

Menschenrechte in der Psychiatrie

Eine sozialpsychiatrische Standortbestimmung

Von Dirk Richter

Die Geschichte der Psychiatrie ist eine Geschichte von Menschenrechtsverletzungen.¹ Bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden die Rechte von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen weitgehend ignoriert und Zwang und andere Massnahmen gegen den Willen waren an der Tagesordnung. Mit den Psychiatriereformen änderte sich dies, nunmehr wurden Menschenrechte berücksichtigt, aber nicht zum Massstab des Handelns erklärt.² Erstaunlicherweise tut sich nicht nur die Psychiatrie insgesamt,³ sondern auch die Sozialpsychiatrie schwer, die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen (UN-BRK)⁴ umzusetzen und auf Zwang und andere Massnahmen gegen den Willen von betroffenen Personen komplett zu verzichten.⁵ Der nachfolgende Beitrag liefert einen Überblick über den Stand der Umsetzung der UN-BRK, die damit einher gehenden Kontroversen und Dilemmata und der Frage, welche Bedeutung der Menschenrechtsansatz für die Sozialpsychiatrie haben sollte.

Abschliessende Beobachtungen – Die Evaluation der Umsetzung der UN-BRK

Alle Konventionsstaaten der UN-BRK müssen sich regelmässig einer Evaluation der Umsetzung durch das „Komitee der Rechte der Personen mit Behinderungen“ der UN unterziehen. In Deutschland geschah dies zuletzt im Jahr 2015,⁶ in der Schweiz in 2022.⁷ Diese Evaluation wird in so genannten „Abschliessenden Beobachtungen“ zusammengefasst und veröffentlicht. Für die Ausführungen an dieser Stelle ist relevant, dass diese Evaluation sich nicht nur auf die psychiatrische Versorgung bezieht, sondern auf alle Bereiche, in den Menschen mit Behinderungen – in welcher Form auch immer – unterstützt werden. Nachfolgend werde ich mich auf die wesentlichen Aspekte konzentrieren, die für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Deutsch-

land und in der Schweiz von Bedeutung sind.

Generell stellen die Evaluationen beiden Staaten ein relativ schlechtes Zeugnis aus. Für Deutschland muss allerdings der Zeitpunkt des Jahres 2015 berücksichtigt werden, wo etwa das Bundesteilhabegesetz noch nicht in Kraft getreten war. Grundlegend ist sowohl für Deutschland als auch für die Schweiz die Kritik an den fortbestehenden Systemen der rechtlichen Vertretung von Menschen mit Behinderungen, also die „gesetzliche Betreuung“ und die „Beistandschaft“. In beiden Staaten findet nach wie vor die ersatzweise oder übernommene Entscheidungsfindung (*engl. substituted decision-making*) statt, die generell nicht mit Artikel 12 der UN-BRK vereinbar ist. Anstelle der substituierten Entscheidungsfindung setzt die Konvention auf die unterstützte Entscheidungsfindung (*engl. supported decision-making*), die von der Trennung von Urteilsfähigkeit und Rechtsfähigkeit ausgeht.⁸ Menschen mit jedweder Form von Behinderung erhalten demnach ihre Rechtsfähigkeit und benötigen unter Umständen Unterstützung bei der Entscheidungsfindung durch einen Menschen ihres Vertrauens, der selbstverständlich auch eine Fachperson sein kann. Der Artikel 12 und weitere internationale rechtliche Dokumente haben eine erhebliche Kontroverse ausgelöst, die, wie gleich noch zu zeigen sein wird, sogar auf Vorschläge hinausläuft, die Konvention nicht weiter zu befolgen.

Weitere Massnahmen, die sowohl für die Schweiz als auch für Deutschland empfohlen wurden, betreffen insbesondere die unfreiwillige Unterbringung sowie die Behandlung gegen den Willen der betroffenen Person, wie sie in psychiatrischen Kliniken nach wie vor üblich ist. Hier setzt sich das Komitee ohne Ausnahme für die Abschaffung von Unterbringungen und Behandlungen ohne Einverständnis der Person aus. Dazu gehört auch die Abschaffung von mechanischer, physischer und medikamentöser Bewegungseinschränkungen, also auch



Dirk Richter

Prof. Dr., Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit und Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Zentrum Psychiatrische Rehabilitation.

