgung und Unterstützung.
- Die Behörden beziehen Menschen, die Dienste in Anspruch nehmen, aktiv in die Planung, Erbringung und Bewertung von Programmen und Diensten zur psychosozialen Versorgung und Unterstützung ein und konsultieren sie eingehend.

- Die Konsultationsverfahren sind nach den Grundsätzen der Zugänglichkeit, des guten Glaubens, der Chancen und der Transparenz zu gestalten.
- Die Behörden erleichtern die Sensibilisierung, Schulung und Unterstützung, um die Einbeziehung und Beteiligung von Personen mit Lebenserfahrung zu maximieren.
- Es werden Strategien und Verfahren zur Gewährleistung der Beteiligung von Menschen mit Lebenserfahrung in einschlägigen Ausschüssen, Arbeitsgruppen und Überwachungsorganen, einschließlich einer angemessenen Finanzierung und Vergütung, festgelegt.
- Die Eintragung als juristische Person sollte keine Voraussetzung für die Teilnahme von Organisationen von Menschen mit Erfahrungen an Konsultationsprozessen sein.

2.6.2 Durchführung von zugänglichen und fairen Konsultationen

Es reicht nicht aus, einfach nur das Recht von Menschen mit Lebenserfahrung auf Beteiligung an Entscheidungsprozessen anzuerkennen; Konsultationsprozesse müssen zugänglich und fair sein und garantieren, dass ihre Stimmen gehört werden.

Der Gesetzgeber kann angemessene und transparente Verfahren für die Konsultation von Menschen mit Behinderungen bei Entscheidungsprozessen in den verschiedenen Bereichen und auf den verschiedenen Ebenen der Regierung vorschreiben. So kann der Gesetzgeber beispielsweise Anforderungen an die Zugänglichkeit und Transparenz festlegen und die Grundsätze von Treu und Glauben, gegenseitigem Respekt und sinnvollem Dialog vorsehen.

Die Länder können Gesetze erlassen, die sicherstellen, dass die Ansichten von Menschen mit Lebenserfahrung gebührend berücksichtigt und nicht nur als Alibi für Konsultationen herangezogen werden (299). Zu diesem Zweck kann die Gesetzgebung vorschreiben, dass die Ergebnisse der Konsultationen berücksichtigt werden und sich in den getroffenen Entscheidungen widerspiegeln, und darüber hinaus über die Ergebnisse der Konsultationen informieren und öffentliche Entscheidungen gebührend begründen. Konsultationen sollten die Intersektionalität berücksichtigen und darauf abzielen, die Repräsentation von

Die Konsultationen sollten die Intersektionalität berücksichtigen und darauf abzielen, die Vielfalt der Personen mit Lebenserfahrung, insbesondere der Opfer und Überlebenden von Menschenrechtsverletzungen im psychosozialen System, zu vertreten. Als Anerkennung für ihre Zeit und ihr Fachwissen im Rahmen der Konsultationen könnten Teilnehmer mit Lebenserfahrung für ihre Beiträge entschädigt und für alle direkten Kosten, wie z. B. Auslagen im Zusammenhang mit der Teilnahme, entschädigt werden. Zwar gibt es in dieser Hinsicht vielversprechende Praktiken, doch befinden sie sich noch im Anfangsstadium und bedürfen weiterer Diskussionen.

41 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Die Konsultationen beruhen auf den Grundsätzen der Transparenz, der gegenseitigen Achtung, des sinnvollen Dialogs und des echten Willens, einen Konsens zu erzielen.
- Niemand darf aufgrund von diskriminierenden Kriterien wie Behinderung, Rasse, Geschlecht, Geschlechtsidentität oder -ausdruck, sexueller Orientierung, Geschlechtsmerkmalen, Herkunft, Meinung, Migration oder sonstigem Status von der Teilnahme an Konsultationen ausgeschlossen werden.

- Die Behörden gewährleisten die Zugänglichkeit aller Einrichtungen und Verfahren im Zusammenhang mit öffentlichen Entscheidungsprozessen und Konsultationen.
- Einladungen und Unterlagen für Konsultationen werden so weit wie möglich im Voraus verschickt, damit die Teilnehmer Vorkehrungen für die Teilnahme treffen und sich angemessen vorbereiten können.
- Bei allen Dialog- und Konsultationsprozessen sind angemessene Vorkehrungen zu treffen.
- Kindern mit Lebenserfahrung wird behinderungs- und altersgerechte Unterstützung gewährt, damit sie an Entscheidungsprozessen teilnehmen können.

2.7 Sicherstellung der Rechenschaftspflicht

Die Rechenschaftspflicht ist von entscheidender Bedeutung, um sowohl Effizienz als auch einen menschenrechtsbasierten Ansatz in der psychosozialen Versorgung zu gewährleisten. Sie verpflichtet die Pflichtenträger, die Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen, transparent zu sein und den Betroffenen Rede und Antwort zu stehen sowie sicherzustellen, dass geeignete Korrektur- und Abhilfemaßnahmen ergriffen werden (300). Wenn die psychosozialen Systeme gegenüber den Menschen, die die Dienste in Anspruch nehmen, rechenschaftspflichtig sind, trägt dies dazu bei, die Kohärenz und Leistungsfähigkeit mit einem rechtbasierten Ansatz sicherzustellen.

In diesem Abschnitt werden gesetzliche Bestimmungen vorgeschlagen, die die Rechenschaftspflicht innerhalb der psychosozialen Gesundheitssysteme sicherstellen und durchsetzen. Die meisten dieser Bestimmungen könnten in allgemeine Gesundheitsgesetze, Patientenrechtegesetze, Behindertengesetze oder in bestehende Gesetze zur psychischen Gesundheit aufgenommen werden.

2.7.1 Informationssysteme

Informationssysteme können gewährleisten, dass sowohl der Zugang zu Informationen als auch die Privatsphäre geschützt sind. Die Regierungen sind verpflichtet, Informationen von öffentlichem Interesse proaktiv in den öffentlichen Bereich zu stellen und einen einfachen, raschen, effektiven und praktischen Zugang zu ihnen zu gewährleisten (301). Dies ist wichtig für die Rechenschaftspflicht und Transparenz bei der Entscheidungsfindung sowie für die Stärkung der Rolle des Einzelnen als Informationsquelle und als aktiver Teilnehmer, der sich für Veränderungen einsetzt.

Der Gesetzgeber kann sicherstellen, dass psychosoziale Dienste Daten und Informationen sammeln, analysieren und verbreiten, um ihre eigene Leistung zu bewerten und verbesserungsbedürftige Bereiche zu ermitteln. Diese Daten können auch genutzt werden, um die sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit zu verstehen und die Integration in die Gemeinschaft zu fördern. Gleichzeitig können sie Einzelpersonen helfen, Zugang zu Informationen aus ihren eigenen Akten (siehe Abschnitt 2.1.5) sowie zu Informationen über die Entscheidungsfindung und -praxis von Behörden zu erhalten. In vielen Ländern können solche Anfragen über Anträge auf Informationsfreiheit gestellt werden.

Der WHO-Leitfaden für gemeindenahe psychosoziale Dienste: Förderung personenzentrierter und rechtbasierter Ansätze (2021) enthält eine Reihe von Indikatoren auf Bevölkerungs-, Dienstleistungs- und individueller Ebene, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitssektors (33). Darüber hinaus hat das OHCHR Menschenrechtsindikatoren zur CRPD

entwickelt, die das Verständnis und die Umsetzung der Bestimmungen der CRPD erleichtern und als Orientierungshilfe für Aktionen und Maßnahmen zur Umsetzung eines auf Rechten basierenden Systems der psychischen Gesundheit dienen können (302).

42 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Es sollten Daten über die Inanspruchnahme und das Spektrum psychosozialer Dienste erhoben, aufgeschlüsselt, zusammengestellt und verbreitet werden, auch in zugänglicher Form.
- Daten zu den sozialen Determinanten der Gesundheit sollten systemübergreifend in kohärenter Weise erhoben und im Einklang mit den Datenschutzbestimmungen verwendet werden.
- Jede Person hat das Recht, Informationen anzufordern oder Dokumente einzusehen oder eine Kopie davon zu erhalten, die Behörden, Organe oder Dienste der öffentlichen psychischen Gesundheit betreffen.
- Informationen über die Entscheidungsfindung von Behörden in Bezug auf psychische Gesundheit und damit zusammenhängende Dienste sollten zur Verfügung gestellt werden, einschließlich der Transparenz der Gründe für Entscheidungen, der berücksichtigten Eingaben und Beiträge und der Beteiligung an der Entscheidungsfindung.
- Die Behörde für psychische Gesundheit entwickelt Indikatoren zur Messung und Bewertung der Leistung und der Auswirkungen der psychosozialen Systeme auf nationaler und subnationaler Ebene sowie der Fortschritte bei der Umsetzung personenzentrierter und menschenrechtsbasierter Ansätze.

2.7.2 Unabhängige Überwachungsstellen

Die Überwachung ist ein wichtiger Bestandteil der Rechenschaftspflicht. Die Staaten können über verschiedene Rahmenwerke zur Überwachung der Rechte von Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, verfügen, z. B. Nachprüfungsorgane für psychische Gesundheit, nationale Menschenrechtsinstitutionen, nationale Präventionsmechanismen und gemäß Artikel 33 Absatz 2 der CRPD geschaffene Organe.

Der Gesetzgeber kann das Mandat und die Zusammensetzung dieser Mechanismen festlegen, um die institutionelle, finanzielle und politische Unabhängigkeit zu gewährleisten. Die Regierungen sollten auch abwägen, ob sie einen Rahmen mit nationaler Zuständigkeit oder eine Reihe von Gremien auf lokaler, Bezirks- oder regionaler Ebene auf der Grundlage der bestehenden Verwaltungsgrenzen einrichten wollen. Um das Ziel der Abschaffung nicht freiwilliger Einweisung und Behandlung in psychosozialen Diensten voranzutreiben, ist es für die Staaten wichtig, die Funktionen der bestehenden Überwachungsorgane sowie der Gerichte, die solche Verfahren überwachen, zu überprüfen.

Die Funktionen dieser Mechanismen dürften von Land zu Land unterschiedlich sein und können in einigen Rechtsordnungen die Rolle des Gerichts eher ergänzen als ersetzen. Die folgenden Punkte sind jedoch wichtige Aufgaben für unabhängige Überwachungsstellen:

- Durchführung regelmäßiger und unangekündigter Inspektionen der öffentlichen und privaten psychosozialen Einrichtungen oder Dienste, soweit dies für erforderlich gehalten wird. Während dieser Besuche sollte uneingeschränkter Zugang zu allen Teilen des Gesundheitsdienstes und zu den

medizinischen Akten der Nutzer gewährt werden, und es sollte das Recht bestehen, jede in dem Dienst tätige Person unter vier Augen zu befragen.

- Regelmäßige Entgegennahme und Überprüfung von Kopien von Berichten über ungewöhnliche Vorfälle und Todesfälle aus psychosozialen Diensten, um eine Überprüfung der institutionellen Praktiken zu ermöglichen.
- Bereitstellung von Leitlinien zur Beseitigung von Zwang in psychosozialen Diensten und Überwachung der Umsetzung dieser Leitlinien.
- Sammlung von Daten und Statistiken über die Leistungserbringung, z. B. über die Dauer von Krankenhausaufenthalten, die Anwendung bestimmter Behandlungen und Interventionen, körperliche Komorbiditäten, Selbstmord und natürliche oder zufällige Todesfälle.
- Überwachung von Plänen zur Deinstitutionalisierung im Bereich der psychischen Gesundheit und der damit verbundenen sozialen Dienste.
- Überwachung der Behandlung und Unterstützung, die in der Gemeinschaft angeboten wird, z. B. durch Krisenreaktionsdienste und Entlastungsdienste.
- Überwachung der Praxis größerer, invasiver oder irreversibler Eingriffe; falls zulässig, sollte sichergestellt werden, dass diese nur mit freier und informierter Zustimmung durchgeführt werden; erforderlichenfalls sollten die Schutzmaßnahmen verstärkt werden.
- Führung von Registern psychosozialer Einrichtungen, die für ambulante und stationäre Behandlung zugelassen sind, und Festlegung und Durchsetzung von Qualitäts- und Menschenrechtsstandards für diese Zulassung.
- Vorschlag für verwaltungsrechtliche und finanzielle Sanktionen bei Verstößen gegen die gesetzlichen Bestimmungen, einschließlich des Entzugs der Zulassung und der Schließung.
- Er erstattet dem/den zuständigen Minister(n), der/die für psychosoziale Dienste verantwortlich ist/sind, direkt Bericht.
- Abgabe von Empfehlungen an den/die Minister im Hinblick auf erforderliche Verbesserungen, entweder durch Änderungen der Gesetzgebung oder des Verhaltenskodexes.
- Sensibilisierung für den menschenrechtsbasierten Ansatz in der psychischen Gesundheit und Unterstützung von Schulungsprogrammen zu diesem Zweck.
- Veröffentlichung der Ergebnisse in regelmäßigen Abständen, wie in der Gesetzgebung vorgesehen.
- Berichterstattung an regionale und internationale Menschenrechtsmechanismen über die Umsetzung der Menschenrechte im Kontext der psychischen Gesundheit.

Die Staaten bestimmen die Zusammensetzung und Anzahl der Vertreter dieser Mechanismen auf der Grundlage der ihnen zugewiesenen Aufgaben und der verfügbaren personellen und finanziellen Ressourcen. Angesichts der Art der Arbeit sollten sie unter anderem Personen mit eigener Erfahrung, insbesondere Opfer und Überlebende von Menschenrechtsverletzungen in psychosozialen Diensten, Personen mit unterschiedlicher beruflicher Erfahrung (z. B. in den Bereichen psychische Gesundheit, Menschenrechte, Rechts- und Sozialarbeit) sowie Anwälte aus der Gemeinschaft umfassen. Frauen und Vertreter von Minderheitengruppen sollten angemessen vertreten sein.

2.7.3 Durchsetzung wirksamer Rechtsmittel und Rechtsbehelfe

Derzeitige und ehemalige Nutzer von Diensten sollten das Recht haben, Beschwerden einzureichen und gerichtliche Verfahren einzuleiten, die sich auf jeden Aspekt der psychosozialen Versorgung beziehen, einschließlich Behandlung, Verhalten oder Führung. Es sollten wirksame Rechtsbehelfe zur Verfügung stehen, um gegen alle Menschenrechtsverletzungen vorzugehen, die im Zusammenhang mit solchen Diensten begangen werden, einschließlich Freiheitsentzug, Institutionalisierung und anderer Zwangspraktiken.

Der Gesetzgeber kann die Verfahren für die Einreichung, Untersuchung und Beilegung von Beschwerden regeln. Solche Mechanismen sollten zugänglich, einfach zu handhaben, zügig, transparent und wirksam sein. Informationen über Beschwerdeverfahren sollten an hervorgehobener Stelle verbreitet werden, damit alle Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, ihre Familienangehörigen und Anwälte über ihre Relevanz und Anwendbarkeit sowie darüber informiert sind, wie und wo sie eine Beschwerde einreichen können.

Die Beschwerdemechanismen und Untersuchungen sollten auf jeden Einzelnen eingehen und sein Geschlecht, sein Alter, seine Behinderung und seine Zugehörigkeit zu einer Randgruppe berücksichtigen, um zu gewährleisten, dass Opfer und Überlebende von Gewalt und Missbrauch in der Lage und bereit sind, sich sicher zu melden (303). Es sollten spezifische Maßnahmen, Schulungen und Anleitungen vorhanden sein, um das Anzeigen und Einreichen von Beschwerden zu ermöglichen und zu verhindern, dass diese von den Strafverfolgungsbehörden aufgrund von Vorurteilen, einschließlich solcher, die sich auf das Geschlecht, eine Behinderung oder das Alter beziehen, zurückgewiesen werden. Untersuchungen und anschließende Verfahren müssen in einem Umfeld durchgeführt werden, das Unterstützung und Vorkehrungen bietet, damit der Beschwerdeführer während des gesamten Prozesses ohne das Risiko einer erneuten Viktimisierung und Retraumatisierung teilnehmen kann.

Derzeitige und ehemalige Dienstleistungsnutzer sollten das Recht haben, einen persönlichen Vertreter oder einen Rechtsbeistand zu wählen und zu ernennen, der sie in allen Beschwerden oder Gerichtsverfahren vertritt. Kostenloser Rechtsbeistand kann gewährt werden, wenn die Beschwerde das Recht auf Rechtsfähigkeit, Freiheit, persönliche Integrität oder andere Grundrechte betrifft (siehe Abschnitt 2.8.2). Beschwerdeführer sollten außerdem in allen Phasen des Verfahrens Zugang zu Unterstützung und verfahrensrechtlichen Vorkehrungen haben, sofern dies erforderlich ist. Gegebenenfalls sollten die Beschwerdemechanismen Anonymität und Vertraulichkeit vorsehen.

Der Gesetzgeber kann auch dafür sorgen, dass Beschwerdeinstitute wie nationale Menschenrechtsinstitutionen oder Gerichte individuell zugeschnittene Rechtsmittel zur Verfügung stellen, die Wiedergutmachung und Entschädigung für den erlittenen Schaden beinhalten. Neben dem Zugang zu angemessener Betreuung und Dienstleistungen sollten Opfer und Überlebende Anspruch auf Wiedergutmachung, Entschädigung, Rehabilitation und Garantien der Nichtwiederholung haben (304). Die Entscheidungen, die sich aus diesen Mechanismen ergeben, sollten auch in einer zugänglichen Sprache und in einem zugänglichen Format abgefasst werden, und Kopien sollten den Nutzern der Dienste und ihren Anwälten ausgehändigt werden. Bei der Veröffentlichung von Beschwerdeentscheidungen sollte das Recht auf Privatsphäre von Beschwerdeführern und Dritten angemessen berücksichtigt werden. Derzeitige und ehemalige Dienstleistungsnutzer sollten das Recht haben, Rechtsmittel einzulegen.

Darüber hinaus sollten die Staaten die Schaffung nationaler Rahmenregelungen für die Wiedergutmachung und sonstige Unterstützung von Opfern und Überlebenden von Menschenrechtsverletzungen in psychosozialen Diensten in Betracht ziehen. Solche

Rahmenbedingungen können die unabhängige Untersuchung von Menschenrechtsverletzungen, die Ermittlung der zugrunde liegenden Gerechtigkeitsprobleme, Sensibilisierungsmaßnahmen, formelle öffentliche Entschuldigungen und Wiedergutmachungen erleichtern (285).⁹ Alle Maßnahmen sollten unter aktiver Beteiligung von Personen mit eigener Erfahrung beschlossen und umgesetzt werden.

⁹ Für weitere Informationen siehe Leitlinien zur Deinstitutionalisierung, auch in Notfällen, CRPD/C/5, 2022.

43 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Jeder gegenwärtige oder ehemalige Nutzer eines psychosozialen Dienstes oder der von ihm benannte Vertreter hat das Recht, sich über Versäumnisse bei der Bereitstellung von Versorgung, Behandlung und Diensten zu beschweren bei: a) dem für den Dienst verantwortlichen Arzt oder der für den Dienst verantwortlichen psychosozialen Fachkraft und, falls er mit der Antwort nicht zufrieden ist, bei (b) an die Überwachungsstelle und, falls diese nicht zufriedenstellend antwortet, an: (c) die Gesundheitsbehörde - unbeschadet des Rechts der Person, einen Rechtsbehelf einzulegen.
- Jeder gegenwärtige oder frühere Nutzer eines Dienstes hat Anspruch auf einen gerichtlichen Rechtsbehelf gegen jede Verletzung seiner Rechte in einem psychosozialen Dienst.
- Die Beschwerdemechanismen gelten für Verletzungen individueller oder kollektiver Rechte in einem psychosozialen Dienst oder durch psychosoziales Personal.
- Den Nutzern der Dienste sind angemessene und verfahrensmäßige Vorkehrungen zu treffen und sie sind beim Zugang zu den Beschwerdeverfahren zu unterstützen.
- Derzeitige oder ehemalige Nutzer von Diensten erhalten unentgeltlichen Rechtsbeistand bei allen Beschwerden und Gerichtsverfahren, die die Rechtsfähigkeit, Freiheit, persönliche Integrität und andere Menschenrechte betreffen.
- Stirbt eine Person, die in einem psychosozialen Dienst behandelt wird, oder wird sie verletzt oder kommt es zu einem meldepflichtigen Zwischenfall, so ist unverzüglich eine unabhängige Untersuchung der Umstände des Todes, der Verletzung oder des Zwischenfalls durchzuführen.
- Die Richter, die über Beschwerden entscheiden, sorgen für angemessene Rechtsbehelfe, Wiedergutmachung und Entschädigung der Opfer.

2.7.4 Berufliche Verantwortung und Haftung

Diensteanbieter spielen eine wichtige Rolle bei der Umgestaltung der psychischen Gesundheit für alle und bei der Gewährleistung eines rechtsbasierten Ansatzes im gesamten System. Im Rahmen ihrer Rolle sind die Dienstleister verpflichtet, sowohl die Rechte der Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, als auch den bestehenden gesetzlichen Rahmen zu respektieren. Bei Gesetzesverstößen sollte der Gesetzgeber wirksame zivil-, verwaltungs- oder strafrechtliche Sanktionen und Entschädigungen vorsehen. Diese Sanktionen sollten der Schwere der Straftat, der Schwere des Schadens und den Umständen des Einzelfalls angemessen sein. Es liegt in der Verantwortung der einzelnen Länder, das in ihren nationalen Rechtsvorschriften vorgesehene System für gesundheitsbezogene und nicht gesundheitsbezogene Straftaten und Sanktionen festzulegen. Die Festlegung solcher Sanktionssysteme muss mit einer Aufklärung über die

Verantwortlichkeiten und Pflichten der Leistungserbringer, einschließlich der Angehörigen der Gesundheitsberufe, einhergehen, wobei die Notwendigkeit einer Menschenrechtsausbildung zu berücksichtigen ist (siehe Abschnitt 2.4.8).

Die Gesetzgebung zur Berufshaftung hat wichtige Auswirkungen auf die psychosoziale Versorgung. Während die Berufshaftung für ärztliche Kunstfehler dazu beitragen kann, dass Gesundheitsdienstleister einen angemessenen Versorgungsstandard einhalten und die Rechte der Menschen respektieren, kann eine unzureichende Haftungsregelung die Bemühungen zur Beseitigung von Zwangspraktiken in der psychosozialen Versorgung behindern. So kann beispielsweise die Haftung für Kunstfehler dazu führen, dass die Anbieter von Gesundheitsdiensten sich auf die Seite der Vorsicht schlagen und dadurch auf Zwangspraktiken zurückgreifen. Ebenso können sich Gesundheitsfachkräfte, die mit einer möglichen Haftung konfrontiert sind, dafür entscheiden, nicht mit Personen zu arbeiten, die als stark suizidgefährdet gelten, und so deren Zugang zu angemessenen psychosozialen Diensten und Hilfen beeinträchtigen.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass der Gesetzgeber Anreize für die Erbringung psychosozialer Dienste aus einer rechtsbasierten Perspektive schafft. In der Gesetzgebung zur Berufshaftpflicht und in anderen einschlägigen Gesetzen sollte klargestellt werden, dass Gesundheitsfachkräfte nicht für die Handlungen einer Person haftbar gemacht werden, wenn sie in gutem Glauben und im Einklang mit dem Gesetz evidenzbasierte, zwangsfreie Praktiken anwenden; auch sollten sie nicht für die Befolgung einer gültigen Patientenverfügung verantwortlich gemacht werden. Der Gesetzgeber kann jedoch klarstellen, dass die Sorgfaltspflicht auch dann gilt, wenn Angehörige der Gesundheitsberufe keine zwangsfreien Alternativen anbieten und daher für die Unterlassung dieser Alternativen verantwortlich gemacht werden sollten.

44 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Eine Gesundheitsfachkraft oder eine psychosoziale Fachkraft kann nicht für unvorhergesehene Folgen haftbar gemacht werden, die sich aus der Befolgung nationaler Verfahren zur Durchführung von evidenzbasierten Interventionen ohne Zwang ergeben.
- Eine medizinische Fachkraft oder eine psychosoziale Fachkraft haftet nicht für unvorhergesehene Folgen, die sich aus der Befolgung einer gültigen Patientenverfügung ergeben.

2.8 Sektorenübergreifende Reformen für eine ganzheitliche Leistungserbringung

Wie oben hervorgehoben, werden psychische Gesundheit und Wohlbefinden von zahlreichen sozialen, politischen, wirtschaftlichen und Umweltfaktoren beeinflusst und haben weitreichende Auswirkungen auf alle Aspekte des Lebens der Menschen. Aus diesem Grund

Systeme der psychischen Gesundheit allein nicht aus, um eine echte Veränderung im Leben der Menschen die unter psychischen Problemen leiden (33). Reformen sind in mehreren Rechtsbereichen erforderlich, um die Ursachen von psychischen Störungen, Traumata und Krisen zu bekämpfen, zu denen Folgendes gehört

- Rassismus und Fremdenfeindlichkeit

- Sexismus, Homophobie und Transphobie
- Behindertenfeindlichkeit
- Altersdiskriminierung
- Missbrauch, Trauma oder Vernachlässigung in der Kindheit
- Gewalt, Missbrauch und Verbrechen, einschließlich Mobbing und geschlechtsspezifischer Gewalt
- Armut, Ernährungsunsicherheit und soziale Benachteiligung
- schlechte Qualität der Gesundheitsversorgung
- Arbeitslosigkeit und Mangel an menschenwürdiger Arbeit
- Obdachlosigkeit oder unzureichende Wohnverhältnisse
- schlechte Verkehrsinfrastruktur
- fehlende kommunale Unterstützung für Menschen mit Behinderungen und Betreuer
- Klimawandel.

Die Durchführung solcher Reformen liegt in der Verantwortung verschiedener staatlicher Sektoren und Behörden, darunter die in den Bereichen Infrastruktur, Bildung, Gesundheit, Beschäftigung, Wohnungswesen, Sozialdienste, Sozialschutz und Umwelt tätig sind, Justiz und Umwelt. Ohne ein Engagement auf hoher Ebene zur Bewältigung der sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit anzugehen, werden die Auswirkungen von Investitionen in diese Bereiche immer begrenzt und nicht nachhaltig sein.

Die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit kann dazu beitragen, eine sektorübergreifende Koordinierung sicherzustellen, damit Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, die Unterstützung erhalten, die sie von anderen Sektoren benötigen. Viele Menschen, die unter psychischen Problemen leiden leben in Armut, haben geringere Bildungs- und Beschäftigungschancen und werden diskriminiert in Bezug auf Wohnraum, Sozialschutz und Zugang zur Justiz diskriminiert. Daher ist es wichtig, psychosoziale Dienste zu entwickeln zu entwickeln, die sich intensiv mit diesen wichtigen Lebensfragen befassen und sicherstellen, dass alle nichtmedizinischen sozialen Bedürfnisse gleichzeitig unterstützt werden (33).

In diesem Zusammenhang werden in diesem Abschnitt wichtige gesetzliche Bestimmungen vorgeschlagen, die sich mit der Schnittstelle zwischen psychischer Gesundheit und anderen Sektoren befassen. Wie oben hervorgehoben, sind jedoch weitere Gesetzesreformen erforderlich, um alle sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit zu berücksichtigen.

2.8.1 Förderung der Eingliederung in die Gemeinschaft

Unabhängig zu leben und in die Gemeinschaft eingebunden zu sein ist ein Menschenrecht, das die meisten Menschen als selbstverständlich ist. Vielen Menschen wird dieses Recht jedoch systematisch vorenthalten, entweder weil sie in einer Einrichtung leben oder weil sie keine angemessene Unterstützung haben, um am sozialen und öffentlichen Leben teilzunehmen.

Artikel 19 der CRPD erkennt das gleiche Recht für alle Menschen mit Behinderungen an, einschließlich Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen, das gleiche Recht, in der Gemeinschaft zu leben und die gleichen Wahlmöglichkeiten wie anderen. Sie

fordert die Regierungen auf, wirksame und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um allen Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts zu ermöglichen. dieses Rechts für alle Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen sowie ihre vollständige Eingliederung und Teilhabe an der Gemeinschaft. Die meisten der dafür erforderlichen Maßnahmen fallen nicht in den Bereich der psychosozialen Dienste und beziehen sich auf andere Sektoren und Programme. Nichtsdestotrotz ist es wichtig zu erkennen, dass Gesetze, Politiken und Programme zur psychischen Gesundheit häufig ein eigenständiges Leben und die und die Eingliederung in die Gemeinschaft behindert haben, indem sie die Wahlmöglichkeiten und den Zugang zu Diensten in der Gemeinschaft einschränken. Dies hat dazu geführt Dies hat in der Vergangenheit zu institutioneller Versorgung, Isolation, Segregation und der Aufrechterhaltung von Stigmatisierung und Diskriminierung gegen Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen. Psychosoziale Gesundheitssysteme sollten daher als wesentliche Ziele die Ziele wie Eingliederung in die Gemeinschaft und unabhängige Lebensführung priorisieren und proaktiv zu deren Umsetzung beitragen.

In den folgenden Unterabschnitten werden gesetzliche Bestimmungen mit diesen Zielen vorgeschlagen. Viele dieser Bestimmungen können in der Gesetzgebung zu Behinderung, Sozialfürsorge, lokaler Entwicklung oder Sozialschutz verankert werden und sollten durch umfassendere gesetzgeberische Bemühungen zur Umsetzung von Artikel 19 der CRPD ergänzt werden.

Anerkennung des Rechts auf ein unabhängiges Leben und auf Eingliederung in die Gemeinschaft

Verabschiedung gesetzlicher Maßnahmen zur Anerkennung des Rechts von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen auf ein unabhängiges Leben und die Teilhabe an der Gemeinschaft anzuerkennen, sind ebenfalls wichtig, einschließlich Bestimmungen, die sicherstellen, dass die Menschen wählen können, wo und mit wem sie leben, und dass sie nicht gezwungen werden dürfen in eine bestimmte Wohnform wie eine psychiatrische Einrichtung oder eine Sozialeinrichtung gezwungen werden.

Die Verwirklichung des Rechts auf ein unabhängiges Leben und auf Einbeziehung in die Gemeinschaft sollte eine sektorübergreifende Verantwortung sein. Die psychosozialen Systeme sind verpflichtet, dieses Recht zu respektieren und zu schützen und darüber hinaus positive Maßnahmen zu ergreifen, um die Wahrnehmung dieses Rechts zu gewährleisten. Die ausdrückliche Anerkennung dieses Rechts ist nicht nur eine grundlegende Bedingung für die Einklagbarkeit dieses Rechts, sondern auch eine Möglichkeit für Gemeinschaften, alternative Dienste und Unterstützung für ihre Mitglieder zu suchen und zu entwickeln. Unterstützung für ihre Mitglieder zu suchen und zu entwickeln, die in der Gemeinschaft angesiedelt sind.

Die Gesetzgebung kann auch den Zugang zu gemeindenahen Diensten und Unterstützung außerhalb des Gesundheitssystems erleichtern. In Israel beispielsweise sieht das Gesetz zur Rehabilitation von Personen mit geistigen Behinderungen in der Gemeinschaft aus dem Jahr 2000 ein Paket von Dienstleistungen und Programmen vor, das Wohnen, Beschäftigung, Erwachsenenbildung Sozial- und Freizeitaktivitäten, Unterstützung für Familien, zahnärztliche Versorgung und Fallmanagement. Die Gesetzgebung kann darüber hinaus sicherstellen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen bei der Nutzung von Diensten, Programmen oder Einrichtungen in der Gemeinschaft nicht diskriminiert werden.

