



Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in der Psychiatrie: Brauchen wir eine neue Psychiatrie-Enquête?

Dokumentation des Symposiums der ISL e.V. auf dem 17. Weltpsychiatriekongress
der World Psychiatric Association (WPA), 10. Oktober 2017 in Berlin
(in Kooperation mit Kellerkinder e.V.)

Zusammenstellung: Eva Buchholz, M.A.

Zusammenfassung

Vom 8. bis zum 12. Oktober 2017 fand in Berlin der 17. Weltkongress der World Psychiatric Association (WPA) statt, organisiert und durchgeführt von der deutschen psychiatrischen Fachgesellschaft DGPPN. Die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. – ISL war im Kongressprogramm am 10. Oktober 2017 mit einem eigenen Symposium beteiligt, in der sie die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in der Psychiatrie thematisierte. Diskutiert wurden die nach wie vor zahlreichen menschenrechtlichen Probleme in der psychiatrischen Versorgung, sich aus der UN-BRK ableitender, notwendiger Reformbedarf sowie die Forderung einer neuen Psychiatrie-Enquête (einer vom Deutschen Bundestag einzusetzenden unabhängigen Untersuchungskommission). Vor dem inhaltlichen Beitrag auf dem WPA-Kongress nahm die ISL an der Kundgebung des Bundesverbandes Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) am 8. Oktober 2017 vor dem Messegelände teil und demonstrierte für Menschenrechte und gegen Zwang und Gewalt in der Psychiatrie. Die vorliegende Zusammenstellung dokumentiert das Symposium der ISL (Vorträge, Diskussionen), gibt Eindrücke vom Kongress und der Protestkundgebung wieder und konkretisiert die diskutierten Forderungen mit Blick auf die politischen Akteur*innen.

Gliederung

- Forderungen an die Politik
- Symposium der ISL e.V. auf dem Weltpsychiatriekongress
- Präsentationen
- Punkte aus der Diskussion
- Impressionen rund um den Weltpsychiatriekongress
- Gedicht „Eigentliche Würde“

► Forderungen an die Politik

1. Der Bundestag möge **eine neue „Psychiatrie-Enquête“** einrichten, eine unabhängige Sachverständigenkommission nach § 56 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages, mit dem Ziel, eine umfassende Untersuchung der menschenrechtlichen Situation in der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung durchzuführen.
2. Bei der personellen Besetzung der Enquête ist es erforderlich, dass **Vertreter*innen von Betroffenenverbänden (insb. Erfahrungswisende)** von Beginn an angemessen beteiligt werden und ihr Sachverstand einfließt.
3. Die Enquête soll einen **menschenrechtlichen Schwerpunkt** haben, ihr **Arbeitsauftrag** soll die Prüfung von Ausmaß, Art und Schwere von Menschenrechtsverletzungen im psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystem umfassen. Relevante Prüfungsaspekte sind in diesem Zusammenhang: Die Übereinstimmung medizinisch-psychosozialer Behandlungsbedingungen mit der UN-BRK, die Verletzung von Patientenrechten, (ärztliche) Zwangsmaßnahmen, strukturelle Fremdbestimmung und Gewalt, die Qualität des Beschwerdemanagements sowie die hieraus abzuleitenden legislativen und anderen Maßnahmen. Diese müssen insb. auch an den Ursachen ansetzen, wie sie bspw. im Konzept der „fürsorglichen Fremdbestimmung“ ihren Ausdruck finden, das sich durch Betreuungsrecht, die PsychKGs, etc. zieht.
4. Unabhängig von der Einsetzung einer Enquête ist die **Schaffung einer gesetzlichen Grundlage** erforderlich, welche die Einrichtung eines **zentralen (bundeseinheitlichen) Registers zur Erfassung ärztlicher Zwangsmaßnahmen** (Zwangsunterbringungen, Zwangsmedikationen, Zwangsuntersuchungen, Zwangsbehandlungen sowie alle weiteren zwangsweise vorgenommenen therapeutischen Interventionen) vorsieht. Dies würde eine Empfehlung des UN-Fachausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderung (CRPD Committee) aus der Staatenberichtsprüfung an die Bundesregierung (2015) umsetzen und die Arbeit der Enquête erleichtern.
5. Eine Dokumentation ärztlicher Zwangsmaßnahmen ist zudem zu einem verpflichtenden Bestandteil der **Qualitätsberichte der Krankenhäuser** zu machen; hierfür ist dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ein entsprechender Regelungsauftrag zu erteilen. Aus der Dokumentation sollen sowohl der Umfang (einschließlich der Dauer), als auch die Art und Schwere der durchgeführten Zwangsmaßnahmen hervorgehen. Dokumentiert werden soll ebenfalls, welche Bemühungen die Klinik im Berichtszeitraum unternommen hat, ärztliche Zwangsmaßnahmen zu reduzieren.
6. Den Mitgliedern der Enquête-Kommission sind **alle erforderlichen Rechte** einzuräumen, um menschenrechtliche Missstände in Einrichtungen des psychiatrischen und psychosozialen Versorgungssystems überprüfen zu können (unangemeldete Besuche, Akteneinsicht, Befragung von Patient*innen und des Personals, etc.).
7. Menschenrechtlich relevante Qualitäts- und Versorgungsdefizite sind nur im Kontext der komplexen psychiatrischen und psychosozialen Versorgungsstrukturen zu begreifen – und zu verändern. Eine Enquête soll daher sowohl die **ambulant, stationären, als auch sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen** in den Blick nehmen.
8. Die Mitglieder des Bundestages sollten **individuell und fraktionsübergreifend** für die Einrichtung einer neuen Psychiatrie-Enquête, nur ihrem Gewissen verpflichtet, abstimmen dürfen. Sie sollten nicht an die sonst übliche „Fraktions- oder Koalitionsdisziplin“ gebunden werden.

► **Symposium der ISL e.V. auf dem Weltpsychiatriekongress**



Bild [1]: Der Veranstaltungsort: Messe Berlin.

Laut Veranstalterin (DGPPN) besuchten mehr als 10.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer den Kongress.

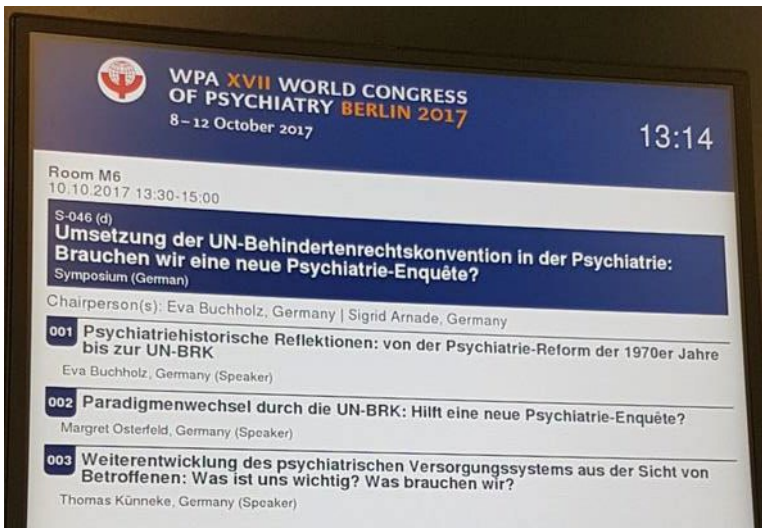


Bild [2]: Ankündigung des ISL-Symposiums auf dem Weltpsychiatriekongress: Room M6, 10.10.2017, 13:30-15:00 Uhr.

„Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in der Psychiatrie: Brauchen wir eine neue Psychiatrie-Enquête?“



Bild [3]: Das Symposium der ISL e.V. war gut besucht. Foto aus dem Publikum nach vorne während des ersten Vortrags.

► Präsentationen

Psychiatriehistorische Reflektionen:

Von der Psychiatrie-Reform der 1970er Jahre bis zur UN-BRK

Vortrag von Eva Buchholz



Bild [4]: Eva Buchholz während ihres Vortrags.

Die Psychiatrie-Reform der 1970er Jahre wurde nötig, da die deutsche Nachkriegsgesellschaft die Auseinandersetzung mit den Missständen in der Psychiatrie und die damit verbundene Aufarbeitung der sog. Medizin-Verbrechen der NS-Zeit an Menschen mit psychischen Erkrankungen und anderen Beeinträchtigungen lange vor sich hergeschoben hatte. Sie kam schließlich zustande, weil mehrere Faktoren und gesellschaftliche Kontexte zusammenwirkten: Der internationale Diskurs und parallele Reformbemühungen in anderen Ländern (Bsp. Italien), der gesellschaftliche Wandel im Rahmen der sozialen Bewegungen der 1960er und 70er Jahre sowie der Aufarbeitungsprozess der NS-Verbrechen in der BRD.