Isolation und Fixierung während stationärer Aufenthalte.

Im Bereich der sozialen Rechte machen sich die Konvention und nachfolgend auch das Evaluationskomitee für das Recht auf unabhängige Wohn- und Lebensformen stark. Das heisst, die Verpflichtung, beispielsweise aufgrund einer psychischen Beeinträchtigung in einer besonderen Wohnform – wie einem Heim – zu leben, soll entfallen. Ebenfalls entfallen sollen geschützte Arbeitsplätze, wie sie in beiden Ländern in Werkstätten im zweiten Arbeitsmarkt weit verbreitet sind. Der allgemeine Arbeitsmarkt soll für alle Menschen mit Behinderungen zugänglich sein.

Die Kontroverse

Der Kontrast zwischen der gerade beschriebenen Empfehlungen des Komitees und der Realität in der psychiatrischen Versorgung in vielen, auch westlichen Ländern lässt ahnen, dass diese Positionen gerade bei Fachpersonen in der psychiatrischen Versorgung nicht unbedingt auf Gegenliebe stossen. Die grundlegende Kontroverse dreht sich dabei um die Frage, ob die von der Versorgung und den möglichen Freiheits Einschränkungen betroffenen Menschen in der Lage sind, über sich selbst zu entscheiden. Es geht also um Urteils- oder Willensfähigkeit und die damit assoziierte Rechtsfähigkeit der Person.⁹ Im Kern geht es um die Relevanz des psychiatrischen Krankheitskonzepts. Sind Menschen potenziell aufgrund

ihrer psychischen Störung nicht in der Lage, in besonderen Situationen über sich selbst bestimmen zu können oder ist dies eine ungerechtfertigte biomedizinische Vereinfachung des Sachverhalts und die Menschen können auch trotz allfälliger Schwierigkeiten grundsätzlich urteils- und rechtsfähig sein? Medizinische Positionen betonen in diesem Zusammenhang, dass etwa die Menschenrechte auf Leben und Gesundheit in Gefahr geraten können, wenn Massnahmen gegen den Willen der Person nicht erfolgen können.¹⁰ Zugespielt stellt sich diese Problematik beispielsweise im Rahmen von lebensbedrohlichen Essstörungen.

Aus Sicht der konventionellen biomedizinischen Ethik sind Menschenrechte nur eine Grundlage unter mehreren, die für Entscheidungen herangezogen werden müssen.¹¹ Hingegen wird von Betroffenenverbänden die besondere Relevanz von Menschenrechtsansätzen betont, vor der etwa medizinische Erwägungen zurückstehen müssen.¹² Diese basalen Unterschiede in der Einschätzung von Krankheit und Menschenrechten haben, unter anderem in verschiedenen angelsächsischen Ländern, dazu geführt, dass von medizinischen Fachpersonen der Austritt ihrer Staaten aus der UN-BRK gefordert worden ist.¹³ Das absolute Verbot von Zwang, so die Meinung, erzeuge das Gegenteil von Rechten und führe zu einem Rückschritt in der Menschlichkeit. Es müsse möglich sein, 'im Interesse der Person' auch gegen ihren Willen zu handeln. Diesem 'Interesse der Person' wird von den Befürwortenden der Konvention zu viel Interpretationsspielraum zugeschrieben. Anstelle dieses Konstrukts bemühen sie die in einem Zusatzkommentar zur Konvention ausgedrückte Ansicht, 'Wille und Präferenzen' der Personen heranzuziehen. Der Unterschied liegt darin, nicht über das Interesse mutmassen zu können, sondern den Willen und die Präferenzen tatsächlich abzufragen und sich danach entsprechend zu richten.¹⁴

Die Konsequenzen

Lässt sich dieser fundamentale Gegensatz in den Einstellungen zur einer menschenrechtsbasierten psychiatrischen Versorgung überwinden? Ich meine: Nein. Aus meiner Sicht war der menschenrechtsbasierte Ansatz nicht – wie in der eher medizinisch orientierten Versorgung gesehen – zu radikal.

