

Die Entwicklung einer menschenrechtsbasierten psychiatrischen Versorgung

Um den Präferenzen der Nutzenden und weiterer betroffener Personen gerecht zu werden, ist, kurz und knapp gesagt, die Entwicklung einer menschenrechtsbasierten Psychiatrie notwendig. Die (Sozial-)Psychiatrie der Zukunft muss die Menschenrechte der betroffenen Personen nicht nur berücksichtigen, sondern umsetzen.

Umgang mit Menschenrechten in der psychiatrischen Versorgung

Wo es um Zukunft geht, müssen auch Gegenwart und Vergangenheit betrachtet werden. Überlegungen aus dem dritten Kapitel aufnehmend, schlage ich vor, die psychiatrische Versorgung seit ihrem Beginn im 19. Jahrhundert in drei größere Phasen zu unterteilen, die durch Veränderungen im Umgang mit den Rechten von Menschen mit psychosozialen Problemen beschrieben werden können.

Die erste Phase, die im europäischen Raum ungefähr bis in die 1960er-/1970er-Jahre andauerte, zeichnete sich dadurch aus, dass die Menschenrechte weitestgehend ignoriert wurden. Menschen- und Freiheitsrechte der in den »Asylen« oder Anstalten eingewiesenen Personen wurden in aller Regel missachtet. Sie waren überwiegend gegen ihren Willen dort und viele mussten Jahre und mitunter Jahrzehnte dort verbringen. Das medizinische Vorgehen wurde in aller Regel von ärztlichen Fachpersonen bestimmt, die sich auf ihre professionelle und – wo vorhanden – akademische Autorität berufen konnten.

Die zweite Phase, die in den 1980er-Jahren begann und heute noch dominant ist, kann so charakterisiert werden, dass Menschenrechte zwar wahrgenommen und berücksichtigt werden, aber aus medizinischen Gründen eingeschränkt werden können. Personenzentrierung und Evidenzbasierung

spielen in dieser Phase eine entscheidende Rolle. Das Ziel ist, eine primär medizinische Psychiatrie im Interesse der Nutzenden zu organisieren, die auf wissenschaftlicher Evidenz der Therapieformen beruht. Gewisse Veränderungen in Sachen Menschenrechte sind zumindest in Umrissen erkennbar.

Die dritte Phase der zukünftigen psychosozialen Unterstützung mit einem ausgeprägten sozialpsychiatrischen Anstrich sollte eine menschenrechtsbasierte Unterstützung sein. Sie hat den Anspruch, Grund- und Freiheitsrechte der Personen, welche psychosoziale Unterstützung wünschen, vollumfänglich zu wahren. Anstelle der Personenzentrierung tritt nunmehr die Personensteuerung. Der Terminus »Personensteuerung« ist dem angelsächsischen Sprachraum entlehnt, wo in diesem Zusammenhang von »person-driven« die Rede ist (SAMHSA 2012). Es müsste, genauer übersetzt, »durch die betroffene Person gesteuert« heißen, was im Deutschen aber recht holprig klingt.

In Abbildung 5 (S. 120 f.) werden die nach meiner Ansicht wesentlichen Merkmale der drei Phasen im Umgang mit den Menschenrechten in der Psychiatrie in einer Übersicht dargestellt.

In einer solch zugespitzten Auflistung gehen Nuancen und gewisse Variationen natürlich verloren, zumal die Phase der Missachtung der Menschenrechte ungefähr zwei Jahrhunderte dauerte.

Um die Menschenrechte zu achten, darf der Fokus der Unterstützung nicht mehr auf den Institutionen liegen, wie in der Vergangenheit (Phase 1), oder auf der Personenzentrierung, wie gegenwärtig (Phase 2), sondern muss auf der Personensteuerung (Phase 3) liegen. So richtig und wichtig die Personenzentrierung auch war, so deutlich sind die Unzulänglichkeiten, wenn etwa psychiatrische Zwangsmaßnahmen als eine personenzentrierte Intervention gerechtfertigt werden (Rudnick 2013). Personenzentrierung schließt Zwang nicht aus.

Bei der Personensteuerung obliegt jede Behandlungsentscheidung allein der betroffenen Person. Das heißt, das Entscheidungskriterium für das, was in der Unterstützung geschehen soll, ist die Präferenz der betroffenen Person. In früheren Zeiten war dies die Eminenz in Person der ärztlichen oder wissenschaftlichen Autorität (Bhandari et al. 2004), später dann die wissenschaftliche Evidenz. Nun also muss ein Wechsel von Evidenz zur Präferenz erfolgen.

Die Bedeutung der Präferenz der Betroffenen sticht besonders bei den zentralen ethischen Normen der menschenrechtsbasierten Phase hervor. Wa-