Die Psychiatrie-Reform wurde möglich, da der Deutsche Bundestag eine Enquête eingesetzt hatte, welche den Auftrag hatte, die psychiatrische Versorgungssituation zu analysieren, Defizite aufzuzeigen und Empfehlungen zur Neuordnung der Versorgung zu erarbeiten. Die Psychiatrie-Enquête tagte von 1971 bis 1975, sie konnte „nach ihren eigenen Auffassungen und Erkenntnissen handeln“ und somit, anders als

eine parlamentarische Expertenkommission, unabhängig tätig sein. 1975 legte sie einen umfangreichen Abschlussbericht vor. Dieser war die Grundlage für die darauffolgende Reform und stieß zahlreiche Veränderungen an. Stichworte sind: Enthospitalisierung, Umbau der bloßen Verwehnanstalten, Reduzierung der Verweildauern im Krankenhaus, der Stationsgrößen sowie der Anzahl an Betten pro Ärztin/ Arzt. Die Nachhaltigkeit der Veränderungen wurde in Evaluationen weitgehend positiv bewertet; aus Betroffenenansicht kamen der Menschenrechtsaspekt in der psychiatrischen Behandlung als solcher sowie die Einbeziehung der Betroffenen jedoch zu kurz. So bestand die Enquête vorrangig aus „Universitäts- und Anstaltspsychiatern“ sowie aus Politikern und Juristen, unter der Führung von Prof. Dr. Caspar Kulenkampff. Betroffene oder kritische Betroffenenverbände waren nicht involviert.

In Bezug auf die menschenrechtliche Situation wurde von Betroffenen aber weiterhin wiederholt von unwürdigen Zuständen und Behandlungsmethoden in psychiatrischen Kliniken berichtet. So sind sowohl in der BRD als auch in der DDR in den 1970er, 1980er und 1990er Jahren verschiedene Probleme bekannt, z.B. der fortwährende Einsatz psychiatrischer Schockverfahren, Zwangsbehandlungen oder Medikamentengaben ohne informierte Zustimmung. Weitere Stichworte sind Formen von Zwangsarbeit (in der DDR) und ganz allgemein unwürdige Behandlungsbedingungen (Beispiel: „Die Hölle von Ueckermünde“). Als besonders problematisch ist die sog. „Insulin-Koma-Behandlung“ anzusehen, die auch nach der Psychiatrie-Reform noch

praktiziert wurde (bekannt sind Betroffenenberichte aus Westdeutschland, sie wurde aber auch in der DDR praktiziert), wo Patient*innen mit bestimmten psychiatrischen Diagnosen bis zu dreimal täglich vor dem Essen mit Insulin ins Koma gespritzt wurden – um dann mit einer Zuckertlösung wieder zum Leben erweckt zu werden. Viele Betroffene haben schwerwiegende gesundheitliche Schäden davongetragen, manche sind an der Behandlung gestorben. Gesellschaftlich aufgearbeitet wurde diese Form psychiatrischer Behandlung meines Wissens nach bislang noch nicht.

Die von der Bundesregierung ins Leben gerufene Stiftung „Anerkennung und Hilfe“, die am 1. Januar 2017 ihre Arbeit aufgenommen hat, hat zum Ziel diejenigen Menschen, die in der BRD zwischen 1949 und 1975 sowie in der DDR zwischen 1949 bis 1990 (als Kinder und Jugendliche) in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und Psychiatrien Leid und Unrecht erfahren haben und darunter heute noch leiden, zu entschädigen. Aufgaben der Stiftung sind: die öffentliche Anerkennung, die Anerkennung durch wissenschaftliche Aufarbeitung der Leids- und Unrechtserfahrungen, die individuelle Anerkennung und Unterstützung durch finanzielle Hilfe. – Wir sehen hier, dass es in Ost und West nach 1975 also unterschiedliche Entwicklungen in der Psychiatrie gegeben hat.

Kommen wir zur Gegenwart: Nach wie vor wird von Psychiatrieerfahrenen und Betroffenenverbänden massive Kritik in Bezug auf die Missachtung von Menschenrechten geäußert, was sich z.B. an den Sondergesetzen für Menschen mit psychischer Erkrankung (PsychKGs), Zwangsmaßnahmen, mangelnder Patientenorientierung und Paternalismus bzw. Ableismus festmachen lässt. Im Folgenden möchte ich die Kritik von Betroffenen anhand verschiedener Artikel aus der UN-Behindertenrechtskonvention diskutieren und aufzeigen, dass die von Deutschland ratifizierte Konvention in wesentlichen Punkten die Forderungen von Betroffenen

stützt. Die UN-BRK ist ein völkerrechtlicher Vertrag, der von der Bundesrepublik Deutschland ratifiziert worden und seit 2009 in Kraft ist. Er wurde zudem als Bundesgesetz verabschiedet – und stellt geltendes Recht dar. Die Umsetzung der UN-BRK wird u.a. von der Monitoringstelle des Deutschen Instituts für Menschenrechte als auch dem BMAS-Ausschuss „Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention“ kritisch begleitet. Dieser Prozess ist noch nicht abgeschlossen.

Auch für die Psychiatrie ist die UN-Behindertenrechtskonvention sehr relevant! Beginnen möchte ich mit dem Partizipationsgebot aus Art. 4 Abs. 3, das als Leitprinzip der UN-BRK zu verstehen ist (Motto: „Nichts über uns ohne uns!“). Es sieht vor, dass Betroffene bei der Umsetzung der UN-BRK zu beteiligen sind (politisch, gesellschaftlich sowie bei allen relevanten Entscheidungsprozessen). Dies ist z.B. relevant mit Blick auf die DGPPN, die heute einen Entwurf für einen ersten Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK in der Psychiatrie vorgestellt hat. Wenn es um politische Veränderungen im Bereich der Psychiatrie geht, ist es ein menschenrechtliches Gebot, dass Psychiatrieerfahrenen, Betroffenen- und Angehörigenverbände kontinuierlich und umfassend beteiligt werden. Dazu gehört auch, dass der Beteiligungsprozess transparent kommuniziert wird. Die Umsetzung der UN-BRK in der Psychiatrie ist kein kleines Unterfangen. Es ist wichtig, dass die Verbände mitgenommen werden, dass Diskussionen in diese hineingetragen werden und Positionen und Stellungnahmen auch wieder zurückfließen können.

Das Partizipationsgebot ist aber auch relevant mit Blick auf das Wunsch- und Wahlrecht in der gesundheitlichen Versorgung, d.h. es geht auch um eine partizipative Entscheidungsfindung in Diagnostik und Therapie. Als positives Beispiel möchte ich das Konzept der Bezugsbetreuung in der Pflege sowie die noch weitergehenden partizipativen Strukturen im Behandlungssetting des „Weddinger Modells“ nennen; dies stellt

meines Erachtens ein „Good Practice“-Beispiel dar.

Art. 12 UN-BRK regelt die gleiche Anerkennung vor dem Recht. Er sieht vor, dass Menschen mit Behinderung überall das Recht haben als Rechtssubjekt anerkannt zu werden (Abs. 1) und „in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit [zu] genießen“ (Abs. 2). Anhand des Konzepts der „krankheitsbedingten Einwilligungsunfähigkeit“ kann von Ärzt*innen aber eine rechtliche Betreuung in allen Angelegenheiten beantragt werden. In der Regel überprüfen Richter*innen nur die formale Zulässigkeit und nicht die medizinische Geeignetheit. Problematisch ist dabei, dass es immer noch „Stellvertreterentscheidungen“ durch Betreuer*innen gibt (sog. „ersetzende Entscheidung“), während der UN-Fachausschuss in seinem General Comment No. 1 zur Auslegung des Art. 12 UN-BRK aber den Vorrang der unterstützten Entscheidungsfindung betont.

Dies kann gravierende Auswirkungen haben, insb. wenn es um Behandlungsentscheidungen geht, die für die Betroffenen einen erheblichen gesundheitlichen Eingriff darstellen und von diesen abgelehnt werden (z.B. weil Medikamente in der Vergangenheit bereits nicht vertragen wurden oder weil invasive Therapien oder Operationen mit Risiken einhergehen und nicht dem Behandlungswunsch entsprechen). Zudem ist zu problematisieren, dass ca. 80.000 Menschen mit Behinderung bzw. psychiatrischer Diagnose in geschlossenen forensischen Einrichtungen ihr politisches Wahlrecht nicht ausüben dürfen. Dies ist mit der UN-BRK nicht vereinbar!

Art. 14 UN-BRK regelt die Freiheit und Sicherheit der Person. Hier ist geregelt, dass „das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt“ (Abs. 1b). Die Guidelines des UN-Fachausschusses zu Art. 14 werden noch deutlicher: Sie sprechen von einem „absoluten Verbot der Freiheitsentziehung auf-

grund von Behinderung“ (engl. „absolute prohibition of detention on the basis of impairment“).