Hingegen meine ich, der Ansatz war nicht radikal genug, da er versucht hat, alternative Sichtweisen innerhalb des psychiatrischen Versorgungssystems zu etablieren.

In verschiedenen Publikationen hat etwa die WHO einen Recovery-orientierten Ansatz propagiert und Einrichtungen sowie Dienste wie Soteria und 'Open Dialogue' als positive Beispiele eines menschenrechtsbasierten Ansatzes gelobt.¹⁵ Festgehalten hat sie jedoch an einem psychiatrischen Krankheitskonzept, das nach meiner Einschätzung nicht kompatibel mit dem Recovery-Ansatz ist. Nimmt man 'Wille und Präferenzen' wirklich Ernst, so muss sich dies auch auf die Frage beziehen, ob die betroffene Person sich selbst als 'krank' bezeichnen würde. Ein konsequenter Menschenrechtsansatz muss also die Definitionsmacht vom psychiatrischen Versorgungssystem auf die Person übertragen, um die es geht.

Was auf den ersten Blick aus einer fachlichen Sicht fragwürdig erscheint, hat sich jedoch in verschiedener Hinsicht gegenwärtig bereits bemerkbar gemacht. Das 'Stimmenhören' wird heute nicht mehr zwingend als ein Symptom einer Psychose betrachtet, sondern kann möglicherweise einen subjektiven biografischen Sinn ergeben. Das Stimmenhören wird gewissermassen entpathologisiert und normalisiert.¹⁶ Ähnliches ergibt sich mit dem Ansatz der 'Neurodiversität', der von Menschen im Zusammenhang mit einem Autismus vertreten wird. Viele Menschen, die sich selbst als autistisch beschreiben, nehmen für sich in Anspruch, divers zu sein im Gegensatz zu sogenannten 'Neurotypischen'.¹⁷ Die Definitionsmacht wird auf diese Weise von den Betroffenen für sich reklamiert. Dies zeigt auch die 'Mad Pride'-Bewegung, welche sich zwar für verrückt erklärt, aber eben auch stolz auf das 'Anderssein' ist.¹⁸ Im Gegensatz zu der früheren Anti-Psychiatrie geht es in diesem Zusammenhang nicht um das Bestreiten der Existenz psychischer Störungen, sondern um den Sachverhalt, dass die Personen, um die es geht, selbst bestimmen dürfen, ob ihr 'Anderssein' als 'krank' eingestuft werden soll. Viele Menschen würden für sich in Anspruch nehmen, krank zu sein; und dies ist genauso we-

nig in Frage zu stellen wie die Verneinung des Pathologischen aus Sicht eines Menschen. Erst ein solches Vorgehen wäre in der Lage, Menschenrechte und Unterstützungsformen für psychosoziale Probleme wirklich zu verbinden.

Menschen, die – in welcher Form auch immer – auffällig würden und sich nicht als krank sehen würden, könnten demnach nicht in psychiatrischen Systemen behandelt werden. Demgegenüber wäre die Psychiatrie ausschliesslich für freiwillige Massnahmen zuständig. Geschlossene Türen, körperlicher und pharmakologischer Zwang wären im Rahmen der psychiatrischen Versorgung entbehrlich. Individuelle Präferenzen würden massgeblich über medizinische und nicht-medizinische Unterstützung

Im Gegensatz zu der früheren Anti-Psychiatrie geht es nicht um das Bestreiten psychischer Störungen, sondern darum, dass die Personen selbst bestimmen dürfen, ob ihr Anderssein als krank eingestuft werden soll.

und Begleitung entscheiden. Die ewigen Auseinandersetzungen um die Medikation hätten ein Ende und individuelle Absetzversuche könnten professionell begleitet werden.