ABBILDUNG 5 Auswirkungen der Menschenrechte auf die Psychiatrie

	Menschenrechte missachtend	Menschenrechte berücksichtigend	Menschenrechte als Basis
Gesellschaftliche Grundlagen			
Rechtsgrundlage der Versorgung	Überwiegend unfreiwillig	◦ Unter bestimmten Umständen unfreiwillige Einweisungen und Behandlungen ◦ formale Freiwilligkeit, aber verbreiteter informeller und sozialer Zwang	Ausschließlich freiwillig
Rechts- und Geschäftsfähigkeit	Überwiegend verweigert	Unter Umständen eingeschränkt	Umfänglich gewährt
Zwang	Überwiegend Zwangsunterbringung und -behandlung	Zwangsunterbringung und weitere Maßnahmen nicht die Regel, aber häufig	◦ Kein Zwang in der Versorgung ◦ Normalitätsprinzip
Gesellschaftliches Ziel	Soziale Exklusion	Soziale Integration	Soziale Inklusion
Grundlagen der Versorgung und Unterstützung			
Fokus	Institutionenzentriert	Personenzentriert	Personengesteuert
Ort der Versorgung und Unterstützung	Klinik/Anstalt	Klinik und Gemeinde	Gemäß Präferenz
Entscheidungskriterium	Eminenz (medizinisch-wissenschaftliche Autorität)	Evidenz	Präferenz der betroffenen Person
Versorgungs- bzw. Unterstützungsmodell	Anstaltspsychiatrie	Sozial- und Gemeindepsychiatrie	Psychosoziale Unterstützung gemäß Präferenz (auch ausschließlich medizinische Behandlung)
Krankheitsmodell	Psychodynamisch, biomedizinisch	Biopsychosozial	◦ Psychosoziale Probleme ◦ Pluralität von Modellen
Gesundheitsmodell	Keines	Abwesenheit von Symptomen, später Lebensqualität	◦ Psychosoziale Gesundheit ◦ Individuelle Prioritäten, unter anderem Recovery
Stellenwert von Symptomen	Unterdrückt	Behandelt	Relevanz und Umgang je nach Präferenz
Stellenwert der Diagnose	Breite diagnostische Gruppen, prognostische Funktion	Zentrales Merkmal der Behandlung sowie der Organisation der Behandlung	Gemäß Präferenz und Krankheitsmodell
Professioneller Ansatz	Unterbringung	Behandlung und Pflege	Gemäß Präferenz (Behandlung, Unterstützung, Coaching, Peerbegleitung)
Zielsetzung	Überwachung der Person	Symptom-Management	Individuelle Ziele

	Menschenrechte missachtend	Menschenrechte berücksichtigend	Menschenrechte als Basis
Organisation der Versorgung und Unterstützung			
Hauptsächliche Intervention	Zwang Körpertherapien Medikation	Medikation Psychotherapie bei besonderer Indikationen	Gemäß Präferenz
Medikation	Oft per Zwang, ohne Einwilligung	Verschreibung, unter Umständen gegen den Willen	Professionell unterstützte selbstbestimmte Einnahme oder Nicht-Einnahme
Professionen in der Versorgung	Dominanz der ärztlichen Profession	Multiprofessionelles Team unter ärztlicher Leitung	Multiprofessionelles Team ohne Berufsgruppen-Dominanz; Einbezug von Nutzenden als Peer Support; idealerweise Einbezug von Peers in der Leitung von Angeboten
Bedarfe und Bedürfnisse	Physische Bedarfe, wenn überhaupt	›Objektive‹ psychosoziale Bedarfe und Bedürfnisse (plus Zufriedenheit und Lebensqualität)	Subjektive psychosoziale und/oder physische Bedürfnisse
Defizite und Stärken	Defizitorientierung	Balance aus Defiziten und Ressourcen	Ressourcenorientierung
Umgang mit Risiken	Gefahr- bzw. Risikovermeidung	Risikominimierung bzw. Risikomanagement	Konstruktiver Umgang mit Risiken (positive Risk-Taking)
Machtverhältnis	Zugunsten der Professionen	Intendierte, aber nicht realisierte Balance	Gemäß Präferenz
Rehabilitation	Keine (Wohnen und Arbeiten in der Anstalt)	Stufenleiter	Unterstützte Inklusion
Organisation von Ausbildung, Lehre und Forschung			
Forschung	Nutzende als unfreiwillige Objekte der Forschung	Psychische Störung unter Einbezug der Nutzendenperspektive (z. B. Zufriedenheit und Lebensqualität)	Aktiver Einbezug von Nutzenden in Forschungsplanung und Durchführung
Professionelle Ausbildung und Hochschullehre	Nutzende als exponierte Objekte	Nutzende als Objekte der klinischen Ausbildung	Nutzende als Lehrende

ren in der ersten Phase die sozialen Normen und die Interessen der Familie maßgeblich, ist es in der zweiten Phase das Wohl der betroffenen Person, und nun in der dritten Phase sind es eben Wille und Präferenz der Betroffenen, wie es auch in der UN-BRK gefordert wird.

Die Rechtsgrundlage der Unterstützung, Versorgung und Behandlung muss demnach ausschließlich freiwillig sein. Sie darf nicht mehr auf formellem, informellem oder sozialem Zwang beruhen. Auch die Rechtsfähigkeit der betroffenen Person sollte zukünftig nicht mehr eingeschränkt werden, wie es heute in nahezu allen Ländern noch möglich ist. Die Rechtsfähigkeit muss umfänglich gewahrt bleiben, so wie es Artikel 12 der UN-BRK fordert (Arstein-Kerslake & Black 2020).

In der die Menschenrechte missachtenden Phase waren Zwangsmaßnahmen weitverbreitet. In der Gegenwart ist das weniger der Fall. Bei der die Menschenrechte achtenden Unterstützung ist der Einsatz von Zwang, in welcher Form auch immer, grundsätzlich unzulässig. Ausnahmen sind selbst-bindende Direktiven, in denen Menschen festgelegt haben, was geschehen soll, wenn sie nach ihrer Einschätzung nicht mehr angemessen entscheiden können (Potthoff et al. 2022). Für Menschen, welche andere Menschen schädigen oder in Gefahr bringen, gilt das Normalitätsprinzip. Das heißt, sie müssen mit »normalen« juristischen Konsequenzen rechnen.

Der Ort der Unterstützung war in der Vergangenheit mehr oder weniger ausschließlich die Klinik oder die Anstalt, wie sie seinerzeit genannt wurde. Im Rahmen der Deinstitutionalisierung und Enthospitalisierung während der Psychiatriereformen wurden Unterstützungsangebote zunehmend in die Gemeinde verlagert, aus der reinen Anstaltspsychiatrie wurde die heute überwiegend vorzufindende Gemeindepsychiatrie (Eikermann 1997). Allerdings hat die Klinik in vielen Regionen nach wie vor eine zentrale Funktion, da manche Angebote nur dort vorgehalten werden. Im Rahmen einer die Menschenrechte achtenden Unterstützung obliegen die Wahl des Orts und die Art der Begleitung oder Behandlung den Präferenzen der Unterstützung suchenden Person. Das schließt nicht aus, dass Menschen sich konventionell in einer Klinik behandeln lassen wollen, entscheidend ist die Präferenz der Person.

