



Charlie Renke*, Sebastian von Peter

Dialog zur Unterstützung in schweren psychosozialen Krisen – mit offenbleibenden menschenrechtlichen Fragen

Zusammenfassung

Der Text thematisiert die Diskrepanz zwischen menschenrechtlichen Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention und einer persönlichen Erfahrung psychiatrischer Krisenversorgung. Menschen in schweren psychosozialen Krisen erfahren demnach durchaus Zwang, Isolation und Fremdbestimmung. Der persönliche Dialog berichtet von Klinikaufenthalten, Machtlosigkeit und Zweifeln an der Reformierbarkeit des Systems. Gefordert wird ein Paradigmenwechsel hin zu einer gewaltfreien, vielfältigen und sozial eingebetteten Unterstützung, die Krisen nicht pathologisiert, sondern als Ausdruck von Lebensumständen anerkennt.

Schlüsselwörter: UN-BRK, Zwang, psychosoziale Krise, unterstützte Entscheidungsfindung, Psychiatrie

Dialogue to provide support in severe psychosocial crises—with human rights issues remaining unresolved

Abstract in English

The text addresses the discrepancy between the human rights requirements of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities and a personal experience of psychiatric crisis care. People in severe psychosocial crises therefore experience coercion, isolation, and external control. This personal dialogue reports on hospital stays, powerlessness, and doubts about the reformability of the system. What is needed is a paradigm shift towards non-violent, diverse, and socially embedded support that does not pathologize crises but recognizes them as an expression of life circumstances.

Keywords: UN CRPD, coercion, psychosocial crisis, supported decision making, psychiatry

1. Vorwort

Menschen mit psychosozialen Behinderungen in und mit schweren Krisenphasen haben laut UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) das Recht auf selbstbestimmte Entscheidungen auch in Krisensituationen.¹ Zentral ist hier das Recht auf Unterstützung bei der Entscheidungsfindung unter Wahrung der rechtlichen Handlungsfähigkeit (Art. 12 Abs. 3 UN-BRK), das von Patientenverfügungen im Voraus bis zu zugänglichen und vielfältigen Unterstützungsoptionen ohne medizinische Zwangsmaßnahmen reichen kann. Nur ein breites Spektrum an Unterstützungsmöglichkeiten erlaubt es, autonome Entscheidungen zu treffen, die dem individuellen Willen und den eigenen Präferenzen der Betroffenen entsprechen.² Das Recht auf Unterstützung in der Entscheidungsfindung schützt weitere wesentliche Menschenrechte wie die Gleichheit vor dem Gesetz (Art. 12 UN-BRK), die persönliche Freiheit (Art. 14 UN-BRK), den Schutz vor Gewalt und erniedrigender Behandlung (Art. 15–17 UN-BRK) sowie die informierte und freie Gesundheitsentscheidung (Art. 25[d] UN-BRK). Verschiedene Organe der Vereinten Nationen und gesundheitspolitische Institutionen fordern, dass medizinischer Zwang in Krisensituationen nicht nur reduziert, sondern vollständig abgeschafft wird³ (United Nations Human Rights Council 2017a, 2017b und 2018).

Psychosoziale Krisen, etwa in suizidalen Momenten, psychotischem Erleben oder starken existenziellen Notlagen, beeinträchtigen die Alltagsbewältigung massiv. Obwohl immer in soziale Beziehungen eingebettet, werden diese Krisen im derzeitigen Versorgungssystem oft auf individuelle Defizite reduziert und die Symptomunterdrückung durch Psychopharmaka steht im Vordergrund. Diese Behandlung erfolgt meist in klinisch-stationären Kontexten und ist nicht selten begleitet von Zwangsmaßnahmen, wie Isolation oder Fixierung. Ein solches Vorgehen ignoriert nicht nur die sozialen, kulturellen und materiellen Lebensrealitäten betroffener Menschen, sondern verstärkt auch deren Ausgrenzung und Stigmatisierung.

Diese und andere Auswirkungen sollen im folgenden Dialog veranschaulicht werden, der zeigt, wie die klinisch-medizinische Perspektive Gefühle von Machtlosigkeit und Angst erzeugen. Schon jetzt steht fest: Es gibt keine abschließenden Antworten und viele Fragen bleiben offen.

2. Dialog

Der folgende Dialog soll die persönlichen Konflikte rund um das psychiatrische Versorgungssystem aus persönlicher Sicht aufzeigen; Sebastian von Peter war in der geschilderten Situation nicht als behandelnder Arzt involviert, sondern als begleitender Dazugehöriger. Der*Die Dialogpartner*in will aus persönlichen Gründen nicht namentlich erscheinen, weswegen im Folgenden ein Pseudonym verwendet wird.