Bild [5]: Eva Buchholz am Redepult.

In Sachen geschlossener „Unterbringung“ wird dies in dem Augenblick relevant, wenn eine Person mit einer psychiatrischen Diagnose für ein gleiches Vergehen (Beispiel: Vandalismus) und einem nicht signifikant anderen Gefährdungspotential anders behandelt wird als ein Mensch ohne psychiatrische Diagnose.

Vergleiche zwischen Fällen aus der Forensik und Gefängnisstrafen zeigen, dass eine höchst unterschiedliche Dauer des Freiheitsentzugs zu beobachten ist – bei ein und demselben Vergehen. Das Kriterium „nicht krankheitseinsichtig“ (hieraus wird schnell ein „nicht einwilligungsfähig“) und eine mittels psychiatrischen Diagnosen begründete „Eigen- oder Fremdgefährdung“ hat schonmal zur Folge, dass Bagatelldelikte, die eigentlich gar nicht mit Gefängnisstrafe einhergehen, in der Forensik aber z.B. mehrere Jahre einbringen können (Beispiel: Fall Ilona Haslbauer – Fall, der durch die Presse ging). In diesem Kontext ist der Protest von Betroffenenverbänden gegen den § 63 StGB zu verstehen

(siehe Demo-Plakate draußen), die dies als Ungerechtigkeit empfinden und eine Abschaffung dieses Paragraphen fordern. Hieran ist zu sehen, dass die Umsetzung der UN-BRK für den Bereich der Psychiatrie nicht eben mal schnell passieren kann – in verschiedenen Bereichen sind dicke Bretter zu bohren!

Art. 15 UN-BRK verbietet Folter und unmenschliche Behandlung. Dennoch werden Menschen in der Psychiatrie nach wie vor gefesselt („fixiert“) und isoliert, und es gibt eine ganze Reihe an Zwangsmaßnahmen: Zwangsmedikation, Zwangstherapien, andere zwangsweise vorgenommene Behandlungen oder auch zwangsweise angeordnete Operationen (Bsp. Brustamputation bei einer Krebserkrankung – dieser Fall spielte in den Diskussionen um die Schaffung einer neuen Rechtsnorm, den mittlerweile rechtskräftigen § 1906a BGB eine Rolle). Zwangsbehandlung bedeutet für Betroffene in der Regel Ohnmacht und Ausgeliefertsein. Sie kann als Misshandlung und Folter empfunden werden und bewirkt häufig eine Traumatisierung, die über Jahre oder Jahrzehnte anhalten und zusätzliche gesundheitliche bzw. psychische Probleme auslösen kann (z.B. Traumafolgestörungen).

Art. 17 UN-BRK garantiert die körperliche und psychische Unversehrtheit. Doch wie kann diese gewährleistet werden, wenn in der Psychiatrie Zwangsmedikation und Zwangstherapien (also: gegen den Willen der Patient*innen) regelhaft möglich sind? Wenn Medikamente weiter eingenommen werden müssen – selbst wenn dies mit gravierenden Nebenwirkungen verbunden ist und die Patientin/der Patient dies nicht möchte? Wenn psychotrope Substanzen zwangsweise verabreicht werden können, bspw. mittels Spritze, während die Patientin/der Patient unter Umständen dafür gefesselt werden muss? Allein schon die Praktik der Fesselung („Fixierung“) ist menschenrechtlich höchst problematisch und gesundheitlich schädigend. Das ist das Gegenteil von körperlicher und psychischer Unversehrtheit!

Mit dem neuen § 1906a BGB, der im Sommer dieses Jahres Gesetzeskraft erhielt, wurde die Induzierbarkeit von Zwangsmaßnahmen von der Unterbringung auf einer geschlossenen psychiatrischen Station entkoppelt. Was bedeutet das? Zwangsmaßnahmen können nun überall durchgeführt werden, auf jeder offenen Station in jedem Krankenhaus bundesweit. Sie ist nicht an die Behandlung bestimmter Erkrankungen oder Diagnosen gekoppelt, sondern stellt v.a. auf das Nicht-Vorliegen rechtlicher Handlungsfähigkeit („legal capacity“) der Menschen „mit psychischer Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung“ ab.

Konkret: Wenn diese von einer Ärztin/einem Arzt als nicht einwilligungsfähig angesehen werden und ein*e Richter*in die rechtliche Betreuung einsetzt, kann Zwangsbehandlung angeordnet und in umfassender Weise durchgeführt werden. Aufgrund der Entkoppelung sind nun wesentlich mehr Situationen potentiell zwangsbehandlungsrelevant: Zahnbehandlungen bei Menschen mit sog. „geistigen Behinderungen“, schwerwiegende Operationen, sämtliche therapeutischen Eingriffe in jedem Krankenhaus, auf jeder offenen Station. Allerdings ist der § 1906a BGB ambivalent: Er sieht auch vor, dass Patientenverfügungen erlassen werden sollen (Verweis auf § 1901a BGB) und schafft somit eine widersprüchliche Rechtslage: Einerseits sind mehr Zwangsbehandlungen potentiell möglich, andererseits soll diesen zuvor durch Patientenverfügungen zugestimmt werden. Welche Wirkung die Norm in der Praxis entfalten wird, ist unklar.

Der UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderung hat in seinen Abschließenden Bemerkungen über den ersten Staatenbericht Deutschlands (2015) der Bundesregierung ggü. die Empfehlung ausgesprochen, eine menschenrechtsbasierte Überprüfung psychiatrischer Dienstleistungen vorzunehmen. In der Übersetzung und Diskussion wurde die Empfehlung von der Monitoringstelle des Deutschen Instituts für Menschenrechte mit der Einrichtung

einer neuen Psychiatrie-Enquête verbunden. Und diese Überlegung macht auch Sinn. Worauf der UN-Fachausschuss hier nämlich Bezug nimmt, ist die Intransparenz der menschenrechtlichen Lage in Psychiatrien, insb. mit Blick auf die mangelhafte bzw. fehlende Dokumentation von Zwangsmaßnahmen.



Bild [6]: Seitlicher Blick über das Publikum nach vorne.

Wir haben im Moment keine Daten, keine Kenntnis hinsichtlich des tatsächlichen Ausmaßes von Zwangsmaßnahmen, also z.B.: Wie die richterlich angeordnete geschlossene Unterbringung tatsächlich umgesetzt wird in geschlossenen psychiatrischen Abteilungen aber auch in psychiatrischen Pflegeheimen. Oder welche Formen von Zwangsbehandlung bei welchen Patientinnen und Patienten wie oft und wie lange eingesetzt werden (Zwangsmedikation, Zwangstherapien oder anderweitige zwangsweise Behandlung durch invasive Eingriffe, bspw. Operationen). Es gibt keine gesetzliche Verpflichtung zur externen (öffentlich einsehbaren) Dokumentation von Zwangsmaßnahmen, bspw. durch Veröffentlichung in den jährlichen Qualitätsberichten der Krankenhäuser (wobei diese noch nicht die Situation in Pflegeheimen erfassen würde – aber es wäre ein erster wichtiger und notwendiger Schritt). Die mangelnde Dokumentation ist dabei nicht nur hinsichtlich der Quantität, sondern auch hinsichtlich der Art und Schwere der durchgeführten Zwangsmaßnahmen problematisch. Zu denken ist an Berichte von mehreren Tagen „Fixierung“ oder Isolation am Stück, fehlende Betreuung oder Assistenz während dieser Maßnahmen

(das Liegenlassen der gefesselten Person in ihren Ausscheidungen, nicht zur Verfügung stellen von ausreichend Wasser oder Beruhigungsmitteln, etc.).

Ich möchte zum Ende kommen mit einem Zitat von Dr. Eckart von Hirschhausen (das er anlässlich des Evangelischen Kirchentags 2017 geäußert hat): „Du siehst mich und ich sehe, dass Du mich siehst – das ist die ursprüngliche Bedeutung von Respekt: Zurückschauen.“ Dieser Spruch hat mir gefallen. Ich möchte ihn ergänzen und auf die Psychiatrie anwenden: Sehen, dass man gesehen wird, bedeutet meines Erachtens noch mehr: Für den Ohnmächtigen – den Abhängigen, den Hilfebedürftigen, den Menschen ohne Macht (das sind in der Regel die Patient*innen) – bedeutet gesehen zu werden Respekt: Anerkennung des Leides, des Hilfebedarfs und der Beschwerden, wegen derer man in die Klinik kommt. Wertschätzung als Mensch, als Person, der Würde innewohnt.