Bei den Krankheitsmodellen hat es eine Entwicklung von den biomedizinischen und psychoanalytischen Konzepten der früheren Jahrzehnte hin zu einem biopsychosozialen Modell gegeben (Bolton & Gillett 2019). Letzteres ist

jedoch seit Längerem umstritten (Richter 1999) und es ist die Frage, inwieweit es überhaupt angewendet wurde (Read et al. 2009). Eine präferenzorientierte Unterstützung lebt von der Vielfalt von Erklärungsmodellen, zumal ohnehin kein Argument für die Vorzüge eines bestimmten Modells gegenüber anderen ersichtlich ist (Richter & Dixon 2022). Nach dem Spektrenmodell psychosozialer Probleme ist in der dritten Phase auch hier die Präferenz maßgebend.

Mit dem Krankheitsmodell korrespondiert auch die Vorstellung von psychosozialer Gesundheit. Diese Vorstellung hatte sich erst in der personen-zentrierten und die Menschenrechte berücksichtigenden Phase entwickelt. Gesundheit meinte zunächst die Abwesenheit von Symptomen, wie sie typischerweise im Rahmen standardisierter psychopathologischer Assessments erhoben werden. Um die letzte Jahrhundertwende herum wurden dann weitere Aspekte wie Lebensqualität erfragt (Bech et al. 2003). Für die Menschenrechte achtende psychiatrisch Tätige ist Gesundheit eine individuelle Vorstellung, die auch die Abwesenheit von Symptomen beinhalten kann, darüber hinaus aber auch Aspekte wie Recovery, wo es u. a. um persönliche Sinnfindung trotz oder vielleicht sogar wegen der psychosozialen Probleme geht (Leamy et al. 2011).

Mit den Krankheits- und Gesundheitsvorstellungen korrespondiert zudem der in den jeweiligen Phasen unterschiedliche Umgang mit den Phänomenen, die »Symptome« genannt werden. In der die Menschenrechte missachtenden Ära war Behandlung nicht verfügbar und Menschen mit starken Symptomen wurden weggesperrt. Die in den letzten Jahrzehnten entwickelten pharmakologischen und therapeutischen Behandlungsangebote zielen in der die Menschenrechte berücksichtigenden Phase auf die Bekämpfung der Symptome. Bei den die Menschenrechte achtenden Unterstützungsangeboten werden zunächst die Betroffenen gefragt, welche Relevanz diese Phänomene haben, ob sie überhaupt als »Symptome« einer »Krankheit« bewertet werden sollen. Das schon genannte Beispiel zum Umgang mit Stimmenhörenden kann den Weg aufzeigen, den es zu gehen gilt (s. S. 114).

Der unterschiedliche Umgang mit Symptomen entspricht dem unterschiedlichen Umgang mit Diagnosen. Diese waren in der Frühzeit der Klassifikationssysteme eher breit angelegt und hatten primär prognostische Funktionen (Annesley 1961). In der Folge wurde die Diagnose zu dem zentralen Merkmal von Behandlung, Organisation und Finanzierung. Sogenann-

te Spezialstationen, in denen Menschen mit gleichen Diagnosen behandelt wurden, sind in den letzten Jahrzehnten vermehrt aufgebaut worden. Allerdings wurden viele dieser Stationen schon wieder zugunsten des sogenannten Track-Systems aufgegeben (Hirjak et al. 2019). Das Track-System nimmt für sich in Anspruch, mehr Flexibilität und Autonomie zu ermöglichen. In einer personengesteuerten und präferenzbasierten psychiatrischen Versorgung sollen die Personen, um die es geht, selbst bestimmen, wie sie unterstützt werden. Diagnosen verlieren also ihren Stellenwert, wenn das individuelle Krankheitsmodell ohne Diagnose auskommt. Allerdings können Diagnosen weiter sehr wertvoll sein, um betroffenen Menschen ein besseres Verständnis ihrer psychosozialen Probleme zu verschaffen. Das heißt, für viele Nutzende kann eine Diagnose sinnvoll und nützlich sein, für andere kann sie Stigma und Diskriminierung bedeuten (Perkins et al. 2018).

Auch die Art der Unterstützung hat sich mit der zunehmenden Berücksichtigung der Menschenrechte verändert. Der generelle professionelle Ansatz bestand in der Frühphase der Psychiatrie primär in der Unterbringung und Absonderung der betroffenen Person von ihrer sozialen Umwelt, vor allem in der Trennung von der Familie (Porter 2013: 89ff.). Über lange Zeit standen keine Therapieformen zur Verfügung. Dies änderte sich erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, wo Behandlung und Pflege die zentralen professionellen Aufgaben wurden. Dies implizierte jedoch auch die Behandlung gegen den Willen der Person. Daher bedarf es in einer die Menschenrechte achtenden Psychiatrie veränderter und zusätzlicher Unterstützungsoptionen, die je nach Präferenz gewählt werden können; die Präferenz kann beispielsweise durch Coaching, Peersupport und kommunikative Interventionen wie Open Dialogue ermittelt werden. Insbesondere der Einbezug von Peers kann ein wesentlicher Schritt zum Aufbau von Vertrauen in nicht medikalisierten Unterstützungssystemen sein, beispielsweise im Umgang mit Suizidalität (Schlichthorst et al. 2020).

Das dominierende Ziel in der die Menschenrechte missachtenden Phase war die Überwachung der Person mit auffälligem Verhalten. Diese wurde abgelöst durch das Behandlungsziel des Symptommanagements. Die Beseitigung der Psychopathologie war in der die Menschenrechte berücksichtigenden Phase der Fokus der Behandlung. Individuelle Ziele, die auch jenseits der Phänomene und Symptome liegen können, werden zukünftig die Wahl der Unter-

stützungsangebote bestimmen. Dies können Angebote der beruflichen oder sozialen Teilhabe sein oder auch nichtmedikamentöse Interventionen, die den Umgang mit bestimmten Phänomenen erleichtern (Burr et al. 2022).