45 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen haben das Recht, unabhängig zu leben und in die Gemeinschaft einbezogen zu werden, wobei sie die gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere haben.
 - Die Bereitstellung psychosozialer Dienste ist so zu gestalten, dass sie den Dienstleistungsnutzern das Leben, die Arbeit und die aktive Teilhabe an der Gemeinschaft erleichtern und sie dabei in ihren Entscheidungen gleichberechtigt mit anderen unterstützen.
 - Das Sozialministerium und andere damit verbundene Ministerien führen eine Reihe von gemeindenahen Diensten und Programmen zur Unterstützung der Unabhängigkeit und der Eingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen in die Gemeinschaft ein und finanzieren sie angemessen. Diese Dienste und Programme sind so zu gestalten, dass die Nutzer der Dienste die Wahl und die Kontrolle über die Versorgung und Unterstützung, die sie erhalten, selbst in die Hand nehmen können.
-

Multisektorale Koordinierung und Maßnahmen für die psychische Gesundheit

Der Mangel an Unterstützung und Diensten in der Gemeinschaft sowie die kritische Lücke bei der Berücksichtigung der sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit, sind die Hauptgründe für die Einweisung in eine Einrichtung. Die Fragmentierung der Unterstützung und Dienstleistungen und insbesondere die strikte Trennung zwischen Gesundheits- und Sozialfürsorge führt häufig dazu, dass einige Menschen, insbesondere vor allem solche, die zu benachteiligten oder marginalisierten Gruppen gehören, oft zurückgelassen werden.

Aufgrund des bestehenden Zusammenhangs zwischen psychischen Erkrankungen und Benachteiligungen, einschließlich Armut, Arbeitslosigkeit und Obdachlosigkeit (305), haben viele Länder Programme entwickelt, die darauf abzielen diese Probleme durch ihre psychischen Gesundheitssysteme anzugehen (10, 306, 307). Viele dieser Programme sind erfolgreich; Es besteht jedoch immer die Gefahr, dass die im Gesundheitssystem verankerten Interventionen von einem medizinisch geprägten Ansatz durchdrungen mit einem medizinisch geprägten Ansatz durchgesetzt sind. Darüber hinaus sind diese Dienste in vielen Fällen isoliert, und obwohl sie dringenden Unterstützungsbedarf lösen können, aber nicht die aktive Beteiligung von Menschen mit psychischen psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen an allen Bereichen des Gemeinschaftslebens.

Ein Eckpfeiler eines psychosozialen Gesundheitssystems, das auf Wahlfreiheit und Menschenrechten beruht, ist das Vorhandensein einer Reihe von Dazu gehören unter anderem Programme in den Bereichen Wohnen, Beschäftigung und Sozialschutz, Beschäftigung und Sozialschutz sowie Kinderschutzdienste und Unterstützungsdienste für Überlebende von Gewalt. Sie sollten von den jeweiligen Sektoren angeboten werden und eine Perspektive des Rechts auf Gesundheit beinhalten. Unter Auf diese Weise werden psychische Gesundheit und Wohlbefinden in der gesamten Arbeit des Staates geschützt und gefördert, und Programme und Initiativen aus verschiedenen Sektoren können dazu beitragen, eine Gesellschaft zu schaffen, die psychische Gesundheit und Wohlbefinden wertschätzt, die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden schätzt, fördert und unterstützt und die psychosoziale Vielfalt anerkennt.

Das Gesetz kann dazu beitragen, die sektoralen Zuständigkeiten, Mechanismen für die Zusammenarbeit und Koordinierungsstrukturen zu präzisieren Koordinierungsstrukturen zu definieren, um einen ganzheitlichen Ansatz für die psychische Gesundheit umzusetzen. Zusammenarbeit und Koordination über Sektoren sind für einen systemischen Wandel von entscheidender Bedeutung, da kein Sektor allein mit den sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit umgehen kann. Eine Rechtsreform kann dazu beitragen, die Koordination und die Maßnahmen zu erleichtern die notwendig sind, um sicherzustellen, dass alle Sektoren - einschließlich Gesundheit, Bildung, Wohnen, Behinderung, Arbeit und Sozialfürsorge - auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten.

Darüber hinaus kann die Gesetzgebung dazu beitragen, die Rolle des Gesundheitssektors in Bezug auf die nicht erfüllten nichtmedizinischen Bedürfnisse von Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen. Der Gesetzgeber kann dazu beitragen, dass die Menschen an folgende Stellen verwiesen werden an andere Unterstützungs- und Sozialdienste verwiesen werden, die eine angemessene Weiterbehandlung und Überwachung gewährleisten. Multisektorale Koordination bei sektorübergreifende Koordination bei der Bereitstellung ganzheitlicher Versorgung und Unterstützung kann dazu beitragen, besser auf die sich ändernden Bedürfnisse und Ziele der Menschen zu reagieren Ziele zu reagieren, die Übergänge in der Betreuung zu verbessern und die verfügbaren Ressourcen zu maximieren. Die Einbeziehung von Durchführungs- und Überwachungsgremien, die gemäß Artikel 33 der CRPD geschaffen wurden, kann dazu beitragen, einen Paradigmenwechsel in der Pflege und Unterstützung.

- Die Gesundheitsbehörde leitet einen Prozess zur Reform des psychosozialen Versorgungssystems ein, um ein gemeindenahes Versorgungsmodell einzuführen. Die Ressourcen von psychiatrischen Einrichtungen und Krankenhäusern werden schrittweise auf gemeindenahe psychosoziale Dienste umgeschichtet.
- Die psychosoziale Versorgung erfolgt in erster Linie auf Gemeindeebene und nicht in stationären Einrichtungen, um zu vermeiden, dass die Menschen aus ihren Gemeinschaften entfernt werden, und um ihre Genesung und soziale Eingliederung zu erleichtern.
- Die Einrichtung und Entwicklung von personenzentrierten und rechtebasierten gemeindenahen psychosozialen Zentren, Krisenreaktionsdiensten, gemeindenahen aufsuchenden Diensten, Peer-Unterstützungsdiensten und anderen gemeindenahen Diensten und Unterstützungsangeboten ist vorrangig zu behandeln.
- Die stationäre Versorgung in allgemeinen Krankenhäusern darf nur dann erfolgen, wenn sie einen größeren therapeutischen Nutzen bietet als Interventionen, die im häuslichen Umfeld, in der Gemeinschaft oder im sozialen Umfeld erbracht werden können, und auf der Grundlage der freien und informierten Zustimmung der betroffenen Person.
- Die psychosozialen Dienste sind personenzentriert und orientieren sich an den Grundsätzen der Genesung, der Teilhabe, der Einbeziehung in die Gemeinschaft, des zwangsfreien Vorgehens und der Achtung der Geschäftsfähigkeit.
- Die psychosozialen Dienste arbeiten mit anderen Sektoren zusammen, um einen ganzheitlichen Ansatz zu verfolgen und den Zugang zu sozialen Diensten und Unterstützung zu erleichtern.

Integration von Peer-geführten und Peer-geleiteten Diensten

Die Einbeziehung von Peers in die Bereitstellung von Unterstützung ist ein Prüfstein für die Umgestaltung der psychischen Gesundheitssysteme: Menschen mit eigener Erfahrung bringen Verständnis, Vertrauen und Hoffnung in die Dienste ein. Peer-Unterstützungsdienste können dem Einzelnen dabei helfen, Gesundheit, Wohlbefinden und soziale Eingliederung zu erlangen und zu erhalten und das psychische Gesundheits- und Sozialsystem effizienter zu steuern (284). Je nach Landeskontext kann die Einbindung von Peers viele Formen annehmen, von Peer-Support-Spezialisten bis hin zu unabhängigen, von Peers geleiteten Diensten.

Auch wenn von Peers geleitete und von Peers betriebene Dienste nicht allein in den Zuständigkeitsbereich des Gesundheitssektors fallen, kann der Gesetzgeber dazu beitragen, sie zu schaffen und in die psychische Gesundheit und die damit verbundenen sozialen Systeme zu integrieren und ein günstiges Umfeld für ihre Einrichtung und ihr nachhaltiges Funktionieren zu schaffen. Häufig stoßen Peer-Dienste auf Hindernisse beim Zugang zu und bei der Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung, da ihre Bedeutung nicht ausreichend bekannt ist. Sie stoßen möglicherweise auf Hindernisse bei der Erlangung von Akkreditierungen und Betriebsgenehmigungen aufgrund teurer und bürokratischer Verfahren, und ihre Arbeit kann durch Vorschriften zum Sicherheitsmanagement eingeschränkt werden, die sie dazu zwingen können, Menschen, die als Risiko für sich selbst oder andere gelten, nicht aufzunehmen. In dieser Hinsicht

kann die Gesetzgebung dazu beitragen, all diese rechtlichen Hindernisse zu beseitigen, um die Einrichtung und das dauerhafte Funktionieren der Peer-Unterstützung zu erleichtern.

Die Gesetzgebung kann auch die Entwicklung von Peer-Support-Diensten unterstützen, indem sie deren Finanzierung regelt.

Deinstitutionalisierung

Die Deinstitutionalisierung ist ein wichtiger Aspekt bei der Umgestaltung der psychischen Gesundheitssysteme. Sie beinhaltet die Schließung aller Formen von Einrichtungen, einschließlich psychiatrischer Einrichtungen und damit verbundener sozialer Betreuungseinrichtungen, und deren Ersetzung durch integrative gemeindenahere Unterstützungssysteme und allgemeine Dienste, wie gemeindenahere Dienste, Einkommensunterstützung, Wohnhilfe, Peer-Unterstützung und andere Unterstützungsnetze (10, 285).

In einigen Ländern wurden die Prozesse der Deinstitutionalisierung im Bereich der psychischen Gesundheit durch Gesetze eingeleitet oder verstärkt. In Italien verstärkte das bereits erwähnte Basaglia-Gesetz den in den 1960er Jahren eingeleiteten Deinstitutionalisierungsprozess, indem es den Bau neuer psychiatrischer Krankenhäuser und die Aufnahme neuer Patienten in bestehende Krankenhäuser verbot. In jüngerer Zeit verbot die Gesetzgebung in Argentinien, Mexiko und Uruguay die Schaffung neuer psychiatrischer Einrichtungen in dem Bestreben, die psychische Gesundheit in die Gemeinden zu verlagern (164, 286, 287).

Der Gesetzgeber kann die Verabschiedung von Aktionsplänen zur Deinstitutionalisierung mit klaren Zeitvorgaben und Zuständigkeiten sowie konkreten Benchmarks und Haushaltslinien fördern. Strategien zur Deinstitutionalisierung erfordern einen regierungsübergreifenden Ansatz und die direkte Einbeziehung von Personen mit Lebenserfahrung, insbesondere von Überlebenden der Institutionalisierung (288). Ein ausdrückliches Verbot der Institutionalisierung kann als wichtiges Abschreckungsmittel gegen die Transinstitutionalisierung oder die Verlegung von Personen von einer Einrichtung in eine andere unter dem Vorwand der Deinstitutionalisierung dienen. Bestimmungen, die eine Institutionalisierung erleichtern oder ermöglichen, sollten ebenfalls abgeschafft werden.

Zu den für die Deinstitutionalisierung erforderlichen gesetzgeberischen Maßnahmen kann die Verpflichtung gehören, den Zugang zu den notwendigen gemeindenaheren Diensten und Netzwerken zu gewährleisten, um das Recht auf ein unabhängiges Leben und die Einbeziehung in die Gemeinschaft zu verwirklichen (siehe Abschnitt 2.8.1). Die gesetzliche Anerkennung ihres Rechts auf Rechtsfähigkeit, Gleichheit und Nichtdiskriminierung, Zugang zur Justiz sowie Freiheit und Sicherheit der Person sind ebenfalls Voraussetzungen für eine vollständige Eingliederung.

Die Regierungen sollten einen personenzentrierten Ansatz verfolgen, so dass gemeindenahere Dienste und individuelle Unterstützung vorhanden sind, um Menschen, die Einrichtungen verlassen, aufzunehmen. Die Erfahrung zeigt, dass schlecht durchdachte und mit zu wenig Mitteln ausgestattete Deinstitutionalisierungsprozesse kontraproduktiv sein und den Menschenrechten schaden können (289).

Die Gesetzgebung kann auch die Schaffung von Mechanismen zur Wiedergutmachung und Entschädigung von Überlebenden der Institutionalisierung erleichtern und die Verfügbarkeit von wirksamen Rechtsmitteln gegen die Institutionalisierung garantieren (siehe Abschnitt 2.7.3) (290).

Der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat Leitlinien für die Deinstitutionalisierung, auch in Notfällen, herausgegeben (285), die die Länder bei ihren Bemühungen um die Verwirklichung des Rechts von Menschen mit Behinderungen auf ein unabhängiges Leben und auf Einbeziehung in die Gemeinschaft anleiten und unterstützen und als Grundlage für die Planung von Deinstitutionalisierungsprozessen und die Verhinderung von Institutionalisierung dienen sollen.

Umverteilung der finanziellen und personellen Ressourcen

Die Deinstitutionalisierung und die Entwicklung solider gemeindenaher psychosozialer Dienste erfordert mehr als nur die Verlegung von Menschen in die Gemeinschaft. Sie erfordern eine angemessene personenzentrierte und rechthebasierte gemeindenahe Unterstützung und Dienste, für die eine Umverteilung der öffentlichen Mittel von den Einrichtungen auf die Gemeinschaft erforderlich ist. Der WHO-Atlas zur psychischen Gesundheit 2020 berichtet, dass über 70 % der Budgets für psychische Gesundheit in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen und 35 % in Ländern mit hohem Einkommen für psychiatrische Kliniken verwendet werden (45). Analysen haben auch gezeigt, dass die Kosten für Krankenhausaufenthalte oft höher sind als die Kosten für eine "gleichwertige" Behandlung, Versorgung und Unterstützung in der Gemeinde (33). In diesem Zusammenhang kann die Gesetzgebung dazu beitragen, die Umverteilung finanzieller und personeller Ressourcen von den Einrichtungen auf die gemeindenahen Dienste zu unterstützen.

Der Gesetzgeber kann finanzielle Anreize für die Entwicklung personenzentrierter und rechthebasierter gemeindenaher psychosozialer Dienste schaffen und sie für die stationäre Langzeitversorgung oder für Dienste, die von psychiatrischen und sozialen Einrichtungen erbracht werden, verringern oder abschaffen. Finanzielle Anreize können auch dazu beitragen, Zwangspraktiken wie Isolation und Zwangsmaßnahmen abzuschaffen (33).

Die Gesetzgebung kann auch dazu beitragen, Verzerrungen zu korrigieren, die durch die Krankenversicherungen entstehen. So kann es beispielsweise vorkommen, dass Krankenversicherungen psychosoziale Maßnahmen, gemeindenahe Dienste, stationäre Dienste, Dienste für Drogenabhängige oder Behandlungen im Zusammenhang mit Selbstmordversuchen oder selbst zugefügten Verletzungen nicht abdecken. Wenn eine Versicherung zwar Medikamente, nicht aber Therapien abdeckt (wobei erstere weniger kostspielig sind als letztere), wird ein perverser Anreiz geschaffen, die pharmakologische Behandlung der Therapie vorzuziehen. Wenn die Krankenkassen nur stationäre Leistungen finanzieren, ist die Chance gering, dass gemeindenahe Dienste entwickelt werden. Weitere Fehlanreize sind fallbezogene Zahlungen oder Erstattungen für stationäre Aufenthalte, aber eine Pro-Kopf-Finanzierung für gemeindenahe psychosoziale Dienste.

Es ist wichtig, dass verschiedene Arten von Maßnahmen abgedeckt werden, um eine hochwertige Versorgung zu gewährleisten.

40 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

© Die Gesundheitsbehörde überprüft in Abstimmung mit anderen relevanten Sektoren die Finanzierungs- und Erstattungsmechanismen im Gesundheits- und Sozialfürsorgesektor, um finanzielle Anreize für die Entwicklung personenzentrierter und auf Rechten basierender gemeindenaher psychosozialer Dienste zu schaffen.

- Die Gesundheitsbehörde weist den gemeindenahen Diensten innerhalb der verschiedenen Sektoren und sektorübergreifend im Rahmen von Deinstitutionalisierungsprozessen neue Haushaltsmittel zu.
- Die Gesundheitsbehörde beschließt in Abstimmung mit anderen einschlägigen Sektoren detaillierte Pläne und Spezifikationen für die schrittweise Umschichtung von Mitteln von Institutionen auf personenzentrierte und rechtbasierte gemeindenahe psychosoziale Dienste.
- Die Krankenversicherungssysteme sind zu überprüfen, um Anreize für die Bereitstellung von Behandlung und Unterstützung in personenzentrierten und rechtbasierten gemeindenahen psychosozialen Diensten zu schaffen.

Umsetzung in humanitären Kontexten und Notsituationen

Viele Menschen, die von Konflikten und humanitären Notsituationen betroffen sind, leiden unter Traumata und psychischen Problemen als Folge von belastenden Ereignissen wie Gewalt und Verlust sowie Armut, Diskriminierung, Überbelegung von Gefängnissen und Haftanstalten sowie Nahrungsmittel- und Ressourcenunsicherheit (291). Personen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen sind für diese negativen psychosozialen Auswirkungen besonders anfällig; die kumulativen Auswirkungen der strukturellen Diskriminierung und sozialen Ausgrenzung, mit denen sie konfrontiert sind, können ihren Zugang zu grundlegenden Bedürfnissen und Unterstützung einschränken. Dies gilt insbesondere für Menschen, die in Einrichtungen untergebracht sind, die sie während humanitärer Krisen oft nicht verlassen können und deren Situation in solchen Zeiten tendenziell restriktiver und prekärer wird. Die COVID-19-Pandemie hat beispielsweise gezeigt, dass neben dem

dass Menschen in psychiatrischen und sozialen Einrichtungen neben dem erhöhten Infektionsrisiko auch ein höheres Risiko der Einsperrung, der Übermedikation, der Minimierung menschlicher Kontakte, des Fehlens sozialer Besuche und der fehlenden Überwachung durch unabhängige Stellen aufweisen (292, 293).

Die Regierungen können die psychische Gesundheit und das psychosoziale Wohlergehen aller Betroffenen verbessern, indem sie eine auf Rechten basierende psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung in humanitäre und Notfallmaßnahmen integrieren (294). Die Gesetzgebung kann dazu beitragen, dass in Notfällen, z. B. bei Konflikten, Katastrophen, Pandemieausbrüchen und anderen komplexen Situationen, angemessene Unterstützung zur Verfügung steht. Die Länder werden nachdrücklich aufgefordert, ihre Bemühungen zur Deinstitutionalisierung in Notfällen fortzusetzen und zu beschleunigen und unverzüglich Maßnahmen zu ergreifen, um Menschen in Einrichtungen in alle Evakuierungs-, humanitären Hilfs- und Wiederherstellungsmaßnahmen einzubeziehen (295-297).

In einigen Ländern erhalten Flüchtlinge und Asylbewerber möglicherweise auch eine unangemessene psychosoziale Versorgung und Unterstützung und beispielsweise nicht die gleiche Abdeckung oder Qualität der Dienste wie die Bürger des Aufnahmelandes. Dies kann einer Diskriminierung gleichkommen und verstößt gegen Artikel 12 des Internationalen Pakts über bürgerliche und politische Rechte (ICESCR), der "das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit" anerkennt. Der Gesetzgeber kann festlegen, dass Migranten, Flüchtlinge und Asylbewerber Anspruch auf die gleiche psychische Gesundheitsversorgung haben wie alle Bürger.

Die Länder sollten die psychische Gesundheit auch bei der Ausarbeitung von Gesetzen für die Zeit nach Konflikten berücksichtigen.

41 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Die Systeme der psychischen Gesundheit gewährleisten die Verfügbarkeit und Kontinuität von auf die Person ausgerichteten und auf den Rechten basierenden Maßnahmen zur psychischen Gesundheit und psychosozialen Unterstützung in Notfallsituationen in verschiedenen Sektoren.
- Die psychische Gesundheit und die psychosoziale Unterstützung in Notsituationen umfassen verschiedene Ebenen der Unterstützung, einschließlich des gleichberechtigten Zugangs zur Grundversorgung und zur Sicherheit, der Stärkung des sozialen Zusammenhalts, der Unterstützung der Gemeinschaft und der Familie sowie der Einzel-, Familien- und Gruppeninterventionen.
- Bei Maßnahmen der psychischen Gesundheit und der psychosozialen Unterstützung in Notsituationen werden die Menschenrechte geachtet und die Rechte der Dienstleistungsnutzer gefördert und geschützt.
- Die Systeme der psychischen Gesundheit gewährleisten und bieten Migranten, Asylbewerbern, Flüchtlingen und Staatenlosen hochwertige psychosoziale Dienste und damit verbundene Dienstleistungen.
- Migranten, Asylbewerber, Flüchtlinge und Staatenlose haben Zugang zu psychosozialen Diensten und Unterstützung sowie zu Behandlung und Versorgung, die qualitativ gleichwertig sind mit den psychosozialen Diensten und damit zusammenhängenden Diensten, die Inländern zur Verfügung gestellt werden.
- Die psychosozialen Gesundheitssysteme stellen sicher, dass die kulturelle Identität von Asylbewerbern, Flüchtlingen und Staatenlosen bei der Bereitstellung psychosozialer Dienste und damit zusammenhängender Dienste in vollem Umfang gewahrt wird.

2. 6 Gewährleistung einer umfassenden und wirksamen Beteiligung an öffentlichen Entscheidungen

Das Menschenrecht auf Partizipation beinhaltet die direkte oder indirekte Beteiligung der Betroffenen an der öffentlichen Entscheidungsfindung über Gesetze, Politiken und Programme, an denen sie ein Interesse haben. Partizipation ist ein Schlüsselement guter Regierungsführung, da sie dazu beiträgt, bessere öffentliche Entscheidungen zu treffen und das Handeln der Regierung stärker an den tatsächlichen Erfahrungen derer auszurichten, denen sie dienen soll.

Die Umgestaltung der psychosozialen Gesundheitssysteme setzt voraus, dass alle Mitglieder der Gesellschaft als Träger von Rechten anerkannt werden und sichergestellt wird, dass alle Menschen mit Lebenserfahrung, einschließlich Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen, die Möglichkeit haben, dazu beizutragen, dass die psychosoziale Versorgung und Unterstützung ihren Bedürfnissen besser entspricht, und dass die Behörden für die Wahrung ihrer Rechte zur Rechenschaft gezogen werden.

In diesem Abschnitt werden wichtige gesetzliche Bestimmungen vorgeschlagen, die das Recht von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen auf Beteiligung an

allen öffentlichen Entscheidungsprozessen im Zusammenhang mit psychosozialen Systemen anerkennen und unterstützen. Diese Bestimmungen können in Behindertengesetze, Gesetze zur Bürgerbeteiligung sowie in allgemeine Gesundheitsgesetze und in bestehende Gesetze zur psychischen Gesundheit aufgenommen werden.

Anerkennung des Rechts auf aktive Beteiligung an der Entscheidungsfindung

Gemäß Artikel 4 Absatz 3 der CRPD sind die Regierungen verpflichtet, Menschen mit Behinderungen über die sie vertretenden Organisationen eng zu konsultieren und aktiv an Entscheidungsprozessen zu beteiligen, die sie betreffen. Dies schließt die Beteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen ein, unabhängig davon, ob sie sich als behindert bezeichnen oder nicht. Um dieser Verpflichtung im Zusammenhang mit der psychosozialen Versorgung nachzukommen, können die Staaten gesetzliche und regulatorische Rahmenbedingungen schaffen, die eine umfassende und wirksame Beteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihren Interessenvertretungen an öffentlichen Entscheidungen zu Themen wie psychosoziale Versorgung, Gesetzgebung, Politik, Strategien und Aktionspläne gewährleisten.

Der Gesetzgeber kann ausdrücklich vorschreiben, dass die staatlichen Behörden bei der Ausarbeitung, Umsetzung und Überwachung von Gesetzen und politischen Maßnahmen zur psychosozialen Versorgung und Unterstützung Menschen mit psychischen Problemen eng konsultieren und deren aktive Beteiligung sicherstellen. Dies kann offene Konsultationen und die direkte Beteiligung von Menschen mit psychischen Problemen und ihren repräsentativen Organisationen umfassen. Die Staaten sollten nicht verlangen, dass eine Organisation von Menschen mit eigener Erfahrung als juristische Person eingetragen ist, um an Konsultationsprozessen teilzunehmen oder sich daran zu beteiligen (159).

Darüber hinaus können die Staaten gesetzliche Bestimmungen erlassen, die Organisationen von Menschen mit Erfahrungen einen Sitz z. B. in ständigen Ausschüssen für psychische Gesundheit, zeitweiligen Arbeitsgruppen oder Überwachungsgremien einräumen (siehe Abschnitt 2.7.2). Auf diese Weise können Betroffene nicht nur Feedback geben, sondern auch an der Festlegung von Prioritäten und Maßnahmen mitwirken.

Zur Erleichterung der Beteiligung und eines sinnvollen Engagements kann der Gesetzgeber bei der Behandlung von Fragen der psychischen Gesundheit die Ansichten von Organisationen von Menschen mit eigener Erfahrung vorrangig berücksichtigen (298).

43 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Die Behörden beteiligen und konsultieren Personen mit Lebenserfahrung und ihre repräsentativen Organisationen aktiv und eingehend bei der Entwicklung, Umsetzung und Überwachung von Gesetzen und Politiken zur psychosozialen Versorgung und Unterstützung.
- Die Behörden beziehen Menschen, die Dienste in Anspruch nehmen, aktiv in die Planung, Erbringung und Bewertung von Programmen und Diensten zur psychosozialen Versorgung und Unterstützung ein und konsultieren sie eingehend.
- Die Konsultationsverfahren sind nach den Grundsätzen der Zugänglichkeit, des guten Glaubens, der Chancen und der Transparenz zu gestalten.

- Die Behörden erleichtern die Sensibilisierung, Schulung und Unterstützung, um die Einbeziehung und Beteiligung von Personen mit Lebenserfahrung zu maximieren.
- Es werden Strategien und Verfahren zur Gewährleistung der Beteiligung von Menschen mit Lebenserfahrung in einschlägigen Ausschüssen, Arbeitsgruppen und Überwachungsgremien, einschließlich einer angemessenen Finanzierung und Vergütung, festgelegt.
- Die Eintragung als juristische Person sollte keine Voraussetzung dafür sein, dass Organisationen von Menschen mit Erfahrungen an Konsultationsprozessen teilnehmen können.

Durchführung von zugänglichen und fairen Konsultationen

Es reicht nicht aus, einfach nur das Recht von Menschen mit Lebenserfahrung auf Beteiligung an Entscheidungsprozessen anzuerkennen; Konsultationsprozesse müssen zugänglich und fair sein und garantieren, dass ihre Stimmen gehört werden.

Der Gesetzgeber kann angemessene und transparente Verfahren für die Konsultation von Menschen mit Behinderungen bei Entscheidungsprozessen in den verschiedenen Bereichen und auf den verschiedenen Ebenen der Regierung vorschreiben. So kann der Gesetzgeber beispielsweise Anforderungen an die Zugänglichkeit und Transparenz festlegen und die Grundsätze von Treu und Glauben, gegenseitigem Respekt und sinnvollem Dialog vorsehen.

Die Länder können Gesetze erlassen, die sicherstellen, dass die Ansichten von Menschen mit Lebenserfahrung gebührend berücksichtigt und nicht nur als Alibi für Konsultationen herangezogen werden (299). Zu diesem Zweck kann die Gesetzgebung vorschreiben, dass die Ergebnisse der Konsultationen berücksichtigt werden und sich in den getroffenen Entscheidungen widerspiegeln, und darüber hinaus über die Ergebnisse der Konsultationen informieren und öffentliche Entscheidungen gebührend begründen. Konsultationen sollten die Intersektionalität berücksichtigen und darauf abzielen, die Repräsentation von

Die Konsultationen sollten die Intersektionalität berücksichtigen und darauf abzielen, die Vielfalt der Personen mit Lebenserfahrung, insbesondere der Opfer und Überlebenden von Menschenrechtsverletzungen im psychosozialen System, zu vertreten. Als Anerkennung für ihre Zeit und ihr Fachwissen im Rahmen der Konsultationen könnten Teilnehmer mit Lebenserfahrung für ihre Beiträge entschädigt und für alle direkten Kosten, wie z. B. Auslagen im Zusammenhang mit der Teilnahme, entschädigt werden. Zwar gibt es in dieser Hinsicht vielversprechende Praktiken, doch befinden sie sich noch im Anfangsstadium und bedürfen weiterer Diskussionen.

44 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Die Konsultationen beruhen auf den Grundsätzen der Transparenz, der gegenseitigen Achtung, eines sinnvollen Dialogs und des aufrichtigen Wunsches, einen Konsens zu erzielen.
- Niemand darf aufgrund von diskriminierenden Kriterien wie Behinderung, Rasse, Geschlecht, Geschlechtsidentität oder -ausdruck, sexueller Orientierung, Geschlechtsmerkmalen, Herkunft, Meinung, Migration oder sonstigem Status von der Teilnahme an Konsultationen ausgeschlossen werden.
- Die Behörden gewährleisten die Zugänglichkeit aller Einrichtungen und Verfahren im Zusammenhang mit öffentlichen Entscheidungsprozessen und Konsultationen.

- Einladungen und Unterlagen für Konsultationen werden so weit wie möglich im Voraus verschickt, damit die Teilnehmer Vorkehrungen für die Teilnahme treffen und sich angemessen vorbereiten können.
- Bei allen Dialog- und Konsultationsprozessen sind angemessene Vorkehrungen zu treffen.
- Kindern mit Lebenserfahrung wird behinderungs- und altersgerechte Unterstützung gewährt, damit sie an Entscheidungsprozessen teilnehmen können.

Sicherstellung der Rechenschaftspflicht

Die Rechenschaftspflicht ist von entscheidender Bedeutung, um sowohl Effizienz als auch einen menschenrechtsbasierten Ansatz in der psychosozialen Versorgung zu gewährleisten. Sie verpflichtet die Pflichtenträger, die Verantwortung für ihr Handeln zu übernehmen, transparent zu sein und den Betroffenen Rede und Antwort zu stehen sowie sicherzustellen, dass geeignete Korrektur- und Abhilfemaßnahmen ergriffen werden (300). Die Rechenschaftspflicht der psychosozialen Gesundheitssysteme gegenüber den Menschen, die die Dienste in Anspruch nehmen, trägt dazu bei, Kohärenz und Leistung mit einem rechtebasierten Ansatz zu gewährleisten.

In diesem Abschnitt werden gesetzliche Bestimmungen vorgeschlagen, die die Rechenschaftspflicht innerhalb der psychosozialen Gesundheitssysteme sicherstellen und durchsetzen. Die meisten dieser Bestimmungen könnten in allgemeine Gesundheitsgesetze, Patientenrechtsgesetze, Behindertengesetze oder in bestehende Gesetze zur psychischen Gesundheit aufgenommen werden.