Für den machtvollen Menschen, bedeutet gesehen zu werden etwas Anderes: sich rechtfertigen und Rechenschaft ablegen müssen, Verantwortung übernehmen. Menschen, die sehr machtvoll sind (das sind in der Regel die Ärzt*innen) müssen sich oft nicht ausreichend für ihr Handeln rechtfertigen. In vielen Kliniken ist das Beschwerdemanagement nicht sehr ausgereift, es gibt zu wenige unabhängige Beschwerdestellen. Patientenfürsprecher*innen arbeiten in der Regel ehrenamtlich, sind oft nur 2x im Monat für ein paar Stunden für die ganze Klinik da. Das ist nicht ausreichend. Auch vermutete Behandlungsfehler werden häufig nur unzureichend untersucht, und wenn der Klageweg beschritten wird, scheitert dieser häufig an den Vorgaben der Beweislast. Allein die Beantwortung der Fragen „Was sind überhaupt Behandlungsfehler in der Psychiatrie?“ (oder auch: Was sind psychiatrische Medikationsfehler?) sind ganz eigene, von den zuvor bereits erwähnten, dicken Brettern, die wir noch zu bohren haben.

Erfahrungen von Würdeverletzung, von traumatisierenden Behandlungserfahrungen in psychiatrischen Kliniken können von Patient*innen oft nicht zurückgespiegelt werden. Wenn sie es versuchen, wird ihnen nicht zugehört. Sie werden nicht gesehen. Bei uns wird zu wenig hingeschaut. Ärzt*innen werden erst dann die Patient*innen „sehen“ (und, im Sinne meiner

Auslegung des Zitats von Dr. Eckart von Hirschhausen: mit Respekt behandeln), wenn die Gesellschaft ihrerseits stärker auf das Handeln der Ärzt*innen schaut. Wenn diese Rechenschaft ablegen müssen, und wenn problematische Behandlungspraktiken auf den Prüfstand kommen. Prüfstand ist das Stichwort. Wir brauchen eine neue Psychiatrie-Enquête! Vielen Dank.

Eva Buchholz

Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. – ISL

E-Mail: ebuchholz@isl-ev.de

Webseite: <http://www.isl-ev.de>



Eva Buchholz ist Politikwissenschaftlerin und arbeitet als gesundheitspolitische Referentin für die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. – ISL. Sie engagiert sich als Patientenvertreterin im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) u.a. im Koordinierungsausschuss der PatV sowie in der AG DMP Depression. Sie ist Gründungsmitglied und ehrenamtlich aktiv im Förderkreis Gedenkort T4 e.V. und ist Mitglied u.a. im Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) und im Berliner Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen e.V. (BZSL). Eva Buchholz ist psychiatrieerfahren aufgrund mehrerer Episoden schwerer Depression und mehrfach-chronisch krank.

Paradigmenwechsel durch die UN-BRK: Hilft eine neue Psychiatrie-Enquête?

Vortrag von Margret Osterfeld^[1]



Bild [7]: Margret Osterfeld während ihres Vortrags.

Zur Wirkung der ersten Psychiatrie-Enquête schreibt Rainer Kukla: „Nie zuvor und nie danach sind die Lage der Psychiatrie, ihre Entwicklungsbedarfe und -ziele in Deutschland so umfassend beschrieben worden. (...) Sie erreichte (...) ein hohes Ausmaß allgemeiner Akzeptanz und diente noch lange als Begründungsbasis für Entscheidungen im Rahmen der Psychiatrieplanung.“^[2] Mit dieser prägnanten und treffenden Formulierung macht Kukla die weitreichenden Effekte der Psychiatrie-Enquête fassbar.

Die Enquête-Kommission beschrieb noch dreißig Jahre nach dem zweiten Weltkrieg „elende und unwürdige Zustände“ in der deutschen Psychiatrie. Gleichwohl beziehen sich Kuklas Worte auf längst vergangene Tage. Heute, vier Jahrzehnte nach der Psychiatrie-Enquête haben sich gesellschaftliche Normen und Werte an viele Stellen deutlich geändert. Ehefrauen müssen nicht mehr den Gatten um Erlaubnis bitten, wenn sie berufstätig sein wollen, Kinder werden in der Schule nicht mehr geschlagen, und selbst der § 1631 Abs. 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches wurde im Jahr 2000 so formuliert: „Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Maßnahmen sind unzulässig.“

In einem Zeitraum von vier Jahrzehnten ändern sich natürlich wissenschaftliche Lehrmeinungen und Expertisen. Aus dem vor vier Jahrzehnten erreichten „Recht auf Behandlung“ für Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, die vor den Zeiten der Psychiatriereform lediglich in Heimen verwahrt wurden, hat die psychiatrische Wissenschaft heute die Pflicht sich behandeln zu lassen gemacht. Die Ablehnung der Behandlungsvorschläge klinischer Psychiater führt noch immer zu oft dazu, dass Vertreter der Profession dem Patienten „Krankheitsuneinsichtigkeit“ oder inzwischen gar die „Unfähigkeit, einen freien Willen zu bilden“ bescheinigen. Damit ist der Weg zum Freiheitsentzug per PsychKG oder Betreuungsrecht für Psychiater und Richter offen und die Zwangsmedikation ist nicht weit. Mehr Menschen denn je wird aus psychiatrischen Gründen die Freiheit entzogen und längst gibt es wieder „unwürdige Zustände“ in Kliniken, Gefängnissen und geschlossenen Heimeinrichtungen.

Nur Menschen mit psychiatrischen Diagnosen sind diesen fachlichen und rechtlichen Handlungsspielräumen ausgesetzt, häufig müssen sie sich dem Behandlungsregime der Psychiater unterwerfen. Selbst für die Anwendung des neuen Paragraphen 1906a BGB ist die psychiatrische Diagnose die Voraussetzung. Die universitären psychiatrischen, deterministisch-biologisch motivierten Forschungsaktivitäten richten sich im Wesentlichen auf bessere Kontrolle der Medikationseinnahme. So hat inzwischen die Firma Otsuka in den Vereinigten Staaten die Zulassung für eine Psycho-Pille bekommen, bei der sich digital kontrollieren lässt, ob sie von Patienten wirklich geschluckt wurde.^[3]

Fast zeitgleich stößt ein deutsches Fachblatt die Debatte darüber an, dass Elektrokrampftherapie auch als Zwangsbehandlung erlaubt sein soll.^[4] Hier zeigt sich, wie sehr ein bedeutendes

medizinisches Fachgebiet in der „Ultima-Ratio-Falle“^[5] steckt und wie wenig die akademische Psychiatrie willens und in der Lage ist, auf ihre Zwangsbefugnisse zu verzichten. Die 2009 in Deutschland ratifizierte UN-Behindertenkonvention stellt für sie keinen Rahmen dar, das eigene professionelle Handeln neu zu überdenken und die Praxis menschenwürdig zu verändern. Lieber wendet sie sich fragwürdigen Behandlungsmethoden zu, die von den Krankenkassen höher honoriert werden.

Eine neue Enquête, ein breiter gesellschaftlicher Diskussionsprozess ist notwendig, um willkürliche psychiatrische Freiheitsentziehungen im Rechtsstaat in Zukunft zu vermeiden. Im internationalen Rahmen ist die fachübergreifende Debatte zwischen Medizinethikern, Juristen, Psychiatrienutzern und Psychiatern hoch entwickelt, während es in Deutschland lediglich um die Verteidigung der hohen Zahl an Krankenhausbetten zu gehen scheint. Zahllose höchrichterliche Urteile ändern nichts an der Praxis, rasch gibt es Stellungnahmen oder Leitlinien der DGPPN, die oft das Gegenteil fordern und z.T. im Widerspruch zum Verfassungsrecht und menschenrechtlichen Vorgaben der Vereinten Nationen stehen. Medikation um den Preis des Freiheitsentzugs und unter Missachtung der Menschenrechte wird sicher nicht zu mehr seelischer Gesundheit führen.



Bild [9]: Blick über das Publikum nach vorne.

Inzwischen hat auch der UN-Sonderberichterstatter über das Recht auf bestmögliche körperliche und seelische Gesundheit ausdrücklich auf die Notwendigkeit zum weitgehenden Verzicht

auf psychiatrische Zwangsmaßnahmen hingewiesen.^[6] Eine deutsche Übersetzung dieses Berichts steht dank der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie zur Verfügung.^[7]



Bild [8]: Margret Osterfeld am Redepult.

Nachdem in der letzten Legislatur etliche Gesetze verabschiedet oder novelliert wurden, ist jetzt die Zeit für eine breite gesellschaftliche Debatte gekommen. Wie viel seelisches Leid kann und soll mit welchen Mitteln – von den Krankenkassen finanziert – behandelt werden? Eine neue Enquête in der von Eva Buchholz vorgeschlagenen Zusammensetzung kann hier die Führung übernehmen.