Die Hauptinterventionen waren in der ersten Phase oft Zwangsmaßnahmen, dann teils brutale körperliche Interventionen wie die Lobotomie, eine psychochirurgische Maßnahme, die heute als einer der größten Irrtümer der Medizin betrachtet wird (Torkildsen 2022). In der die Menschenrechte berücksichtigenden zweiten Phase wurde zunächst weiterhin mit biologischen Interventionen auch ohne Einwilligung der betroffenen Patientinnen und Patienten gearbeitet. Im weiteren Verlauf stellte die pharmakologische Therapie die primäre Maßnahme dar, einzelne Indikationen wurden und werden außerdem psychotherapeutisch behandelt. Um die Menschenrechte zu achten und die individuellen Präferenzen der Hilfe suchenden Menschen berücksichtigen, braucht es in der dritten Phase jedoch noch weitere Optionen, die vor allem auch die Alltagsbewältigung zum Ziel haben. Eine Zwangsmedikation darf es in dieser Phase selbstverständlich nicht mehr geben. Vielmehr kommt es darauf, dass die unterstützten Personen einen selbstbestimmten Umgang mit Medikamenten lernen. Wenn Medikamente als hilfreich erlebt werden, können sie zur psychosozialen Stabilisierung beitragen. Werden sie als nicht hilfreich oder sogar als schädlich für die Gesundheit erfahren, muss auch das professionell begleitete Absetzen der Medikation möglich sein (Schlimme et al. 2018).

In der die Menschenrechte missachtenden Ära der Psychiatrie entwickelte sich die ärztliche Profession als dominante Berufsgruppe. Die zweite große Berufsgruppe war zunächst der nicht ausgebildete »Irrenwärter«; hieraus entwickelte sich die psychiatrische Pflege. In der gegenwärtigen Phase finden wir das sogenannte multiprofessionelle Team, das aber – mit gewissen Ausnahmen – aus historischen und sozialrechtlichen Gründen nach wie vor von der ärztlichen Berufsgruppe geleitet wird. Um den Präferenzen der zu unterstützenden Menschen gerecht zu werden, braucht es zukünftig mindestens ein multiprofessionelles Team ohne dominante Berufsgruppe, aber unter Mitwirkung von Peers. Idealerweise werden Peers in einem weiteren Schritt dann auch in die Leitung von Unterstützungsangeboten eingebunden (Rose et al. 2016).

In den ersten Jahrhunderten der psychiatrischen Versorgung standen die psychischen Bedarfe und Bedürfnisse nicht im Zentrum, sondern allenfalls die physischen Bedarfe. Auf die psychischen Bedürfnisse wurde angesichts bruta-

ler Zwangsmaßnahmen wie Wasserbad und Insulinkuren kaum eingegangen. Mit dem Konzept der Personenzentrierung wurden zunächst zwar nicht subjektive, aber doch »objektive« Bedarfsindikatoren berücksichtigt, zum Beispiel der Wunsch nach Betätigung. Dies änderte sich dann in gewisser Weise mit der Berücksichtigung von Lebensqualität und Nutzendenzufriedenheit in den 1990er-Jahren (Blenkiron & Hammill 2003). In einer menschenrechtsbasierten Psychiatrie hingegen sollten die subjektiven psychischen, sozialen und physischen Bedürfnisse im Zentrum der Versorgung stehen.

Die Psychiatriegeschichte ist eine Geschichte der Defizitorientierung; selbst bestimmte sexuelle Orientierungen wurden als psychische Defizite charakterisiert (Herek 2010). Aktuell erleben wir in der Phase, in der Menschenrechte berücksichtigt werden, eine gewisse Tendenz zur Ressourcenorientierung (Priebe et al. 2014). Im besten Fall kann von einer Balance zwischen Defizit- und Ressourcenorientierung ausgegangen werden. Wenn die Menschenrechte nicht nur berücksichtigt, sondern geachtet werden, sollte die Ressourcenorientierung im Vordergrund stehen. Auch wenn der Hinweis auf Defizite und Problemlagen derzeit vielleicht nicht politisch opportun ist, kann darauf nicht verzichtet werden. Ohne Defizite und Problemlagen würde keine Unterstützung in Anspruch genommen werden. Der Unterschied zur jetzigen Praxis ist der Stellenwert von Ressourcen und Defiziten, welcher sich zugunsten der Ressourcen verändern sollte.

Wie der französische Soziologe Robert Castel (2005) herausgearbeitet hat, veränderte sich in der Psychiatriegeschichte die Wahrnehmung der potenziellen Gefährlichkeit, die von als psychisch krank eingestuft Menschen auszugehen schien. So wurden zunächst viele Menschen mit einer Psychose als gemeingefährlich betrachtet. Heute stehen Risikoeinschätzung und Risikomanagement im Mittelpunkt. In einer menschenrechtsbasierten Psychiatrie sollte es zukünftig nicht primär darum gehen, Risiken zu vermeiden, sondern Risiken unter Umständen bewusst einzugehen und aus allfälligen Problemen und Fehlern zu lernen. Aktuell tun sich noch viele Mitarbeitende psychiatrischer Dienste recht schwer damit, da Risikovermeidung nach wie vor eine weitverbreitete Einstellung ist (Burr & Richter 2017; Robertson & Collinson 2011). Sicherlich hat dies auch mit möglichen juristischen Konsequenzen zu tun, wenn Schadensfälle eintreten. Das Rechtssystem ist nicht auf einen positiven Umgang mit Risiken eingestellt.