Informationssysteme

Informationssysteme können gewährleisten, dass sowohl der Zugang zu Informationen als auch die Privatsphäre geschützt sind. Die Regierungen sind verpflichtet, Informationen von öffentlichem Interesse proaktiv in den öffentlichen Bereich zu stellen und einen einfachen, raschen, effektiven und praktischen Zugang zu ihnen zu gewährleisten (301). Dies ist wichtig für die Rechenschaftspflicht und die Transparenz bei der Entscheidungsfindung sowie für die Stärkung der Rolle des Einzelnen als Informationsquelle und als aktiver Teilnehmer, der sich für Veränderungen einsetzt.

Der Gesetzgeber kann sicherstellen, dass psychosoziale Dienste Daten und Informationen sammeln, analysieren und verbreiten, um ihre eigene Leistung zu bewerten und verbesserungsbedürftige Bereiche zu ermitteln. Diese Daten können auch genutzt werden, um die sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit zu verstehen und die Integration in die Gemeinschaft zu fördern. Gleichzeitig können sie Einzelpersonen helfen, Zugang zu Informationen aus ihren eigenen Akten (siehe [Abschnitt 2.1.5](#)) sowie zu Informationen über die Entscheidungsfindung und -praxis von Behörden zu erhalten. In vielen Ländern können solche Anfragen über Anträge auf Informationsfreiheit gestellt werden.

Der *WHO-Leitfaden für gemeindenahe psychosoziale Dienste: Förderung personenzentrierter und rechtebasierter Ansätze* (2021) enthält eine Reihe von Indikatoren auf Bevölkerungs-, Dienstleistungs- und individueller Ebene, sowohl innerhalb als auch außerhalb des Gesundheitssektors (33). Darüber hinaus hat das OHCHR Menschenrechtsindikatoren zur CRPD entwickelt, die das Verständnis und die Umsetzung der Bestimmungen der CRPD erleichtern und als Orientierungshilfe für Aktionen und Maßnahmen zur Umsetzung eines auf Rechten basierenden Systems der psychischen Gesundheit dienen können (302).

45 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Es sollten Daten über die Inanspruchnahme und das Spektrum psychosozialer Dienste erhoben, aufgeschlüsselt, zusammengestellt und verbreitet werden, auch in zugänglichen Formaten.
- Daten zu den sozialen Determinanten der Gesundheit sollten systemübergreifend in kohärenter Weise erhoben und im Einklang mit den Datenschutzbestimmungen verwendet werden.
- Jede Person hat das Recht, Informationen anzufordern oder Dokumente einzusehen oder eine Kopie davon zu erhalten, die Behörden, Organe oder Dienste der öffentlichen psychischen Gesundheit betreffen.
- Informationen über die Entscheidungsfindung von Behörden in Bezug auf psychische Gesundheit und damit zusammenhängende Dienste sollten zur Verfügung gestellt werden, einschließlich der Transparenz der Gründe für Entscheidungen, der berücksichtigten Eingaben und Beiträge und der Beteiligung an der Entscheidungsfindung.
- Die Behörde für psychische Gesundheit entwickelt Indikatoren zur Messung und Bewertung der Leistung und der Auswirkungen der psychosozialen Systeme auf nationaler und subnationaler Ebene sowie der Fortschritte bei der Umsetzung personenzentrierter und menschenrechtsbasierter Ansätze.

Unabhängige Überwachungsstellen

Die Überwachung ist ein wichtiger Bestandteil der Rechenschaftspflicht. Die Staaten können über verschiedene Rahmenwerke zur Überwachung der Rechte von Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, verfügen, z. B. Nachprüfungsorgane für psychische Gesundheit, nationale Menschenrechtsinstitutionen, nationale Präventionsmechanismen und gemäß Artikel 33 Absatz 2 der CRPD geschaffene Organe.

Der Gesetzgeber kann das Mandat und die Zusammensetzung dieser Mechanismen festlegen, um die institutionelle, finanzielle und politische Unabhängigkeit zu gewährleisten. Die Regierungen sollten auch abwägen, ob sie einen Rahmen mit nationaler Zuständigkeit oder eine Reihe von Gremien auf lokaler, Bezirks- oder regionaler Ebene auf der Grundlage der bestehenden Verwaltungsgrenzen einrichten wollen. Um das Ziel der Abschaffung nicht freiwilliger Einweisung und Behandlung in psychosozialen Diensten voranzutreiben, ist es für die Staaten wichtig, die Funktionen der bestehenden Überwachungsorgane sowie der Gerichte, die solche Verfahren überwachen, zu überprüfen.

Die Funktionen dieser Mechanismen dürften von Land zu Land unterschiedlich sein und können in einigen Rechtsordnungen die Rolle des Gerichts eher ergänzen als ersetzen. Die folgenden Punkte sind jedoch wichtige Aufgaben für unabhängige Überwachungsstellen:

- Durchführung regelmäßiger und unangekündigter Inspektionen der öffentlichen und privaten psychosozialen Einrichtungen oder Dienste, soweit dies für erforderlich gehalten wird. Während dieser Besuche sollte uneingeschränkter Zugang zu allen Teilen des Gesundheitsdienstes und zu den medizinischen Akten der Nutzer gewährt werden, und es sollte das Recht bestehen, jede in dem Dienst tätige Person unter vier Augen zu befragen.

- Regelmäßige Entgegennahme und Überprüfung von Kopien von Berichten über ungewöhnliche Vorfälle und Todesfälle aus psychosozialen Diensten, um eine Überprüfung der institutionellen Praktiken zu ermöglichen.
- Bereitstellung von Leitlinien zur Beseitigung von Zwang in psychosozialen Diensten und Überwachung der Umsetzung dieser Leitlinien.
- Sammlung von Daten und Statistiken über die Leistungserbringung, z. B. über die Dauer von Krankenhausaufenthalten, die Anwendung bestimmter Behandlungen und Interventionen, körperliche Komorbiditäten, Selbstmord und natürliche oder zufällige Todesfälle.
- Überwachung von Plänen zur Deinstitutionalisierung im Bereich der psychischen Gesundheit und der damit verbundenen sozialen Dienste.
- Überwachung der Behandlung und Unterstützung, die in der Gemeinschaft angeboten wird, z. B. durch Krisenreaktionsdienste und Entlastungsdienste.
- Überwachung der Praxis größerer, invasiver oder irreversibler Eingriffe; falls zulässig, sollte sichergestellt werden, dass diese nur mit freier und informierter Zustimmung durchgeführt werden; erforderlichenfalls sollten die Schutzmaßnahmen verstärkt werden.
- Führung von Registern psychosozialer Einrichtungen, die für ambulante und stationäre Behandlung zugelassen sind, und Festlegung und Durchsetzung von Qualitäts- und Menschenrechtsstandards für diese Zulassung.
- Vorschlag für verwaltungsrechtliche und finanzielle Sanktionen bei Verstößen gegen die gesetzlichen Bestimmungen, einschließlich des Entzugs der Zulassung und der Schließung.
- Er erstattet dem/den zuständigen Minister(n) für psychosoziale Dienste direkt Bericht.
- Abgabe von Empfehlungen an den/die Minister im Hinblick auf erforderliche Verbesserungen, entweder durch Änderungen der Gesetzgebung oder des Verhaltenskodexes.
- Sensibilisierung für den menschenrechtsbasierten Ansatz in der psychischen Gesundheit und Unterstützung von Schulungsprogrammen zu diesem Zweck.
- Veröffentlichung der Ergebnisse in regelmäßigen Abständen, wie in der Gesetzgebung vorgesehen.
- Berichterstattung an regionale und internationale Menschenrechtsmechanismen über die Umsetzung der Menschenrechte im Kontext der psychischen Gesundheit.

Die Staaten bestimmen die Zusammensetzung und Anzahl der Vertreter dieser Mechanismen auf der Grundlage der ihnen zugewiesenen Aufgaben und der verfügbaren personellen und finanziellen Ressourcen. In Anbetracht der Art der Arbeit sollten ihnen unter anderem Personen angehören, die über eigene Erfahrungen verfügen, insbesondere Opfer und Überlebende von Menschenrechtsverletzungen in psychosozialen Diensten, Personen mit unterschiedlichen beruflichen Erfahrungen (z. B. in den Bereichen psychische Gesundheit, Menschenrechte, Rechts- und Sozialarbeit) sowie Anwälte der Gemeinschaft. Frauen und Vertreter von Minderheitengruppen sollten angemessen vertreten sein.

Durchsetzung wirksamer Rechtsmittel und Rechtsbehelfe

Derzeitige und ehemalige Nutzer von Diensten sollten das Recht haben, Beschwerden einzureichen und gerichtliche Verfahren einzuleiten, die sich auf jeden Aspekt der psychosozialen Versorgung

beziehen, einschließlich Behandlung, Verhalten oder Führung. Es sollten wirksame Rechtsbehelfe zur Verfügung stehen, um gegen alle Menschenrechtsverletzungen vorzugehen, die im Zusammenhang mit solchen Diensten begangen werden, einschließlich Freiheitsentzug, Institutionalisierung und anderer Zwangspraktiken.

Der Gesetzgeber kann die Verfahren für die Einreichung, Untersuchung und Beilegung von Beschwerden regeln. Solche Mechanismen sollten zugänglich, einfach zu handhaben, zügig, transparent und wirksam sein. Informationen über Beschwerdeverfahren sollten an hervorgehobener Stelle verbreitet werden, damit alle Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, ihre Familienangehörigen und Anwälte über ihre Relevanz und Anwendbarkeit sowie darüber informiert sind, wie und wo sie eine Beschwerde einreichen können.

Die Beschwerdemechanismen und Untersuchungen sollten auf jeden Einzelnen eingehen und sein Geschlecht, sein Alter, seine Behinderung und seine Zugehörigkeit zu Randgruppen berücksichtigen, um zu gewährleisten, dass Opfer und Überlebende von Gewalt und Missbrauch in der Lage und bereit sind, sich sicher zu melden (303). Es sollten spezifische Maßnahmen, Schulungen und Anleitungen vorhanden sein, um das Anzeigen und Einreichen von Beschwerden zu ermöglichen und zu verhindern, dass diese von den Strafverfolgungsbehörden aufgrund von Vorurteilen, einschließlich solcher, die sich auf das Geschlecht, eine Behinderung oder das Alter beziehen, zurückgewiesen werden. Untersuchungen und anschließende Verfahren müssen in einem Umfeld durchgeführt werden, das Unterstützung und Vorkehrungen bietet, damit der Beschwerdeführer während des gesamten Prozesses ohne das Risiko einer erneuten Viktimisierung und Retraumatisierung teilnehmen kann.

Derzeitige und ehemalige Dienstleistungsnutzer sollten das Recht haben, einen persönlichen Vertreter oder einen Rechtsbeistand zu wählen und zu ernennen, der sie in allen Beschwerden oder Gerichtsverfahren vertritt. Kostenloser Rechtsbeistand kann gewährt werden, wenn die Beschwerde das Recht auf Rechtsfähigkeit, Freiheit, persönliche Integrität oder andere Grundrechte betrifft (siehe [Abschnitt 2.8.2](#)). Beschwerdeführer sollten außerdem in allen Phasen des Verfahrens Zugang zu Unterstützung und verfahrensrechtlichen Vorkehrungen haben, sofern dies erforderlich ist. Gegebenenfalls sollten die Beschwerdemechanismen Anonymität und Vertraulichkeit vorsehen.

Der Gesetzgeber kann auch dafür sorgen, dass Beschwerdeinstitute wie nationale Menschenrechtsinstitutionen oder Gerichte individuell zugeschnittene Rechtsmittel zur Verfügung stellen, die Wiedergutmachung und Entschädigung für den erlittenen Schaden beinhalten. Neben dem Zugang zu angemessener Betreuung und Dienstleistungen sollten Opfer und Überlebende Anspruch auf Wiedergutmachung, Entschädigung, Rehabilitation und Garantien der Nichtwiederholung haben (304). Die Entscheidungen, die sich aus diesen Mechanismen ergeben, sollten auch in einer zugänglichen Sprache und in einem zugänglichen Format abgefasst werden, und Kopien sollten den Nutzern der Dienste und ihren Anwälten ausgehändigt werden. Bei der Veröffentlichung von Beschwerdeentscheidungen sollte das Recht auf Privatsphäre von Beschwerdeführern und Dritten angemessen berücksichtigt werden. Derzeitige und ehemalige Dienstleistungsnutzer sollten das Recht haben, Rechtsmittel einzulegen.

Darüber hinaus sollten die Staaten die Schaffung nationaler Rahmenregelungen für die Wiedergutmachung und sonstige Unterstützung von Opfern und Überlebenden von Menschenrechtsverletzungen in psychosozialen Diensten in Betracht ziehen. Solche Rahmenbedingungen können die unabhängige Untersuchung von Menschenrechtsverletzungen, die Ermittlung der zugrunde liegenden Gerechtigkeitsprobleme, Sensibilisierungsmaßnahmen, formelle öffentliche Entschuldigungen und Wiedergutmachungen erleichtern (285).⁹ Alle Maßnahmen sollten unter aktiver Beteiligung von Personen mit eigener Erfahrung beschlossen und umgesetzt werden.

43 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Jeder gegenwärtige oder ehemalige Nutzer eines psychosozialen Dienstes oder der von ihm benannte Vertreter hat das Recht, sich über Mängel bei der Bereitstellung von Versorgung, Behandlung und Diensten zu beschweren bei: a) dem für den Dienst verantwortlichen Arzt oder der für den Dienst verantwortlichen psychosozialen Fachkraft und, falls diese mit der Antwort nicht zufrieden sind, bei (b) an die Überwachungsstelle und, falls diese nicht zufriedenstellend antwortet, an: (c) die Gesundheitsbehörde - unbeschadet des Rechts der Person, einen Rechtsbehelf einzulegen.
- Jeder gegenwärtige oder frühere Nutzer eines Dienstes hat Anspruch auf einen gerichtlichen Rechtsbehelf gegen jede Verletzung seiner Rechte in einem psychosozialen Dienst.
- Die Beschwerdemechanismen gelten für Verletzungen individueller oder kollektiver Rechte in einem psychosozialen Dienst oder durch psychosoziales Personal.
- Den Nutzern der Dienste sind angemessene und verfahrensmäßige Vorkehrungen zu treffen und sie sind beim Zugang zu den Beschwerdeverfahren zu unterstützen.
- Derzeitige oder ehemalige Nutzer von Diensten erhalten unentgeltlichen Rechtsbeistand bei allen Beschwerden und Gerichtsverfahren, die die Rechtsfähigkeit, Freiheit, persönliche Integrität und andere Menschenrechte betreffen.
- Stirbt eine Person, die in einem psychosozialen Dienst behandelt wird, oder wird sie verletzt oder kommt es zu einem meldepflichtigen Zwischenfall, so ist unverzüglich eine unabhängige Untersuchung der Umstände des Todes, der Verletzung oder des Zwischenfalls durchzuführen.
- Die Richter, die über Beschwerden entscheiden, sorgen für angemessene Rechtsbehelfe, Wiedergutmachung und Entschädigung der Opfer.

Berufliche Verantwortung und Haftung

Diensteanbieter spielen eine wichtige Rolle bei der Umgestaltung der psychischen Gesundheit für alle und bei der Gewährleistung eines rechtsbasierten Ansatzes im gesamten System. Im Rahmen ihrer Rolle sind die Dienstleister verpflichtet, sowohl die Rechte der Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, als auch den bestehenden gesetzlichen Rahmen zu respektieren. Bei Gesetzesverstößen sollte der Gesetzgeber wirksame zivil-, verwaltungs- oder strafrechtliche Sanktionen und Entschädigungen vorsehen. Diese Sanktionen sollten der Schwere der Straftat, der Schwere des Schadens und den Umständen des Einzelfalls angemessen sein. Es liegt in der Verantwortung der einzelnen Länder, das in ihren nationalen Rechtsvorschriften vorgesehene System für gesundheitsbezogene und nicht gesundheitsbezogene Straftaten und Sanktionen festzulegen. Die Festlegung solcher Sanktionssysteme muss mit einer Aufklärung über die Verantwortlichkeiten und Pflichten der Leistungserbringer, einschließlich der Angehörigen der Gesundheitsberufe, einhergehen, wobei die Notwendigkeit einer Menschenrechtsausbildung zu berücksichtigen ist (siehe [Abschnitt 2.4.8](#)).

Die Gesetzgebung zur Berufshaftung hat wichtige Auswirkungen auf die psychosoziale Versorgung. Während die Berufshaftung für ärztliche Kunstfehler dazu beitragen kann, dass Gesundheitsdienstleister einen angemessenen Versorgungsstandard einhalten und die Rechte der Menschen respektieren, kann eine unzureichende Haftungsregelung die Bemühungen zur

Beseitigung von Zwangspraktiken in der psychosozialen Versorgung behindern. So kann beispielsweise die Haftung für Kunstfehler dazu führen, dass die Anbieter von Gesundheitsdiensten sich auf die Seite der Vorsicht schlagen und dadurch auf Zwangspraktiken zurückgreifen. Ebenso können sich Gesundheitsfachkräfte, die mit einer möglichen Haftung konfrontiert sind, dafür entscheiden, nicht mit Personen zu arbeiten, die als stark suizidgefährdet gelten, und so deren Zugang zu angemessenen psychosozialen Diensten und Hilfen beeinträchtigen.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass der Gesetzgeber Anreize für die Erbringung psychosozialer Dienste aus einer rechtsbasierten Perspektive schafft. In der Gesetzgebung zur Berufshaftpflicht und in anderen einschlägigen Gesetzen sollte klargestellt werden, dass Gesundheitsfachkräfte nicht für die Handlungen einer Person haftbar gemacht werden, wenn sie in gutem Glauben und im Einklang mit dem Gesetz evidenzbasierte, zwangfreie Praktiken anwenden; auch sollten sie nicht für die Befolgung einer gültigen Patientenverfügung verantwortlich gemacht werden. Der Gesetzgeber kann jedoch klarstellen, dass die Sorgfaltspflicht auch dann gilt, wenn Angehörige der Gesundheitsberufe keine zwangsfreien Alternativen anbieten und daher für die Unterlassung dieser Alternativen verantwortlich gemacht werden sollten.

44 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Eine Gesundheitsfachkraft oder eine psychosoziale Fachkraft haftet nicht für unvorhergesehene Folgen, die sich aus der Befolgung nationaler Verfahren zur Durchführung von evidenzbasierten Interventionen ohne Zwang ergeben.
- Eine medizinische Fachkraft oder eine psychosoziale Fachkraft haftet nicht für unvorhergesehene Folgen der Befolgung einer gültigen Patientenverfügung.

2.8 Sektorenübergreifende Reformen für ein ganzheitliches Dienstleistungsangebot

Wie bereits hervorgehoben, werden psychische Gesundheit und Wohlbefinden von zahlreichen sozialen, politischen, wirtschaftlichen und umweltbezogenen Faktoren beeinflusst und haben weitreichende Auswirkungen auf alle Aspekte des Lebens der Menschen. Daher reichen psychosoziale Systeme allein nicht aus, um eine echte Veränderung im Leben von Menschen mit psychischen Problemen zu bewirken (33). Reformen sind in mehreren Rechtsbereichen erforderlich, um die Ursachen von psychischen Störungen, Traumata und Krisen zu bekämpfen, darunter

- Rassismus und Fremdenfeindlichkeit
- Sexismus, Homophobie und Transphobie
- Behindertenfeindlichkeit
- Altersdiskriminierung
- Missbrauch, Trauma oder Vernachlässigung in der Kindheit
- Gewalt, Missbrauch und Verbrechen, einschließlich Mobbing und geschlechtsspezifischer Gewalt
- Armut, Ernährungsunsicherheit und soziale Benachteiligung
- schlechte Qualität der Gesundheitsversorgung

- Arbeitslosigkeit und Mangel an menschenwürdiger Arbeit
- Obdachlosigkeit oder unzureichende Wohnverhältnisse
- schlechte Verkehrsinfrastruktur
- fehlende kommunale Unterstützung für Menschen mit Behinderungen und Betreuer
- Klimawandel.

Die Durchführung solcher Reformen liegt in der Verantwortung verschiedener Regierungssektoren und -behörden, einschließlich derjenigen, die in den Bereichen Infrastruktur, Bildung, Gesundheit, Beschäftigung, Wohnungswesen, Sozialdienste, Sozialschutz, Justiz und Umwelt tätig sind. Ohne ein Engagement auf hoher Ebene, die sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit anzugehen, werden die Auswirkungen von Investitionen in diese Bereiche stets begrenzt und nicht nachhaltig sein.

Die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit kann dazu beitragen, eine sektorübergreifende Koordinierung zu gewährleisten, damit Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, die Unterstützung erhalten, die sie von anderen Sektoren benötigen. Viele Menschen, die unter psychischen Problemen leiden, leben in Armut, haben geringere Bildungs- und Beschäftigungschancen und werden in Bezug auf Wohnraum, Sozialschutz und Zugang zur Justiz diskriminiert. Daher ist es wichtig, psychosoziale Dienste zu entwickeln, die sich intensiv mit diesen wichtigen Lebensfragen befassen und sicherstellen, dass alle nichtmedizinischen sozialen Bedürfnisse gleichzeitig unterstützt werden (33).

In diesem Zusammenhang werden in diesem Abschnitt wichtige gesetzliche Bestimmungen vorgeschlagen, die sich mit der Schnittstelle zwischen psychischer Gesundheit und anderen Bereichen befassen. Wie oben hervorgehoben, sind jedoch weitere Gesetzesreformen erforderlich, um alle sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit zu berücksichtigen.

2.8.1 Förderung der Eingliederung in die Gemeinschaft

Unabhängig zu leben und in die Gemeinschaft eingebunden zu sein, ist ein Menschenrecht, das für die meisten Menschen selbstverständlich ist. Vielen Menschen wird dieses Recht jedoch systematisch vorenthalten, entweder weil sie in einer Einrichtung leben oder weil sie keine angemessene Unterstützung für die Teilnahme am sozialen und öffentlichen Leben erhalten.

Artikel 19 der CRPD erkennt das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, einschließlich Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen, an, in der Gemeinschaft zu leben und die gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere zu haben. Sie fordert die Regierungen auf, wirksame und geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um allen Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen die uneingeschränkte Wahrnehmung dieses Rechts sowie ihre vollständige Eingliederung und Teilhabe an der Gemeinschaft zu ermöglichen. Die meisten Maßnahmen, die zur Verwirklichung dieses Ziels erforderlich sind, fallen nicht in den Bereich der psychosozialen Dienste und betreffen andere Sektoren und Programme. Dennoch ist es wichtig zu erkennen, dass Gesetze, Politiken und Programme zur psychischen Gesundheit häufig ein unabhängiges Leben und die Einbeziehung in die Gemeinschaft behindern haben, indem sie die Wahlmöglichkeiten und den Zugang zu Diensten in der Gemeinschaft einschränken. Dies hat dazu geführt, dass die Menschen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, in der Vergangenheit institutionell versorgt, isoliert und ausgegrenzt wurden und dass Stigmatisierung und Diskriminierung fortbestehen. Die psychosozialen Gesundheitssysteme sollten

daher die Eingliederung in die Gemeinschaft und ein selbstbestimmtes Leben als wesentliche Ziele in den Vordergrund stellen und proaktiv zu deren Umsetzung beitragen.

In den folgenden Unterabschnitten werden gesetzliche Bestimmungen mit diesen Zielen vorgeschlagen. Viele dieser Bestimmungen können in Gesetzen zu Behinderung, sozialer Betreuung, lokaler Entwicklung oder Sozialschutz verankert werden und sollten durch umfassendere gesetzgeberische Bemühungen zur Umsetzung von Artikel 19 der CRPD ergänzt werden.

Anerkennung des Rechts auf ein unabhängiges Leben und auf Eingliederung in die Gemeinschaft

Die Verabschiedung gesetzlicher Maßnahmen zur Anerkennung des Rechts von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen auf ein unabhängiges Leben und auf Teilhabe an der Gemeinschaft ist ebenfalls wichtig, einschließlich Bestimmungen, die sicherstellen, dass die Menschen wählen können, wo und mit wem sie leben, und dass sie nicht in eine bestimmte Lebensform wie eine psychiatrische oder soziale Einrichtung gezwungen werden dürfen.

Die Verwirklichung des Rechts auf ein unabhängiges Leben und auf Einbeziehung in die Gemeinschaft sollte eine sektorübergreifende Aufgabe sein. Die Systeme der psychischen Gesundheit sind verpflichtet, dieses Recht zu respektieren und zu schützen und darüber hinaus positive Maßnahmen zu ergreifen, damit es wahrgenommen werden kann. Die ausdrückliche Anerkennung dieses Rechts ist nicht nur eine Grundvoraussetzung für seine Einklagbarkeit, sondern auch ein Ansatzpunkt für Gemeinschaften, um alternative Dienste und Unterstützung für ihre Mitglieder zu suchen und zu entwickeln, die in der Gemeinschaft angesiedelt sind.

Die Gesetzgebung kann auch den Zugang zu gemeindenahen Diensten und Unterstützung außerhalb des Gesundheitssystems erleichtern. In Israel beispielsweise sieht das Gesetz zur Rehabilitation von Menschen mit geistigen Behinderungen in der Gemeinschaft aus dem Jahr 2000 ein Paket von Dienstleistungen und Programmen vor, das Wohnen, Beschäftigung, Erwachsenenbildung, soziale und Freizeitaktivitäten, Unterstützung für Familien, zahnärztliche Versorgung und Fallmanagement umfasst. Der Gesetzgeber kann darüber hinaus sicherstellen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen bei der Inanspruchnahme von Diensten, Programmen oder Einrichtungen in der Gemeinschaft nicht diskriminiert werden.

45 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen haben das Recht, unabhängig zu leben und in die Gemeinschaft einbezogen zu werden, wobei sie die gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere haben.
- Die psychosozialen Dienste sind so zu gestalten, dass sie den Dienstleistungsnutzern das Leben, die Arbeit und die aktive Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft erleichtern und unterstützen, wobei sie die gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen haben.
- Das Sozialministerium und andere damit verbundene Ministerien führen eine Reihe von gemeindenahen Diensten und Programmen zur Unterstützung der Unabhängigkeit und der Eingliederung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen in die Gemeinschaft ein und finanzieren sie angemessen. Diese Dienste und Programme sind so zu gestalten, dass die Nutzer der Dienste die Wahl und die Kontrolle über die Versorgung und Unterstützung, die sie erhalten, selbst in die Hand nehmen können.

Multisektorale Koordinierung und Maßnahmen für psychische Gesundheit

Der Mangel an Unterstützung und Diensten in der Gemeinschaft sowie die kritische Lücke bei der Berücksichtigung der sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit sind die Hauptgründe für die Heimunterbringung. Die Zersplitterung der Unterstützung und der Dienste und insbesondere die strikte Trennung zwischen Gesundheits- und Sozialfürsorge führt häufig dazu, dass einige Menschen, insbesondere solche, die benachteiligten oder marginalisierten Gruppen angehören, zurückgelassen werden.

Aufgrund des bestehenden Zusammenhangs zwischen psychischen Erkrankungen und Benachteiligungen, einschließlich Armut, Arbeitslosigkeit und Obdachlosigkeit (305), haben viele Länder Programme entwickelt, die versuchen, diese Probleme durch ihre psychischen Gesundheitssysteme anzugehen (10, 306, 307). Viele dieser Programme sind erfolgreich, doch besteht immer die Gefahr, dass die im Gesundheitssystem verankerten Interventionen von einem medizinisch geprägten Ansatz durchdrungen sind. Darüber hinaus sind diese Dienste in vielen Fällen segregiert und fördern nicht die aktive Teilnahme von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen an allen Bereichen des Gemeinschaftslebens, auch wenn sie dringenden Unterstützungsbedarf decken können.

Ein Eckpfeiler eines psychosozialen Gesundheitssystems, das auf Wahlfreiheit und Menschenrechten beruht, ist das Vorhandensein einer Reihe von gemeindenahen Diensten und Unterstützungsleistungen; dazu gehören unter anderem Programme in den Bereichen Wohnen, Beschäftigung und sozialer Schutz sowie Kinderschutzdienste und Unterstützungsdienste für Überlebende von Gewalt. Sie sollten von den jeweiligen Sektoren angeboten werden und eine Perspektive des Rechts auf Gesundheit beinhalten. Auf diese Weise werden psychische Gesundheit und Wohlbefinden in der gesamten Arbeit des Staates geschützt und gefördert, und Programme und Initiativen aus verschiedenen Sektoren können dazu beitragen, eine Gesellschaft zu schaffen, die psychische Gesundheit und Wohlbefinden schätzt, fördert und unterstützt und die psychosoziale Vielfalt berücksichtigt.

Das Gesetz kann dazu beitragen, die sektoralen Zuständigkeiten, Mechanismen für die Zusammenarbeit und Koordinierungsstrukturen zu präzisieren, um einen ganzheitlichen Ansatz für die psychische Gesundheit umzusetzen. Zusammenarbeit und Koordinierung zwischen verschiedenen Sektoren sind für einen systemischen Wandel von entscheidender Bedeutung, da kein Sektor allein die sozialen Determinanten der psychischen Gesundheit bewältigen kann. Eine Gesetzesreform kann die Koordinierung und die Maßnahmen erleichtern, die erforderlich sind, um sicherzustellen, dass alle Sektoren - einschließlich Gesundheit, Bildung, Wohnen, Behinderung, Arbeit und Sozialfürsorge - auf ein gemeinsames Ziel hinarbeiten.

Darüber hinaus kann die Gesetzgebung dazu beitragen, die Rolle des Gesundheitssektors in Bezug auf die nicht erfüllten nichtmedizinischen Bedürfnisse von Personen, die psychosoziale Dienste in Anspruch nehmen, zu klären. Das Gesetz kann dazu beitragen, dass die Menschen an andere Unterstützungs- und Sozialdienste verwiesen werden, die eine angemessene Nachbetreuung und Überwachung gewährleisten. Eine sektorübergreifende Koordinierung bei der Bereitstellung einer ganzheitlichen Versorgung und Unterstützung kann dazu beitragen, besser auf die sich ändernden Bedürfnisse und Ziele der Menschen einzugehen, die Übergänge in der Versorgung zu verbessern und die verfügbaren Ressourcen zu maximieren. Die Einbeziehung der gemäß Artikel 33 der CRPD geschaffenen Umsetzungs- und Überwachungsgremien kann dazu beitragen, einen Paradigmenwechsel in der Pflege und Unterstützung herbeizuführen.

46 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Alle Sektoren tragen Verantwortung für die Förderung und Unterstützung der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens.
- Die Ziele im Bereich der psychischen Gesundheit werden in die einschlägigen sektoralen Politiken und Programme aufgenommen.
- Die nationale Regierung setzt einen sektorübergreifenden Ausschuss ein, um eine sektorübergreifende Zusammenarbeit im Bereich der psychischen Gesundheit zu ermöglichen.
- Die Systeme der psychischen Gesundheit stimmen sich mit anderen Sektoren und den zuständigen lokalen Behörden ab, um die Bereitstellung ganzheitlicher, integrierter Versorgungs- und Unterstützungsdienste in der Gemeinschaft zu gewährleisten.
- Das Sozialministerium und andere zuständige Ministerien fördern den Zugang zu einer Reihe von Sozialschutzprogrammen und -leistungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen.