Anmerkungen

- [1] Der hier abgedruckte Text ist eine überarbeitete Version des Redebeitrags. Alle Links sind mit Stand vom 20.11.2017.
- [2] Kukla, R. (2015): Zum Entstehungskontext der Psychiatrie-Enquete und zu dem Arbeitsprozess der Expertengruppe. In: Armbruster, J. et al. (Hg.): 40 Jahre Psychiatrie-Enquete. Blick zurück nach vorn. Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 40-51, hier: S. 48.
- [3] Vgl. FORTUNE Magazine: <http://fortune.com/2017/11/14/fda-digital-ingestion-tracking-pill/> und SPIEGEL Online: <http://www.spiegel.de/netzwelt/web/medizin-der-zukunft-bald->

[alarmiert-der-bauch-den-arzt-kolumne-a-1178132.html](#)

- [4] Vgl. Debatte: Pro & Kontra, in: Psychiatrische Praxis (2017), Bd. 44, Ausg. 6, S. 313-314.
- [5] Aichele, V. (2016): Menschenrechte und Psychiatrie. In: Zinkler M. et al. (Hg.): Prävention von Zwangsmaßnahmen. Menschenrechte und therapeutische Kulturen in der Psychiatrie, Köln: Psychiatrie-Verlag, S. 18-40, hier: S. 34.
- [6] Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Human Rights Council, Thirty-fifth session, 6-23 June 2017.

UN-Dokument A/HRC/35/21/Add.2. Internet:

<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UN-DOC/GEN/G17/107/70/PDF/G1710770.pdf>

- [7] Bericht des UN-Sonderberichterstatters über das Recht aller Menschen auf bestmögliche körperliche und seelische Gesundheit. Nicht-autorisierte Übersetzung des englischen UN-Dokuments A/HRC/35/21 durch die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (Köln, Oktober 2017).
Internet: https://www.dgsp-ev.de/fileadmin/user_files/dgsp/pdfs/Publikationen/UN-Report_Puras_Übersetzung_DGSP_2017.pdf

Margret Osterfeld

Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK)

E-Mail: osterfeld.mar@gmx.de

Webseite: <http://www.apk-ev.de>



**Aktion
Psychisch
Kranke e.V.**

Margret Osterfeld ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutin. Seit 2014 ist sie Mitglied im Unterausschuss der Vereinten Nationen zur Prävention von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (UN SPT) und seit 2015 auch Mitglied des Nationalen Präventionsmechanismus zur Prävention von Folter und Misshandlung. Sie war langjährig in den Vorständen der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie und der Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK) aktiv und engagiert sich weiter in deren Fachausschüssen „Psychopharmaka“, „Forensik“ und „Menschenrechte.“ Margret Osterfeld ist selber psychiatrieerfahren. Sie hält Vorträge und engagiert sich national und international für die Einhaltung und Beachtung der Rechte von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen.

Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems aus der Sicht von Betroffenen: Was ist uns wichtig? Was brauchen wir?

Vortrag von Thomas Künneke



Bild [10]: Thomas Künneke während seines Vortrags.

Ich danke dem Veranstalter, dass er mir bzw. dem Kellerkinder e.V. hier ein kleines Forum gibt, als Peer, als Betroffener, die „andere Seite“ Ihres Kongresses zu vertreten. Vorweg möchte ich feststellen, dass Menschen mit seelischen Hindernissen (andere sagen „psychisch Kranke“) Behinderte im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention sind. Vielen Betroffenen, aber auch Behandler*innen und Betreuer*innen ist dies noch nicht bewusst... Ich möchte hier und heute eher anhand meiner Realität... mit wenig theoretischen Konstrukten... und einer Prise Ironie und Überspitzung Veränderungswünsche beschreiben. Erst einmal, mit wem haben Sie es hier zu tun? Es ist nicht ganz so einfach... Ich stelle mich gleich zweimal vor, mein erstes Leben und mein zweites Leben.

Zu Leben Eins: Mein Name ist Thomas Künneke, Alter: 55 Jahre. Beruf: Sozialarbeiter, systemischer Einzel- und Familientherapeut und Sozialtherapeut, ehemaliger Leiter mehrerer Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe und des psychiatrischen Hilfesystems. Vater zweier toller Söhne, die ich größtenteils alleine großgezogen habe – und nicht zu vergessen, meine beiden Enkel. Ich

habe ein Haus gebaut und mehrere Bäume gepflanzt. Also alles gut...

Naja, kommen wir zu Leben Zwei: Ich wurde zwischen meinem fünften und sechsten Lebensjahr „längerfristig sexuell missbraucht“. Ich musste hierdurch lernen mit einer anderen Welt, die mich öfter besucht, in meinem Kopf klarzukommen. Ich habe Lösungsstrategien entwickelt, denen Ärzt*innen und Mediziner*innen eine Diagnose zugeschrieben haben. Ich absolvierte einige ambulante und stationäre Therapien, die wirklich nicht nur nützlich waren, konsumierte in Krisenzeiten hilfreiche Medikamente, die mir gerne verschrieben wurden; aber mein späterer Wunsch des Absetzens wurde mit der Begründung, der weitere Konsum wäre aus medizinischer Sicht „alternativlos“, abgelehnt. In dem ganzen System wurde ich wenig gefragt, was ich möchte. Wenig nach meinen bisherigen Lösungen. Man sagte mir, was für mich gut ist. Krankenhausaufenthalte aufgrund meiner Krisen konnte ich bis heute verhindern, da mein familiäres und ein neues Betroffenenumfeld diese Aufgabe zu meiner vollsten Zufriedenheit „häuslich“ organisierte.

Als ich mich mit 45 Jahren zu meinem „Anderssein“ offen bekennen musste, da ich die gewünschten Anpassungsleistungen meines sozialen Umfelds nicht mehr erbringen konnte, verschwand mein vorheriger sozialer Status und mein soziales Umfeld erstaunlich schnell. Ich bekam das Stigma des Psychos..., ausgegrenzt aus bestimmten Bereichen der Gesellschaft, Grundversicherungsempfänger, und mit diesem Label stehe ich nun vor Ihnen. Ich bin ihr „Kunde“, ich fühle mich nur leider nicht oft so! Heute bin ich ein Kellerkind...

Der Kellerkinder e.V. sieht sein Engagement in der Umsetzung der Menschenrechte im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention in unserem medizinisch-psychosozialen Versorgungssystem. Wir stehen dem heutigen System kritisch gegenüber. Das heißt nicht, dass wir diese Formen der Begleitung ablehnen. Viele von uns haben gute Erfahrungen mit Teilen des Hilfesystems gemacht. Dass darf jedoch kein „Glücksfall“ oder „Zufall“ sein. Wir halten die Methoden des „fürsorglichen Zwangs“ und der Fremdbestimmung, die aus unserer Sicht immer noch weite Teile des Unterstützungssystems bestimmen, für grundlegend falsch. Wir sehen aber auch, dass neue Modelle im Umgang mit dem „Anderssein“ erste Ansätze einer Veränderung darstellen:

- Modelle, wie das Weglaufhaus, das eine Peer-Alternative zur Regelversorgung anbietet,
- Ex-In Ausbildungen von Betroffenen und deren Mitwirken in professionellen Teams,
- der Dialog,
- Absetzangebote von Medikamenten,
- das Krankenhaus in Heidenheim, das zeigt, dass auf Zwangsunterbringungen größtenteils verzichtet werden kann.

Es gibt noch viele andere Beispiele. Es sind Versuche, mit vielen „Kinderkrankheiten“, eine eher partizipative und partnerschaftliche Herangehensweise im Miteinander von Behandler*innen und Nutzer*innen. Es werden auch Grenzen aufgelöst, von „gesund“ und „krank“, und somit von „richtig“ und „falsch“, eben: „Anderssein ist das Normale!“ Wir würden uns freuen, wenn eine gemeinsame Auseinandersetzung mit Behandler*innen und Nutzer*innen auf solchen Ebenen regelmäßig und selbstverständlich im gesamten Versorgungssystem stattfände und viele neue Ansätze einen Raum und Akzeptanz finden. Aber (ausgenommen das Modell des Weglaufhauses) sind alle Ansätze durch nicht-betroffene Profis entwickelt worden und berücksichtigen weiterhin viel zu wenig die Nutzer*innen-Seite.



Bild [11]: Thomas Künneke am Redepult.