Die Beziehung zwischen den Professionellen und den Menschen mit Psychiatrieerfahrung war über Jahrhunderte ein asymmetrisches Machtverhältnis zugunsten der Mitarbeitenden. Dies ist faktisch bis heute der Fall. Konzepte wie die informierte oder geteilte Entscheidungsfindung haben zwar auf eine Balance der Macht gezielt (Puschner et al. 2016), in der Routineversorgung umgesetzt worden ist, dies aber kaum (Gurtner et al. 2022). In einer menschenrechtsbasierten Psychiatrie wird eine unterstützte Entscheidungsfindung angestrebt (Gooding 2017), wodurch dann die Machtasymmetrie zugunsten der Nutzenden verändert wird. Wichtig ist auch hier, die Präferenzen zu berücksichtigen. Nicht alle Nutzenden wollen selbstbestimmt entscheiden, manche sind auch mit professionell bestimmten Entscheidungen über ihre Behandlung und Unterstützung einverstanden.

In der die Menschenrechte missachtenden Phase war die soziale Exklusion die Norm. Nicht alle, aber viele Menschen mussten mehrere Jahre bis Jahrzehnte gegen ihren Willen vom sozialen Umfeld getrennt in den Anstalten verbringen. In der die Menschenrechte berücksichtigenden Phase entwickelte sich das Ziel der sozialen Integration (Forster 1997). In der heutigen Praxis bereits in Ansätzen erkennbar ist das menschenrechtliche Ziel der sozialen Inklusion (Boardman et al. 2023), welches im Wesentlichen die Anpassung der sozialen Umwelt an die Bedürfnisse der zu unterstützenden Person bedeutet.

Mit den gesellschaftlichen Zielen korrespondieren die Modelle der psychiatrischen Rehabilitation. Zunächst wurde so gut wie keine Rehabilitation angestrebt, Wohnen und Arbeiten fanden in der Klinik oder in der Anstalt statt, Arbeitstherapie wurde als etwas betrachtet, das die »Heilung« unterstützen sollte (Ankele & Brinkschulte 2015). Das Rehabilitationsziel der Integration sollte später über das sogenannte Stufenleiterprinzip erreicht werden (Ciompi 1988). Wie bei der medizinischen Rehabilitation generell bestand die Überzeugung, mit schrittweise zunehmender Belastung die notwendigen Kompetenzen trainieren zu können, welche die betroffene Person für die soziale Umwelt braucht. Heute wissen wir, dass die meisten Nutzenden über die Stufenleiter ihre Ziele der sozialen Integration nicht erreichen. Gefordert wird nun nicht mehr die Anpassung der Person an die Umwelt, sondern die Anpassung der Umwelt an die Bedürfnisse im Sinne der unterstützten Inklusion (Richter et al. 2016).

In der Wissenschaft waren Menschen mit psychosozialen Problemen in aller Regel zunächst Forschungsobjekte; dies war üblich in der die Men-

schenrechte missachtenden Phase. Die Thematik betraf nicht nur die Psychiatrie, allerdings war hier die Entrechtung größer als in anderen Bereichen der Medizin, da die meisten Menschen unfreiwillig untergebracht und behandelt wurden. Dies sollte sich formal erst mit der »Deklaration von Helsinki« der Welt-Medizin-Vereinigung aus dem Jahre 1964 ändern (Beezhold et al. 2016). Heute gilt in der gesamten medizinischen Forschung die Anforderung einer informierten Zustimmung für Studienteilnehmende. Auch wird in der die Menschenrechte berücksichtigenden Phase zunehmend Wert auf die Perspektive Nutzender gelegt, etwa durch Erhebungen zur Zufriedenheit und zur Lebensqualität. In einer die Menschenrechte achtenden Forschung bedarf es darüber hinaus die aktive Mitwirkung von Menschen mit psychosozialen Problemen in Forschungsprojekten, die idealerweise auch von ihnen entwickelt und geleitet werden (Rose 2022).

Ähnlich veränderte Rollen sind in der professionellen Ausbildung und Hochschullehre zu beobachten. Auch hier waren Menschen mit psychosozialen Problemen über Jahrzehnte hinweg Objekte, die Studierenden und wohl auch der breiteren Öffentlichkeit in Vorlesungssälen vorgeführt wurden (Gelfand 1989). Diese Praxis änderte sich im Lauf der Zeit, aber auch ich kann mich an sogenannte Tribunalvisiten erinnern, bei denen Nutzende mehreren im Halbkreis sitzenden Fachpersonen gegenüber saßen. Solche Visiten wurden unter anderem für Ausbildungszwecke genutzt. Um die Perspektiven der Nutzenden psychiatrischer Unterstützungsangebote deutlich zu machen, braucht es aber, wie bei der Forschung, eine aktive und idealerweise leitende Einbeziehung betroffener Menschen (Happell et al. 2014). Auch in der Ausbildung sollte das Motto gelten: »Nicht über uns ohne uns.«

Welche Unterstützungsangebote bevorzugen Menschen mit psychosozialen Problemen?

Es gibt mittlerweile eine recht umfangreiche Forschung zu Behandlungs- und Unterstützungspräferenzen in der Medizin generell (Ho et al. 2016; Yu et al. 2017). Ähnliche Untersuchungen liegen auch für die Psychiatrie vor (Larsen et al. 2021). Diese zeigen folgendes größeres Bild:

- Pharmakologische Interventionen werden von Nutzenden weniger gern in Anspruch genommen als Gesprächs- oder Psychotherapie (McHugh et al. 2013; Winter & Barber 2013).
- Ambulante oder aufsuchende Angebote in der eigenen Wohnung werden gegenüber stationären Angeboten bevorzugt (Farrelly et al. 2014; Richter & Hoffmann 2017).

Wie üblich bei solchen Survey-Studien, die von Gruppenpräferenzen berichten, muss berücksichtigt werden, dass die Präferenzen sehr heterogen sind. Nicht alle Menschen mit psychosozialen Problemen haben die gleichen Vorstellungen, wie sie unterstützt werden wollen und was ihnen dabei wichtig ist. Die individuellen Präferenzen hängen vermutlich von zahlreichen Faktoren ab, etwa von der Frage, ob und wie krank die Einzelnen sich erleben oder welche Ziele sie generell in ihrem Leben verfolgen. Eine interessante Studie aus den Vereinigten Staaten hat diesbezüglich drei größere Gruppen bei Menschen mit Psychosen identifiziert:

- Menschen, die in ihrem Leben etwas erreichen wollen,
- Menschen, die eher Stabilität suchen, und
- Menschen, die gesundheitsorientiert sind (Zipursky et al. 2017).