Charlie: Wie du ja weißt, habe ich jüngst wieder die Erfahrung der Patient*in in der Akutpsychiatrie gemacht. Ich kenne nun alle Formen der zwingenden Akutpsychiatrie – diesmal wurde ich hinzukommend über Wochen isoliert. Dieses Vorgehen wurde als Reizabschirmung bezeichnet. Wegen jeder Kleinigkeit musste ich an der Kanzel mit dem Pflegepersonal klopfen, ich hatte keine Zimmertür, mir wurden alle persönlichen Sachen abgenommen, meine Turnschuhe hatten keine Schnürsenkel mehr. Ich solle geschützt werden – und gleichzeitig sei ich gefährdend. Auch meine Angehörigen wurden weniger gern gesehen, weil sie nicht geradlinig den Ideen der Ärzt*innen nachgingen. Alle waren zeitweilig voneinander genervt, und das Vorgehen der Klinik blieb weitestgehend intransparent.

Sebastian: Auch mich hat deine Zeit in der Klinik und die Wochen davor umgetrieben. Mehrfach hast du während deines Klinikaufenthaltes massive Grenzverletzungen und Herabwürdigung erlebt. Einige dieser Verletzungen wurden mir oder anderen Menschen deines Umfelds gegenüber versteckt gehalten, andere traten in Gesprächen mit dem Personal oder bei Besuchen deutlich zu Tage – immer ohne Kommentar.

Ich konnte es kaum glauben. Was passiert hier gerade? Kann das wahr sein, was ich (nicht) sehe, höre, mitbekomme? Wie kommen diese Verletzungen zustande? Wie greifen strukturelle Probleme der Versorgung und deine individuelle Situation ineinander?

Charlie: Meine jüngsten Erfahrungen haben meine Zweifel bezüglich eines Wandels der klinischen Versorgung verstärkt – Zweifel daran, welchen Sinn aktivistische Arbeit zur psychosozialen Versorgung hat.

Von Vielfalt in der Unterstützung und individualisierten Angeboten kann in der aktuellen Akutpsychiatrie nicht die Rede sein. Die Akutpsychiatrie ist nach wie vor ein Ort, an dem die meisten nicht sein möchten. Und doch ist sie in schweren Krisensituationen oft die einzige Option. Es mag Ausnahme-Kliniken geben, aber die in die Breite gestreute Versorgung hat sich in den letzten Jahrzehnten kaum verändert. Restringierende Überforderung, Langeweile, schlechtes Essen, einseitige – nach Gruppen gefasste – Therapieangebote und der Kampf um die nächste Zigarette zeichnen den Alltag auf der Station.

Dabei gibt es Menschen, die sich über Monate, teils Jahre, auf der Station befinden – oder sich über Jahre immer wieder selbst einweisen oder eingewiesen werden. Es scheinen mir Menschen zu sein, deren Alltag zu einem großen Teil durch Versorgungsinstitutionen geprägt ist. Ob emotionslos latschend oder immer wieder wütend werdend – viele der Patient*innen wirken, als würden sie sich dauerhaft dort aufhalten. Dabei zeigt sich die Station als Ort der Hierarchie, Routine, Kargheit und Trostlosigkeit. Jedes Verhalten wird beobachtet, dokumentiert und verwaltet. Die intimsten persönlichen Themen finden sich auf Unmengen an Papier, insbesondere wenn Gerichte hinzugezogen werden: „Duschst du? Isst du? Redest du?“. Menschen werden isoliert, wenn ihr Verhalten als besonders herausfordernd dargestellt wird, und es wird lange gewartet, bis sie wieder Kontakte aufnehmen dürfen.

Sebastian: Gut, dass du wieder raus bist. Mich hat beeindruckt, wie stark du dir deine Menschlichkeit während des Aufenthalts erhalten hast, auch wenn du (immer wieder) nicht als Mensch angesprochen warst.

Du hast in den letzten Wochen viel mehr aushalten müssen als ich. Trotzdem hat deine Situation auch mich persönlich getroffen. Sie schließt an Situationen an, die Menschen aus meiner Familie erlebt haben, an eigene Ohnmachtserfahrungen in unterschiedlichen Machtsystemen, an frustrierende eigene und übertragene Aufträge zu helfen und zu heilen.

Mir wurde abermals deutlich, wie wenig ich als Arzt, wie wenig wir in der Psychiatrie helfen können.