Unterstützung von Organisationen von Personen mit Lebenserfahrung

Organisationen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen spielen eine wichtige Rolle bei der Formulierung, Förderung, Vertretung und Verteidigung der Rechte und Interessen von Menschen mit Lebenserfahrung. Sie können als einzelne Organisationen, Koalitionen oder als Teil einer Dachorganisation von Menschen mit Behinderungen tätig sein.

Die Gesetzgebung kann einen günstigen Rechtsrahmen für ihre Gründung und ihre Arbeit schaffen; dazu gehören die Bereitstellung kostenloser und zugänglicher Registrierungssysteme, die Bereitstellung finanzieller und sonstiger Unterstützung sowie die Einrichtung formeller Mechanismen, die eine Beteiligung und Anhörung ermöglichen. Bei der Gewährung dieser Unterstützung müssen die Staaten die Unabhängigkeit dieser Organisationen respektieren und dürfen die Ausübung ihres Rechts auf Vereinigungsfreiheit weder gesetzlich noch in der Praxis behindern.

Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen werden von den in einem bestimmten Land bestehenden Behindertenorganisationen möglicherweise nur unzureichend vertreten, da sie sich bei der Teilnahme am öffentlichen Leben erheblichen Herausforderungen gegenübersehen. Daher kann der Gesetzgeber Bestimmungen für die Umsetzung von Outreach-Strategien vorsehen, die darauf abzielen, die direkte und freiwillige Beteiligung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen an öffentlichen Entscheidungsprozessen zu ermöglichen.

47 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Organisationen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen erhalten Zugang zu angemessenen und ausreichenden Finanzmitteln zur Unterstützung ihrer Tätigkeiten.

© Organisationen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen können sich gleichberechtigt mit anderen Organisationen als juristische Personen eintragen lassen.

Unterstützung für Familien

Familien haben einen erheblichen Einfluss auf das Leben von Menschen mit Lebenserfahrung. In vielen Kontexten sind die Familien die Hauptquelle der Unterstützung und in einigen Fällen die einzigen Fürsprecher. Dennoch ist die Unterstützung der Familie oft mit hohen Kosten verbunden. Unbezahlte familiäre Unterstützung kann soziale Beziehungen, das Einkommensniveau und das allgemeine Wohlbefinden des Haushalts beeinträchtigen (308). Davon sind Frauen und Mädchen unverhältnismäßig stark betroffen, da sie im Allgemeinen die Hauptträger der Unterstützung sind. Wenn die Familie die einzige Unterstützungsquelle ist, haben Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen mangels Alternativen unter Umständen keine Wahl oder Kontrolle über die erhaltene Unterstützung.

Der Gesetzgeber kann die Familien, die informelle Unterstützung leisten, dazu verpflichten, Informationen und Dienste anzubieten. Familien benötigen möglicherweise Unterstützung, um psychische Störungen und Vielfalt positiv zu verstehen und zu wissen, wie sie ein Familienmitglied mit einer psychischen Erkrankung oder psychosozialen Behinderung unterstützen und dessen Willen und Präferenzen respektieren können.

Der Gesetzgeber kann die Regierungen auch dazu verpflichten, spezielle Unterstützungsdienste für Familien einzurichten, z. B. finanzielle Unterstützung, Erholungsdienste, Selbsthilfegruppen, Beratung oder Schulungen. Es ist jedoch wichtig, dass die Unterstützung für Familien nicht die Unterstützung für den Einzelnen ersetzt und dass Menschen mit psychischen Erkrankungen oder psychosozialen Behinderungen Zugang zu einer Unterstützung haben, die ihren eigenen Interessen und Bedürfnissen entspricht und unabhängig von denen ihrer Familie ist.

48 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

© Die Regierungen stellen angemessene Unterstützungsdienste für Familienangehörige und andere Betreuer von Personen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen bereit. Diese Dienste umfassen Beratung, Anleitung, Schulung, Entlastung, Selbsthilfegruppen, Seelsorge sowie soziale und finanzielle Unterstützung und dürfen die direkte Unterstützung des Einzelnen entsprechend seinem Willen und seinen Wünschen weder ersetzen noch ausschließen.

2.8.2 Zugang zur Justiz

Viel zu vielen Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen wird der gleichberechtigte Zugang zur Justiz verwehrt. Viele werden strafrechtlich verfolgt und inhaftiert, oft wegen relativ geringfügiger Vergehen; anderen wird die Möglichkeit verwehrt, bei Verstößen gegen ihre Menschenrechte vor Gericht zu ziehen. Im Allgemeinen wird ihnen regelmäßig ein geringerer materiell- und verfahrensrechtlicher Schutz gewährt, was häufig zu Rechtsverweigerung, Inhaftierung und Zwangsbehandlung führt (309).

Es würde den Rahmen dieser Leitlinien sprengen, das Justizsystem so umzugestalten, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen ihre Rechte in gleicher Weise wie andere wahrnehmen können. Allerdings sind die psychische Gesundheit und die Justizsysteme unbestreitbar miteinander verflochten, insbesondere im Zusammenhang mit dem Strafrecht. In den meisten Staaten sind Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen im Strafrechtssystem überrepräsentiert, und Gefangene mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen werden häufig von anderen Gefangenen und dem Gefängnispersonal schikaniert (310, 311). Insbesondere Menschen afrikanischer Abstammung, indigene Völker und rassistische, religiöse und ethnische Minderheiten mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen sind mit erheblichen Ungleichheiten im Strafrechtssystem konfrontiert (312). Darüber hinaus werden Personen, die als "verhandlungsunfähig" oder nicht in der Lage sind, ihre kriminellen Handlungen nachzuvollziehen, in der Regel ohne ordnungsgemäßes Verfahren und unter strengen Auflagen, manchmal auf unbestimmte Zeit, in psychiatrischen Einrichtungen untergebracht. In den Gesetzen zur psychischen Gesundheit sind häufig Verfahren für den Umgang mit solchen Situationen festgelegt, auch in forensischen psychiatrischen Einrichtungen.

In diesem Abschnitt soll über diese Herausforderungen und Überschneidungen nachgedacht werden, und es werden gesetzliche Bestimmungen vorgeschlagen, die sicherstellen sollen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen das Recht auf ein faires Verfahren auf der gleichen Grundlage wie andere haben und das Recht auf angemessene Vorkehrungen und Unterstützung im Justizsystem, einschließlich des Zugangs zu Rechtsbeistand und hochwertigen psychosozialen Diensten. Dennoch sind weitere Forschungs- und Entwicklungsarbeiten in diesem Bereich erforderlich, um besser zu evidenzbasierten Empfehlungen zu gelangen.

Anerkennung und Unterstützung der Rechtsfähigkeit beim Zugang zur Justiz

Ein wirksamer Zugang zur Justiz setzt voraus, dass die Gerichte die volle Geschäftsfähigkeit und das Recht des Einzelnen auf Teilnahme an allen Gerichtsverfahren anerkennen. In den meisten Gerichtsbarkeiten werden Begriffe wie "kognitives Unvermögen" und "geistiges Unvermögen" verwendet, um das Recht einer Person, ein Verfahren einzuleiten oder vor Gericht zu erscheinen, einzuschränken. Diese "Unzurechnungsfähigkeit" wird häufig von psychosozialen Fachkräften anhand von Beurteilungen des funktionalen oder psychischen Zustands festgestellt oder mitgeteilt.

Im Rahmen eines Strafverfahrens erfolgt die Beurteilung der "psychischen Eignung" für die Verhandlung häufig vor Beginn der Verhandlung, kann aber auch zu jedem beliebigen Zeitpunkt während des Verfahrens erfolgen. Wird eine Person für verhandlungsunfähig befunden, ist das Gericht gesetzlich befugt, die Person zur Behandlung in eine psychiatrische Einrichtung einzuweisen. Das Strafverfahren darf erst dann wieder aufgenommen werden, wenn die Person wieder verhandlungsfähig ist, was ein unbestimmter Zeitraum sein kann.

Mit dem Begriff "Verhandlungsfähigkeit" soll ein faires Verfahren gewährleistet werden, so dass niemand vor Gericht steht, der Art, Gegenstand und Folgen des Verfahrens nicht versteht oder nicht in der Lage ist, sich angemessen zu verteidigen. Dies kann jedoch dazu führen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen das Recht vorenthalten wird, gleichberechtigt mit anderen Zugang zur Justiz zu erhalten und ihre Unschuld zu beweisen. Darüber hinaus werden sie einem alternativen Verfahren mit weniger materiellen und verfahrensrechtlichen Garantien unterworfen, bei dem sie Maßnahmen unterworfen werden können, die mit Freiheitsentzug und nicht freiwilliger Behandlung einhergehen, und zwar häufig auf unbestimmte

Zeit oder für wesentlich längere Zeiträume als bei einer Verurteilung wegen einer Straftat gemäß den Garantien eines ordnungsgemäßen Verfahrens.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass das Justizsystem und das Strafrecht die volle Rechtsfähigkeit und das Recht von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen auf Teilnahme an den Verfahren aller Gerichte anerkennen und annehmen. Dies würde die Aufhebung von Bestimmungen bedeuten, die die Doktrinen der "Verhandlungsunfähigkeit" und der "Verhandlungsunfähigkeit" aufstellen und anwenden, die Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen an der Teilnahme an Gerichtsverfahren hindern.

Um ihre wirksame Teilnahme an allen Gerichtsverfahren zu gewährleisten, kann der Gesetzgeber ein einklagbares Recht auf individuell festgelegte verfahrensrechtliche Vorkehrungen einführen. Dabei handelt es sich um die notwendigen und angemessenen Änderungen und Anpassungen im Rahmen des Zugangs zur Justiz, die in einem bestimmten Fall erforderlich sind, um die gleichberechtigte Teilnahme von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen zu gewährleisten (313). Im Gegensatz zu "angemessenen Vorkehrungen" werden "verfahrensrechtliche Vorkehrungen" nicht durch das Konzept der "unverhältnismäßigen oder unzumutbaren Belastung" eingeschränkt (313).

Auf diese Weise können sich die Menschen auf die notwendigen Anpassungen und Unterstützungen verlassen, um: i) die Art und den Gegenstand des Gerichtsverfahrens zu verstehen; ii) die möglichen Folgen des Verfahrens zu begreifen; und iii) mit dem mit dem Rechtsbeistand zu kommunizieren. So können beispielsweise Vermittler oder Moderatoren die klare Kommunikation zwischen Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen und den Gerichten, Tribunalen und Strafverfolgungsbehörden verbessern, um eine sichere, faire und wirksame Beteiligung und die Möglichkeit zur uneingeschränkten Teilnahme an rechtlichen Verfahren zu gewährleisten (314).

Die Internationalen Grundsätze und Leitlinien für den Zugang zur Justiz für Menschen mit Behinderungen (August 2020) enthalten Beispiele dafür, wie verfahrensrechtliche Vorkehrungen im Strafrechtssystem getroffen werden können (9).

Um das Recht auf ein faires Verfahren zu gewährleisten, kann der Gesetzgeber auch dafür sorgen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen in allen Rechtsverfahren, die ihre Grundrechte betreffen, kostenlosen oder erschwinglichen Rechtsbeistand erhalten (315). Der Rechtsbeistand sollte kompetent und zeitnah verfügbar sein.

49 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Alle Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen haben gleichberechtigt mit anderen Zugang zur Justiz. Niemandem darf der Zugang zur Justiz aufgrund seines psychischen Gesundheitszustands oder einer psychosozialen Behinderung verwehrt werden.
- Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen genießen die gleiche Rechtsfähigkeit wie andere Menschen mit gleicher Stellung vor Gericht.
- Alle Personen, gegen die ein Strafverfahren eingeleitet wurde, werden gleich behandelt und haben die gleichen Möglichkeiten, auf eine Beschuldigung zu reagieren oder sich zu verteidigen.

- Erforderlichenfalls werden Personen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen angemessene individuelle verfahrensrechtliche Vorkehrungen getroffen, um ihre Rechtsfähigkeit auszuüben und ihren Zugang zur Justiz zu gewährleisten.
- Zu den verfahrensrechtlichen Vorkehrungen gehören die Bereitstellung von Vermittlern oder Moderatoren, verfahrensrechtliche Anpassungen und Änderungen, Anpassungen des Umfelds und Unterstützung bei der Kommunikation, um den Zugang zur Justiz zu gewährleisten.
- Alle Teilnehmer an Gerichtsverfahren werden über die Verfügbarkeit verfahrensrechtlicher Vorkehrungen informiert.
- Niemandem darf während eines Strafverfahrens oder der gegen ihn geführten Ermittlungen die psychosoziale Versorgung und Unterstützung vorenthalten werden.
- Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen haben Anspruch auf unentgeltlichen Rechtsbeistand in allen rechtlichen Verfahren und Prozessen in Straf- und Zivilsachen, die das Recht auf Leben, Rechtsfähigkeit, Freiheit, persönliche Unversehrtheit, angemessenen Wohnraum und familiäre Integrität betreffen.
- Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen haben das Recht, gleichberechtigt mit anderen an der Rechtspflege teilzunehmen, auch als Richter, Anwälte, Staatsanwälte, Zeugen, Geschworene, Sachverständige und Gerichtsbeamte Beamte.
- In Fällen, in denen Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen, leiten die Gerichte ein Verfahren zur Feststellung des Bedarfs an Verfahrensvorkehrungen und deren Bereitstellung. Es werden Sicherheitsvorkehrungen getroffen, soweit erforderlich, entsprechend den sich entwickelnden Fähigkeiten des Kindes oder Jugendlichen und ihrem Recht auf Anhörung.

Einbeziehung der Polizei

Die Gesetzgebung kann dazu beitragen, dass die Polizei eine konstruktive und hilfreiche Rolle in Bezug auf Menschen spielt, die sich in einer schweren Notlage und Krise befinden. Die Polizei trägt die Hauptverantwortung für die Aufrechterhaltung der öffentlichen Ordnung und die Wahrung der Menschenrechte aller Bürger. In Erfüllung ihrer Aufgabe greifen Polizeibeamte häufig am Ort eines Notfalls oder einer Krise ein, um Hilfe zu leisten. Dabei kann es zu gewalttätigen Zwischenfällen kommen, bei denen Personen in starke Bedrängnis geraten oder schwer oder tödlich verletzt werden, insbesondere Angehörige ethnischer und rassistisch

Der Gesetzgeber kann dazu beitragen, das Eingreifen der Polizei in Krisensituationen zu begrenzen und, wenn es unvermeidlich ist, sicherzustellen, dass es nicht zu Diskriminierung und diskriminierender Gewaltanwendung aufgrund tatsächlicher oder vermuteter psychischer Erkrankungen oder psychosozialer Behinderungen kommt. Der Gesetzgeber kann z. B. die Einrichtung von Krisenreaktionsdiensten vorschreiben, um eine angemessene Unterstützung zu gewährleisten, die nicht mit der Einschaltung von Polizei oder Strafverfolgungsbehörden verbunden und von diesen unabhängig ist (siehe Abschnitt 2.3.3).

Der Gesetzgeber kann auch die Sicherheit bei Begegnungen mit den Strafverfolgungsbehörden erhöhen, indem er vorschreibt, dass Personen, die zum Zeitpunkt eines polizeilichen Eingriffs in das Strafverfahren, einschließlich einer Verhaftung, unter Stress stehen oder ungewöhnliche Wahrnehmungen machen, verfahrensmäßige Vorkehrungen treffen müssen. Zu den Vorkehrungen

sollten verfahrenstechnische Anpassungen und Unterstützung bei der Kommunikation gehören. Das polizeiliche Einschreiten sollte sich auch an den Grundsätzen der Traumabewältigung, der Deeskalation und der Rassismusbekämpfung orientieren, und es sollte ein einfacher Zugang zu einem Krisenberatungsdienst gewährleistet sein.

In vielen Gerichtsbarkeiten ist die Polizei gesetzlich verpflichtet, eine Person während einer Krise in eine stationäre psychiatrische Einrichtung zu bringen, um zu vermeiden, dass die Person in große Bedrängnis gerät, wenn sie in Polizeigewahrsam genommen und in das Strafrechtssystem eingewiesen wird. Wie im folgenden Abschnitt erörtert, müssen die Praktiken zur Abzweigung psychisch Kranker jedoch im Einklang mit den Standards der CRPD umgesetzt werden.

50 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

- Bei polizeilichen Maßnahmen müssen die Rechte und die Würde von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen geachtet werden.
- Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen haben das Recht, bei polizeilichen Maßnahmen nicht diskriminiert zu werden und keine Gewalt oder Nötigung aufgrund ihrer psychischen Gesundheit oder psychosozialen Behinderung zu erfahren.
- Die Polizeibeamten stellen sicher, dass Personen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen während eines Polizeieinsatzes verfahrensmäßige Vorkehrungen getroffen werden.
- Die Polizeibeamten erhalten eine angemessene Schulung und Unterstützung, um schwierige Situationen, an denen Personen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen beteiligt sind, zu deeskalieren und die Notwendigkeit der Inanspruchnahme des Strafrechtssystems zu minimieren.

Ablenkung vom Strafrechtssystem

Weltweit wächst die Besorgnis über die Überrepräsentation von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen an Orten des Freiheitsentzugs, insbesondere von Angehörigen ethnischer und rassischer Minderheiten. Viel zu viele von ihnen werden strafrechtlich verfolgt und inhaftiert, oft wegen relativ geringfügiger Vergehen. Dies ist das Ergebnis zahlreicher Faktoren, unter anderem der diskriminierenden Gesetzgebung, die weniger materielle und verfahrensrechtliche Garantien vorsieht, der Umsetzung von Gesetzen, die belästigendes Verhalten unter Strafe stellen, der weit verbreiteten falschen Vorstellungen über psychische Gesundheit und Gewalt, der Intoleranz in der Gesellschaft gegenüber abweichendem, schwierigem oder störendem Verhalten, der fehlenden oder eingeschränkten Verfügbarkeit von Unterstützungsdiensten und der systematischen Diskriminierung von Randgruppen.

Viele Staaten haben Gesetze erlassen, die Straftäter mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen aus dem herkömmlichen Strafsystem in das psychosoziale Gesundheitssystem einweisen. Diese Initiativen bieten Behandlungsalternativen zu strafrechtlichen Sanktionen für Personen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen, die mit dem Gesetz in Konflikt geraten sind. Der Grundgedanke dahinter ist, die Inhaftierungsrate und die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls in die Kriminalität zu verringern.

In den verschiedenen Rechtsordnungen gibt es eine Vielzahl von Diversionsmodellen für psychisch Kranke, die sich grob in Programme zur Diversion vor der Inhaftierung und Programme zur Diversion nach der Inhaftierung einteilen lassen (316). Erstere beinhalten eine Diversion vor der Erhebung einer strafrechtlichen Anklage, d. h. die Person wird nicht wegen einer Straftat angeklagt, sondern ohne weitere strafrechtliche Verwicklung in psychosoziale Dienste umgeleitet. Letztere beinhalten eine Umleitung, nachdem eine Person festgenommen und inhaftiert oder wegen einer Straftat angeklagt wurde. Die psychischen Gesundheitssysteme spielen bei der Durchführung beider Arten von Programmen eine wichtige Rolle (316).

Die Entwicklung von Diversionsprogrammen ist noch relativ neu, und es gibt nur unzureichende Erkenntnisse über ihre Auswirkungen auf die Verringerung der Rückfälligkeit und Inhaftierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen (316-318). Allerdings wächst die Besorgnis, dass solche Diversionsprogramme die zugrundeliegenden strukturellen Ungleichheiten, die zur Kriminalisierung führen (z. B. Stigmatisierung, Behindertenfeindlichkeit, Rassismus, Armut, fehlende Unterstützung durch die Gemeinschaft usw.), nicht angehen und häufig auf medizinisch orientierte Ansätze und Zwangspraktiken zurückgreifen, die gegen die Menschenrechte verstoßen (319). Es kann vorkommen, dass Menschen zwar nicht inhaftiert werden, aber dennoch der Kontrolle und dem Zwang ausgesetzt sind, z. B. durch die Anordnung einer gemeindenahen Behandlung. Bei vielen Diversionsprogrammen besteht nämlich die Gefahr, dass Personen, die die auferlegten Behandlungsmaßnahmen nicht einhalten, wieder in das Strafrechtssystem zurückkehren. Es besteht daher die Gefahr, dass die Zahl der Personen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen, die unter staatlicher Kontrolle stehen, eher steigt als sinkt.

Es muss dringend überdacht werden, wie die Inhaftierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen im Polizeigewahrsam oder in Gefängnissen vermieden werden kann, während gleichzeitig gegen Stigmatisierung und menschenrechtswidrige Praktiken vorgegangen wird. Die Länder sollten den potenziellen Nutzen und Schaden der Umsetzung von Diversionsprogrammen innerhalb ihres Rechtssystems und unter aktiver Beteiligung von Personen mit Lebenserfahrung sorgfältig abwägen (siehe Abschnitt 2.6). Wenn sie jedoch als integraler Bestandteil umfassenderer Bemühungen um Anti-Krebs-Strategien betrachtet werden, sollte die Gesetzgebung sicherstellen, dass Abzweigungsprogramme:

- (i) nur dann eingesetzt werden, wenn hinreichende Beweise dafür vorliegen, dass die betreffende Person die mutmaßliche Straftat begangen hat (d. h. wenn es auf der Grundlage der verfügbaren Beweise hinreichende Gründe gibt);
- (ii) unentgeltlich und freiwillig auf der Grundlage angemessener Informationen über Art, Inhalt und Dauer des Programms angeboten werden;
- (iii) auf die Bereitstellung von personenzentrierter und auf Rechten basierender gemeinschaftlicher Unterstützung und wiederherstellender Gerechtigkeit ausgerichtet sind; und
- (iv) keine psychosoziale Zwangsversorgung oder soziale Kontrolle beinhalten.

Um zu verhindern, dass "gefährdete" Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen in das Strafrechtssystem geraten, bedarf es langfristiger systemischer Veränderungen, um die kumulierten Nachteile und ungerechten Ergebnisse, die diese Gruppen betreffen, zu beseitigen. Darüber hinaus ist es wichtig, dass die Staaten ihre Strafgesetze überprüfen, um sicherzustellen, dass atypische Verhaltensweisen (z. B. "Kernschmelzen", Stimming, Schreien oder Selbstverletzung) und Verhaltensweisen, die aus Armut oder Obdachlosigkeit

resultieren und dadurch aufrechterhalten werden (z. B. Betteln, Schlafen in öffentlichen Räumen, Herumlungen), nicht als kriminelle Handlungen behandelt werden (320). Der Zusammenhang zwischen Armut, Obdachlosigkeit und psychischen Erkrankungen ist allgemein anerkannt.

Strafrechtliche Verantwortung

Bisher sind die Auswirkungen der CRPD auf die strafrechtliche Verantwortlichkeit sowohl im Behinderten- als auch im Rechtsdiskurs noch nicht ausreichend untersucht worden. In diesem Bereich kommt es häufig zu Interaktionen zwischen Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen, dem Strafrechtssystem und den psychosozialen Gesundheitssystemen.

In den meisten Staaten berücksichtigt der Gesetzgeber bei der Feststellung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit den psychischen Zustand des Angeklagten zum Zeitpunkt der Straftat. Stellt das Gericht fest, dass der Angeklagte aufgrund einer psychischen Störung oder Beeinträchtigung die Art und die Folgen seines Handelns nicht erkannt hat, kann er für nicht schuldig erklärt werden. Der Gesetzgeber kann jedoch weiterhin eine "Sicherheitsmaßnahme" anordnen, die die Einweisung in eine forensische Einrichtung oder eine obligatorische gemeindenahe Behandlung umfasst und häufig auf Überlegungen zur "Gefährlichkeit" beruht (309). Dies scheint dem Grundsatz zu widersprechen, dass es keine Strafe ohne Schuld gibt, und in der Realität kann es vorkommen, dass Personen, die einer Sicherheitsmaßnahme unterworfen sind, länger inhaftiert sind als Personen, die der gleichen Straftaten für schuldig befunden wurden.

Aus diesen Gründen haben mehrere Interessengruppen eine Überarbeitung der Gesetze zur strafrechtlichen Verantwortlichkeit und zu Sicherheitsmaßnahmen gefordert, um sicherzustellen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen dieselben materiellen und verfahrensrechtlichen Garantien genießen wie alle anderen Menschen (321, 322). Dazu gehört die Aufhebung der Erklärungen der "Unzurechnungsfähigkeit" und der "Nichtverantwortlichkeit aufgrund einer Behinderung" sowie der entsprechenden Sicherheitsmaßnahmen (323-326). Einige Menschenrechtsexperten haben vorgeschlagen, sie durch allgemeine strafrechtliche Verteidigungsgründe und Voraussetzungen für die strafrechtliche Verantwortlichkeit wie "Irrtum über Tatsachen" oder "innerer Zwang" zu ersetzen (321, 322, 327). Wiedergutmachungsregelungen und Maßnahmen ohne Freiheitsentzug wurden ebenfalls als Alternative vorgeschlagen (321).

Obwohl sich immer mehr Menschen dafür aussprechen, dass dieses Problem angegangen wird, besteht kein Konsens darüber, wie die Systeme zur Zuweisung der strafrechtlichen Verantwortlichkeit angemessen gesetzlich geregelt werden können, damit sie den Rechten von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen gerecht werden (328). Dies ist ein Bereich, der sorgfältige Überlegungen und Diskussionen sowie einen wichtigen Beitrag von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung erfordert. In der Zwischenzeit muss unbedingt sichergestellt werden, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen in den Genuss aller im Völkerrecht anerkannten materiellen und verfahrensrechtlichen Schutzmaßnahmen kommen, und zwar in gleicher Weise wie andere.

Strafgefangene mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen

Der Gesetzgeber kann eine entscheidende Rolle dabei spielen, die Verpflichtung anzuerkennen, Gefangenen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen eine angemessene

Unterbringung und Unterstützung zu gewähren, einschließlich des Zugangs zu psychosozialer Betreuung und psychosozialer Unterstützung. Gefangene, einschließlich Menschen in Einwanderungshaftanstalten, sollten dieselben Standards der Gesundheitsversorgung genießen, die auch anderen Menschen in der Gemeinschaft zur Verfügung stehen, und sollten Zugang zu kostenlosen und diskriminierungsfreien Dienstleistungen haben (329). Dazu gehört auch das Recht, vor medizinischen Eingriffen ihre freie und informierte Zustimmung zu geben, Patientenverfügungen zu erstellen und Zugang zu unterstützten Entscheidungsmechanismen zu erhalten. Besuche in Gefängnissen und anderen Haftanstalten sollten für Gemeinden zur Standardpraxis gehören, um einen gleichberechtigten Zugang zu personenzentrierter Pflege und therapeutischer Kontinuität zu gewährleisten.

Die Gesetzgebung kann auch Bestimmungen enthalten, die in dringenden Fällen einen sofortigen Zugang zu medizinischer Versorgung garantieren (330). Gefangene mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen, die eine spezielle Behandlung oder einen chirurgischen Eingriff benötigen, sollten in andere Gesundheitseinrichtungen verlegt werden, wenn sie in der Haftanstalt nicht angemessen und gleichberechtigt mit anderen behandelt werden können. Solche Maßnahmen sollten auf der freien und informierten Zustimmung der Gefangenen beruhen.

Für jeden Gefangenen, der von einer Haftanstalt in ein Krankenhaus verlegt und dann wieder in eine Haftanstalt zurückgebracht wird, sollte die im Krankenhaus verbrachte Zeit als Teil der Strafe angerechnet werden. Außerdem sollten solche Gefangenen nur für die Dauer ihrer Strafe im Krankenhaus festgehalten werden. Eine unabhängige Überwachungsstelle sollte regelmäßig die Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen in Gefängnissen und anderen Haftanstalten gemäß Artikel 16 Absatz 3 der UN-BRK und dem Fakultativprotokoll zum Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe überwachen. Personen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen sollten in diese Überwachungsmechanismen einbezogen werden.

Schulungen für die Justizverwaltung

Die Staaten können Gesetze erlassen, die gewährleisten, dass alle Justizbediensteten, einschließlich der Polizei, der Justizbeamten, der Rechtsanwälte, der Angehörigen der Gesundheitsberufe, der forensischen Sachverständigen, der Fachkräfte der Opferhilfe, der Sozialarbeiter sowie des Personals von Bewährungs-, Strafvollzugs- und Jugendstrafanstalten, Schulungen zum Thema rechtbasierte psychische Gesundheit erhalten.

Der Gesetzgeber kann vorschreiben, dass Personen, die in der Justizverwaltung tätig sind, an einer menschenrechtsbasierten Schulung teilnehmen müssen, die auch die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen sowie die Bereitstellung von verfahrensrechtlichen Vorkehrungen umfasst. Der Gesetzgeber kann ferner sicherstellen, dass Personen mit eigener Erfahrung und ihre repräsentativen Organisationen an der Entwicklung und Präsentation solcher Schulungen teilnehmen.

51 Beispiele für gesetzliche Bestimmungen

● Alle Justizbeamten und -mitarbeiter, die im Justizsystem tätig sind, erhalten Sensibilisierungs- und Schulungsprogramme, die sich mit dem menschenrechtsbasierten Ansatz für psychische Gesundheit befassen.

● Alle Polizeibeamten erhalten spezielle Schulungen in folgenden Bereichen: i) Bekämpfung von impliziten Vorurteilen, Stereotypen und Profilerstellung aufgrund von Geschlecht, ethnischer oder nationaler Herkunft, Rasse und Behinderung; ii) Grundsätze und Techniken der Deeskalation und iii) verfahrens- und altersgemäße Anpassungen.

● Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen und die sie vertretenden Organisationen sind an der Entwicklung und Durchführung aller Schulungen zu beteiligen. Finanzmittel für die Sensibilisierung für psychische Gesundheit und für Schulungen sind in den Haushalt des Justizsystems aufzunehmen.

Kapitel 3

Ausarbeitung, Umsetzung und Bewertung von rechtsbasierten Gesetzen zur psychischen Gesundheit

Einleitung

Die Verfahren zur Entwicklung und Umsetzung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit sind für die Menschenrechte ebenso wichtig wie der Inhalt der Gesetze selbst. In Kapitel 3 wird erläutert, wie ein menschenrechtsbasierter Ansatz in die Gesetzgebung aufgenommen werden kann, und es wird dargelegt, welche Schritte die Staaten unternehmen sollten, bevor sie mit der Ausarbeitung, Verabschiedung, Umsetzung und Bewertung von Gesetzen beginnen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Verpflichtung jedes Landes, Personen mit Lebenserfahrung und ihre repräsentativen Organisationen aktiv einzubeziehen und zu konsultieren.

Das Kapitel unterstreicht, wie wichtig es ist, den Rahmen der internationalen Menschenrechtsgesetzgebung zu verstehen, bevor man einen Reformprozess einleitet. Darüber hinaus werden Anleitungen für eine gründliche Überprüfung der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit gegeben und die Haupthindernisse für die Verwirklichung einer rechtsbasierten psychosozialen Versorgung aufgezeigt. Es werden Einblicke in die Ausarbeitung und Erörterung eines Gesetzesentwurfs, die Ermittlung von Ansatzpunkten für die Interessenvertretung und Mobilisierung sowie die Sicherstellung der Zusammenarbeit und des Engagements der verschiedenen Interessengruppen gegeben. Darüber hinaus befasst sich das Kapitel mit der Umsetzung und Evaluierung des Gesetzes und zeigt auf, worauf es bei diesen Prozessen ankommt.