Gleiches würde für Lebens- und Arbeitsformen gelten. Die Präferenz wäre entscheidend da-

für, wie und mit wem Menschen mit psychosozialen Problemen leben und in welcher Form sie arbeiten oder sich beschäftigen wollen.¹⁹ Anstelle einer Integration in Wohn- und Arbeitsformen, würden sich diese im Sinne von Inklusion an die Bedürfnisse anpassen. Menschen mit psychosozialen Problemen könnten entscheiden, ob sie von ausgebildeten Fachpersonen unterstützt werden, von welchen Professionen und ob Peer-Support bei Ihnen eine Rolle spielen sollte.

Die Dilemmata

Der vorherige Absatz klingt angesichts der Realität der Versorgung zu schön um wahr zu werden. Die dort beschriebenen positiven Entwicklungen, die Vermeidung von Zwang und die Relevanz der Präferenzen hätten denn auch massive Auswirkungen für viele Menschen und Institutionen, die es zu beachten gilt. Bemerkenswert ist hier, dass die zahlreichen Publikationen der UN, der WHO und vieler anderer Befürwortenden eines menschenrechtsbasierten Ansatzes der Versorgung sich dazu nahezu vollständig ausschweigen. Auf den ersten Blick deutlich wird die

Problematik, dass bei einer ausschliesslich freiwilligen psychiatrischen Versorgung viele Menschen, die sich nicht als krank einstufen würden, sich in anderen Institutionen wie Polizeigewahrsam und Gefängnissen wiederfinden würden. In solchen Einrichtungen ist jedoch, wie aus zahlreichen Studien bekannt ist, eine Unterstützung kaum vorhanden. Ein grundlegendes Dilemma bestünde also darin, Menschen in schwierigen Situationen dorthin zu 'verschieben', wo ihnen vermutlich weniger hilfreich begegnet wird als in der Psychiatrie. Besonders problematisch wäre dies für Menschen in suizidalen Krisen. Ein ausschliesslich auf Freiwilligkeit setzendes System würde dazu führen, dass es zu Suiziden käme, die womöglich – zumindest kurzfristig – bei einer mit Zwang operierenden Psychiatrie nicht auftreten würden. Dieses Risiko müsste man bereit sein, einzugehen, vor allem dann, wenn nicht zusätzliche präventive Angebote implementiert würden. Ein weiteres Problem würde im Zusammenhang mit Straftäterinnen und Straftätern auftreten. Ein konsequenter Menschenrechtsansatz in der Versorgung würde auf eine ausschliesslich freiwillige forensische Psychiatrie hinauslaufen. Es käme zu einer deutlichen Steigerung von Verwahrungen und langfristigen Gefängnisstrafen und zu einem Anstieg von Menschen mit psychosozialen Problemen im konventionellen Justizsystem.

Ein menschenrechtsbasierter Umgang mit diesen Dilemmata würde darauf hinauslaufen, die betroffenen Menschen zu fragen, ob sie sich als krank erleben, welche Form der Unterstützung sie – wenn überhaupt – in Anspruch nehmen wollen und ob sie bereit sind, die Folgen zu tragen. Selbstverständlich hat die Gesellschaft auch ein Recht auf Schutz vor Menschen, die prognostisch eine Gefahr darstellen. In der Konsequenz würde dies sicher nicht zu weniger Zwang insgesamt führen, aber der Zwang würde nicht mehr in der Psychiatrie stattfinden.

Sozialpsychiatrie und Menschenrechte

Was heisst dies alles für die Sozialpsychiatrie? Gerade eine sozialpsychiatrische Orientierung müsste nach meiner Überzeugung den Menschenrechten und den damit verbundenen Zielen deutlich positiver gegenüber stehen als das vielfach

der Fall ist. Es geht, wenn man dies tut, eben nicht mehr nur um eine Reduktion von Zwang in der Versorgung, sondern um die Verwirklichung einer ausschliesslich freiwilligen Psychiatrie. Es geht weiterhin um eine klare Präferenzorientierung bezüglich der Lebens- und Arbeitssettings, wodurch dann Werkstätten und Heiminstitutionen deutlich weniger in Anspruch genommen würden. Und es geht schliesslich auch um die Akzeptanz der Tatsache, dass Menschen sich nicht als krank erleben und sich von uns nicht helfen lassen wollen, auch wenn wir dies anders sehen.