Je nach grundsätzlicher Orientierung variieren auch die konkreten Ziele, die erreicht werden sollen. So wird ein Vollzeitjob überwiegend von Personen angestrebt, die eher leistungsorientiert sind. Diese Gruppe will auch eher in einer eigenen Wohnung leben und möglichst viel Geld verdienen. Mit den Gesundheitsorientierten haben sie gemeinsam, keine Stimmen oder andere ungewöhnliche Dinge erleben zu wollen. Den Stabilitätsorientierten war dies hingegen weniger wichtig. Diese Gruppe war auch ein hohes Einkommen weniger wichtig, möglicherweise, weil sie Erfahrungen auf dem Arbeitsmarkt gemacht hatten, die unangenehm waren.

Diese Forschungsergebnisse legen nahe, dass die Lebensziele und Unterstützungspräferenzen von Menschen mit psychosozialen Problemen hochindividuell sind und auch so behandelt werden sollten. Das heißt, es ist professionellerseits nicht von konformen Vorstellungen auszugehen (»Menschen mit X wollen sicher Y«), sondern es ist in jedem Einzelfall nachzufragen und die individuelle Entscheidungsfindung zu unterstützen. Dies wird an dieser Stelle deshalb besonders hervorgehoben, weil die Vorstellungen über die ange-

messenen Ziele und Wege zwischen Professionellen, Nutzenden und anderen Beteiligten wie Angehörigen sehr häufig differieren (Lasalvia et al. 2012).

Darüber hinaus ist es mir wichtig, zu betonen, dass der oftmals von Betroffenenbewegungen und sozialpolitischen Akteuren zu hörende Vorwurf, die heutige psychiatrische Versorgung sei vor allem ein rein neoliberales kommerzielles Projekt der Pharmaindustrie und der »Psy-Professionen« (z. B. Esposito & Perez 2014; Tseris 2018) am Kern des Problems vorbeigeht. Ich habe im Verlauf des Buchs die sozialkonstruktivistischen Hintergründe von »Krankheitsmodellen« beschrieben und auch die teils geringe Wirksamkeit der Therapien benannt. Und es stimmt natürlich, dass ganze Branchen und Berufe von der Medikalisierung und Psychologisierung leben und insofern davon profitieren. Aber die Forderung nach einer grundsätzlichen Entmedikalisierung psychosozialer Probleme und die Beschreibung etwa von Antidepressiva als Mythos (Moncrieff 2011) führen zu einer epistemischen Ungerechtigkeit gegenüber denjenigen, die mithilfe professioneller Unterstützung und auch mithilfe von Psychopharmaka ein stabiles und lebenswertes Leben führen. Und wenn professionelle Unterstützungsangebote diesen Menschen aus ihrer Perspektive helfen, nützen und nicht schaden, was sollte dagegensprechen, dass sie diese Angebote in Anspruch nehmen und dass diese Angebote vorgehalten werden?

Medikalisierung und Psychologisierung tragen nicht unwesentlich dazu bei, mit den teils schwierigen und aversiven Bedingungen des Lebens in der modernen Gesellschaft zurechtzukommen. Es ist sicher nicht falsch, zu betonen, »dass das Konzept einer Krankheit nicht gebraucht wird, um die Entstehung einer großen Anzahl von Problemen zu rechtfertigen, die gegenwärtig einige Formen von Krankheit repräsentieren, und dies gilt auch für die Entwicklung effektiver Behandlungsoptionen« (Wasserman & Wasserman 2016: 11). Dafür sei es nicht notwendig, psychische Probleme zu pathologisieren. Aber hier gilt dasselbe wie zuvor: Wenn Menschen mit psychosozialen Problemen eben diese als »Krankheit« interpretieren, wie es millionenfach geschieht, und ihnen dies für das Verständnis ihrer Probleme und auch für den Umgang damit hilft, was sollte dagegensprechen?

Eine medikalisierte und psychologisierte Perspektive auf persönliche Probleme ist heute die dominante Sichtweise im Globalen Norden. Eine medikalisierte und psychologisierte Sichtweise hat daher die gleiche Existenzberechtigung wie die Ablehnung dieser Sichtweise. Gerade aus einer sozialpsy-

chiatrischen Sichtweise sollte es möglich sein, die Perspektiven gleichberechtigt nebeneinander existieren und stehen zu lassen. Es kommt allerdings darauf an, Menschen mit psychosozialen Problemen in die Lage zu versetzen, hier eine eigene Position zu finden, die zu ihren Bedürfnissen passt.

Von der geteilten zur unterstützten Entscheidungsfindung

Mit der UN-BRK wurde nicht nur der Behinderungsbegriff neu definiert, sondern es wurden auch Anforderungen an den Prozess der Entscheidungsfindung von Professionellen und Betroffenen hinsichtlich der Nutzung möglicher Unterstützungsangebote formuliert. So betont Artikel 12, dass Maßnahmen getroffen werden sollen, »um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen.« (United Nations 2006) Das heißt, Menschen mit Behinderungen sollen selbst über ihre rechtlichen Belange entscheiden und Professionelle sollen sie dahingehend unterstützen, dass sie dies auch tatsächlich können. Dies ist im Kern die juristische Argumentation, die dazu führen könnte, gesetzliche Vertretungen wie Beistände oder rechtlich Betreuende abzuschaffen (Gooding 2013), wenn sie gegen den Willen der Betroffenen eingesetzt werden.

Selbstverständlich gilt dieses Prinzip auch für Behandlungsentscheidungen – bis hin zur Entscheidung über Maßnahmen, die Zwang bedeuten könnten (Newton-Howes et al. 2020). Aus einer menschenrechtlichen Perspektive ist grundsätzlich davon auszugehen, dass Menschen mit psychosozialen Problemen selbst entscheiden können, was für sie die richtige Wahl bezüglich Begleitung, Versorgung und Behandlung ist. Doch wie kann man sie dabei unterstützen?