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass die skizzierten und erörterten Praktiken nur als Richtschnur dienen: Die Prozesse für die Gesetzgebung hängen von den nationalen Normen, Bräuchen und Kontexten ab.

3.1 Einbeziehung von Interessengruppen und Konsensbildung

Für eine wirksame Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit ist die Förderung einer umfassenden Zusammenarbeit und eines Konsenses von zentraler Bedeutung. In diesem Abschnitt werden zwei Aspekte erläutert: die aktive Einbeziehung aller relevanten Interessengruppen, einschließlich der Personen mit Lebenserfahrung, und die Schaffung eines Konsenses und politischen Willens unter diesen verschiedenen Beteiligten. Durch die Einbeziehung eines breiten Spektrums von Perspektiven und die Förderung eines gemeinsamen Verständnisses von Zielen und Werten können die politischen Entscheidungsträger sicherstellen, dass der sich daraus ergebende gesetzliche Rahmen nicht nur umfassend und sachkundig ist, sondern auch von allen Beteiligten unterstützt wird, was letztlich eine wirksame Umsetzung und positive Ergebnisse für die Gemeinschaft fördert.

3.1.1 Aktive Einbeziehung aller relevanten Interessengruppen, einschließlich der Personen mit Lebenserfahrung

Auch wenn Initiativen von einer Reihe von staatlichen, juristischen, professionellen und zivilgesellschaftlichen Stellen, Menschen mit Lebenserfahrung und anderen Einzelpersonen oder Gruppen angeführt werden können, ist es dennoch wichtig, ein möglichst breites Spektrum von Interessengruppen einzubeziehen. Zu den Beteiligten können Politiker, politische Entscheidungsträger, Ministerien (Gesundheit, Soziales, Recht und Finanzen), Betroffene, Fachleute (Psychiater, Psychologen, psychiatrische Krankenschwestern und -pfleger und Sozialarbeiter), Familienangehörige, Interessenvertretungsorganisationen, Dienstleistungsanbieter, Nichtregierungsorganisationen, Bürgerrechtsgruppen, religiöse Organisationen, Gemeinden bestimmter Gemeinschaften sowie akademische und Forschungseinrichtungen gehören. In einigen Ländern kann es auch erforderlich sein, Gemeindeleiter und traditionelle Heiler einzubeziehen.

Die aktive Beteiligung von Personen mit eigener Erfahrung, einschließlich der Opfer und Überlebenden von Menschenrechtsverletzungen durch psychosoziale Dienste, ist in jeder Phase der Gesetzgebung besonders wichtig. Die Beteiligten sollten sich von Anfang an um ein Höchstmaß an Beteiligung bemühen, auch bei der Mitplanung und Mitgestaltung von Maßnahmen. Die direkte Beteiligung dieser Gruppen trägt dazu bei, dass jede Gesetzesreform auf Erfahrungen aus erster Hand aufbaut und von ihren kollektiven Einsichten und ihrem Fachwissen profitiert.

Bei der Einbeziehung von Menschen mit Lebenserfahrung in den Reformprozess ist es von entscheidender Bedeutung, direkt mit ihren Vertretungsorganisationen zusammenzuarbeiten, da diese Organisationen als Vermittlungsinstanzen fungieren und eine wichtige Rolle beim Eintreten für ihre Rechte spielen (331). Obwohl Dachverbände von Menschen mit Behinderungen oder nationale Menschenrechtsinstitutionen bei der Ermittlung von Organisationen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen behilflich sein können, ist es dennoch wichtig zu bedenken, dass zivilgesellschaftliche Organisationen, die Dienstleistungen erbringen oder sich in ihrem Namen einsetzen, nicht als solche gelten (332).

In Ländern, in denen es Lücken in der Vertretung gibt, sollten die Interessenvertreter direkt auf Einzelpersonen und Gruppen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen zugehen und mit nationalen, regionalen und internationalen Organisationen von Menschen mit Behinderungen zusammenarbeiten, die möglicherweise Mitglieder oder Ansprechpartner auf lokaler Ebene haben (333). Es ist wichtig, den verschiedenen Stimmen von Menschen mit Lebenserfahrung Raum zu geben.

Einige Personen benötigen möglicherweise Unterstützung, um sich aktiv am Reformprozess zu beteiligen. Möglicherweise sind sie mit den Gesetzgebungsverfahren oder der juristischen Terminologie nicht vertraut oder fühlen sich aufgrund traumatischer Erfahrungen, gesellschaftlicher

Ausgrenzung oder der Anwesenheit von psychosozialen Fachkräften unwohl dabei, ihre Meinung öffentlich zu äußern. Um die Teilnahme zu erleichtern, ist es wichtig, sichere und unterstützende Räume zu schaffen, Machtungleichgewichte anzusprechen und gezielte Maßnahmen zu ergreifen, um den Einfluss auszugleichen. Auch der Aufbau von Kapazitäten und finanzielle Unterstützung können notwendig sein, um eine sinnvolle Beteiligung zu gewährleisten.

3.1.2 Konsensbildung und politischer Wille

Der Prozess der Konsensbildung für die Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit sollte so früh wie möglich beginnen, damit unterschiedliche Ansichten berücksichtigt und die spätere Umsetzung erleichtert werden können. Ein Konsens über die anstehenden Fragen ist für den Erfolg einer jeden Gesetzesreform entscheidend.

Konsensbildung und Verhandlungen sind nicht nur für die Ausarbeitung von Gesetzen wichtig, sondern gewährleisten auch deren Umsetzung, sobald sie verabschiedet sind. Ein breiter Konsens ist auch deshalb erforderlich, weil ein menschenrechtsbasierter Ansatz bei der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit zwangsläufig scheitern muss, wenn nicht gegen gesellschaftliche Missverständnisse, Ängste und abweichende Ansichten in Bezug auf psychische Erkrankungen und psychosoziale Behinderungen vorgegangen wird. Leider gibt es nach wie vor eine erhebliche Stigmatisierung und Diskriminierung im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit, die, wenn sie nicht beseitigt wird, die Umsetzung behindert. Im Rahmen der Konsens- und Vertrauensbildung zwischen den Akteuren ist es daher wichtig, den Schaden, der Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen durch die Systeme der psychischen Gesundheit zugefügt wird, öffentlich anzuerkennen. Die Anerkennung des negativen Erbes der zahlreichen Menschenrechtsverletzungen, die in diesen Bereichen stattgefunden haben, wird dazu beitragen, die Beseitigung der zugrunde liegenden Werte und Praktiken voranzutreiben.

In vielen Ländern kann ein mangelndes Verständnis der CRPD und des menschenrechtsbasierten Ansatzes bei den Beteiligten zu Widerständen bei der Durchführung von Reformen, zum Widerstand gegen die Gesetzgebung während der Ausarbeitung und sogar zur Unterminierung der verabschiedeten Gesetze führen. Daher ist es wichtig, dass alle Hauptakteure - psychosoziale Fachkräfte, Gesundheitsfachkräfte, öffentliche und private Dienstleister, Polizei und Justiz, Medien, Gemeinschaften und Familien - angemessen über die menschenrechtsbasierten Ansätze zur psychischen Gesundheit informiert und aufgeklärt werden. Die Bereitstellung von Zeit und Ressourcen in diesem Bereich im Vorfeld von Gesetzesreformen erleichtert alle Gesetzgebungsverfahren.

3.2 Eine auf Rechten basierende Analyse der bestehenden Gesetze und Politiken

Bevor mit der Ausarbeitung des Gesetzesentwurfs begonnen wird, können vier vorbereitende Schritte bei der Festlegung des Inhalts hilfreich sein:

- i) Studium der jüngsten Entwicklungen im Zusammenhang mit internationalen Menschenrechtsübereinkommen und -standards;
- ii) Untersuchung des bestehenden rechtlichen Rahmens, um zu analysieren, inwieweit dieser die internationalen Menschenrechtsstandards einhält oder nicht einhält, und um gleichzeitig spezifische Elemente zu ermitteln, die fehlen oder reformbedürftig sind; iii) Verständnis der psychosozialen

Bedürfnisse des Landes und der Hindernisse für die Umsetzung von rechtsbasierten Politiken, Plänen und Programmen zur psychischen Gesundheit; und iv) Lernen aus den Lehren und Erfahrungen anderer Staaten.

3.2.1 Prüfung der Verpflichtungen aus internationalen Übereinkommen und Standards

Ein erster Schritt im Gesetzgebungsverfahren besteht darin, dass sich die Staaten über ihre Verpflichtungen im Rahmen der internationalen Menschenrechtsnormen informieren (Kasten 9). Staaten, die internationale Menschenrechtsverträge ratifiziert haben, haben sich verpflichtet, diese Rechte zu schützen, zu achten und zu erfüllen (siehe Abschnitt 1.4), und müssen ihre Verpflichtungen bei der Planung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit umfassend berücksichtigen. Daher ist es wichtig, dass alle beteiligten Akteure im Hinblick auf einen menschenrechtsbasierten Ansatz zur psychischen Gesundheit geschult werden.

Kasten 9

Menschenrechtliche Verpflichtungen in Bezug auf psychische Gesundheit

Zentrale Menschenrechtsinstrumente:

- Internationales Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung.
- Internationaler Pakt über bürgerliche und politische Rechte.
- Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte.
- Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau.
- Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe.
- Übereinkommen über die Rechte des Kindes.
- Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.
- Internationale Konvention zum Schutz der Rechte aller Wanderarbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen.
- Internationales Übereinkommen zum Schutz aller Personen vor gewaltsamem Verschwindenlassen.

Resolutionen des Menschenrechtsrates:

● Resolution A/HRC/32/18, Psychische Gesundheit und Menschenrechte, angenommen vom Menschenrechtsrat am 1. Juli 2016.

Resolution A/HRC/RES/36/13, psychische Gesundheit und Menschenrechte, angenommen vom Menschenrechtsrat am 28. September 2017.

Resolution A/HRC/RES/43/13, psychische Gesundheit und Menschenrechte, angenommen vom Menschenrechtsrat am 19. Juni 2020.

Resolution A/HRC/RES/52/12, Psychische Gesundheit und Menschenrechte, angenommen vom Menschenrechtsrat am 3. April 2023.

Mandatsträger der UN-Sonderverfahren:

- UN-Sonderberichterstatter für die Rechte von Menschen mit Behinderungen.
- UN-Sonderberichterstatter für das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit.
- UN-Sonderberichterstatter über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe.

UN-Einrichtungen:

- Büro des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte (OHCHR).
- Weltgesundheitsorganisation (WHO).
- Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF).
- Hoher Kommissar der Vereinten Nationen für Flüchtlinge (UNHCR).
- Abteilung für wirtschaftliche und soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen (UN DESA).
- Sonderbeauftragter des Generalsekretärs der Vereinten Nationen für Behinderungen und Barrierefreiheit.

3.2.2. Ermittlung von Hindernissen für eine rechtebasierte psychosoziale Versorgung

Ein zweiter Schritt besteht darin, zuverlässige Informationen über die Hauptanliegen des Landes in Bezug auf die psychische Gesundheit sowie über bestehende oder wahrscheinliche Hindernisse für die Umsetzung rechtsbasierter Politiken, Pläne und Programme zur psychischen Gesundheit einzuholen. Es gibt zahlreiche Informationsquellen und Belege für die Situation in einem bestimmten Land:

- Nach Ländern aufgeschlüsselte Daten aus nationalen Gesundheitsinformationssystemen.
- Nationale quantitative oder qualitative Studien, z. B. gemeindebasierte epidemiologische Studien.
- Berichte nationaler Menschenrechtsinstitutionen, anderer Überwachungsorgane und innerstaatlicher Gerichtsentscheidungen zur psychischen Gesundheit.
- Berichte von Organisationen der Zivilgesellschaft, einschließlich Organisationen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen.
- Andere einschlägige Berichte, z. B. nationale Berichte an Vertragsorgane sowie Berichte des Systems der Vertragsorgane oder der Mandatsträger für Sonderverfahren des Menschenrechtsrats.
- UN-Länderberichte, z. B. von Menschenrechtsmechanismen, Länderteams oder UN-Einrichtungen.

Eine kritische Bewertung der vorhandenen Literatur ist notwendig, um Vorurteile und Machtungleichgewichte in der Forschung zu erkennen und zu beseitigen, die oft Länder mit hohem Einkommen, biomedizinische, quantitative und nicht erfahrungsbasierte Perspektiven bevorzugen (334). Ein Verständnis der Barrieren und Hindernisse, mit denen Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen konfrontiert sind, ist ebenfalls unerlässlich. Zwar kann die Umsetzung der CRPD nicht durch Gesetze zur psychischen Gesundheit gewährleistet werden, doch ist es wichtig, Barrieren und Einschränkungen in anderen Gesetzen zu erkennen, wenn es darum geht, rechtliche Lösungen für Herausforderungen im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit zu finden. Kasten 6 zeigt Beispiele für Herausforderungen, die durch gesetzgeberische Maßnahmen angegangen werden können, und nennt vorrangige Bereiche für eine umfassendere Gesetzesreform.

Die Durchführung von Fokusgruppendifkussionen mit Betroffenen und anderen Interessengruppen kann dazu beitragen, kritische Herausforderungen und Lücken zu ermitteln und zu verstehen, insbesondere dort, wo nur wenige Daten vorliegen oder erhebliche Informationslücken bestehen.

3.2.3 Umfassende Überprüfung der nationalen Gesetzgebung

Der dritte Schritt besteht darin, eine umfassende Überprüfung der nationalen Gesetzgebung vorzunehmen, um festzustellen, ob neue Gesetze erforderlich sind, und um diejenigen zu ermitteln, die aufgrund von Unstimmigkeiten mit den Menschenrechtsverpflichtungen überprüft oder aufgehoben werden müssen. Jede Überprüfung sollte rigoros und umfassend sein und die Interdependenz und Unteilbarkeit der Menschenrechte anerkennen. Je nach politischem System des Landes kann dies von verschiedenen Gremien geleitet werden, z. B. von einer unabhängigen Sonderkommission, einer nationalen Menschenrechtsinstitution oder einem Parlamentsausschuss (335).

Die Bestandsaufnahme der bestehenden Rechtsvorschriften ist von Land zu Land sehr unterschiedlich. In einigen Staaten gibt es bereits seit langem Gesetze zur psychischen Gesundheit, während andere Staaten ihre Gesetze möglicherweise zum ersten Mal ausarbeiten. Bestehende eigenständige Gesetze zur psychischen Gesundheit müssen sorgfältig anhand der neuesten Menschenrechtsstandards, insbesondere der CRPD, geprüft werden. Darüber hinaus müssen die Bestandteile anderer Gesetze, die sich auf die psychische Gesundheit beziehen, ermittelt und bewertet werden. Diese umfassende Überprüfung gibt einen Überblick über die verschiedenen Bereiche, die zu einer rechtsbasierten Politik und zu Programmen zur psychischen Gesundheit beitragen, und hilft bei der Feststellung, welche Gesetze möglicherweise überarbeitet werden müssen.

Auch wenn einige Staaten über angemessene Bestimmungen in den bestehenden Gesetzen verfügen, kann die Umsetzung mangelhaft sein. In solchen Fällen muss möglicherweise untersucht werden, warum dies der Fall ist und ob die Rechenschaftspflicht, die Überwachung und die Beschwerdesysteme im Rahmen der Gesetzgebung gestärkt oder neu geschaffen werden müssen. In anderen Fällen können Umsetzungsprobleme auf unzureichend zugewiesene Ressourcen zurückzuführen sein, was ebenfalls Gesetzesänderungen erforderlich machen kann.

Die Checkliste zur rechtsbasierten Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit (am Ende dieser Leitlinien) ist ein nützliches Instrument, um die Stärken und Schwächen der bestehenden Gesetzgebung zu ermitteln und festzustellen, welche Bestimmungen für die Aufnahme in neue Gesetze in Betracht gezogen werden sollten.

3.2.4 Überprüfung von Rechtsvorschriften und bewährten Verfahren in anderen Ländern

Die Prüfung der Gesetzgebung anderer Staaten im Bereich psychische Gesundheit und Behinderung hilft bei der Ermittlung von Komponenten, die typischerweise gesetzlich geregelt sind, sowie von bewährten Verfahren und wirksamen Maßnahmen. Es ist jedoch wichtig, die spezifischen sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Variablen eines Landes zu berücksichtigen, da bestimmte Bestimmungen möglicherweise nicht anwendbar sind oder geändert werden müssen. Es ist wichtig, dass die Einhaltung der Menschenrechte stets im Mittelpunkt steht.

In vielen Staaten gibt es nach wie vor veraltete Gesetze, die nicht die neuesten Menschenrechtsverpflichtungen widerspiegeln. Jede Überprüfung sollte sich daher auf Staaten konzentrieren, die über eine fortschrittliche Gesetzgebung verfügen, die internationale Menschenrechtsstandards und den aktuellen Wissensstand im Bereich der psychosozialen Versorgung und Unterstützung berücksichtigt, wie in diesen Leitlinien dargelegt. Außerdem sollte umfassend untersucht werden, wie sich die Gesetze auf die Verbesserung der Situation von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen in diesen Staaten auswirken. Gründe für ein Scheitern können u. a. schlecht formulierte Gesetze oder Schwierigkeiten bei der Umsetzung sein, die auf gesetzliche Bestimmungen zurückzuführen sind, die weder die praktischen Gegebenheiten noch die Erfahrungen der Rechteinhaber in dem jeweiligen Land berücksichtigen.

Eine nützliche Quelle für den Zugang zu Gesetzen zur psychischen Gesundheit aus verschiedenen Ländern ist die MiNDBank¹⁰ der WHO, eine Online-Plattform, die nationale und internationale Ressourcen, Gesetze und Strategien zu psychischer Gesundheit, Drogenmissbrauch, Behinderung, allgemeiner Gesundheit, Menschenrechten und Entwicklung zusammenführt. Auch die Abteilung für wirtschaftliche und soziale Angelegenheiten der Vereinten Nationen hat die Behindertengesetze und -gesetze nach Ländern systematisiert (336). Es ist zu berücksichtigen, dass die in den Datenbanken verfügbaren Gesetze möglicherweise nicht den neuesten Menschenrechtsstandards entsprechen.

3.3.1 Entwurf von Rechtsvorschriften

Nachdem ein gründliches Verständnis sowohl des internationalen als auch des nationalen Rechtsrahmens sowie der spezifischen Herausforderungen des Landes im Bereich der psychischen Gesundheit erlangt wurde, muss entschieden werden, ob mit der Ausarbeitung von Gesetzen begonnen werden soll. Der Entwurfsprozess kann von einem parlamentarischen Ausschuss oder einer Arbeitsgruppe durchgeführt oder von einer Regierungsstelle geleitet werden, je nachdem, wie die Gesetzgebungspraxis in den einzelnen Staaten aussieht. Unabhängig davon, welches Gremium die Federführung übernimmt, ist es von entscheidender Bedeutung, sich mit den verschiedenen Interessengruppen, insbesondere mit denjenigen, die über eigene Erfahrungen verfügen, eingehend über den Entwurf zu beraten.

Dieser Abschnitt befasst sich mit diesen beiden kritischen Aktivitäten: i) dem Erarbeitungsprozess selbst, der sich von Land zu Land unterscheidet, und ii) der umfassenden Konsultation der verschiedenen Interessengruppen zum Vorschlagsentwurf.

3.3.1 Der Entwurfsprozess

Der Prozess der Ausarbeitung neuer Rechtsvorschriften ist von Land zu Land unterschiedlich und hängt von den jeweiligen legislativen, administrativen und politischen Strukturen ab. In der Regel sind diese gut etabliert und sollten bei der Ausarbeitung von Rechtsvorschriften befolgt werden.

In einigen Ländern wird von der Legislative oder dem zuständigen Ministerium ein spezieller Ausschuss mit der Ausarbeitung des Gesetzes betraut, in anderen übernimmt eine Gesetzeskommission oder ein ähnliches Gremium diese Aufgabe. In Ländern, in denen es keine klar definierten Strukturen für die Ausarbeitung neuer Gesetze gibt, können die Ministerien für Gesundheit oder Justiz eine wichtige Vermittlerrolle übernehmen. Darüber hinaus gibt es in einigen Rechtsordnungen Bestimmungen, die es der Zivilgesellschaft ermöglichen, eine Bürgerinitiative in Form einer Petition einzubringen, die von einer bestimmten Anzahl eingetragener Wähler unterstützt wird, so dass die Öffentlichkeit stärker in die Gestaltung der Politik zur psychischen Gesundheit einbezogen werden kann.

Das Vorhandensein von umfangreichem und vielfältigem Fachwissen ist von zentraler Bedeutung für den Entwurfsprozess und stellt sicher, dass das daraus resultierende Gesetz umfassend ist, einem menschenrechtsbasierten Ansatz folgt, alle relevanten Informationen und Perspektiven vollständig berücksichtigt und auf die lokalen Gegebenheiten zugeschnitten ist. Wenn ein Ausschuss oder eine Expertengruppe mit der Ausarbeitung des Gesetzes beauftragt wird, ist es wichtig, ein breites Spektrum von Interessengruppen einzubeziehen, darunter auch Organisationen von Personen mit Lebenserfahrung, und ein Mandat zu erteilen, um andere Personen einzubeziehen, die über das erforderliche Fachwissen verfügen und unterschiedliche Interessen vertreten.

3.3.2 Der Konsultationsprozess

Der Konsultationsprozess schließt sich an die Ausarbeitung des Gesetzesentwurfs an und ermöglicht zusätzliche Beiträge von Interessengruppen, die die endgültige Gesetzgebung beeinflussen können. Die Konsultation trägt dazu bei, potenzielle Schwachstellen zu ermitteln, Konflikte mit bestehenden Rechtsvorschriften oder lokalen Praktiken zu lösen, Fragen anzusprechen, die möglicherweise versehentlich ausgelassen wurden, und Lösungen für praktische Schwierigkeiten bei der Umsetzung zu finden.

Die verschiedenen Formen der Konsultation können von gesetzlich vorgeschrieben bis informell reichen. Es wird ein zeitlich begrenzter Prozess in drei Phasen empfohlen:

1. Veröffentlichung des Entwurfs im Amtsblatt der Regierung oder auf der offiziellen Website des Parlaments mit der Aufforderung zur Abgabe von Kommentaren und Beiträgen aus der Öffentlichkeit. In diesem Schritt sollten die wichtigsten Interessengruppen direkt um schriftliche Beiträge gebeten werden (Kasten 10).
2. Durchführung von nationalen und regionalen öffentlichen Konsultationssitzungen und Workshops zur Analyse und Erörterung wichtiger und häufig vorgebrachter Einwände oder Vorschläge zum Gesetzesentwurf. Es werden angemessene personelle und finanzielle Ressourcen benötigt, um sicherzustellen, dass der Konsultationsprozess integrativ, zugänglich und offen ist. Aufgrund des Machtgefälles zwischen Menschen mit Lebenserfahrung und psychosozialen Fachkräften ist es wichtig, sichere Räume zu schaffen, in denen Menschen mit Lebenserfahrung ihre Kommentare vertraulich mitteilen können. Alle eingegangenen Rückmeldungen müssen sorgfältig geprüft und entsprechende Änderungen vorgenommen werden.

3. Nach dem Konsultationsprozess sollte das verfassende Gremium einen Bericht veröffentlichen, in dem die eingegangenen Vorschläge, Einwände und Fragen sowie die Antworten darauf dokumentiert werden. Den Ansichten von Menschen mit eigener Erfahrung, insbesondere von Opfern und Überlebenden von Menschenrechtsverletzungen in psychosozialen Systemen, sollte großes Gewicht beigemessen werden. Die Dokumentation dieser Beiträge und des Austauschs wird dazu beitragen, den Hintergrund und die Gründe für die endgültigen gesetzlichen Bestimmungen zu klären.

Kasten 10

Beispiele für Interessengruppen, die zur Konsultation zu Gesetzesvorschlägen zur psychischen Gesundheit eingeladen werden sollten

- Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen und die sie vertretenden Organisationen.
- Staatliche Stellen, einschließlich der Ministerien für Gesundheit, Justiz, Finanzen, Bildung, Beschäftigung, soziale Wohlfahrt und Wohnungswesen.
- Akademische Einrichtungen, Berufsverbände und -organisationen, die Fachkräfte wie Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter, psychiatrische Krankenschwestern und -pfleger, Allgemeinmediziner, Notfallhelfer, Sanitäter, Ersthelfer und andere Fachkräfte vertreten, die mit dem psychosozialen Gesundheitssystem zu tun haben.
- Nationale Menschenrechtsinstitutionen und andere Überwachungsorgane.
- Organisationen von Menschen mit Behinderungen.
- Organisationen der Zivilgesellschaft, einschließlich Organisationen, die sich für die Rechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen einsetzen.
- Organisationen, die ältere Menschen vertreten.
- Vertreter von Familien und Betreuern.
- Privatwirtschaftliche und zivilgesellschaftliche Organisationen, die psychosoziale, soziale und juristische Dienste anbieten.
- Politiker, Gesetzgeber und Meinungsbildner.
- Strafverfolgungsbehörden wie Polizei und Strafvollzugsbeamte.
- Justizbehörden, einschließlich Anwälte und Rechtsvertreter.
- Organisationen, die Minderheiten und andere benachteiligte Gruppen vertreten.
- Gruppen aus dem weiteren Umfeld, einschließlich gemeinschaftsnaher Organisationen und Verbände wie Arbeitnehmergewerkschaften, Wohlfahrtsverbände für das Personal, Arbeitgeberverbände, Wohlfahrtsverbände für Bewohner, religiöse Gruppen und Gemeinden bestimmter Gemeinschaften.

Ein gut geplanter und systematisch durchgeführter Konsultationsprozess kann die Verabschiedung und Umsetzung der vorgeschlagenen Gesetze positiv beeinflussen. Durch die Konsultation wird die Öffentlichkeit für die psychische Gesundheit und die Rechte der Dienstleistungsnutzer sensibilisiert; die Gemeinschaft wird einbezogen, und das Verständnis für gemeinschafts- und menschenrechtsbasierte Ansätze zur psychischen Gesundheit wird gefördert. Umfassende Konsultationsverfahren können auch Partnerschaften fördern, was die Wahrscheinlichkeit einer wirksamen Umsetzung nach der Verabschiedung erhöht.

Gesetze sollten so verfasst werden, dass sie für möglichst viele Menschen leicht zugänglich sind. In den meisten Ländern gibt es Anforderungen an die Sprache und die Zugänglichkeit von Gesetzen. Es ist wichtig, dass es leicht lesbare Fassungen gibt, damit jeder, auch Menschen mit geistiger Behinderung, das Gesetz verstehen und an den Diskussionen teilnehmen kann.

3.4 Das Gesetzgebungsverfahren

Nach der Überarbeitung auf der Grundlage der Rückmeldungen aus dem Konsultationsprozess wird der Gesetzentwurf dem zuständigen Gremium zur Verabschiedung vorgelegt. Diese Phase kann sehr zeitaufwändig sein und eine Neuverhandlung der vorgeschlagenen Rechtsvorschriften erfordern. Es ist von entscheidender Bedeutung, Politiker und wichtige Mitglieder der Exekutive und der Legislative von der Notwendigkeit und den Gründen für eine aktualisierte Gesetzgebung zu überzeugen sowie davon, wie wichtig es ist, diesem Prozess ausreichend Zeit zu widmen.

Selbst wenn die Regierung ein neues Gesetz bereits unterstützt hat, können konkurrierende politische Prioritäten zu Verzögerungen führen, zumal die psychische Gesundheit in vielen Staaten nach wie vor eine geringe politische Priorität hat.

Das Verfahren zur Verabschiedung neuer Gesetze ist von Land zu Land unterschiedlich und hängt von den jeweiligen Rechtstraditionen und politischen Systemen ab. Die folgenden Abschnitte geben einen allgemeinen Überblick über das Verfahren und die möglichen Herausforderungen, die dabei auftreten können.

3.4.1 Zuständigkeit für die Verabschiedung von Gesetzen

In der Regel ist das Parlament oder ein anderes souveränes gesetzgebendes Organ für die Verabschiedung nationaler Gesetze zuständig. In Staaten mit einem föderalen politischen System können jedoch neben der nationalen Legislative auch die Bundesstaaten oder Provinzen befugt sein, Gesetze zu erlassen. In solchen Fällen können Gesetze zur psychischen Gesundheit je nach den örtlichen Bestimmungen der nationalen oder regionalen Rechtsprechung oder beiden unterworfen sein.

Im Allgemeinen muss ein Gesetz von der Legislative verabschiedet und verkündet werden, bevor es in Kraft treten kann. In einigen Staaten lassen die Verfassungen jedoch Gesetzesänderungen durch von der Regierung erlassene Verordnungen oder Dekrete zu. Gelegentlich bedürfen diese Verordnungen der vorherigen Genehmigung durch das Parlament und müssen innerhalb eines bestimmten Zeitraums ratifiziert werden; sind sie hinfällig, bleibt das vorherige Gesetz bestehen. Solche Bestimmungen können manchmal die Verabschiedung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit beschleunigen.

3.4.2 Aussprache über Gesetzesentwürfe und deren Annahme

Der Gesetzgeber verfügt häufig über Unterausschüsse, die die Gesetze prüfen, bevor sie in das Hauptgesetzgebungsorgan eingebracht werden. Diese Ausschüsse können eine Vielzahl von Perspektiven einholen, öffentliche Anhörungen durchführen, Eingaben anfordern oder Klärungen zu verschiedenen Aspekten des Gesetzes verlangen.

Die Beratungs- und Verabschiedungsphase kann langwierig und arbeitsintensiv sein. Die Gesetzgeber können Änderungen vorschlagen, und die Entscheidung über deren Aufnahme oder Ablehnung liegt beim souveränen Organ. Die für die Ausarbeitung des Gesetzesentwurfs Verantwortlichen müssen den Gesetzgeber unter Umständen umfassend über die Auswirkungen der vorgeschlagenen Änderungen aufklären. Die aktive Beteiligung von Menschen mit psychischen und psychosozialen Behinderungen ist von entscheidender Bedeutung, um einen menschenrechtsbasierten Ansatz zu gewährleisten.

Nachdem die Gesetzgebung und die Änderungsanträge geprüft wurden, werden sie von der gesetzgebenden Körperschaft (die möglicherweise aus mehreren Ebenen oder Kammern besteht) entweder verabschiedet oder abgelehnt. In den meisten Ländern ist der Gesetzgebungsprozess damit abgeschlossen, und das verabschiedete Gesetz kann sanktioniert werden (siehe Abschnitt 3.4.3). In vielen Ländern hat die Exekutive jedoch die Möglichkeit, das verabschiedete Gesetz abzulehnen oder Änderungen vorzuschlagen. Legt das Staatsoberhaupt sein Veto ein, geht der Vorschlag zur erneuten Prüfung an die gesetzgebende Körperschaft zurück.