All dies setzt jedoch voraus, dass die Sozialpsychiatrie neu aufstellt gegenüber dem konventionellen Krankheitskonzept der Psychiatrie. Psychische Störungen können, wenn überhaupt, auf absehbare Zeit nicht 'objektiv' festgestellt werden und ebenso kann nicht eindeutig zwischen 'krank' und 'gesund' unterschieden werden, wie die aktuelle neurowissenschaftliche und taxonomische Forschung zeigt.²⁰ Wenn dies aber nicht möglich ist, dann entfällt auch die medizinische Rechtfertigung für die Anwendung von Zwang und die Anwendung von Massnahmen gegen den Willen der Person. Eine Sozialpsychiatrie, die sich so versteht, bedeutet schlussendlich, die betroffenen Menschen selbst entscheiden zu lassen, was für sie gut ist – und die oben beschriebenen Dilemmata auszuhalten. ●

Literatur

1. Scull A. *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine*. Princeton UP; 2015.
2. Zinkler M, von Peter S. Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschliesslich unterstützende Psychiatrie. *Recht und Psychiatrie*. 2019;37:203–209.
3. Hoare F, Duffy RM. The World Health Organization's QualityRights materials for training, guidance and transformation: preventing coercion but marginalising psychiatry. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. May 2021;218(5):240–242. doi:10.1192/bjp.2021.20
4. United Nations. UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Accessed 02–11–2020, <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>
5. Brieger P, Menzel S. Psychiatrie ohne Ordnungsfunktion? *Kontra. Psychiatrische Praxis*. 2020; 47:297–298.
6. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. *Concluding observations on the initial report of Germany*. 2015. <https://digital-library.un.org/record/811105?ln=en>
7. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. *Concluding observations on the initial report of Switzerland*. 2022. https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/CHE/CRPD_C_CHE_CO_1_48261_E.docx
8. 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 UP; 2017.
9. Appelbaum PS. *Protecting the Rights of Persons With Disabilities: An International Convention and Its Problems*. *Psychiatr Serv*. Apr 1 2016;67(4):366–8. doi:10.1176/appi.ps.201600050
10. Scholten M, Gather J. Adverse consequences of article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities for persons with mental disabilities and an alternative way forward. *J Med Ethics*. Apr 2018;44(4):226–233. doi:10.1136/medethics-2017-104414
11. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8 ed. Oxford UP; 2019.
12. Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener. *Nicht in unserem Namen! Zur Kritik am Konzept einer freiwilligen Psychiatrie aus Betroffenenperspektive*. *Recht und Psychiatrie*. 2021;39:35–38.
13. Gosney P, Bartlett P. The UK Government should withdraw from the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. Jun 2020;216(6):296–300. doi:10.1192/bjp.2019.182
14. Szmukler G. „Capacity“, „best interests“, „will and preferences“ and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry*. Feb 2019;18(1):34–41. doi:10.1002/wps.20584
15. WHO. *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. 2021. <https://www.who.int/publications/item/9789240025707>
16. Higgs RN. *Reconceptualizing Psychosis: The Hearing Voices Movement and Social Approaches to Health*. *Health Hum Rights*. Jun 2020;22(1):133–144.
17. Graby S. Neurodiversity: bridging the gap between disabled people's movement and the mental health survivors' movement? In: Spandler H, Anderson J, Sapey B, eds. *Madness, distress and the politics of disablement*. Policy Press; 2015:231–243.
18. Rashed MA. *Madness and the demand for recognition: A philosophical inquiry into identity and mental health activism*. Oxford UP; 2019.
19. Richter D, Hoffmann H. *Preference for Independent Housing of Persons with Mental Disorders: Systematic Review and Meta-analysis*. *Adm Policy Ment Health*. Nov 2017;44(6):817–823. doi:10.1007/s10488-017-0791-4
20. Hyman SE. *Psychiatric Disorders: Grounded in Human Biology but Not Natural Kinds*. *Perspect Biol Med*. 2021;64(1):6–28. doi:10.1353/pbm.2021.0002