Warum interessiert sich kaum jemand für die Menschenrechtsverletzungen in der Psychiatrie? Warum wissen viele meiner Freunde und Bekannten nicht darüber Bescheid, dass in nicht wenigen Psychiatrien in Deutschland eine von fünf Personen gegen ihren Willen behandelt wird bzw. andere Zwangsmaßnahmen erfährt (vgl. Adorjan et al., 2017; Flammer & Steinert, 2019). Warum können Menschenrechtsverletzungen im Irak oder in China (zum Glück) dauernd zum Thema werden, aber in Deutschland so systematisch unbemerkt bleiben?

Außerdem werde ich von Kolleg*innen viel kritisiert, wenn ich infrage stelle, ob und in welcher Weise sich die Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten verändert hat. Trotz der vielen Bemühungen vieler Menschen: Hat sie sich im Kern verändert, in ihrem Denken über und im Umgang mit Menschen? Stehen Menschen mit ihren individuellen Nöten und Bedürfnissen inzwischen wirklich im Vordergrund? Ist psychiatrische Gewalt insgesamt weniger geworden, wenn wir alle Formen von Gewalt zusammennehmen?

Charlie: Für mich war diese klinische Einseitigkeit mal wieder sehr quälend. Ich kann mir auch nicht erklären, wie sich manche Menschen – ob nun als Patient*in oder Teil des Personals – so sehr an diesen Ort gewöhnen, dass sie gar nicht mehr den Drang haben, die Psychiatrie wieder zu verlassen. In den routinisierten Strukturen fehlt es an Kapazitäten, um auf individuelle Belange intensiv einzugehen. Bitte versteh mich nicht falsch: Ich würde mir in keinem Fall mehr Personal für die klassische Akutpsychiatrie wünschen. Mehr Menschen in den eingefahrenen Strukturen ändern nichts an den Abläufen und dem auf das Individuum beschränkten Krankheitsverständnis, dem fast selbstverständlich psychopharmakologisch begegnet wird.

Sebastian: Anlässlich deines Klinikaufenthaltes und anderer Fragen, welchen Sinn meine Arbeit hat, habe ich mich in den letzten Wochen vermehrt mit sogenannten abolitionistischen Bewegungen auseinandergesetzt. Abolitionistische Theorien setzen sich für die Abschaffung von Unterdrückung ein, insbesondere in Bezug auf

Versklavung, Gefängnisse und andere staatlich legitimierte Gewaltausübung, wozu auch die Akutpsychiatrie gehört. Sie gehen davon aus, dass diese Gewaltstrukturen nicht reformierbar sind, weil Reformen nur dazu führen, Unrecht weiterzutreiben. Sie müssen abgeschafft oder ersetzt werden, was in Bezug auf die Psychiatrie in menschenrechtskonformen Alternativen deutlich wird.

Diese Auseinandersetzung führte zu noch mehr Fragen: Was nützen uns solche Alternativen, wenn im Gros der psychiatrischen Versorgung immer wieder massive Grenz- und Menschenrechtsverletzungen passieren? Wie kann ich in der Psychiatrie arbeiten, ohne mich mitschuldig zu machen? Wenn es um systemisches Unrecht geht, was trage ich durch meine Forschung oder meine praktische Tätigkeit dazu bei, dieses System aufrechtzuerhalten?

Charlie: Unangenehm, beschämt, besorgt sind nun Gefühle, gegen die ich ankämpfen muss. Mehrfach wurde durch das Personal auf mich eingeredet, dass ich verstehen müsse, schwer krank zu sein. Bin ich nur eine lebenslang kranke Person, die nur mit Psychopharmaka gesund bleibt? Ich habe Ängste, die sich in übersteigter Selbstbeobachtung ausdrücken. Der Identität als psychisch krank muss ich mich erwehren, damit die Angst, wieder krisenhaft zu werden, nicht ständige Begleiterin wird.

3. Fazit

Vieles von dem, was eine menschenrechtsorientierte Psychiatrie ausmacht, ist gut beschrieben und kann hier nur kurz zusammengefasst werden: Anstatt Krisen als individuelle, biologisch verursachte und medizinisch zu behandelnde Erkrankung zu verstehen, sollte auch in akuten Krisenfällen die soziale Situation einer Person im Fokus stehen: Benachteiligung, Armut, Ausgrenzung und Stigmatisierung, die eine oft lebenslang als psychisch krank abgestempelte Person häufig erfährt.