Nach der einschlägigen psychiatrischen Forschungsliteratur können kommunikative Ansätze wie der »Open Dialogue« und institutionelle Angebote wie Genesungsbegleitung oder Soteriaeinrichtungen unterstützte Entscheidungsfindung fördern (Penzenstadler et al. 2020). Diese werden auch von der Weltgesundheitsorganisation WHO als beispielhafte Elemente eines menschenrechtsbasierten Ansatzes im Sinne der UN-BRK betrachtet (WHO 2021a). Wie später noch deutlich wird, werden diese Ansätze in der evidenz-

basierten Psychiatrie nicht als besonders wirksam angesehen. Abgesehen davon, dass dies womöglich methodischen Umständen zuzuschreiben ist, kann man aber auch fragen, ob in jedem Fall die wissenschaftliche Evidenz Vorrang vor der Präferenz der Nutzenden haben sollte (Gupta 2014), und wie groß das gesundheitliche Risiko ist, wenn Betroffene sich gegen die wissenschaftliche Evidenz entscheiden.

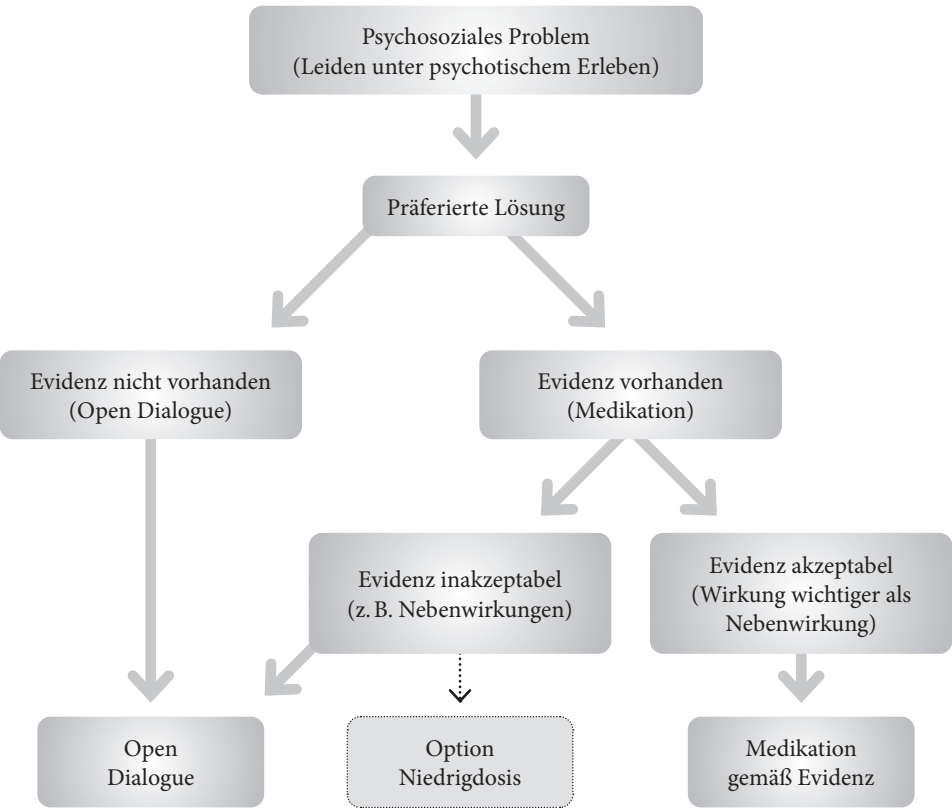
Erinnert werden muss in diesem Zusammenhang daran, dass die Evidenz für die Effektivität psychiatrischer Behandlung ohnehin nicht sonderlich ausgeprägt ist (s. S. 65 ff.). Insofern ist das Argument, man müsse der evidenzbasierten Psychiatrie folgen, nicht besonders stark. Dennoch orientieren sich viele Menschen mit psychosozialen Problemen stark an der Biomedizin und sind bereit, evidenzbasierten Empfehlungen zu folgen (Knight et al. 2018). Ferner ist daran zu erinnern, dass schon bei der Entwicklung der evidenzbasierten Medizin in den 1990er-Jahren die Gefahr gesehen wurde, dass evidenzbasierte Methoden kochbuchartig angewendet werden könnten, wenn ausschließlich nach Studienlage entschieden würde (Sackett 1997). Doch schon damals wurde gefordert, dass der gesamte Entscheidungsprozess von »der umsichtigen Identifikation und der einfühlsamen Berücksichtigung der schwierigen Situation individueller Patienten, ihrer Rechte und ihrer Präferenzen bezüglich der klinischen Entscheidungsfindung über ihre Behandlung« (Sackett et al. 1996: 71) geprägt sein sollte. Diese Art der evidenzbasierten Medizin ist von der unterstützten Entscheidungsfindung, wie sie heute gefordert wird, nicht so weit entfernt. Demnach kommt es allerdings in erster Linie auf die Präferenzen an und die wissenschaftliche Evidenz kommt dann zum Zug, wenn die Nutzenden wissenschaftlich geprüfte Behandlungs- und Unterstützungsangebote vorziehen. Ein Beispiel:

Das Prinzip der Soteriabehandlung, wie es in den 1970er- und 1980er-Jahren in den USA und dann später auch in Europa implementiert wurde, lief auf eine psychiatrische Akutversorgung ohne oder später mit einer relativ geringen antipsychotischen pharmakologischen Dosis hinaus (Calton et al. 2008). Diese Niedrigdosistherapie ist jedoch zur Prävention eines ersten oder zweiten psychotischen Rückfalls nicht sehr geeignet (Taipale et al. 2022).