3.4.3 Sanktionierung, Verkündung und Veröffentlichung neuer Gesetze

Durch Sanktionierung, Veröffentlichung und Verkündung wird das verabschiedete Gesetz öffentlich bekannt und offiziell verkündet. Obwohl diese Begriffe von Land zu Land unterschiedlich sein können, sind ihre Funktionen im Allgemeinen ähnlich. Die Verabschiedung des Gesetzes ist das Vorrecht des Staatsoberhauptes, das in der Regel die Unterzeichnung des offiziellen Textes beinhaltet. Die Verkündung ist die offizielle Bekanntgabe des verabschiedeten Gesetzes durch die Regierung; dies geschieht in der Regel durch eine Anordnung zur amtlichen Veröffentlichung des Gesetzes. Die Veröffentlichung bezieht sich auf den Druck des Gesetzestextes im offiziellen Amtsblatt der Regierung, eine notwendige Phase, bevor das verabschiedete Gesetz in Kraft treten kann. Nach der Veröffentlichung und in der Regel nach einer Frist von 10 bis 20 Tagen tritt das neue Gesetz in Kraft. Im Gesetzestext oder von der Exekutive kann eine längere Frist für eine umfassendere Vorbereitung festgelegt werden.

Verzögerungen können in allen Phasen auftreten, von der Verabschiedung bis zur Verkündung und Veröffentlichung. Die für die Umsetzung des Gesetzes verantwortlichen Personen müssen sich mit den zuständigen Behörden in Verbindung setzen, um sicherzustellen, dass das verabschiedete Gesetz rechtskräftig wird.

3.4.4 Mobilisierung der Debatte und Einbindung der öffentlichen Meinung

Die Mobilisierung der Debatte und die Einbindung der öffentlichen Meinung sind von entscheidender Bedeutung, wenn es darum geht, die Gesetzgeber zu ermutigen, die vorgeschlagenen Gesetze zu diskutieren und zu verabschieden. Die frühzeitige Einleitung von Konsultationen, Medienstrategien und anderen Aktivitäten kann das öffentliche Bewusstsein für die vorgeschlagene Gesetzgebung schärfen. Workshops und Seminare für wichtige Gruppen und

Organisationen können organisiert werden, um die wichtigsten Bestandteile der neuen Gesetzgebung zu erörtern und zu erläutern.

Personen mit eigener Erfahrung sollten eine aktive Rolle bei diesen Aktivitäten spielen. Die Ausarbeitung eines neuen Gesetzes ist eine wertvolle Gelegenheit, Personen mit Lebenserfahrung und ihren Vertretungsorganisationen Sichtbarkeit und Unterstützung zu verschaffen; darüber hinaus kann der Gesetzgebungsprozess aufklären, gesellschaftliche Einstellungen beeinflussen und den sozialen Wandel erleichtern.

Es ist wichtig, mit Mitgliedern der Exekutive und der Legislative aus allen politischen Parteien in Kontakt zu treten. Sie sollten über Themen wie die Herausforderungen und Lücken in der bestehenden Gesetzgebung, die Auswirkungen auf die Wahrnehmung und Ausübung von Rechten, den Hintergrund des vorgeschlagenen Gesetzes, die Anliegen und Forderungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen sowie die Menschenrechtsverpflichtungen und politischen Verpflichtungen, die im internationalen Rahmen für Menschenrechte und nachhaltige Entwicklung verankert sind, informiert werden.

Auch wenn es von entscheidender Bedeutung ist, die Debatte zu mobilisieren und die öffentliche Meinung einzubeziehen, dürfen menschenrechtliche Verpflichtungen und Zusagen nicht von der Zustimmung der Mehrheit abhängig gemacht werden.

3.5 Umsetzung

Der Prozess, der zur Umsetzung führt, beginnt bereits bei der Konzeption des Reformprozesses. Die Ermittlung und Beseitigung potenzieller Umsetzungsschwierigkeiten während der Entwurfs- und Konsultationsphase kann dazu beitragen, einen reibungsloseren Übergang zu gewährleisten, sobald die Rechtsvorschriften in Kraft getreten sind.

Zwischen der Verabschiedung von Gesetzen und deren Inkraftsetzung liegt in der Regel ein kurzer Zeitraum, und manchmal auch ein längerer Zeitraum vor der Durchsetzung; dies ermöglicht es den Behörden, die notwendige Infrastruktur für die Umsetzung zu schaffen. Diese entscheidende Zeitspanne erlaubt es den Behörden, die Verordnungen fertig zu stellen, Überwachungsstellen einzurichten, Schulungen anzubieten und sicherzustellen, dass alle relevanten Parteien auf die Umsetzung der Gesetze vorbereitet sind.

Die Regierungen sollten prüfen, wie sich neue Gesetze zur psychischen Gesundheit in die bestehende Politik einfügen, und die erforderlichen Anpassungen vornehmen, um die Einhaltung der neuen gesetzlichen Anforderungen zu gewährleisten. Dazu gehört auch die Überprüfung von Budgetzuweisungen und nationalen Plänen oder Strategien zur psychischen Gesundheit.

3.5.1 Bedeutung, Rolle und Zusammensetzung der für die Umsetzung zuständigen Organe

Die Bedeutung der für die Überwachung der Umsetzung zuständigen Stellen kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Die Umsetzung liegt nicht allein in der Verantwortung des Gesundheitssektors: Verschiedene Funktionen der Gesetzgebung können von unterschiedlichen Stellen übernommen und überwacht werden. Wurde beispielsweise ein Überwachungsgremium eingerichtet, so ist es wahrscheinlich, dass es aufgrund seiner Aufgaben gezwungen ist, bestimmte gesetzliche Anforderungen zu überwachen (siehe [Abschnitt 2.7.1](#)). Dies sollte jedoch nicht ausschließen, dass die Regierung selbst Normen, Standards und Indikatoren festlegt, um zu

überwachen und zu bewerten, ob die Rechtsvorschriften wirksam umgesetzt werden. Ist dies nicht der Fall, müssen die notwendigen Schritte eingeleitet werden.

Jede Agentur oder Stelle, die die Umsetzung überwacht, sollte über einen festen Zeitplan, messbare Ziele und die notwendigen administrativen und finanziellen Befugnisse verfügen, um einen wirksamen und zügigen Prozess zu gewährleisten. Die Agentur kann das Mandat, die Befugnis und angemessene finanzielle Mittel benötigen, um z. B.:

- Vorschriften, Regeln und Verfahren für die Umsetzung zu entwickeln;
- standardisierte Dokumentationsinstrumente für die Erfassung und Überwachung der Umsetzung zu erstellen;
- Gewährleistung eines angemessenen Verfahrens für die Ausbildung von Fachkräften der psychischen Gesundheit, der Sozialfürsorge und anderer Bereiche, erforderlichenfalls Einführung von Zertifizierungsverfahren;
- sich mit Fragen der Humanressourcen zu befassen; und
- Überwachung der Umsetzung.

Darüber hinaus ist es wichtig, dass die gesetzlich vorgesehenen Beschwerdeverfahren zügig und wirksam eingeführt und umgesetzt werden. Insbesondere sollten die psychosozialen Dienste Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen über ihre gesetzlich verankerten Rechte und die Möglichkeiten zur Inanspruchnahme der Beschwerdeverfahren aufklären.

Das Aufsichts- oder Umsetzungsorgan sollte eng mit Organisationen von Menschen mit Lebenserfahrung zusammenarbeiten, auch bei der Festlegung von Zielen und Messindikatoren zur Überwachung der Umsetzung.

3.5.2 Ausarbeitung von Vorschriften und anderen Leitlinien

In vielen Ländern erfordern die Gesetze häufig Verordnungen, damit sie in der Praxis wirksam angewandt werden und funktionieren. Verordnungen, die von Ministerien oder Behörden der Exekutive veröffentlicht werden, geben Hinweise zur Auslegung und Umsetzung der Gesetze in der Praxis. Auch wenn nicht alle Gesetze die Durchsetzung von Verordnungen erfordern, kann ihr Fehlen die angemessene Umsetzung neuer Gesetze behindern.

Der Prozess der Verabschiedung von Verordnungen ist von Land zu Land unterschiedlich. Um einen transparenten und partizipatorischen Prozess zu gewährleisten, veröffentlicht das zuständige Ministerium idealerweise zunächst die Verordnungsvorschläge zur öffentlichen Stellungnahme, die gemeinsam mit Experten aus den wichtigsten Interessengruppen, einschließlich Personen mit Lebenserfahrung, ausgearbeitet werden. Auf diese Weise kann jedes Mitglied der Öffentlichkeit Beiträge leisten und Änderungen vorschlagen. Das Ministerium führt dann mit allen Interessengruppen Konsultationssitzungen durch und nimmt Rückmeldungen entgegen. Nach Ablauf der Kommentierungsfrist analysiert das Ministerium die eingegangenen Rückmeldungen und nimmt gegebenenfalls Änderungen am Vorschlag vor, um auf die eingereichten Kommentare einzugehen. Sobald die Änderungen vorgenommen wurden, veröffentlicht das Ministerium oder die Exekutive die endgültigen Vorschriften im Amtsblatt.

Formale Leitlinien für Fachleute, wie z. B. ein Verhaltenskodex, können ebenfalls nützlich sein, um sicherzustellen, dass die Rechtsvorschriften ordnungsgemäß umgesetzt werden. Solche Leitlinien ergänzen die Verordnungen und können die Werte und Grundsätze, die den Rechtsvorschriften zugrunde liegen, noch einmal betonen, Aspekte der Ziele der Rechtsvorschriften erläutern, detaillierte praktische Anleitungen zur Einhaltung der gesetzlichen Verpflichtungen geben und bewährte Verfahren, Rechtsprechung und andere Quellen für weitere Informationen und Anleitungen enthalten. Darüber hinaus können sie Einzelpersonen, Dienstleistern, Familien und anderen Personen Hinweise zu den Rechten von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen geben.

Die zuständigen Ministerien können Leitlinien oder andere Grundsatzserklärungen veröffentlichen, um zu klären, wie eine Behörde die bestehenden Gesetze und Vorschriften versteht und umsetzt. In diesen Leitlinien können auch Vorschläge oder Empfehlungen für lokale Behörden und Fachkräfte enthalten sein.

Alle Vorschriften, Leitfäden und Verhaltensregeln sollten mit dem Gesetzestext übereinstimmen.

3.5.3 Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit

Die allgemeine Öffentlichkeit, Fachleute, Menschen mit Lebenserfahrung und Organisationen, die sich für sie einsetzen, sind oft nur unzureichend über die Änderungen informiert, die neue Gesetze mit sich bringen. Selbst wenn sie gut informiert sind, sind sie möglicherweise nicht von den Gründen für die Änderungen überzeugt und handeln nicht im Einklang mit dem Gesetz. Dies gilt insbesondere für Gesetze, die erhebliche Änderungen der üblichen Praktiken im Bereich der psychischen Gesundheit vorsehen.

Stigmatisierung, Mythen und Missverständnisse im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen können ein Hindernis für die wirksame Umsetzung rechtsbasierter Gesetze darstellen. Eine wichtige Komponente bei der Umsetzung von Gesetzen ist daher die Veränderung der öffentlichen Meinung. Die Verbreitung von Informationen über psychische Gesundheit, einschließlich der in neuen Gesetzen verankerten Rechte, kann dazu beitragen, die Einstellung der Öffentlichkeit zu ändern. In Programmen zur Sensibilisierung der Öffentlichkeit muss erklärt werden, warum ein menschenrechtsbasierter Ansatz wichtig ist und wie er für alle Menschen gilt, nicht nur für Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen. Die Medien können in diesem Prozess eine wertvolle Rolle spielen, indem sie die Bedeutung der Achtung der Menschenrechte von Menschen mit Lebenserfahrung hervorheben und dazu beitragen, die Öffentlichkeit über die neuen Ansätze zur psychosozialen Versorgung und Unterstützung aufzuklären, insbesondere über die Bedeutung gemeinschaftsbezogener Ansätze.

Es ist von entscheidender Bedeutung, Möglichkeiten zu schaffen, die es Menschen mit eigener Erfahrung ermöglichen, sich über neue oder reformierte Gesetze zu informieren. Sie müssen gut über den Inhalt der Gesetze informiert sein und wissen, welche Rechte ihnen darin zustehen. Auch wenn Organisationen, die Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen vertreten, während des gesamten Gesetzgebungsverfahrens aktiv beteiligt waren, werden nicht alle Menschen mit Lebenserfahrung daran teilgenommen haben und müssen auch nach Verabschiedung des Gesetzes informiert werden.

Für die wichtigsten Akteure, wie z. B. Angehörige der Gesundheitsberufe und Menschen mit Behinderungen, können Veröffentlichungen in vereinfachter und zugänglicher Form entwickelt werden. Diese können dazu beitragen, schwer verständliche Aspekte der Gesetzgebung zu klären

und detaillierte Hinweise zur Auslegung zu geben. Auch Diagramme können zur Veranschaulichung von Prozessen, wie z. B. Beschwerdeverfahren, verwendet werden.

Alle Bildungs- und Sensibilisierungsinitiativen sollten unter Beteiligung von Menschen mit Lebenserfahrung und ihren repräsentativen Organisationen konzipiert und durchgeführt werden. Zu diesem Zweck müssen Haushaltsmittel bereitgestellt werden.

3.5.4 Schulung der Akteure in der psychischen Gesundheit und den sozialen Versorgungssystemen, in anderen Sektoren und in der Gemeinschaft

Eine umfassende Kenntnis der neuen Gesetzgebung durch Fachkräfte des Gesundheitswesens und anderer Bereiche ist für deren wirksame Umsetzung von entscheidender Bedeutung. Selbst bei sorgfältiger Ausarbeitung kann das Gesetz zweideutige Klauseln oder Bestimmungen enthalten, die nicht vollständig verstanden werden. Schulungen und Diskussionen können eine eingehende Untersuchung der einzelnen Bestimmungen erleichtern und ein besseres Verständnis von Bedeutung und Auswirkungen fördern.

Daher ist es notwendig, Schulungen für alle Beteiligten zu fördern, einschließlich der Fachkräfte und des Personals im Gesundheitswesen, der Strafverfolgungsbehörden (Polizei und Justiz), der Rechtsanwälte, der Sozialarbeiter, der Lehrer und der Personalverwalter. Gemeinsame Schulungsforen, in denen Fachleute aus dem Gesundheitswesen und aus anderen Bereichen zusammenkommen, können ein besseres Verständnis für die Menschenrechte von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen schaffen. Die Schulung von Gesundheitsfachkräften und -personal in Fragen der Rechtsfähigkeit und der Abschaffung von Zwangspraktiken ist besonders wichtig.

Die Aufklärung über die Sicherstellung eines menschenrechtsbasierten Ansatzes im Bereich der psychischen Gesundheit sollte in die Programme zur Menschenrechtserziehung an Schulen aufgenommen werden. Sie sollte auch als obligatorischer Bestandteil in die Hochschul- und Berufsausbildung sowie in die Fachausbildung für Angehörige der Gesundheits- und Rechtsberufe, der Polizei und der Justiz aufgenommen werden, um Diskriminierung und negative Stereotypen zu bekämpfen. Die Ausbildung von traditionellen Heilern und Die Zusammenarbeit mit religiösen Organisationen ist auch in Situationen notwendig, in denen sie eine wichtige Rolle bei der Gesundheitsversorgung und Unterstützung spielen.

3.5.5 Zuweisung von Ressourcen

Die Geschwindigkeit und Wirksamkeit der Umsetzung von Gesetzen, die auf Rechten basieren, hängt weitgehend von der Verfügbarkeit angemessener finanzieller Ressourcen ab. Zu den Aktivitäten, für die Finanzmittel erforderlich sind, gehören Änderungen an den psychischen Gesundheits- und Sozialdiensten, die in den Gesetzen vorgesehen sind, die Bereitstellung eines ganzheitlichen, auf Rechten basierenden Ansatzes, der die sozialen Determinanten der Gesundheit angemessen berücksichtigt, die Einrichtung und der Betrieb von Überwachungsgremien sowie die Schulung von Fachkräften und Personen mit Lebenserfahrung in der Anwendung der Gesetze. Weitere Finanzmittel werden auch für Aktivitäten im Zusammenhang mit der Umstellung von institutionellen psychosozialen Diensten auf personenzentrierte und rechtbasierte Gemeinschaftsdienste benötigt. Die Verhandlungen über die Finanzierung sollten gleichzeitig mit dem Entwurf, der Überprüfung oder der Verabschiedung von Gesetzen geführt werden.

Auch wenn die Umschichtung von Mitteln von Einrichtungen zu gemeindenahen Diensten langfristig machbar ist, wird dies Zeit in Anspruch nehmen, und bis alle derzeit in Einrichtungen gebundenen Mittel freigegeben sind, müssen die Kosten für den Betrieb beider Einrichtungen gedeckt werden (33, 95).

Angemessene Humanressourcen sind für die Umsetzung der Rechtsvorschriften von besonderer Bedeutung. Die Arbeitskräfte im Gesundheits- und Sozialwesen sind entscheidend für eine wirksame psychosoziale Versorgung und Unterstützung in der Gemeinschaft. Ohne ausreichendes Personal oder angemessene Ausbildung werden personenzentrierte und menschenrechtsbasierte Ansätze scheitern. Darüber hinaus sollte in die Schulung aller Personen investiert werden, die an der Umsetzung des Gesetzes beteiligt sind (z. B. Justiz und Polizei), um sicherzustellen, dass sie alle Aspekte des Gesetzes sowie ihre Aufgaben und Zuständigkeiten bei der Umsetzung der Bestimmungen in der Praxis verstehen.

Bei der Zuteilung von Ressourcen sollten die unterschiedlichen Bedürfnisse verschiedener Gruppen, wie Frauen, Kinder, Jugendliche und Menschen in abgelegenen Gebieten, berücksichtigt werden. Die Beteiligung der Rechteinhaber an Haushaltsentscheidungen trägt dazu bei, ihre Ansichten über die von ihnen benötigten Dienstleistungen und Ressourcen zu berücksichtigen.

Die wirksame Umsetzung neuer Gesetze erfordert in der Regel eine Aufstockung der Mittel für die psychische Gesundheit und die Sozialfürsorge. Daher ist es wichtig, alle neuen Mittel für die psychische Gesundheit gegen die aus den Einrichtungen entlassenen Personen für gemeindenahe Dienste zu reservieren oder zu schützen. Es bedarf eines effizienten und effektiven Einsatzes der Mittel mit angemessenen Mechanismen für Transparenz, Überwachung und Rechenschaftspflicht. Der *WHO-Leitfaden für gemeindenahe psychosoziale Dienste: Förderung personenzentrierter und rechtsbasierter Ansätze* (2021) enthält Informationen und Anleitungen für finanzbezogene Maßnahmen (33).

3.6 Bewertung

Beschwerden über die mangelhafte Umsetzung oder die geringen Auswirkungen von Gesetzen sind weit verbreitet; die Regierungen unternehmen jedoch wenig Anstrengungen, um diese Bedenken zu bewerten. Die meisten Aktivitäten beziehen sich auf die Arbeit von Überwachungsgremien oder Gesetzgebungsausschüssen, die sich entweder mit der Einhaltung von rechtlichen Verpflichtungen oder mit Lücken und Widersprüchen im Rechtssystem befassen. Es ist wichtig, die verabschiedeten oder reformierten Gesetze zur psychischen Gesundheit regelmäßig zu evaluieren, um festzustellen, ob sie den ursprünglichen Zielen und Erfordernissen tatsächlich gerecht werden.

3.6.1 Die Bedeutung der Evaluierung

Sowohl anekdotische Belege als auch empirische Untersuchungen deuten darauf hin, dass viele Gesetze zur psychischen Gesundheit unwirksam sind: gemeindenahe Dienste und Unterstützung wurden nicht ausgeweitet, der Zugang zu hochwertiger psychosozialer Versorgung wurde nicht verbessert, Zwangspraktiken wurden nicht verringert und die Rechte und Lebensbedingungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen wurden nicht verbessert.

Die Nachevaluierung von Gesetzen gibt Parlamenten, Regierungen und der Gesellschaft Aufschluss darüber, ob die verabschiedeten Gesetze zweckdienlich sind, die gewünschten Veränderungen in der psychosozialen Versorgung bewirken und den Rechten und Erwartungen von Menschen mit

psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen gerecht werden. Während der Gesetzgebungsprozess dazu beitragen kann, potenzielle Probleme bei der Umsetzung oder vermeidbare negative Auswirkungen zu ermitteln, können durch die Ex-post-Bewertung fehlerhafte oder schlecht funktionierende Bestimmungen innerhalb des Gesetzes identifiziert und nachverfolgt werden, die möglicherweise geändert oder abgeschafft werden müssen (337). Darüber hinaus kann die wirksame Umsetzung durch andere Gesetze oder Vorschriften behindert werden, und die Bewertung kann Spannungen aufzeigen, die durch eine Harmonisierung mit anderen Rechtsvorschriften gelöst werden müssen. Eine solche Bewertung hilft den Regierungen auch dabei, den Bedarf an neuen Gesetzen, neuen Vorschriften, politischen Innovationen oder Korrekturen zu ermitteln.

3.6.2 Systematische und regelmäßige Überprüfung der Gesetzgebung

Die Häufigkeit und die Methoden der Evaluierung von Rechtsvorschriften hängen von mehreren Faktoren ab. Die Gesetzgebung sollte regelmäßig überprüft werden, z. B. alle 5 bis 10 Jahre; wenn es jedoch Probleme mit dem Inhalt oder der Umsetzung des geltenden Gesetzes gibt, sollte so bald wie möglich eine Überprüfung durchgeführt werden. In einigen Ländern enthält das Gesetz eine "Befugnis zur Beseitigung von Schwierigkeiten", die es ermöglicht, bestimmte Änderungen vorzunehmen, ohne ein formelles Gesetzgebungsverfahren einleiten zu müssen. Im indischen Gesetz zur psychischen Gesundheitspflege heißt es zum Beispiel: "Wenn sich bei der Durchführung dieses Gesetzes Schwierigkeiten ergeben, kann die Zentralregierung durch eine im Amtsblatt veröffentlichte Verordnung solche Bestimmungen erlassen, die nicht im Widerspruch zu den Bestimmungen dieses Gesetzes stehen und die zur Beseitigung der Schwierigkeiten notwendig oder zweckmäßig erscheinen" (338).

Die nationale Gesetzgebung kann gesetzliche Verfahren für die periodische Bewertung vorsehen. Derartige Bestimmungen können in die Gesetzgebung aufgenommen werden, um eine partizipative Bewertung der psychischen Gesundheit nach einem festgelegten Zeitraum unter aktiver Beteiligung von Organisationen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen sicherzustellen. Nationale Überwachungsmechanismen, die gemäß Artikel 33 Absatz 2 der CRPD geschaffen wurden, könnten ebenfalls einbezogen werden.

Behörden, die für die Überwachung der Gesetzgebung zur psychischen Gesundheit zuständig sind, können zur Evaluierung beitragen, indem sie über die Funktionsfähigkeit des Gesetzes berichten und entsprechende Änderungen vorschlagen.

3.6.3 Bewertungskriterien und -strategien

Eine umfassende Evaluierung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit kann unter anderem folgende Aspekte bewerten

- **Wirkung:** Welche Ergebnisse und Auswirkungen hat das Gesetz?
- **Relevanz :** ob das Gesetz den Bedürfnissen der Menschen gerecht wird;
- **Wirksamkeit :** ob das Gesetz seine Ziele erreicht;
- **Effizienz :** wie hoch sind die Kosten und der Nutzen;
- **Kohärenz :** wie gut funktioniert es mit anderen Maßnahmen;

● **Gerechtigkeit** : ob das Gesetz die Ungleichheit verringert oder verstärkt; und

● **Partizipation**: wie die Perspektiven von Dienstleistungsnutzern und anderen Beteiligten aufgenommen und berücksichtigt wurden.

Unabhängig vom Umfang der Bewertung sind Gesundheits- und Sozialinformationssysteme von wesentlicher Bedeutung. Eine umfassende Datenerhebung kann wertvolle Erkenntnisse über den Bedarf und die Ergebnisse, die Leistungen, die Einhaltung von Qualitäts- und Menschenrechtsstandards sowie über Verbesserungen und künftige Handlungsmöglichkeiten liefern (33). Daher ist es wichtig, über geeignete Struktur-, Prozess- und Ergebnisindikatoren zu verfügen, um den Fortschritt der Umsetzung und des Gesetzes in der Zukunft zu verfolgen (siehe [Abschnitt 2.7.4](#)).

Quantitative und qualitative Studien können auch dazu dienen, zu messen, "was passiert ist" und "warum und wie", um ein umfassenderes Bild davon zu erhalten, ob die Ziele erreicht werden.

Checkliste für die Bewertung von rechtsbasierten Gesetzen zur psychischen Gesundheit

Diese Checkliste bietet ein einfaches, direktes und praktisches Verfahren zur Bewertung der Übereinstimmung von Gesetzen oder Gesetzesentwürfen zur psychischen Gesundheit mit internationalen Menschenrechtsverpflichtungen im Rahmen der Bemühungen um Rechtsharmonisierung. Sie soll den Beteiligten dabei helfen, die wichtigsten Fragen zu ermitteln, die im Hinblick auf eine rechthebasierte Gesetzgebung behandelt werden müssen. Die Fragen sind nicht erschöpfend, und bei der Fertigstellung sollte auf den Hauptinhalt des Leitfadens verwiesen werden.

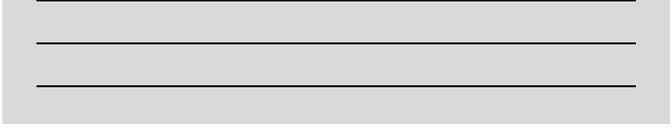
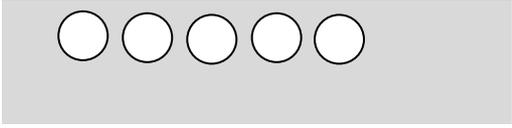
Die Checkliste verwendet eine Fünf-Punkte-Skala (1-5), um eine Abstufung bei der Bewertung zu ermöglichen :

1. Überhaupt nicht
2. Geringfügig
3. Mäßig
4. Erheblich
5. Vollständig

Bewertung 1-5

1 2 3 4 5

Die Checkliste enthält ein Kommentarfeld, in dem der Benutzer seine Wahl der Bewertung begründen und weitere Informationen oder Vorschläge für Abhilfemaßnahmen machen kann. Die Länder und die Organisationen der Zivilgesellschaft werden ermutigt, die die Checkliste an ihren nationalen Kontext und ihre Prioritäten anzupassen.



Referenzen

1. Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: a critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clin Psychol Rev.* 2013;33:846–61. doi: [10.1016/j.cpr.2012.09.007](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.007).
2. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health; Dainius Puras, 28 March 2017 (A/HRC/35/21). Geneva: United Nations, Human Rights Council 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/35/21>, accessed 31 May 2023).
3. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, preamble, para. 5 (A/RES/61/106). New York: United Nations, General Assembly; 2006 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-personswith-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>, accessed 31 May 2023).
4. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (A/RES/61/106). New York: United Nations, General Assembly; 2006 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>, accessed 31 May 2023).
5. Human rights-based approach. In: United Nations Sustainable Development Group [website]. New York: United Nations Sustainable Development Group; n.d. (<https://unsdg.un.org/2030-agenda/universal-values/human-rights-based-approach>, accessed 31 May 2023).
6. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 12 (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).
7. Marginalized groups. In: Glossary & Thesaurus [website]. Vilnius: European Institute for Gender Equality; n.d. (<https://eige.europa.eu/thesaurus/terms/1280?lang=en>, accessed 31 May 2023).
8. Recovery and the right to health. WHO QualityRights core training: mental health and social services. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329611>, accessed 31 May 2023).
9. International principles and guidelines on access to justice for persons with disabilities. Geneva: United Nations, Human Rights Special Procedures; 2020 (<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/GoodPracticesEffectiveAccessJusticePersonsDisabilities.aspx>, accessed 31 May 2023).
10. World mental health report: transforming mental health for all. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/356119>, accessed 31 May 2023).
11. Policy guidelines for inclusive Sustainable Development Goals. Good health and well-being; p 35. Geneva: United Nations High Commissioner for Human Rights; 2020 (<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/SDGCRPD-Resource/policy-guideline-good-health.pdf>, accessed 31 May 2023).
12. Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies (2022) (CRPD/C/5); para. 76. Geneva: United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2022 (<https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standardsand-guidelines/crpd5-guidelines-deinstitutionalization-including>, accessed 31 May 2023).
13. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; p. 27 (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).

14. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 29 (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).
15. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar, 12 December 2017; para. 27 (A/HRC/37/56). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/37/56>, accessed 31 May 2023).
16. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health; Dainius Puras, 28 March 2017; para. 8 (A/HRC/35/21). Geneva: United Nations, Human Rights Council 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/35/21>, accessed 31 May 2023).
17. Carr D. Mental health is political. In: Opinion Essay [website]. New York: New York Times; 2022 (<https://www.nytimes.com/2022/09/20/opinion/us-mental-health-politics.html>, accessed 31 May 2023).
18. Global mental health and human rights: history and the need for change. In: Special Rapporteur handover dialogues 2020–2021. Boston: HHR Journal; n.d. (<https://www.hhrjournal.org/special-rapporteur-handoverdialogues-2020-2021/>, accessed 31 May 2023).
19. Mental health atlas 2020; pp 37–45. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>, accessed 31 May 2023).
20. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health; Dainius Puras, 28 March 2017; paras. 18–20 (A/HRC/35/21). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/35/21>, accessed 31 May 2023).
21. Summary of the outcome of the consultation on ways to harmonize laws, policies and practices relating to mental health with the norms of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and on how to implement them. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2022 (<https://undocs.org/A/HRC/49/29>, accessed 31 May 2023).
22. Drew N, Funk M, Tang S, Lamichhane J, Chávez E, Katontoka S et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet*. 2011;378:1664–75. doi: [10.1016/S01406736\(11\)61458-X](https://doi.org/10.1016/S01406736(11)61458-X).
23. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights (A/HRC/34/32). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/34/32>, accessed 31 May 2023).
24. Statement by Mr. Gerard Quinn, United Nations Special Rapporteur on the Rights of Persons with Disabilities. Human Rights Council Intersessional one-day consultation on mental health and human rights (Human Rights Council Resolution 43/13). In: Office of the High Commissioner for Human Rights [website]. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; n.d. (<https://www.ohchr.org/en/health/mental-health-and-human-rights>, accessed 31 May 2023).
25. Comprehensive mental health action plan 2013–2030. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345301>, accessed 31 May 2023).
26. WHO resource book on mental health, human rights and legislation. Geneva: World Health Organization; 2005.
27. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR). General comment no. 3: The nature of states parties' obligations (art. 2, para. 1, of the covenant) adopted at the fifth session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 14 December 1990 (contained in document e/1991/23). Geneva: Committee on Economic,

Social and Cultural Rights (CESCR); 1990 (<https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/e199123-committee-economic-social-and-cultural>), accessed 31 May 2023).

28. Resolution A/HRC/RES/43/13, mental health and human rights, adopted by the Human Rights Council on 19 June 2020. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/A/HRC/RES/43/13>), accessed 31 May 2023).

29. Resolution A/HRC/RES/47/15. Accelerating efforts to eliminate all forms of violence against women and girls: preventing and responding to all forms of violence against women and girls with disabilities; adopted by the Human Rights Council on 13 July 2021; para. 8(g). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2021 (<https://undocs.org/A/HRC/RES/47/15>), accessed 31 May 2023).

30. Resolution A/HRC/32/18, mental health and human rights, adopted by the Human Rights Council on 1 July 2016. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2016 (<https://undocs.org/A/HRC/RES/32/18>), accessed 31 May 2023).

31. Resolution A/HRC/RES/36/13, mental health and human rights, adopted by the Human Rights Council on 28 September, 2017. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/RES/36/13>), accessed 31 May 2023).