Menschen sollten aus einer Bandbreite unterschiedlicher Unterstützungsangebote auswählen können – auch für Zeiten schwerer Krisen, um der Vielfältigkeit in der Bewältigung ein Recht einzuräumen. Das schließt eine vorrangig medikamentös ausgerichtete „Einheitsbehandlung“ aus, bzw. sind medikamentenfreie Angebote auch in akuten Krisen vorzuzahlen. Diese Möglichkeit müsste auch für die Zeit nach einer akuten Krisensituation gelten, die derzeit oft in der Logik von diagnosefixierten Sonderwelten organisiert sind.

Gewaltfreiheit ist zentral für eine menschenrechtsorientierte Unterstützungspraxis. Es darf keine Sondergesetze nur für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen mehr geben. Zwangsfreie Behandlungssysteme auch für schwere Krisenzeiten müssen angeboten werden, wie diese schon jetzt in einigen Ländern umgesetzt werden (WHO & UN, 2023). Das meiste einer menschenrechtsorientierten Psychiatrie liegt dabei im „Dazwischen“: im respektvollen, aufmerksamen Umgang miteinander, auch im akuten Krisenfall als Mensch gehört und gefragt – und nicht pauschal auf eine Diagnose reduziert – zu werden.

Ein menschenrechtsbasiertes Unterstützungssystem braucht mehr als eine Reform bestehender Strukturen. Es braucht einen Paradigmenwechsel: weg vom Krankheitsdogma hin zu sozial eingebetteten und vielfältigen Hilfeformen, die persönliche Krisen nicht pathologisieren, sondern als Ausdruck von Lebensumständen anerkennen. Eine Reihe guter Praxisbeispiele menschenrechtsbasierter Unterstützungsmöglichkeiten, die teilweise gut evaluiert sind und sich auch für die Begleitung von Menschen in starken psychosozialen Krisensituationen eignen, zeigen, dass es anders geht, z.B. (peergeleitete) Krisenhäuser, der Offene Dialog oder Krankenhäuser, die ohne Psychopharmaka und mit einem breiten Angebot an Aktivitäten arbeiten (WHO, 2021a, 2021b).

Anmerkungen

¹ CRPD Committee, General comment No. 1 (2014) Article 12: Equal Recognition before the law, adopted 11th session, 31 March-11 April 2014, CRPD/C/GC/1.

² CRPD Committee, General comment No. 1 (2014) Article 12: Equal Recognition before the law, adopted 11th session, 31 March-11 April 2014, CRPD/C/GC/1, para. 29.

³ Siehe Endnote 1; Council of Europe, Parliamentary Assembly, Resolution 2291 (2019): Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach, adopted 26 June 2019 (23rd Sitting).

Literatur

Adorjan, K., Steinert, T., Flammer, E., Deister, A., Koller, M., Zinkler, M., Herpertz, S., Häfner, S., Hohl-Radke, F., Beine, K. & Falkai, P. (2017). Zwangsmaßnahmen in deutschen Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie. *Nervenarzt* 88(7), 802–810. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0261-3>

Flammer, E. & Steinert, T. (2019). Das Fallregister für Zwangsmaßnahmen nach dem baden-württembergischen Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz: Konzeption und erste Auswertungen. *Psychiatrische Praxis* 46(2), 82–89. <https://doi.org/10.1055/a-0665-6728>

United Nations Human Rights Council. (2017a). *Mental health and human rights: Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights (A/HRC/34/32)*.

United Nations Human Rights Council. (2017b). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (A/HRC/35/21)*.

United Nations Human Rights Council. (2018). *Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities (A/HRC/37/56)*.

World Health Organization. (2021a). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/b/57927>

World Health Organization. (2021b, 26. Mai). *Guidance and technical packages on community mental health services promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services>

World Health Organization & United Nations. (2023, 9. Oktober). *Mental health, human rights and legislation: guidance and practice*. World Health Organization und United Nations. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240080737>

Zu den Autor*innen

Charlie Renke* – Mensch mit Psychiatrieerfahrungen

Sebastian von Peter, Oberarzt im Team für stationsäquivalente Behandlung am Zentrum für seelische Gesundheit der Immanuel Klinik Rüdersdorf/ Universitätsklinikum der Medizinischen Hochschule Brandenburg. Leiter des Co-Lab „Psychische Gesundheit*“ an der Medizinischen Hochschule Brandenburg, in der Menschen mit und ohne eigene Krisen- und Psychiatisierungserfahrungen gemeinsam forschen.

E-Mail: sebastian.vonpeter@mhb-fontane.de