Mit dem konventionellen Behandlungsziel, vor allem Rückfälle zu vermeiden, würde die Schlussfolgerung lauten: Gerade zu Beginn einer psychotischen Entwicklung sollte nicht mit einer niedrigen Dosierung behandelt

werden. Aus menschenrechtlicher Perspektive wäre dagegen zu fragen, wie relevant das Risiko eines psychotischen Rückfalls für die betroffene Person ist, insbesondere vor dem Hintergrund nicht unerheblicher Nebenwirkungen einer höheren Dosis. Wenn die Rückfallprävention keine hohe Priorität hat, sollte sich dies auch in der Dosis der Antipsychotika niederschlagen – wenn überhaupt eine Medikation akzeptiert wird. Sollte aber die Rückfallprävention oberste Priorität haben, dann ist die Person über die Wirkungen und Nebenwirkungen der Dosis evidenzbasiert aufzuklären, um ihr die Entscheidung zu erleichtern. Wenn die Rückfallprävention die Präferenz der Person ist, würde hier schlussendlich die evidenzbasierte Medikation zum Tragen kommen. Würde die Person die Nebenwirkungen nicht in Kauf nehmen wollen, sollte über alternative nichtmedikamentöse Unterstützungsstrategien beraten werden. Es ist durchaus möglich, das gerade skizzierte Vorgehen zu formalisieren. Abbildung 6 beschreibt die Entscheidungswege.

ABBILDUNG 6 Präferenz vor Evidenz am Beispiel von Unterstützungsangeboten bei psychotischem Erleben (Open Dialogue vs. Medikation)



Aus Sicht der entscheidenden Person besteht ein psychosoziales Problem (zum Beispiel psychotisches Erleben), für das nach einer präferierten Lösung gesucht wird. In diesem Beispiel könnte die Lösung heißen: Open Dialogue oder Medikation. Open Dialogue ist, wie der Name suggeriert, ein aufsuchendes systemisches und kommunikationsbasiertes Verfahren, das im Falle einer schweren psychischen Krise unter Einbezug aller Beteiligten Behandlungsentscheidungen trifft (Seikkula & Olson 2003). Für die präferierte Lösung kann also Evidenz vorhanden sein (Medikation) oder eben auch nicht (Open Dialogue). Entscheidet sich die Person für die Lösung ohne Evidenz, wird gleichwohl so verfahren und Open Dialogue kommt zum Einsatz. Entscheidet sie sich für die Medikation, sollten alle Informationen bezüglich Wirkungen und Nebenwirkungen offengelegt werden. Im nächsten Schritt muss bewertet werden, ob die Evidenz akzeptabel ist, ob also die Wirkung des Medikaments als ausreichend auch angesichts der Nebenwirkungen bewertet wird. Sollte das nicht der Fall sein, müsste über nichtmedikamentöse Lösungen nachgedacht oder aber eine geringere Dosis verordnet werden. Im anderen Falle wird die Medikation gemäß der Evidenz ggf. erhöht werden.

Diese Vorgehensweise ist eine Umkehrung der in weiten Teilen der psychiatrischen Versorgung üblichen Prozedur: Es sind die evidenzbasierten Methoden und Maßnahmen in den Entscheidungsprozess einzubringen, die zu den Zielen der Menschen passen. Die Optionen sollten klar, die Kriterien transparent sein und der Weg gut strukturiert werden.

Es wäre jedoch eine Illusion, zu glauben, dass eine unterstützte Entscheidungsfindung allein anhand von Fakten erfolgt. Entscheidend für die Wirksamkeit und die nachhaltige Umsetzung unterstützter Entscheidungen ist der aktuellen Forschung zufolge eine gute Arbeitsbeziehung zwischen der professionellen Person und der Person mit einem psychosozialen Problem (Dixon et al. 2021; Webb et al. 2020). Vertrauen ist demnach zentral. Betroffene Personen müssen darauf vertrauen können, dass ihnen alle relevanten Informationen zur Verfügung gestellt werden. Sie dürfen nach der UN-BRK erwarten, dass diese auch in angemessener und vor allem verständlicher Form kommuniziert werden (Artikel 9). Letztlich müssen sie auch darauf vertrauen können, dass die präferierten Maßnahmen umgesetzt werden.

Es ist ein grundsätzliches Problem in der Arbeitsbeziehung zwischen Professionellen und Menschen mit psychosozialen Problemen, dass die un-

zweifelhaft bestehende Machtasymmetrie nur mit Vertrauen überwunden werden kann. Professionelle Personen verfügen üblicherweise über mehr und bessere Informationen und auch über mehr Erfahrungen. Auch wenn in der aktuellen Wissenschaftstheorie anerkannt ist, dass Laienwissen nicht per se wissenschaftlichem Wissen unterlegen ist (Oreskes 2019: 62), zeigt sich das Machtgefälle nicht zuletzt darin, dass psychiatrisch Tätige darin geschult sind, ihre Ziele kommunikativ zu erreichen. Dies ist womöglich einer der Gründe, weshalb von Betroffenen die Peerbegleitung in aller Regel sehr geschätzt wird. Professionelle werden im Unterschied zu Peers eher als zielorientiert erlebt, während Peers eher als prozessorientiert gesehen werden (Bochicchio et al. 2021). Vermutlich können viele Behandlungsoptionen in Diskussionen mit Peers offener diskutiert und abgewogen werden, als das mit konventionell ausgebildeten Mitarbeitenden der Fall ist.

Schlussfolgerungen: Bausteine einer personengesteuerten Unterstützung

Der Vergleich mit früheren und noch aktuellen Praktiken der psychiatrischen Versorgung zeigt, dass es erste Schritte in Richtung einer menschenrechtsbasierten Psychiatrie gibt. An vielen Stellen fehlt noch der letzte Schritt, indem die Nutzenden und Betroffenen darüber entscheiden, was zu tun und was zu lassen ist.

Auf dem Weg einer solchen präferenzorientierten Psychiatrie sind jedoch noch zahlreiche rechtliche, ethische und praktische Probleme und Dilemmata zu überwinden. Welche Schwierigkeiten das im Einzelnen sind und welche Auswege sich anbieten, das ist das Thema des nächsten Kapitels.