Wir wünschen uns eine BRK-Enquête seitens des Deutschen Bundestages, die Grundregeln festlegt, um eine praktische Umsetzung der UN-BRK im Versorgungssystem zu ermöglichen. Insbesondere die Forderungen der Konvention nach Selbstbestimmung und Partizipation und verantwortliche Mitgestaltung an bestehenden und neuen Konzepten. Wie dankbar sind wir der Psychiatrie-Enquête der 70'er Jahre, die Schlafsäle mit einer ambulanten Versorgungsstruktur tauschten. Aber auch hier waren die Betroffenen nicht mitbestimmender Teil des Prozesses der Umsetzung einer Reform, sie wurde ihnen durch die Profis vorgegeben. Aus den gemachten Ausführungen begründet sich unsere Forderung, angelehnt an die UN-Behindertenrechtskonvention: „Nichts über uns ohne uns!“

Aber kommen wir zu mir zurück: Begleiten sie mich noch ein wenig durch meine Geschichte, wie sie war und wie sie weiter laufen könnte... Kommen wir auf meine Diagnose. Mein erster Besuch bei einem Psychiater... Ich hatte einen Suizidversuch hinter mir und wollte nur Hilfe,

egal welche, egal wie... Diese Begegnung dauerte etwas über zehn Minuten. In diesen zehn Minuten hatte er eine Diagnose, die letztendlich mein Leben zunehmend bestimmte, wobei die Diagnose mit zunehmender „Behandlungsdauer“ mit verschiedenen Behandler*innen vielfältige Verwandlungen mit sich brachten. Von einer Depression, über ein posttraumatisches Belastungssyndrom mit unterschiedlichsten Ausprägungen, einer Borderline-Störung, einer bipolaren Störung bis zum Verdacht einer Psychose... Am skurrilsten war eine Begegnung mit einer Ärztin, die mich aus meinen beruflichen Kontexten kannte, als kompetenten Sozialarbeiter, Therapeuten und Berufsbetreuer. Trotz vorheriger Diagnosen wollte sie unbedingt, dass ich ein Burnout habe, und als ich auf einer der vorherigen Diagnosen bestand, sah sie sich außerstande, weiter mit mir im beruflichen Kontext zusammen zu arbeiten.

Wenn ich heute irgendeinem neuen Arzt oder einer Gutachterin begegne, überlege ich mir vorher, auf welchen Teil meiner Geschichte ich den Fokus lege und welche Diagnose ich mitbringe. Unsere Forderung ist das Recht auf das eigene Label, auf meine Beschreibung meines Andersseins. Eine Diagnose führt oft zu Stigmatisierungen und dient langfristig den Behandler*innen, als ein nicht immer lösungsorientiertes, erlerntes Handlungsschema. Wenn sie sich mit Ihrer Frau, Ihrem Mann streiten, handelt es sich um ein Beziehungsproblem. In meiner Beziehung ist es meine diagnostizierte Beziehungsunfähigkeit, die zugegebenermaßen verkürzt ein Merkmal meiner Borderline-Störung ist, das in einer Diagnosefibel steht. Lassen Sie uns lieber individuelle Prozesse beschreiben, weil mein Weg einzigartig war. Gemeinsam auf Augenhöhe individuelle Lösungen suchen, unabhängig von der Zuschreibung von Diagnosen.

Auch das mit dem Genesungszwang... Gerne würde ich auf meine Erfahrung in der Kindheit verzichten. Aber „normal“ sein? Viele mögen mein Anderssein, viel davon mag ich auch. Die-

ses Anderssein hat mich überleben lassen, dieses Anderssein bin ich. Ich möchte es bitte behalten, mit ein paar Seelenkrücken und Ihrer Hilfe, damit autonom und selbstbestimmt umzugehen. Wir sind wieder beim meinem ersten Besuch beim Psychiater... Der zehninütige Besuch beinhaltete auch die Verschreibung eines Psychopharmakons. Mir wurde mitgeteilt, dass wir (ich bitte auf die Anrede zu achten) das Medikament jetzt mal ausprobieren. Aber konsumiert habe ich es nur. Zu Nebenwirkungen sagte er: Es kann ein wenig Schwindel hervorrufen oder leichte Gewichtsschwankungen auslösen. Aber er gehe davon aus, dass es meine „Beschwerden lindern“ wird. Wir sehen uns dann in sechs Wochen.

Ach ja, ich möchte mich für meine nicht angemessene Garderobe entschuldigen, ich habe gerade mein Medikament abgesetzt, und wenn dieser Kongress erst im Dezember stattgefunden hätte, wäre ich bestimmt ein attraktiver, schlanker gutgekleideter netter Herr, mit meiner umfangreichen Ausstattung an Kleidung unter 75 Kilo. Auch das mit dem Körper und der Partnerin und der Lust hatte ein wenig Pause. Das mit dem Schwindel ist nicht eingetreten. Bei diesem Medikament hatte ich dafür ständige Schluck- und „Gähn“-Beschwerden, die Konzentration fiel rapide ab und ich habe ständig im Bett gelegen und Fernsehsendungen konsumiert, ohne Anteil zu nehmen.

Heute konsumiere ich in Krisensituationen nach 20 Jahren zeitweise immer noch Medikamente. Sehr bewusst, mit dem Wissen um deren Wirkung, insbesondere Nebenwirkungen. Aber warum hat mich der Arzt nicht am ersten Tag hierüber wirklich aufgeklärt, warum hat er es einem „Waschzettel“ überlassen, der mir die Möglichkeit von keinen Nebenwirkungen bis zu seltenen Todesfällen erläuterte und das auch noch in einer Sprache, die ein medizinisches Fachbuch verlangte. Unsere Forderung lautet: Über die Nutzung von Medikamenten entscheidet „der Konsument“ und nicht die Pharmaindustrie oder „der Arzt“. Wobei unsere Forderung auch

ein menschenrechtliches Verständnis der Pharmaindustrie erwartet. Ich muss das Medikament einnehmen... Über Medikamente muss ausführlich, verständlich und unabhängig aufgeklärt werden, vielleicht sogar unter Beteiligung von Peers (Betroffenen), insbesondere auch über deren Nebenwirkungen. Nur ich will darüber entscheiden. Auf Zwangsmedikation/-behandlung ist generell zu verzichten, weil sie den Verlust der Selbstbestimmung der Betroffenen bedeutet. Es bedeutet aber auch, einen Menschen für eine frühzeitige selbstbestimmte Begleitung oder Behandlung zu verlieren. Bei der nächsten Krise wird er in vielen Fällen erst wieder ins Krankenhaus kommen, wenn die Krise keinen anderen Ausweg mehr zulässt, wahrscheinlich wieder unter Zwang.



Bild [12]: Blick aus dem Publikum nach vorne.

Auf Zwangsunterbringungen und Fixierungen will ich hier nur kurz eingehen, da meine Vordnerinnen schon ausführlich darüber gesprochen haben. Auf Freiheitsentzug und Fixierungen ist zu verzichten. Jede Alternative ist zu berücksichtigen und bei seltenen Ausnahmen von Fremdgefährdung sind solche Maßnahmen auf das notwendigste Maß zu reduzieren. Die Maßnahme ist ungeschönt für den „Betroffenen“ zu dokumentieren. Die Kontrollen werden von Beginn an durch Fachgruppen im Beisein von hierfür qualifizierten Peers gewährleistet. Jetzt ab in mein Morgen... in die ambulante Versorgung. Vorweg: Viele Einrichtungstypen machen gute Arbeit. Das Ergebnis ist aber oft unbefriedigend, weil die Strukturen festgefahren sind und die

Angebote und Konzepte den Lebensbedingungen und den Verpflichtungen der UN-BRK im Heute nicht mehr gerecht werden.

Und nun ein Ausflug, in das ambulante Hilfesystem karitativer Träger mit dem Rundum-Wohlfühl-Faktor, mit der Gefahr der Krisenverschärfung, der Abhängigkeiten und der Vereinsamung außerhalb der Mehrheitsrealität. Ambulante Angebote bieten Sonderwelten in allen Lebensbereichen. Über Tagesgestaltung, Wohnen, Beschäftigung, Freizeitgestaltung und Abnahme der Lebensorganisation durch Berufsbetreuer*innen. Dieses Hilfesystem befindet sich weiterhin, vielleicht nicht gewollt, in einer konstruierten exklusiven Realität und nicht innerhalb einer inklusiven Gesellschaft wieder. Es kommt zu Abhängigkeiten, aber nur die größtmögliche Autonomie ermöglicht, ein Leben mit dem Anderssein innerhalb der Gesellschaft und nicht in Sonderwelten.

Unsere Forderungen lauten: Hilfen im Rahmen des Bedarfs werden generell in Form von selbstbestimmter Assistenz, und nicht fremdbestimmten Hilfeleistungen, gewährt. Auch hier sind wir die Kund*innen. D.h. der*die Nutzer*in entscheidet über Form und Art der Hilfen, innerhalb und außerhalb stationärer und ambulanter Versorgungsstrukturen. Sport kann, untherapeutisch, wie es die Anderen machen, auch helfen. Und eine Finanzierung des Sportvereines könnte eine erfolgreiche Eingliederungsmaßnahme sein. Vorgegebene, inhaltlich nicht begründete Versorgungsstrukturen und -gebiete sind nicht entscheidend für die individuelle (Orts-) Wahl der gewünschten Hilfe. Das heißt, ich möchte in dem Krankenhaus behandelt werden, das ich für das Beste halte. Oder die Tagesstätte außerhalb meines Versorgungsgebietes besuchen. Das Versorgungssystem baut „inhaltliche“ Hierarchien ab, Nutzer*innen gestalten das Konzept und die Ausrichtung verantwortlich mit. Multiprofessionelle Teams mit qualifizierten Peers beraten die Nutzer*innen im Sinne ihres Wunsch- und Wahlrechts gemeinsam.