32. QualityRights materials for training, guidance and transformation. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-andtraining-tools>), accessed 31 May 2023).

33. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648>), accessed 13 November 2022).

34. Call for inputs: draft guidance on Mental Health, Human Rights, and Legislation published jointly by WHO and OHCHR. In: Office of the High Commissioner for Human Rights [website]. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; n.d. (<https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/calls-input/draft-guidance-mental-health-human-rights-legislation-who-ohchr>), accessed 31 May 2023).

35. Corstens D. The Maastricht approach: social and personal perspectives on hearing voices. In: Parker I, Schnackenberg J, Hopfenbeck M, editors. The practical handbook of hearing voices: therapeutic and creative approaches. Monmouth: PCCS Books; 2021:13–23.

36. Jarrett C. The helpful delusion. Evidence is growing that mental illness is more than dysfunction, with enormous implications for treatment. In: aeon [website]. Melbourne: aeon; 2022 (<https://aeon.co/essays/evidence-grows-that-mental-illness-is-more-than-dysfunction>), accessed 31 May 2023).

37. Mead S. Crisis as an opportunity for growth and change. In: Intentional Peer Support [website]. Chesterfield: Intentional Peer Support n.d. (<https://www.intentionalpeersupport.org/articles/?v=b8a74b2fbcbb>), accessed 31 May 2023).

38. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: a systematic review. Soc Sci Med. 2010;71:517–28. doi: [10.1016/j.socscimed.2010.04.027](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.04.027).

39. Hert MDE, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry. 2011;10:52–

77. doi: [10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x](https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x).
40. Special initiative for mental health (2019–2023): universal health coverage for mental health. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/310981>, accessed 31 May 2023).
41. McKinnon B, Gariépy G, Sentenac M, Elgar FJ. Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2016;94:340–50F. doi: [10.2471/BLT.15.163295](https://doi.org/10.2471/BLT.15.163295).
42. Roberts B, Browne J. A systematic review of factors influencing the psychological health of conflict-affected populations in low- and middle-income countries. *Glob Public Health*. 2011;6:814–29. doi: [10.1080/17441692.2010.511625](https://doi.org/10.1080/17441692.2010.511625).
43. Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:415–24. doi: [10.1016/S22150366\(16\)30024-4](https://doi.org/10.1016/S22150366(16)30024-4).
44. McDaid D, Park AL, Wahlbeck K. The economic case for the prevention of mental illness. *Annu Rev Public Health*. 2019;40:373–89. doi: [10.1146/annurev-publhealth-040617-013629](https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013629).
45. Mental health atlas 2020; p 54. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>, accessed 31 May 2023).
46. Lovett A, Kwon HR, Kidia K, Machando D, Crooks M, Fricchione G et al. Mental health of people detained within the justice system in Africa: systematic review and meta-analysis. *Int J Ment Health Syst*. 2019;13:31. doi: [10.1186/s13033-019-0273-z](https://doi.org/10.1186/s13033-019-0273-z).
47. Prins SJ. Prevalence of mental illnesses in US State prisons: a systematic review. *Psychiatr Serv*. 2014;65:862–72. doi: [10.1176/appi.ps.201300166](https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300166).
48. Hossain MM, Sultana A, Tasnim S, Fan Q, Ma P, Lisako E et al. Prevalence of mental disorders among people who are homeless: an umbrella review. *Int J Soc Psychiatry*. 2020;66:528–41. doi: [10.1177/0020764020924689](https://doi.org/10.1177/0020764020924689).
49. Nyblade L, Stockton MA, Giger K, Bond V, Ekstrand ML, Mc Lean R et al. Stigma in health facilities: why it matters and how we can change it. *BMC Med*. 2019;17:25. doi: [10.1186/s12916-019-1256-2](https://doi.org/10.1186/s12916-019-1256-2).
50. Turnpenny A, Petri G, Finn A, Beadle-Brown J, Nyman M. Mapping and understanding exclusion: institutional, coercive and community-based services and practices across Europe. Brussels: Mental Health Europe; 2017 (<https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2018/01/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>, accessed 31 May 2023).
51. Glerup CS, Østergaard SD, Hjuler RS. Seclusion versus mechanical restraint in psychiatry – a systematic review. *Acta Neuropsychiatr*. 2019;31:237–45. doi: [10.1017/neu.2019.22](https://doi.org/10.1017/neu.2019.22).
52. Chow WS, Priebe S. How has the extent of institutional mental healthcare changed in Western Europe? Analysis of data since 1990. *BMJ Open*. 2016;6:e010188. doi: [10.1136/bmjopen-2015-010188](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010188).
53. Shen GC, Eaton J, Snowden LR. Mainstreaming mental health care in 42 countries. *Health Syst Reform*. 2017;3:313–24. doi: [10.1080/23288604.2017.1356424](https://doi.org/10.1080/23288604.2017.1356424).
54. Living in chains. Shackling of people with psychosocial disabilities worldwide. New York: Human Rights Watch; 2020 (https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2020/10/global_shackling1020_web_1.pdf, accessed 31 May 2023).
55. Gender and mental health. Geneva: World Health Organization; 2002 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/68884>, accessed 31 May 2023).
56. Khalifeh H, Moran P, Borschmann R, Dean K, Hart C, Hogg J et al. Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychol Med*. 2015;45:875–86. doi: [10.1017/S0033291714001962](https://doi.org/10.1017/S0033291714001962).
57. Practices of so-called “conversion therapy”. Report of the Independent Expert on protection against violence and discrimination based on sexual orientation and gender identity, Victor Madrigal-Borloz, 1 May 2020 (A/HRC/44/53)

Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/en/A/HRC/44/53>, accessed 31 May 2023).

58. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development [published correction appears in Lancet. 2018 Oct 27;392(10157):1518]. Lancet. 2018;392:1553–98. doi: [10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).

59. Noble P. Mental health services and legislation – an historical review. Med Sci Law. 1981;21:16–24. doi: [10.1177/002580248102100105](https://doi.org/10.1177/002580248102100105).

60. Gooding P. A new era for mental health law and policy: supported decision-making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities; p 23. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.

61. Ndeti DM, Muthike J, Nandoya ES. Kenya’s mental health law. BJPsych Int. 2017;14:96–7. doi: [10.1192/s2056474000002117](https://doi.org/10.1192/s2056474000002117).

62. Perlin ML. The use of mental disability law to suppress political dissent. In: International human rights and mental disability law: when the silenced are heard. Oxford: Oxford University Press; 2011:59–80.

63. Inseher v. Germany [GC], 2018; §127. European Court of Human Rights.

64. Stanev v. Bulgaria [GC], 2012; §145. European Court of Human Rights.

65. D.D. v. Lithuania, 2012; §156. European Court of Human Rights.

66. Kallweit v. Germany, 2011; §45. European Court of Human Rights.

67. Shtukaturv v. Russia, 2008; §114. European Court of Human Rights.

68. Varbanov v. Bulgaria, 2000; §45. European Court of Human Rights.

69. Winterwerp v. Netherlands 6301/73 [1979]; §39. European Commission of Human Rights 4.

70. Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care, adopted by General Assembly resolution 46/119 of 17 December 1991. New York: United Nations; 1991 (<https://digitallibrary.un.org/record/162032?ln=en>, accessed 31 May 2023).

71. Legge 23 Dicembre 1978; n. 833 ‘Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale’ [act number 833 of 23 December 1978 ‘Establishment of the National Health Service’]. Gazzetta Ufficiale della Repubblica; 28 Dicembre 1978, n. 360. Rome; 1978 (<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/1978/12/28/360/so/0/sg/pdf>, accessed 31 May 2023).

72. The Caracas Declaration. Adopted on 14 November 1990 by the Regional Conference on the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America; convened in Caracas, Venezuela. Caracas: Pan American Health Organization/ World Health Organization; 1990.

73. Lei nº. 10.216 – Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental (act no. 10,216 – provides for the protection and rights of people with mental disorders and redirects the mental health care model). Brasília: Presidency of the Republic; 2001 (http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm, accessed 31 May 2023).

74. Ley Nacional de Salud Mental (2010). Ley nº 26.657 y su decreto reglamentario nº 603/13. In: Buenos Aires. Ministerio de Salud; 2010 (<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ley-nacional-de-salud-mental-ndeg26657-y-decretoreglamentario-6032013>, accessed 31 May 2023).

75. Ley de Salud Mental (2017). Ley nº 19529. Montevideo: Ministry of Public Health/Secretary-General Directorate; 2017 (<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-01/Res%201165%202021.pdf>, accessed 31 May 2023).

76. Ley de Salud Mental (2019). Ley nº 30947. Lima: El Congreso de la República; 2019 (<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/>, accessed 31 May 2023).

77. Ley Nº 21331 (2021), Del reconocimiento y protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental. Santiago: Ministerio de Salud; 2021 (<https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1159383>, accessed 31 May 2023).

78. Mental health atlas 2020; p 37. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>, accessed 31 May 2023).
79. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Argentina (CRPC/C/ARG/CO/2-3); 24 March 2023; paras. 29-31. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2023.
80. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Peru (CRPD/C/PER/CO/2-3); 24 March 2023; paras. 28-29. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2023 (https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2FPER%2FCO%2F2-3&Lang=en, accessed 31 May 2023).
81. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the initial report of the Republic of Korea (CRPD/C/KOR/CO/1); 29 October 2014; paras. 31-32. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/KOR/CO/1>, accessed 31 May 2023).
82. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the initial report of India (CRPD/C/IND/CO/1); 29 October 2019; paras. 27, 30-31. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2019 (<https://undocs.org/CRPD/C/IND/CO/1>, accessed 31 May 2023).
83. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the initial report of the Philippines (CRPD/C/PHL/CO/1); 16 October 2018; paras. 28-29. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/PHL/CO/1>, accessed 31 May 2023).
84. Gooding P. A new era for mental health law and policy: supported decision-making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities; pp 70-113. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
85. Kay W. Mental health law: abolish or reform? Oxford: Oxford University Press; 2021.
86. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Puras, 15 April 2020 (A/HRC/44/48). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/en/A/HRC/44/48>, accessed 31 May 2023).
87. Gooding P. A new era for mental health law and policy: supported decision-making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities; p 104. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.
88. Szmukler G. Compulsion and "coercion" in mental health care. *World Psychiatry*. 2015;14:259-61. doi: 10.1002/wps.20264.
89. Gooding P, McSherry B, Roper C, Grey F. Alternatives to coercion in mental health settings: A literature review. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne; 2018 (https://socialequity.unimelb.edu.au/_data/assets/pdf_file/0012/2898525/Alternatives-to-Coercion-Literature-Review-Melbourne-Social-EquityInstitute.pdf, accessed 31 May 2023).
90. Arboleda-Flóres J. Psychiatry and the law - do the fields agree in their views on coercive treatment? In: Kallert TW, Mezzich E, Monahan J, editors. *Coercive treatment in psychiatry: clinical, legal and ethical aspects*; first edition. Hoboken: Wiley; 2011:83.
91. Wasserman D, Apter G, Baeken C, Bailey S, Balazs J, Bec C et al. Compulsory admissions of patients with mental disorders: state of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries. *Eur Psychiatry*. 2020;63:e82. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.79.
92. Sheridan Rains L, Zenina T, Dias MC, Jones R, Jeffreys S, Branthonne-Foster S et al. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry*.

- 2019;6:403–17. doi: [10.1016/S2215-0366\(19\)30090-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30090-2).
93. Sashidharan SP, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;28:605–12. doi: [10.1017/S2045796019000350](https://doi.org/10.1017/S2045796019000350).
94. Chow WS, Priebe S. Understanding psychiatric institutionalization: a conceptual review. *BMC Psychiatry*. 2013;13:169. doi: [10.1186/1471-244X-13-169](https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-169).
95. Knapp M, Cyhlarova E, Comas-Herrera A, Lorenz-Dant K. Crystallising the case for deinstitutionalisation: COVID-19 and the experiences of persons with disabilities. London: LSE, Care Policy and Evaluation Centre; 2021 (<https://www.lse.ac.uk/cpec/research/COVIDdeinstitutionalisation>, accessed 31 May 2023).
96. Hellum Braathen S, Rohleder P, Azalde G. Literature review: sexual and reproductive health and rights of girls with disabilities. Trondheim: SINTEF Technology and Society Department of Health; 2017 (<https://www.sintef.no/en/projects/2017/literature-review-sexual-and-reproductive-health-a/>, accessed 31 May 2023).
97. Noroozi M, Singh I, Fazel M. Evaluation of the minimum age for consent to mental health treatment with the minimum age of criminal responsibility in children and adolescents: a global comparison. *Evid Based Ment Health*. 2018;21:82–6. doi: [10.1136/ebmental-2018-300032](https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300032).
98. Relatório da inspeção nacional em comunidades terapêuticas – 2017. Brasília: Conselho Federal de Psicologia; Mecanismo Nacional de Prevenção e Combate à Tortura; Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão/Ministério Público Federal; 2018 (https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2020/02/Livro_Relatorio_espanhol_web.pdf, accessed 31 May 2023).
99. Miller PS, Levine RL. Avoiding genetic genocide: understanding good intentions and eugenics in the complex dialogue between the medical and disability communities. *Genet Med*. 2013;15:95–102. doi: [10.1038/gim.2012.102](https://doi.org/10.1038/gim.2012.102).
100. Zuber AL. Implications for healing, transformation and prosperity: historical and cultural trauma and people with intellectual and developmental disabilities. Minnesota: University of Minnesota Digital Conservancy; 2018 (<https://hdl.handle.net/11299/201570>, accessed 31 May 2023).
101. Sugiura K, Mahomed F, Saxena S, Patel V. An end to coercion: rights and decision-making in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2020;98:52–8. doi: [10.2471/BLT.19.234906](https://doi.org/10.2471/BLT.19.234906).
102. Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. General Comment no. 2 (2008). CAT/C/G/2; 24 January 2008. Geneva: Committee Against Torture; 2008 (<https://undocs.org/CAT/C/GC/2>, accessed 31 May 2023).
103. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. Information on Special Procedures of the Human Rights Council [website]. n.d. (<https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/SP/Pages/Introduction.aspx>, accessed 31 May 2023).
104. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 1 February 2013, para. 89(b) (A/HRC/22/53). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2013 (<https://undocs.org/A/HRC/22/53>, accessed 31 May 2023).
105. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Nils Melzer, 20 March 2020; para. 37 (A/HRC/43/49). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/en/A/HRC/43/49>, accessed 31 May 2023).
106. Funk M, Drew N. Practical strategies to end coercive practices in mental health services. *World Psychiatry*. 2019;18:43–4. doi: [10.1002/wps.20600](https://doi.org/10.1002/wps.20600).
107. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: A systematic review. *Front Psychiatry*. 2019;10:400. doi: [10.3389/fpsy.2019.00400](https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00400).

108. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid Based Nurs.* 2006;3:8–18. doi: [10.1111/j.1741-6787.2006.00041.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-6787.2006.00041.x).
109. Large M, Kaneson M, Myles N, Myles H, Gunaratne P, Ryan C. Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PLoS One.* 2016;11:e0156322. doi: [10.1371/journal.pone.0156322](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0156322).
110. Ribeiro J, Franklin J, Fox KR, Bentley K, Kleiman EM, Chang B et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med.* 2016;46:225–36. doi: [10.1017/S0033291715001804](https://doi.org/10.1017/S0033291715001804).
111. Handley T, Rich J, Davies K, Lewin T, Kelly B. The challenges of predicting suicidal thoughts and behaviours in a sample of rural Australians with depression. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15:928. doi: [10.3390/ijerph15050928](https://doi.org/10.3390/ijerph15050928).
112. Large MM. The role of prediction in suicide prevention. *Dialogues Clin Neurosci.* 2018;20:197–205. doi: [10.31887/DCNS.2018.20.3/mlarge](https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.3/mlarge).
113. Halle C, Tzani-Pepelasi C, Pylarinou N, Fumagalli A. The link between mental health, crime and violence. *New Ideas Psychol.* 2020;58:1–8. doi: [10.1016/J.NEWIDEAPSYCH.2020.100779](https://doi.org/10.1016/J.NEWIDEAPSYCH.2020.100779).
114. Varshney M, Mahapatra A, Krishnan V, Gupta R, Deb KS. Violence and mental illness: what is the true story? *J Epidemiol Community Health.* 2016;70:223–5. doi: [10.1136/jech-2015-205546](https://doi.org/10.1136/jech-2015-205546).
115. Fusar-Poli P, Sunkel C, Larrauri CA, Kéri P, McGorry P, Thornicroft G et al. Violence and schizophrenia: who is the perpetrator and who is the victim? In: *World Psychiatry.* 2023 (https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/files/193273821/Fusar_Poli_Violence_and_schizophrenia.pdf, accessed 31 May 2023).
116. Wynn R. Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2006;10:247–51. doi: [10.1080/13651500600650026](https://doi.org/10.1080/13651500600650026).
117. Rugkåsa J. Effectiveness of community treatment orders: The international evidence. *Can J Psychiatry.* 2016;61:15–24. doi: [10.1177/0706743715620415](https://doi.org/10.1177/0706743715620415).
118. Watts J, Priebe S. A phenomenological account of users' experiences of assertive community treatment. *Bioethics.* 2002;16:439–54. doi: [10.1111/1467-8519.00301](https://doi.org/10.1111/1467-8519.00301).
119. Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychother Res.* 2006;16:214–28. doi: [10.1080/10503300500268490](https://doi.org/10.1080/10503300500268490).
120. Nationaler Vergleichsbericht 2018. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; 2019 (https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2019/09/ANQpsy_EP_Nationaler-Vergleichsbericht_2018.pdf, accessed 31 May 2023).
121. Beavan V, de Jager A, dos Santos B. Do peer-support groups for voice-hearers work? A small scale study of Hearing Voices Network support groups in Australia. *Psychosis.* 2017;9:57–66. doi: [10.1080/17522439.2016.1216583](https://doi.org/10.1080/17522439.2016.1216583).
122. The Universal Declaration of Human Rights (Resolution 217A (III)), 10 December 1948. New York: United Nations, General Assembly; 1948 (<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>, accessed 31 May 2023).
123. International Covenant on Civil and Political Rights, adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. Geneva: United Nations, General Assembly; 1976 (<http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/ccpr.aspx>, accessed 31 May 2023).

124. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. Geneva: United Nations, General Assembly; 1976 (<https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>, accessed 31 May 2023).
125. Human rights bodies. In: Office of the High Commissioner for Human Rights [website]. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights n.d. (<https://www.ohchr.org/en/hrbodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx>, accessed 31 May 2023).
126. Constitution of the World Health Organization. Geneva: World Health Organization; 1946 (<https://www.who.int/about/governance/constitution>, accessed 31 May 2023).
127. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health; Dainius Puras, 28 March 2017; para. 6 (A/HRC/35/21). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/35/21>, accessed 31 May 2023).
128. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General comment n°14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (art. 12); para. 12 (E/C.12/2000/4); 25 April–12 May 2000. Geneva: Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000 (<https://digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en>, accessed 31 May 2023).
129. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights; para. 22 (A/HRC/34/32). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/34/32>, accessed 31 May 2023).
130. Degener T. Disability in a human rights context. *Laws*. 2016;5:35. doi: 10.3390/laws5030035.
131. Beresford P, Perring R, Nettle M, Wallcraft J. From mental illness to a social model of madness and distress. London: Shaping Our Lives; 2016 (<https://shapingourlives.org.uk/report/from-mental-illness-to-a-social-model-of-madness-and-distress/>, accessed 31 May 2023).
132. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment n°6 (2018) on equality and nondiscrimination; para. 8 (CRPD/C/GC/6); 14 February–9 March 2018. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/6>, accessed 31 May 2023).
133. Discussion paper. A rights-based approach to disability in the context of mental health; p 13. New York: United Nations Children's Fund (UNICEF); 2021 (<https://www.unicef.org/documents/rights-based-approach-disabilitycontext-mental-health>, accessed 31 May 2023).
134. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment n°6 (2018) on equality and nondiscrimination; para. 11 (CRPD/C/GC/6); 14 February–9 March 2018. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/6>, accessed 31 May 2023).
135. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 20 December 2016 (A/HRC/34/58). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2016 (<https://undocs.org/en/A/HRC/34/58>, accessed 5 September 2020).
136. Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) General Comment No. 3: The Nature of States Parties' Obligations (Art. 2, Para. 1, of the Covenant) Adopted at the Fifth Session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, on 14 December 1990 (Contained in Document E/1991/23). Geneva: Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR); 1990 (<https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/e199123-committee-economic-social-and-cultural>, accessed 31 May 2023).
137. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), article 12: Equal recognition before the law; para. 15 (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).
138. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 12 December 2017 (A/HRC/37/56). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/37/56>, accessed 31 May 2023).
139. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 17 (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva:

Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).

140. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Guidelines on Article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2015 (www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc, accessed 31 May 2023).

141. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 11 January 2019 (A/HRC/40/54). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/en/A/HRC/40/54>, accessed 31 May 2023).

142. United Nations basic principles and guidelines on remedies and procedures on the right of anyone deprived of their liberty to bring proceedings before a court. Report of the Working Group on Arbitrary Detention; 6 July 2015 (A/HRC/30/37). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2015 (<https://undocs.org/en/A/HRC/30/37>, accessed 31 May 2023).

143. Women deprived of liberty. Report of the Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice, 15 May 2019 (A/HRC/41/33). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/en/A/HRC/41/33>, accessed 31 May 2023).

144. Reform of mental health services: an urgent need and a human rights imperative. In: Council of Europe [website]. Strasbourg: Council of Europe; 2021 (<https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/reform-of-mental-health-services-an-urgent-need-and-a-human-rights-imperative>, accessed 31 May 2023).

145. Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. Recommendation 2158 (2019). Strasbourg: Parliamentary Assembly; 2019 (http://www.europeanrights.eu/public/atti/COE_2158_Recommandations_ENG.pdf, accessed 31 May 2023).

146. Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach. Resolution 2291. Brussels: Parliamentary Assembly. Council of Europe; 2019 (<http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=28038>, accessed 31 May 2023).

147. International Covenant on Civil and Political Rights. General comment n°35: Article 9 (liberty and security of person) (CCPR/C/GC/35); 7–31 October 2014. Geneva: Human Rights Committee; 2014 (<https://undocs.org/CCPR/C/GC/35>, accessed 31 May 2023).

148. Approach of the Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment regarding the rights of persons institutionalized and treated medically without informed consent; 26 January 2016 (CAT/OP/27/2). Geneva: Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment; 2016 (<https://undocs.org/en/CAT/OP/27/2>, accessed 31 May 2023).

149. Gooding P. A new era for mental health law and policy: supported decision-making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Cambridge: Cambridge University Press; 2017.

150. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law, para. 42 (CRPD/C/GC/1), 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).

151. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 1 February 2013 (A/HRC/22/53). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2013 (<https://undocs.org/A/HRC/22/53>, accessed 31 May 2023).

152. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Nils Melzer, 20 March 2020 (A/HRC/43/49). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/en/A/HRC/43/49>, accessed 31 May 2023).

153. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment n°5 (2017) on living independently and being included in the community; para. 8 (CRPD/C/GC/5). Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2017 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/5>, accessed 31 May 2023).

154. Appelbaum PS. Civil mental health law: its history and its future. *Mental and Physical Disability Law Reporter*. 1996;20:599–604. (<http://www.jstor.org/stable/20784735>, accessed 31 May 2023).

155. Warburton K, Stahl SM. Balancing the pendulum: rethinking the role of institutionalization in the treatment of serious mental illness. *CNS Spectr*. 2020;25:115–8. doi: 10.1017/S1092852920000176.

156. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment n°5 (2017) on living independently and being included in the community; para. 58 (CRPD/C/GC/5). Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2017 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/5>, accessed 31 May 2023).

157. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (A/RES/61/106). Article 3(c): General principles. New York: United Nations, General Assembly; 2006 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-3-general-principles.html>, accessed 31 May 2023).

158. Policy guidelines for inclusive Sustainable Development Goals. Foundations. Geneva: United Nations High Commissioner for Human Rights; 2020

(<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/SDG-CRPD-Resource/policy-guideline-foundations.pdf>, accessed 31 May 2023).

159. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°7 (2018) on the participation of persons with disabilities, including children with disabilities, through their representative organizations, in the implementation and monitoring of the Convention; para. 44 (CRPD/C/GC/7); 27 August–21 September 2018. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/7>, accessed 31 May 2023).

160. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights; para. 44 (A/HRC/34/32). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/34/32>, accessed 31 May 2023).

161. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n°5 (2017) on living independently and being included in the community (CRPD/C/GC/5). Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2017 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/5>, accessed 31 May 2023).

162. Policy guidelines for inclusive Sustainable Development Goals. Foundations; p 45. Geneva: United Nations High Commissioner for Human Rights; 2020 (<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/SDG-CRPD-Resource/policy-guideline-foundations.pdf>, accessed 31 May 2023).

163. Policy guidelines for inclusive Sustainable Development Goals. Foundations; p 44. Geneva: United Nations High Commissioner for Human Rights; 2020 (<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/SDG-CRPD-Resource/policy-guideline-foundations.pdf>, accessed 31 May 2023).

164. DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, en materia de Salud Mental y Adicciones, 15 May 2022. Mexico City: The Secretary of the Interior; 2022 (https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5652074&fecha=16/05/2022#gsc.tab=0, accessed 31 May 2023).

165. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights; para. 9 (A/HRC/34/32). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/34/32>, accessed 31 May 2023).

166. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment n°6 (2018) on equality and nondiscrimination; paras. 23–27 (CRPD/C/GC/6); 14 February–9 March 2018. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/6>, accessed 31 May 2023).

167. Mental Health Act. Republic Act No. 11036, Article 4 (e). Manila: Republic of the Philippines; 2017 (https://lawphil.net/statutes/repacts/ra2018/ra_11036_2018.html accessed 31 May 2023).

168. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment n°6 (2018) on equality and nondiscrimination; para. 48 (CRPD/C/GC/6); 14 February–9 March 2018. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/6>, accessed 31 May 2023).

169. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment n°6 (2018) on equality and nondiscrimination; para. 50 (CRPD/C/GC/6); 14 February–9 March 2018. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/6>, accessed 31 May 2023).

170. Rights of Persons with Disabilities Act 2015 (P.L. 2015–51) [26 MIRC], §1117. Majuro: Nitijela of the Republic of the Marshall Islands; 2015 (https://www.un.org/development/desa/disabilities/wp-content/uploads/sites/15/2019/12/Marshall-islands_Rights-of-Persons-with-disabilities-Act-2015.pdf, accessed 31 May 2023).

171. Appelbaum PS, Parks J. Holding insurers accountable for parity in coverage of mental health treatment. *Psychiatr Serv.* 2020;71:202–4. doi: 10.1176/appi.ps.201900513.

172. Affording protection: mental health and insurance. Research Report. London: Mental Health UK; 2020 (<https://mhukcdn.s3.eu-west-2.amazonaws.com/wp-content/uploads/2020/07/29173911/Affording-protection-mentalhealth-and-insurance.pdf>, accessed 31 May 2023).

173. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General comment n°14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (art. 12); para. 19 (E/C.12/2000/4); 25 April–12 May 2000. Geneva: Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000 (<https://digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en>, accessed 31 May 2023).

174. Report of the Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. Awareness-raising under Article 8 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. 17 December 2019; para. 55 A/HRC/43/27. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/en/A/HRC/43/27>, accessed 31 May 2023).

175. Kvaale EP, Gottdiener WH, Haslam N. Biogenetic explanations and stigma: a meta-analytic review of associations among laypeople. *Soc Sci Med.* 2013;96:95–103. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.07.017.

176. Pescosolido BA, Martin JK, Long JS, Medina TR, Phelan JC, Link BG. “A disease like any other”? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *Am J Psychiatry.* 2010;167:1321–30. doi: 0.1176/appi.ajp.2010.09121743.

177. Virginia Legislative Senate: Bill 953. New York State Assembly; A03887 memo; Florida session: Bill 7030; State of New Jersey: Bill A4500/4446. Albany: New York State Assembly; 2021 (https://nyassembly.gov/leg/?default_fld=&leg_video=&bn=A08320&term=2021&Text=Y, accessed 31 May 2023).

178. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *San Mateo: Annual Review of Sociology*; 2001;27 (<http://www.jstor.org/stable/2678626>, accessed 31 May 2023).

179. Suite DH, La Bril R, Primm A, Harrison-Ross P. Beyond misdiagnosis, misunderstanding and mistrust: relevance of the historical perspective in the medical and mental health treatment of people of color. *J Natl Med Assoc.* 2007;99:879–85. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2574307/>, accessed 31 May 2023).

180. Bhui K, Bhugra D, Goldberg D, Dunn G, Desai M. Cultural influences on the prevalence of common mental disorder, general practitioners' assessments and help-seeking among Punjabi and English people visiting their general practitioner. *Psychol Med.* 2001;31:815–25. doi: 10.1017/s0033291701003853.

181. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Puras, 28 March 2017; para. 18. (A/HRC/35/21). Geneva: United Nations, Human Rights Council 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/35/21>, accessed 31 May 2023).

182. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Puras, 28 March 2017; para. 48 (A/HRC/35/21). Geneva: United Nations, Human Rights Council 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/35/21>, accessed 31 May 2023).

183. Thompson S. The diagnosis debate. *Lancet Psychiatry.* 2014;1:498–9. doi: 10.1016/S2215-0366(14)00065-0.

184. Report of the Special Rapporteur on the right to privacy; Joseph A Cannataci, 5 August 2019; para. 6 (A/74/277). New York: General Assembly; 2019 (<https://undocs.org/en/A/74/277>, accessed 31 May 2023).

185. Report of the Special Rapporteur on the right to privacy; Joseph A Cannataci, 5 August 2019; para. 8.3 (A/74/277). New York: General Assembly; 2019 (<https://undocs.org/en/A/74/277>, accessed 31 May 2023).

186. Report of the Special Rapporteur on the right to privacy; Joseph A Cannataci, 5 August 2019; para. 9.1 (A/74/277). New York: General Assembly; 2019 (<https://undocs.org/en/A/74/277>, accessed 31 May 2023).

187. Report of the Special Rapporteur on the right to privacy; Joseph A Cannataci, 5 August 2019; para. 9.2 (A/74/277). New York: General Assembly; 2019 (<https://undocs.org/en/A/74/277>, accessed 31 May 2023).

188. Report of the Special Rapporteur on the right to privacy; Joseph A Cannataci, 5 August 2019; para. 40.2 (A/74/277). New York: General Assembly; 2019 (<https://undocs.org/en/A/74/277>, accessed 31 May 2023).

189. Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment; Manfred Nowak, 28 July 2008; para. 52 (A/63/175). New York: General Assembly; 2008 (<https://undocs.org/A/63/175>, accessed 31 May 2023).

190. WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70927>, accessed 31 May 2023).

191. WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities, annex 4. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/70927>, accessed 31 May 2023).

192. Transforming services and promoting human rights: WHO QualityRights training and guidance: mental health and social services. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329611>, accessed 31 May 2023).

193. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 7 (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).

194. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar, 12 December 2017; para. 38 (A/HRC/37/56). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/37/56>, accessed 31 May 2023).

195. Supported decision-making and advance planning. WHO QualityRights specialized training. Course slides. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329647>, accessed 31 May 2023).

196. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar, 12 December 2017; para. 40 (A/HRC/37/56). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/37/56>, accessed 31 May 2023).

197. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 27 (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).

198. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 28 (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).

199. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar, 12 December 2017; para. 41 (A/HRC/37/56). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/37/56>, accessed 31 May 2023).

200. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 29(e) (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).

201. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar, 12 December 2017; para. 45 (A/HRC/37/56). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/37/56>, accessed 31 May 2023).

202. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 29(h) (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).

203. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 29(g) (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).

204. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law, para. 22 (CRPD/C/GC/1), 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).

205. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law (CRPD/C/GC/1), 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).

206. Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies (2022) (CRPD/C/5); para. 55. Geneva: United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2022 (<https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standardsand-guidelines/crpd5-guidelines-deinstitutionalization-including>, accessed 31 May 2023).

207. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law; para. 36 (CRPD/C/GC/1); 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 31 May 2023).

208. Convention on the Rights of the Child. General comment n°14 (2013) on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration (art. 3, para. 1); para. 31 (CRC/C/GC/14); 14 January–1 February 2013. Geneva: Committee on the Rights of the Child; 2013 (<https://undocs.org/CRC/C/GC/14>, accessed 31 May 2023).

209. Convention on the Rights of the Child. General comment n°15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24); para. 21 (CRC/C/GC/15); 14 January–1 February 2013. Geneva: Committee on the Rights of the Child; 2013 (<https://undocs.org/CRC/C/GC/15>, accessed 31 May 2023).

210. Convention on the Rights of the Child. General comment n°15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24); para. 31 (CRC/C/GC/15); 14 January–1 February 2013. Geneva: Committee on the Rights of the Child; 2013 (<https://undocs.org/CRC/C/GC/15>, accessed 31 May 2023).

211. Convention on the Rights of the Child. General comment n°20 (2016) on the implementation of the rights of the child during adolescence; para. 39 (CRC/C/GC/20). Geneva: Committee on the Rights of the Child; 2016 (<https://undocs.org/CRC/C/GC/20>, accessed 31 May 2023).

212. Freedom from coercion, violence and abuse. WHO QualityRights core training: mental health and social services. Course guide; p. 24. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329582>, accessed 31 May 2023).

213. Implementing alternatives to coercion: a key component of improving mental health care. Geneva: World Psychiatric Association; 2020 (https://3ba346de-fde6-473f-b1da-536498661f9c.filesusr.com/ugd/e172f3_ed1963c044844a329a425645a6d19fc5.pdf, accessed 31 May 2023).

214. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Puras, 10 April 2018, para. 25 (A/HRC/38/36). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2018 (<https://undocs.org/en/A/HRC/38/36>, accessed 31 May 2023).

215. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (A/RES/61/106). Article 25(d): Health. New York: United Nations, General Assembly; 2006 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/article-25-health.html>, accessed 31 May 2023).

216. Lin YK, Liu KT, Chen CW, al. e. How to effectively obtain informed consent in trauma patients: a systematic review. *BMC Med Ethics*. 2019;20:8. doi: [10.1186/s12910-019-0347-0](https://doi.org/10.1186/s12910-019-0347-0).
217. Warren JB. The trouble with antidepressants: why the evidence overplays benefits and underplays risks – an essay by John B Warren. *BMJ*. 2020;370:m3200. doi: [10.1136/bmj.m3200](https://doi.org/10.1136/bmj.m3200).
218. Murray RM. Mistakes I have made in my research career. *Schizophr Bull*. 2017;43:253-6. doi: [10.1093/schbul/sbw165](https://doi.org/10.1093/schbul/sbw165).
219. Read J, Cunliffe S, Jauhar S, McLoughlin DM. Should we stop using electroconvulsive therapy? *BMJ*. 2019;9:k5233. doi: [10.1136/bmj.k5233](https://doi.org/10.1136/bmj.k5233).
220. Breggin PR. Electroshock: scientific, ethical, and political issues. *Int J Risk Saf Med*. 1998;11:5. (http://www.ectresources.org/ECTscience/Breggin_1998_ECT__Overview.pdf, accessed 31 May 2023).
221. Read J, Harrop C, Geekie J, Renton J, Cunliffe S. A second independent audit of electroconvulsive therapy in England, 2019: usage, demographics, consent, and adherence to guidelines and legislation. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. 2021;94:603–19. doi: [10.1111/papt.12335](https://doi.org/10.1111/papt.12335).
222. Gazdag G, Takács R, Ungvari GS, Sienaert P. The practice of consenting to electroconvulsive therapy in the European Union. *J ECT*. 2012;28:4–6. doi: [10.1097/YCT.0b013e318223c63c](https://doi.org/10.1097/YCT.0b013e318223c63c).
223. Sackeim H, Prudic J, Fuller R, Keilp J, Lavori PW, Olfson M. The cognitive effects of electroconvulsive therapy in community settings. *Neuropsychopharmacol*. 2007;32:244–54. doi: [10.1038/sj.npp.1301180](https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301180).
224. Regulatory update to thymatron system IV instruction manual. *Somatics*; 2018 (http://www.thymatron.com/downloads/System_IV_Regulatory_Update.pdf, accessed 31 May 2023).
225. Faria MA. Violence, mental illness, and the brain – a brief history of psychosurgery: part 1 – from trephination to lobotomy. *Surg Neurol Int*. 2013;4:49. doi: [10.4103/2152-7806.110146](https://doi.org/10.4103/2152-7806.110146).
226. Chandler JA, Cabrera LY, Doshi P, Fecteau S, Fins JJ, Guinjoan S et al. International legal approaches to neurosurgery for psychiatric disorders. *Front Hum Neurosci*. 2021;14:588458. doi: [10.3389/fnhum.2020.588458](https://doi.org/10.3389/fnhum.2020.588458).
227. International Covenant on Civil and Political Rights. General comment n°20: Article 7 (prohibition of torture, or other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment); para. 3. Geneva: Human Rights Committee; 1992 (<https://www.refworld.org/docid/453883fb0.html>, accessed 31 May 2023).
228. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General comment n°14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (art. 12); para. 8 (E/C.12/2000/4); 25 April–12 May 2000. Geneva: Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000 (<https://digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en>, accessed 31 May 2023).
229. German Civil Code (Federal Law Gazette [Bundesgesetzblatt] I page 42, 2909; 2003 I page 738), amended 2021; section 1901a. Berlin: Federal Republic of Germany; 2002 (https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_bgb/englisch_bgb.html, accessed 31 May 2023).
230. Standing H, Lawlor R. Ulysses contracts in psychiatric care: helping patients to protect themselves from spiralling. *J Med Ethics*. 2019;45:693–9. doi: [10.1136/medethics-2019-105511](https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105511).
231. Gergel T, Das P, Owen G, Stephenson L. Reasons for endorsing or rejecting self-binding directives in bipolar disorder: a qualitative study of survey responses from UK service users. *Lancet Psychiatry*. 2016;8:599–609. doi: [10.1016/S2215-0366\(21\)00115-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00115-2).
232. Roennfeldt H, Wyder M, Byrne L, Hill N, Randall R, Hamilton B. Subjective experiences of mental health crisis care in emergency departments: a narrative review of the qualitative literature. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18:9650. doi: [10.3390/ijerph18189650](https://doi.org/10.3390/ijerph18189650).
233. Harris B, Beurmann R, Fagien S, Shattell MM. Patients' experiences of psychiatric care in emergency departments: a secondary analysis. *Int Emerg Nurs*. 2016;26:14-9. doi: [10.1016/j.ienj.2015.09.004](https://doi.org/10.1016/j.ienj.2015.09.004).
234. Stastny P, Lovell AM, Hannah J, Goulart D, Vasquez A, O'Callaghan S et al. Crisis response as a human rights flashpoint: critical elements of community support for individuals experiencing significant emotional distress. *Health Hum Rights*. 2020;22:105–19. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7348421/>, accessed 31 May 2023).
235. Minkowitz T. Reimagining crisis support: matrix, roadmap and policy. New York: Lilith's Warrior Press; 2021.
236. Ennis E, Walker E. Experiences of a community crisis intervention service. *Issues Ment Health Nurs*. 2022;43:96–102. doi: [10.1080/01612840.2021.1953650](https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1953650).
237. Gooding P, McSherry B, Roper C. Preventing and reducing “coercion” in mental health services: an international scoping review of English language studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2020;142:27–39. doi: [10.1111/acps.13152](https://doi.org/10.1111/acps.13152).
238. Szmukler G, Daw R, Callard F. Mental health law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Int J Law Psychiatry*. 2014;37:245–52. doi: [10.1016/j.ijlp.2013.11.024](https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2013.11.024).
239. Zinkler M, Von Peter S. End coercion in mental health services – toward a system based on support only. *Laws*. 2019;8:19. doi: [10.3390/laws8030019](https://doi.org/10.3390/laws8030019).
240. Simon J, Mayer S, Laszewska A, Rugkåsa J, Yeeles K, Burns T et al. Cost and quality-of-life impacts of community treatment orders (CTOs) for patients with psychosis: economic evaluation of the OCTET trial. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021;56:85–95. doi: [10.1007/s00127-020-01919-4](https://doi.org/10.1007/s00127-020-01919-4).

241. Barbu C, Purgato M, Abdulmalik J, Caldas-de-Almeida J, Eaton J, Gureje O et al. Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: Umbrella review of randomised evidence. *Br J Psychiatry*. 2020;1-11. doi: 10.1192/bjp.2020.144.
242. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar. Visit to France; 8 January 2019; para. 65 (A/HRC/40/54/add.1). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/A/HRC/40/54/ADD.1>, accessed 31 May 2023).
243. Moritz S, Gaweda L, Heinz A, Gallinat J. Four reasons why early detection centers for psychosis should be renamed and their treatment targets reconsidered: we should not catastrophize a future we can neither reliably predict nor change. *Psychol Med*. 2019;49:2134-40. doi: 10.1017/S0033291719001740.
244. Parker I, Schnackenberg J, Hopfenbeck M. The practical handbook of hearing voices: therapeutic and creative approaches. Monmouth: PCCS Books; 2021.
245. Implementing alternatives to coercion in mental health care. Discussion paper from the WPA Taskforce. Geneva: World Psychiatric Association; 2020 (https://3ba346de-fde6-473f-b1da-536498661f9c.filesusr.com/ugd/e172f3_3702b1a4202c458b85451e6d74075cbc.pdf, accessed 31 May 2023).
246. Strategies to end seclusion and restraint. WHO QualityRights specialized training. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329605>, accessed 31 May 2023).
247. Newton-Howes G, Savage M, Arnold R, Hasegawa T, Staggs V, Kisely S. The use of mechanical restraint in Pacific Rim countries: an international epidemiological study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e190. doi: 10.1017/S2045796020001031.
248. Rose D, Perry E, Rae S, Good N. Service user perspectives on coercion and restraint in mental health. *BJPsych Int*. 2017;14:59-61. doi: 10.1192/s2056474000001914.
249. The Mental Healthcare Act, 2017. Law no 10 of 2017, 7 April 2017; provision 95(d). New Delhi: Ministry of Law and Justice; 2017 (<https://www.indiacode.nic.in/bitstream/123456789/2249/1/A2017-10.pdf>, accessed 31 May 2023).
250. Undang-undang Republik Indonesia, nomor 18 Tahun 2014, tentang, Kesehatan Jiwa [act (bill) of the Republic of Indonesia, no 18, 2014, regarding mental health], Article 86. Jakarta: President of the Republic of Indonesia; 2014 (<https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/38646/uu-no-18-tahun-2014>, accessed 31 May 2023).
251. Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries. Geneva: World Health Organization; 2021 (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329643>, accessed 31 May 2023).
252. International Covenant on Civil and Political Rights. General comment n°36, Article 6: Right to life, para. 9 (CCPR/C/ GC/36); 3 September 2019. Geneva: Human Rights Committee; 2019 (<https://undocs.org/CCPR/C/GC/36>, accessed 31 May 2023).
253. Major changes to suicide prevention needed, with rights-based approach to make life “more liveable” – UN expert. In: Office of the High Commissioner for Human Rights [website]. Geneva: Office of the High Commissioner for Human Rights; 2019 (<https://www.ohchr.org/en/press-releases/2019/10/major-changes-suicide-prevention-needed-rightsbased-approach-make-life-more>, accessed 31 May 2023).
254. Preventing suicide: a global imperative; p. 51. Geneva: World Health Organization; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/131056>, accessed 31 May 2023).
255. Decriminalising suicide: saving lives, reducing stigma. London: United for Global Mental Health; 2021 (<https://unitedgmh.org/knowledge-hub/decriminalising-suicide-saving-lives-reducing-stigma-latestreport/#:~:text=WHY%20DOES%20DECRIMINALISING%20SUICIDE%20MATTER,suicide%2C%20such%20as%20pesticide%20control,> accessed 31 May 2023).
256. Wu KC-C, Cai Z, Chang Q, al e. Criminalisation of suicide and suicide rates: an ecological study of 171 countries in the world. *BMJ Open*. 2022;12:e049425. doi: 10.1136/bmjopen-2021-049425.
257. Mental health: achieving ‘parity of esteem’. In: UK Parliament, House of Commons Library [website]. London: UK Parliament, House of Commons Library; 2020 (<https://commonslibrary.parliament.uk/mental-health-achievingparity-of-esteem/>, accessed 31 May 2023).
258. Mental health parity. In: NAMI, National Alliance on Mental Illness [website]. Arlington: NAMI, National Alliance on Mental Illness; n.d. (<https://www.nami.org/Advocacy/Policy-Priorities/Improving-Health/Mental-Health-Parity>, accessed 31 May 2023).
259. Ley Nacional de Salud Mental (2010). Ley n° 26.657 y su decreto reglamentario n° 603/13; Article 32. In: Buenos Aires. Ministerio de Salud; 2010 (<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ley-nacional-de-salud-mental-ndeg26657-ydecreto-reglamentario-6032013>, accessed 31 May 2023).
260. Ley de Protección de la Salud Mental. Ley n.° 314, Article 21. Panama City: National Assembly of Panama; 2021 (<https://alamocpanama2016.bravesites.com/ley-314-conceptos>, accessed 31 May 2023).
261. Mental health act. Act no 846; 31 May 2012, Article 88. Accra: Republic of Ghana; 2012 (<https://www.moh.gov.gh/wpcontent/uploads/2016/02/Mental-Health-Act-846-2012.pdf>, accessed 31 May 2023).
262. Clarke D, Rajan D, Schmetts G. Creating a supportive legal environment for universal health coverage. *Bull World Health Organ*. 2016;94:482. doi: 10.2471/BLT.16.173591.

263. Judd F, Armstrong S, Kulkarni J. Gender-sensitive mental health care. *Australas Psychiatry*. 2009;17:105–11. doi: [10.1080/10398560802596108](https://doi.org/10.1080/10398560802596108).
264. Chalmers KJ, Bond KS, Jorm AF, Kelly CM, Kitchener BA, Williams-Tchen A. Providing culturally appropriate mental health first aid to an Aboriginal or Torres Strait Islander adolescent: development of expert consensus guidelines. *Int J Ment Health Syst*. 2014;8:6. doi: [10.1186/1752-4458-8-6](https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-6).
265. United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples (Resolution A/RES/61/295); 2 October 2007. New York: United Nations, General Assembly; 2007 (<https://www.refworld.org/docid/471355a82.html>, accessed 31 May 2023).
266. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. General comment n°14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (art. 12); para. 27 (E/C.12/2000/4); 25 April–12 May 2000. Geneva: Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000 (<https://digitallibrary.un.org/record/425041?ln=en>, accessed 31 May 2023).
267. Maree Kopua D, Kopua MA, Bracken PJ. Mahi a Atua: a Maori approach to mental health. *Transcult Psychiatry*. 2020;57:375–83. doi: [10.1177/1363461519851606](https://doi.org/10.1177/1363461519851606).
268. Maura J, Weisman de Mamani A. Mental health disparities, treatment engagement, and attrition among racial/ethnic minorities with severe mental illness: a review. *J Clin Psychol Med Settings*. 2017;24:187–210. doi: [10.1007/s10880017-9510-2](https://doi.org/10.1007/s10880017-9510-2).
269. McGuire TG, Miranda J. New evidence regarding racial and ethnic disparities in mental health: policy implications. *Health Aff (Millwood)*. 2008;27:393–403. doi: [10.1377/hlthaff.27.2.393](https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.2.393).
270. Londono Tobon A, Flores JM, Taylor JH. Racial implicit associations in psychiatric diagnosis, treatment, and compliance expectations. *Acad Psychiatry*. 2021;45:23–33. doi: [10.1007/s40596-020-01370-2](https://doi.org/10.1007/s40596-020-01370-2).
271. Swanson J, Swartz M, Van Dorn RA, Monahan J, McGuire TG, Steadman HJ et al. Racial disparities in involuntary outpatient commitment: are they real? *Health Affairs*. 2009;28:816–26. doi: [10.1377/hlthaff.28.3.816](https://doi.org/10.1377/hlthaff.28.3.816).
272. Barnett P, Mackay E, Matthews H, Gate R, Greenwood H, Ariyo K et al. Ethnic variations in compulsory detention under the Mental Health Act: a systematic review and meta-analysis of international data. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:305–17. doi: [10.1016/S2215-0366\(19\)30027-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30027-6).
273. Cénat JM. How to provide anti-racist mental health care. *Lancet Psychiatry*. 2020;7:929–31. doi: [10.1016/S22150366\(20\)30309-6](https://doi.org/10.1016/S22150366(20)30309-6).
274. WHO QualityRights e-training on mental health [website]. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/qr-e-training>, accessed 31 May 2023).
275. Funk M, Saraceno B, Drew N, Faydi E. Integrating mental health into primary healthcare. *Ment Health Fam Med* 2008;5:5–8. doi: [10.1002/wps.20600](https://doi.org/10.1002/wps.20600).
276. Integrating mental health into primary care: a global perspective; pp 39–40. Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors; 2008.
277. Jenkins R, Lancashire S, McDaid D, Samyshkin Y, Green S, Watkins J et al. Mental health reform in the Russian Federation: an integrated approach to achieve social inclusion and recovery. *Bull World Health Organ*. 2007;85:858–66. doi: [10.2471/blt.06.039156](https://doi.org/10.2471/blt.06.039156).
278. World Health Organization. (2016). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0. World Health Organization; (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>) accessed 31 May 2023).
279. Peer support groups by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329594/9789241516778-eng.pdf>, accessed 31 May 2023).
280. One-to-one peer support by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module: module slides. Geneva: World Health Organization; 2019 (License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329643>, accessed 31 May 2023).
281. Kohrt BA, Asher L, Bhardwaj A, Fazel M, Jordans JD, Mutamba BB et al. The role of communities in mental health care in low- and middle-income countries: a meta-review of components and competencies. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15:1279. doi: [10.3390/ijerph15061279](https://doi.org/10.3390/ijerph15061279).
282. Jorm AF. Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. 2012. 2012;67:231–43. doi: [10.1037/a0025957](https://doi.org/10.1037/a0025957).
283. Gask L, Coventry P. Person-centred mental health care: the challenge of implementation. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2012;21:139–44. doi: [10.1017/S2045796012000078](https://doi.org/10.1017/S2045796012000078).
284. Tellez JJ, Kidd J. Peer support workers: an untapped resource in primary mental health care. *J Prim Health Care*. 2015;7:84–7. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25770722/>, accessed 31 May 2023).
285. Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies. Geneva: United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2022 (<https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd5guidelines-deinstitutionalization-including>, accessed 31 May 2023).
286. Ley Nacional de Salud Mental (2010). Ley n° 26.657 y su decreto reglamentario n° 603/13; Article 27. In: Buenos Aires. Ministerio de Salud; 2010 (<https://bancos.salud.gob.ar/recurso/ley-nacional-de-salud-mental-ndeg26657-ydecreto-reglamentario-6032013>, accessed 31 May 2023).

287. Salud Mental, Ley Nº 19.529, Article 38. Montevideo: Asamblea General de Uruguay; 2017 (<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-01/Res%201165%202021.pdf>, accessed 31 May 2023).

288. Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies (2022) (CRPD/C/5); para. 67. Geneva: United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2022 (<https://www.ohchr.org/en/documents/legal-standards-and-guidelines/crpd5-guidelines-deinstitutionalization-including>, accessed 31 May 2023).

289. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar; 11 January 2019; para. 67 (A/HRC/40/54). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/en/A/HRC/40/54>, accessed 31 May 2023).

290. Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies (2022) (CRPD/C/5); paras. 115–123. Geneva: United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2022 (<https://www.ohchr.org/en/documents/legalstandards-and-guidelines/crpd5-guidelines-deinstitutionalization-including>, accessed 31 May 2023).

291. Linking disaster risk reduction (DRR) and mental health and psychosocial support (MHPSS): practical tools, approaches and case studies. Geneva: Inter-Agency Standing Committee Reference Group for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings; 2021 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-referencegroup-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/technical-note-linking-disaster-riskreduction-drr-and-mental-health-and-psychosocial-support-mhpss>, accessed 31 May 2023).

292. Santegoeds J. Mind the gap 1/4. Facing a human rights emergency. COVID19 vaccination in institutions is not enough. In: European Disability Forum [website]. Brussels: European Disability Forum; 2020 (<https://www.edf-feph.org/blog/mind-the-gap-1-4-facing-a-human-rights-emergency-covid19-vaccination-in-institutions-is-not-enough/>, accessed 31 May 2023).

293. Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief, 2 March 2022. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352189>, accessed 31 May 2023).

294. Technical note: linking disaster risk reduction (DRR) and mental health and psychosocial support (MHPSS). Practical tools, approaches and case studies. Geneva: Inter-Agency Standing Committee; 2021 (<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergencysettings/technical-note-linking-disaster-risk-reduction-drr-and-mental-health-and-psychosocial-support-mhpss>, accessed 23 May 2023).

295. Guidelines on deinstitutionalization, including in emergencies (2022) (CRPD/C/5); paras. 107–114. Geneva: United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2022 (<https://www.ohchr.org/en/documents/legalstandards-and-guidelines/crpd5-guidelines-deinstitutionalization-including>, accessed 31 May 2023).

296. Promoting mental health preparedness and response for public health emergencies. Geneva: World Health Organization; 2021 ([https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148\(3\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148(3)-en.pdf), accessed 31 May 2023).

297. Security Council Resolution 2668 (2022). New York: United Nations, Security Council; 2022 ([https://undocs.org/S/RES/2668\(2022\)](https://undocs.org/S/RES/2668(2022)), accessed 31 May 2023).

298. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°7 (2018) on the participation of persons with disabilities, including children with disabilities, through their representative organizations, in the implementation and monitoring of the Convention; para. 13 (CRPD/C/GC/7); 27 August–21 September 2018. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/7>, accessed 31 May 2023).

299. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°7 (2018) on the participation of persons with disabilities, including children with disabilities, through their representative organizations, in the implementation and monitoring of the Convention; para. 48 (CRPD/C/GC/7); 27 August–21 September 2018. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/7>, accessed 31 May 2023).

300. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar, 20 July 2020; para. 72 (A/75/186). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/en/A/75/186>, accessed 31 May 2023).

301. International Covenant on Civil and Political Rights. General comment n°34. Article 19: Freedoms of opinion and expression (CCPR/C/GC/34); 11–29 July 2011. Geneva: Human Rights Committee; 2011 (<https://undocs.org/CCPR/C/GC/34>, accessed 31 May 2023).

302. SDG-CRPD Resource Package. In: United Nations High Commissioner for Human Rights [website]. Geneva: United Nations High Commissioner for Human Rights; n.d. (<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/Pages/SDG-CRPDResource.aspx>, accessed 31 May 2023).

303. International principles and guidelines on access to justice for persons with disabilities. Principle 8. Geneva: United Nations, Human Rights Special Procedures; 2020 (<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/GoodPracticesEffectiveAccessJusticePersonsDisabilities.aspx>, accessed 31 May 2023).

304. Resolution A/RES/60/147. Basic principles and guidelines on the right to a remedy and reparation for victims of gross violations of international human rights law and serious violations of international humanitarian law, adopted and proclaimed by the General Assembly on 16 December

2005. New York: United Nations, General Assembly; 2006 (<https://undocs.org/en/A/RES/60/147>, accessed 31 May 2023).
305. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry*. 2018;5:357–69. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30060-9.
306. Supported living services for mental health: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341645>, accessed 31 May 2023).
307. Comprehensive mental health service networks: promoting person-centred and rights-based approaches. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341646>, accessed 31 May 2023).
308. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 20 December 2016, para. 20 (A/HRC/34/58). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2016 (<https://undocs.org/en/A/HRC/34/58>, accessed 31 May 2023).
309. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar; 11 January 2019; para. 20 (A/HRC/40/54). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/en/A/HRC/40/54>, accessed 31 May 2023).
310. Schlanger M. Prisoners with disabilities. In: Luna E, editor. *Reforming criminal justice: punishment, incarceration, and release*. Phoenix: Academy for Justice; 2017:295–323.
311. “I needed help, instead I was punished”: abuse and neglect of prisoners with disabilities in Australia [website]. New York: Human Rights Watch; 2018 (<https://www.hrw.org/report/2018/02/06/i-needed-help-instead-i-was-punished/abuse-and-neglect-prisoners-disabilities> accessed 31 May 2023).
312. Bignall T, Jeraj S, Helsby E, Butt J. Racial disparities in mental health: Literature and evidence review. London: VCSE & Race Equality Foundation; 2019 (<https://raceequalityfoundation.org.uk/wp-content/uploads/2022/10/mentalhealth-report-v5-2.pdf> accessed 31 May 2023).
313. International principles and guidelines on access to justice for persons with disabilities; p. 9. Geneva: United Nations, Human Rights Special Procedures; 2020 (<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/GoodPracticesEffectiveAccessJusticePersonsDisabilities.aspx>, accessed 31 May 2023).
314. International principles and guidelines on access to justice for persons with disabilities. Guideline 1.2(j). Geneva: United Nations, Human Rights Special Procedures; 2020 (<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/GoodPracticesEffectiveAccessJusticePersonsDisabilities.aspx>, accessed 31 May 2023).
315. International principles and guidelines on access to justice for persons with disabilities. Principle 6.1. Geneva: United Nations, Human Rights Special Procedures; 2020 (<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/GoodPracticesEffectiveAccessJusticePersonsDisabilities.aspx>, accessed 31 May 2023).
316. Sirotich F. The criminal justice outcomes of jail diversion programs for persons with mental illness: a review of the evidence. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2009;37:461–72. (<http://jaapl.org/content/37/4/461.long>, accessed 31 May 2023).
317. Lange S, Rehm J, Popova S. The effectiveness of criminal justice diversion initiatives in North America: a systematic literature review. *Int J Forensic Ment Health*. 2011;10:3, 200–14. doi: 10.1080/14999013.2011.598218.
318. Dewa CS, Loong D, Trujillo A, Bonato S. Evidence for the effectiveness of police-based pre-booking diversion programs in decriminalizing mental illness: a systematic literature review. *PLoS One*. 2018;13:e0199368. doi: 10.1371/journal.pone.0199368.
319. Steele L. Disability, criminal justice and law: reconsidering court diversion. London: Routledge; 2020.
320. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities; Catalina Devandas Aguilar; 11 January 2019; para. 33 (A/HRC/40/54). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/en/A/HRC/40/54>, accessed 31 May 2023).
321. Expert meeting on deprivation of liberty of persons with disabilities. Conclusions and recommendations. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2015 (<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Disability/DeprivationLiberty/Conclusions.doc>, accessed 31 May 2023).
322. Dhanda A, Gombos G. Questions of criminal culpability and persons with disabilities. In: Flynn E, Arstein-Kerslake A, de Bhailís C, Serra ML, editors. *Global perspectives on legal capacity reform; our voices, our stories*. London and New York: Routledge; 2019.
323. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Guidelines on Article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities; para. 20. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2015 (www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc, accessed 31 May 2023).
324. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Views adopted by the Committee under Article 5 of the Optional Protocol, concerning communication no. 32/2015 (CRPD/C/22/D/32/2015); 15 October 2019. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2019

(https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2FC%2F22%2FD%2F32%2F2015&Lang=en, accessed 31 May 2023).

325. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the initial report of Kenya (CRPD/C/KEN/CO/1); 30 September 2015; para. 28. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2015 (<https://undocs.org/CRPD/C/KEN/CO/1>, accessed 31 May 2023).

326. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the initial report of the Plurinational State of Bolivia (CRPD/C/BOL/CO/1); 4 November 2016; para. 36. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2016 (<https://undocs.org/CRPD/C/BOL/CO/1>, accessed 31 May 2023).

327. Minkowitz T, Fleischner RD, Curiae A. Observations regarding the relevance to this case of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities ICC-02/04-01/15-1930; 21 December 2021. The Prosecutor v. Dominic Ongwen. The Hague: International Criminal Court; 2021 (https://www.icc-cpi.int/sites/default/files/CourtRecords/CR2021_11888.PDF, accessed 31 May 2023).

328. McSherry B, Sullivan D. An analysis of arguments for the retention of the defence of mental impairment. *Psychiatr Psychol Law*. 2023;30:96-105. doi: 10.1080/13218719.2022.2112102.

329. United Nations standard minimum rules for the treatment of prisoners (the Nelson Mandela Rules), adopted by General Assembly resolution 70/175 on 17 December 2015, rule 24(1). New York: United Nations, General Assembly; 2016 (<https://undocs.org/A/RES/70/175>, accessed 31 May 2023).

330. United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules), adopted by General Assembly resolution 70/175 on 17 December 2015, rule 27(1). New York: United Nations, General Assembly; 2016 (<https://undocs.org/A/RES/70/175>, accessed 31 May 2023).

331. Increasingly consulted, but not yet participating. IDA global survey on participation of organisations of persons with disabilities in development programmes and policies. New York: International Disability Alliance; 2020 (https://www.internationaldisabilityalliance.org/sites/default/files/ida_global_survey_complete_report_final.pdf, accessed 31 May 2023).

332. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. General comment n°7 (2018) on the participation of persons with disabilities, including children with disabilities, through their representative organizations, in the implementation and monitoring of the Convention (CRPD/C/GC/7); 27 August–21 September 2018. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2018 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/7>, accessed 31 May 2023).

333. United Nations Disability Inclusion Strategy. Guidelines on consulting persons with disabilities. Indicator 5. Geneva: United Nations; 2021 (https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_disability_inclusive_consultation_guidelines.pdf, accessed 31 May 2023).

334. Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches; pp. 215– 217. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341648>, accessed 31 May 2023).

335. From exclusion to equality: realizing the rights of persons with disabilities. Handbook for parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol; p. 73. Geneva: United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights, Inter-Parliamentary Union; 2007.

336. Disability laws and acts by country/area. In: UN Department of Economic and Social Affairs [website]. New York: UN Department of Economic and Social Affairs; n.d. (<https://www.un.org/development/desa/disabilities/disabilitylaws-and-acts-by-country-area.html>, accessed 31 May 2023).

337. van Aeken K. From vision to reality: ex post evaluation of legislation. *Legisprudence*. 2011;5:41–68. doi: 10.5235/175214611796404859.

338. The Mental Healthcare Act, 2017. Law no 10 of 2017, 7 April 2017; provision 125(1). New Delhi: Ministry of Law and Justice; 2017 (<https://www.indiacode.nic.in/bitstream/123456789/2249/1/A2017-10.pdf>, accessed 31 May 2023).