Entgegen der Entwicklung im neuen Bundesteilhabegesetz mit dem Fokus auf personenbezogene Hilfen benötigen Menschen mit seelischen Behinderungen auch leicht zugängliche, unabhängige und anonyme Beratungs- und Begegnungsräume. Ich könnte weiter machen mit angemessenen Vorkehrungen, Kontrollinstanzen unter Beteiligung von Peers in allen Einrichtungen des Versorgungssystems mit öffentlicher Berichterstattung...

Ich habe aber auch ein paar Broschüren mitgebracht, und ich würde mich freuen, wenn Sie diese mitnehmen und lesen würden. Ich hätte noch so viel zu sagen, aber die Zeit... Wie Sie an mir gesehen haben, wird das mit uns nicht so einfach. Auch wir werden uns ändern müssen, uns empowern, was auch bedeutet Verantwortung zu übernehmen für unser Anderssein. Aber es muss sich lohnen.

Es ist oft schwierig mit uns und unseren Realitäten, wenn die Grenzen der inneren und der äußeren Welt sich vermischen und wir in Krisen nur schwer zu verstehen sind. Aber das ist in der Regel nur eine kurze Zeit. Aber sie haben nur uns als Kunden. Wir könnten gemeinsam einen Weg in ein Hilfesystem beschreiten, das menschenrechtlichen Standards gerecht wird, das uns eine partizipative selbstbestimmte Teilhabe garantiert und Ihnen viele Erfolgserlebnisse und eine erhebliche Verringerung von Verantwortung. Ich weiß, dass meine Maximalforderungen einen Prozess darstellen, in dem auch der Profi mit seinen Bedürfnissen berücksichtigt werden muss, dass sich gemeinsame Forderungen noch wesentlich verändern werden. Lassen Sie uns den Prozess aber miteinander beginnen. Unterstützen sie unsere Forderung nach einer Enquête! Eigentlich sind wir „irre“ nett... Danke.

Thomas Künnecke

Kellerkinder e.V.

E-Mail: t.kuenneke@seeletriffwelt.de

Webseite: <http://seeletriffwelt.de>



Thomas Künnecke ist Vorstandsmitglied der Kellerkinder e.V., Gründungs- und Vorstandsmitglied des Förderkreises Gedankenort T4 e.V., ISL-Inklusionsbotschafter, Sozialarbeiter, Systemischer Einzel- und Familientherapeut und Sozialtherapeut mit viel unterschiedlicher Berufserfahrung, und aufgrund eigener Erfahrungen mit dem Leben leidet die Seele manchmal.

► Punkte aus der Diskussion

- Patient*innen seien zunächst einmal **Rechtsträger*innen**, der Rekurs auf die UN-BRK sei wichtig und hilfreich, aber es hätte ja auch vorher schon **Menschenrechte und das Grundgesetz** gegeben, wo man die genannten Rechte und den Reformbedarf hätte herleiten können. Warum brauche es erst die UN-BRK, dass Menschen mit psychiatrischen Diagnosen die gleichen Rechte zugestanden werden wie allen anderen Menschen?
- Es werde Zeit, dass die UN-BRK endlich umgesetzt würde, es gebe verschiedene gesetzliche Regelungen (z.B. Sondergesetze für psychisch Kranke wie PsychKGs, § 63 StGB, etc.) und Behandlungspraktiken, die mit der UN-BRK **nicht vereinbar** seien! Hier **müsse der Gesetzgeber tätig werden**.
- Die **Beteiligung von Betroffenen** / Psychiatrieerfahrenen / EX-IN'ler*innen / „Peers“ müsse noch verbessert werden. Wenn Versorgungsfragen diskutiert würden, müssten die Betroffenen, immer dabei sein. **Stichwort Selbstvertretung** (Selbsthilfe, in der sich die Betroffenen selber vertreten): Dies müsste selbstverständlich werden, auch z.B. in der Aktion Psychisch Kranke (APK) e.V. sollten Betroffene mit dabei sein. Schließlich sei die Partizipation von Menschen mit Behinderung (auch von Menschen mit seelischen Hindernissen) ein zentrales Prinzip der UN-BRK, Motto: „Nichts über uns ohne uns!“; dies müsse noch stärker eingefordert werden.
- Ein zentraler Aspekt im Verständnis von Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie sei die **schwierige Personalsituation**: zu wenig Personal und keine angemessene Vergütung, um eine qualitativ gute psychiatrische Behandlung anbieten zu können. Aktuell würde eine neue Personal- und Entgeltverordnung entwickelt; der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) sei hier in der Verantwortung eine gute Regelung zu schaffen.
- Die **Anwendung von Zwangsmaßnahmen** sei auch aus Sicht der Behandler*innen ein schwieriges Thema: Es gebe Situationen, in denen die Behandlung gegen den Willen erfolge. Mitunter bestünde für diensthabende Ärzt*innen nicht die Zeit, umfassend vor der Durchführung einer Zwangsbehandlung aufzuklären bzw. den Patienten/die Patientin von der Maßnahme zu überzeugen. Oder man versuche es, würde aber nicht zum Patienten/zur Patientin vordringen können. Allerdings würde im Klinikalltag auch kaum untersucht, ob bspw. ein* teilnahmslose*r Patient*in **vielleicht andere Kommunikationsformen**, z.B. eine Sprachmittlung oder computergestützte Kommunikationsformen benötigen würde (d.h. ob eine nicht kommunizierende Person vielleicht doch einwilligungsfähig sei). Möglicherweise würde sich die Situation anders darstellen, und die Zwangsbehandlung hätte vermieden werden können, wenn man mehr Zeit gehabt hätte. Das sei natürlich ein Problem.
- Ethische Fragen hinsichtlich der Anwendung von Zwang kämen bei den behandelnden Ärzt*innen immer wieder auf. Es stelle sich die Frage, ob die **Einrichtung regionaler Ethikkommissionen zur Diskussion von Zwangsmaßnahmen** sinnvoll seien. Für klinisch tätige Psychiater*innen, die regelmäßig Entscheidungen über Zwangsbehandlungen treffen müssten, könnte dies nützlich sein, insb. wenn Reflektionen des ärztlichen Umgangs mit ethisch schwierig zu beurteilenden Fällen regelmäßig stattfinden würden.

- Zum Problem, dass es keine Daten zu den durchgeführten Zwangsmaßnahmen geben würde: Die Kliniken würden nicht freiwillig Daten sammeln bzw. ihre internen Dokumentationen veröffentlichen. Es brauche eine zentrale Stelle, an die verbindlich gemeldet werden müsse. Dies stelle sich aber schwierig dar aufgrund der unterschiedlichen Landesgesetze (PsychKGs); hier **müsste eine bundeseinheitliche Regelung geschaffen werden**. Außerdem müsse die Dokumentation von Zwangsmaßnahmen zu einem **verpflichtenden Bestandteil der jährlichen Qualitätsberichte der Krankenhäuser** werden.
- Auf die Frage, **wie viele Psychiater*innen** denn im Raum seien, meldete sich über der Hälfte der Anwesenden (insg. nahmen ca. 55 Personen am Symposium teil – am Anfang durchgezählt, einige gingen eher, manche kamen später noch dazu).
- Zur **Beteiligung von Betroffenen und Angehörigen**: Ja, diese sei wichtig. Manchmal sei es aber auch so, dass man nicht alle Einladungen wahrnehmen könne. Man bekomme viele Anfragen sich einzubringen, z.B. in einem Gremium oder auf einer Veranstaltung. Als ehrenamtlich tätige Betroffenen- und Angehörigenvertreter*innen sei dies nicht immer zu schaffen. Deshalb sei der Punkt der **strukturellen Finanzierung der Selbsthilfe** so wichtig, dass die Partizipation überhaupt geleistet werden könne. Neben Ehrenamt brauche die Selbsthilfe eben auch hauptamtliche Strukturen. Diese müssten finanziert werden.
- Eine **neue Psychiatrie-Enquête sei notwendig**, da die Menschenrechtsproblematik in der Psychiatrie so komplex und undurchsichtig sei, dass sie eine umfassende und unabhängige Untersuchung erforderlich mache. Das Thema umfasse auch noch mehr Aspekte als nur Zwangsmaßnahmen. Aus der UN-BRK ergäben sich verschiedenste Aspekte, die von Deutschland noch nicht umgesetzt worden seien. Dies habe schließlich auch der UN-Fachausschuss für Menschen mit Behinderung im Jahr 2015 in der Staatenberichtsprüfung empfohlen.
- Die Forderung einer neuen Psychiatrie-Enquête gehöre in den **Koalitionsvertrag**, allerdings würde dies schwierig und zeitlich knapp.

► Impressionen rund um den Weltpsychiatriekongress

Protestkundgebung und Demo des BPE e.V. für Menschenrechte und gegen Zwang und Gewalt in der Psychiatrie

Anlässlich der Eröffnung des 17. Weltkongresses der World Psychiatric Association (WPA) hatte der Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen e.V. (BPE) am 8. und 9. Oktober 2017 zu einer „Protestkundgebung und Demonstration für Menschenrechte und gegen Zwang und Gewalt in der Psychiatrie“ vor dem Südeingang der Messe Berlin eingeladen.¹ Verschiedene Betroffenen-, Psychiatrieerfahrenen-Verbände und –Initiativen sowie weitere Organisationen und einzelne Aktivist*innen waren der Einladung gefolgt oder organisierten zusätzlich eigene Aktionen. Anbei ausgewählte Bilder der Proteste.



Bild [13]: Die Protestkundgebung wurde moderiert von Ruth Fricke, Vorstandsmitglied des BPE e.V.



Bild [14]: Redebeitrag von Mirko Ološtjak-Brahms, ebenfalls Vorstandsmitglied des BPE e.V., Thema: „Horror Psychiatrie weltweit“.



Bild [15]: Redebeitrag von Dr. Sigrig Arnade, Geschäftsführerin der ISL e.V. und Sprecherin der LIGA Selbstvertretung. Titel ihres Statements: „Selbstbestimmung ohne Wenn und Aber!“



Bild [16]: Dr. Martin Zinkler, Chefarzt der Psychiatrie in Heidenheim sparte in seinem Statement nicht mit Kritik an den aktuellen Zuständen und sprach sich für eine „Psychiatrie ohne Zwang“ aus. Seine wichtigsten Aussagen übersetzte er den herannahenden internationalen Gästen ins Englische.

¹ Aufruf und Programm siehe: <http://www.bpe-online.de> > Rundbrief > 2017 > Nr. 3, S. 11-14.



Bild [17]: Statement einer Aktivistin der „Initiative zwangsbefreit“ aus Braunschweig.



Bild [18]: Redebeitrag von Thomas Künneke, Vorstandsmitglied des Kellerkinder e.V. zum „Zwang zur Diagnose und zur Krankheit“



Bild [19, 20]: Aktivistin mit Plakaten am Körper. Text (Plakat vorne): „Welche DiagnOse bekäme FrL. Pippi L. heute?“ Text (Plakat Rücken): „ADHahaS, unipolare MahahaNIE oder PferdehochhebeephreNIE“



Bild [21]: Musikalischer Beitrag auf der BPE-Kundgebung, Titel: „Die Freiheit ver-rückt zu sein“ (auf die Melodie von „My bonny is over the ocean“, Text siehe Flyer des BPE e.V., Link: <http://www.bpe-online.de> > Rundbrief > 2017 > Nr. 3, S. 14).



Bild [22]: Aktion des Kellerkinder e.V.: Aus einem schwarzen Sarg werden weiße Luftballons aufsteigen gelassen. Auf dem Sarg steht in weißen Buchstaben die Aufschrift: „Recht auf Selbstbestimmung“. Die Aktivist*innen sind in schwarz gekleidet und tragen weiße Gesichtsmasken.



Bild [23]: Aktivistin des Kellerkinder e.V. vor dem Südeingang der Messe Berlin mit Kampagnenmaterial. Titel: „BRK-Enquête jetzt! Menschenrechte im Hilfesystem.“

Eindrücke vom ISL-Symposium



Bild [24]: Kurze Ratlosigkeit vor Beginn des Symposiums: Das Podium war nicht barrierefrei... (der „Klassiker“).



Bild [25]: Improvisationsfähigkeit gefordert... und unter Beweis gestellt: Die erste Publikumsreihe wurde umgewidmet, das Podium fand unten statt.



Bild [26]: Das ISL-Symposium war gut besucht (ca. 55 Teilnehmer*innen).



Bild [27]: Eva Buchholz, ISL e.V. (Chair) hält den ersten Vortrag: „Psychiatriehistorische Reflektionen: Von der Psychiatrie-Reform der 1970' er Jahre bis zur UN-BRK“



Bild [28]: Der zweite Vortrag wurde gehalten von Margret Osterfeld, APK e.V.: „Paradigmenwechsel durch die UN-BRK: Hilft eine neue Psychiatrie-Enquête?“



Bild [29]: Thomas Künneke vom Kellerkinder e.V. sprach in seinem Vortrag über die „Weiterentwicklung des psychiatrischen Versorgungssystems aus der Sicht von Betroffenen: Was ist uns wichtig? Was brauchen wir?“

Diskussion nach den Vorträgen



Bild [30]: Moderation der Diskussion durch ISL-Geschäftsführerin und Co-Chair des Symposiums Dr. Sigrid Arnade (am Mikro).



Bild [31]: Blick auf das Podium, von links nach rechts: Margret Osterfeld, Eva Buchholz, Dr. Sigrid Arnade, Thomas Künneke.



Bild [32]: Thomas Künneke antwortet auf eine Frage aus dem Publikum.



Bild [33]: Aufmerksames Zuhören.



Bild [34]: Redebeitrag eines Teilnehmers zur mangelhaften Personalausstattung in Krankenhäusern und diesbezüglichem Reformbedarf. Blick aus dem Publikum nach vorne.



Bild [35]: Eva Buchholz erläutert den Unterschied zwischen einer politischen Expertenkommission und einer unabhängigen Enquête des Deutschen Bundestages.

Danke ... und tschüss!



Bild [36]: Chair des ISL-Symposiums Eva Buchholz (Mitte), mit Papa und Schwester auf dem Weg zum Kongress. Danke für Eure Unterstützung! ☺



Bild [37]: Abendlicher Eindruck vom Veranstaltungsort: das erleuchtete Foyer vom Südeingang, Messe Berlin.

[Bildnachweis / Copyright]

Die Fotos wurden unter größtmöglicher Wahrung der Persönlichkeitsrechte der abgebildeten Personen erstellt. Für die Bildaufnahmen auf dem Kongress lag eine Genehmigung der DGPPN-Pressestelle vor. Von der öffentlichen Kundgebung und Demo des BPE e.V. „für Menschenrechte und gegen Zwang und Gewalt in der Psychiatrie“ wurden in dieser Zusammenstellung ausschließlich Fotos von Programmbeiträgen, öffentlichkeitswirksamen Aktionen oder von Menschen mit Plakaten verwendet. Die Inhalte der Dokumentation, insb. die Bilder, Texte der Einzelvorträge und das Gedicht „Eigentliche Würde“ dürfen nicht ohne Zustimmung der Rechteinhaberin bzw. des Rechteinhabers in anderen Materialien reproduziert werden, dies gilt insbesondere für die Darstellung auf Webseiten und im Internet. Die Dokumentation als Ganzes darf geteilt werden.

Bildrechte:

Franziska Vu: Bilder 3 bis 12 und 24 bis 35.

Eva Buchholz: Bilder 1, 2, 13 bis 23, 36, 37.

Kontakt für Nachfragen: Eva Buchholz, ebuchholz@isl-ev.de

↳ siehe auch Impressum

Eigentliche Würde

Ich würde eigentlich
Würde haben
Ich

Eigentlich
Oder?
Ja!

Eigentlich ja
Eigentlich
Würde ich

Würde haben
Auch ich
Eigentlich

Praktisch
Aber
...

- Nicht -

Eigentlich
Ist halt nur
Eigentlich

Heißt so viel
Wie
Theoretisch

Alle Theorie ist grau
Die beste Theorie
Ist gar nichts wert

Wenn sie nur eine Idee ist
Wenn sie nur auf dem Papier steht
Wenn sie in der Realität

Nicht
Beachtet
Wird

Schade
Eigentlich
Ich schäme mich

Nein!

Ich bin stolz
Ein bißchen
Vielleicht

Etwas jedenfalls
Eigentlich
Ich habe Würde.

(Eva Buchholz)

IMPRESSUM



Interessenvertretung
Selbstbestimmt Leben
in Deutschland e.V. - ISL

Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. – ISL

Bundesgeschäftsstelle
Krantorweg 1, 13503 Berlin
Tel.: 030 / 4057 - 1409
Fax: 030 / 4057 - 3685
<http://www.isl-ev.de>

V.i.S.d.P. und Ansprechpartnerin:
Eva Buchholz, M.A.
ebuchholz@isl-ev.de

In Kooperation mit:



Kellerkinder e.V.

Berlin, Dezember 2017
© ISL e.V.