



Berner Fachhochschule  
Haute école spécialisée bernoise  
Bern University of Applied Sciences

# Professionelles Handeln in der Psychiatrie im Lichte der UN- Behindertenrechtskonvention

Dirk Richter

# Inhalt

- ▶ Grundzüge der UN-Behindertenrechtskonvention
  - ▶ Autonomie, Zwang, Inklusion
- ▶ Konsequenzen für das professionelle Handeln in der Psychiatrie
  - ▶ neue (?) Grundprinzipien psychiatrischer Betreuung und Behandlung
  - ▶ unterstützte Entscheidungsfindung
  - ▶ Recovery/Inklusion
- ▶ Umgang mit Psychopharmaka

# Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK)

- ▶ nach langjährigen Diskussionen unter Beteiligung von Behinderten-Organisationen erarbeitet
- ▶ Internationales Recht, das in vielen Ländern erst durch Umsetzung in staatliches Recht Rechtskraft entfalten kann
- ▶ findet in Deutschland schon jetzt bei höchstrichterlichen Entscheiden Berücksichtigung
- ▶ aufgrund der z.T. sehr kontroversen Diskussionen nicht in jedem Fall konsistente und klare Inhalte

# Artikel 1

- ▶ Nicht-Diskriminierung
  - ▶ „Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern.“
- ▶ Soziales Modell der Behinderung
  - ▶ „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige und Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“

# Soziale Teilhabe - Inklusion

- ▶ Ziele: „unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen“ Art. 9
- ▶ Arbeit und Beschäftigung: „...das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die (...) frei gewählt oder angenommen werden kann.“ Art. 27
- ▶ „... das gleiche Recht (...) auf gerechte und günstige Arbeitsbedingungen, einschliesslich Chancengleichheit und gleichen Entgelts für gleichwertige Arbeit“ Art. 27
- ▶ „... wirksamen Zugang zu allgemeinen fachlichen und beruflichen Beratungsprogrammen, Stellenvermittlung sowie Berufsausbildung und Weiterbildung“ Art. 27

# Artikel 12 – Gleiche Anerkennung vor dem Recht und Unterstützte Entscheidungsfindung

- ▶ „Die Vertragsstaaten anerkennen, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit geniessen.“
- ▶ Dies bedeutet nach Ansicht des UN-Hochkommissars für Menschenrechte „(w)hether the existence of a disability is a direct or indirect ground for the declaration of legal incapacity, legislation of this kind conflicts with the recognition of legal capacity of persons with disabilities enshrined in article 12, paragraph 2.“
- ▶ „Die Vertragsstaaten treffen geeignete Massnahmen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen.“

# Artikel 14 - Freiheitsentzug

- ▶ „Die Vertragsstaaten gewährleisten,
- ▶ dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit genießen;
- ▶ dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.“

## Comm. Rights PD: Concluding observations on the initial report of Austria

- ▶ “The Committee is concerned that the German translation of the Convention does not accurately represent the meaning of the Convention and may cause decisions incompatible with the Convention. For example, **the word "integration" is used instead of the word "inclusion". The translation of “independent living” does not accurately reflect the meaning of this term** and may in fact lead to people being denied the chance to live in the community.”

# Comm. Rights PD: Concluding observations on the initial report of Austria

- ▶ “The Committee recommends that **substituted decision making be replaced with supported decision making**. The Committee recommends that Austria do more to ensure that persons with disabilities **have access to supported decision-making and are not placed under guardianship**. The Committee recommends that supported decision making structures should respect the person’s autonomy, will and preferences, and be in full conformity with article 12 of the Convention, **including with respect to the individual's right, in his/her own capacity, to give and withdraw informed consent for medical treatment, to access justice, to vote, to marry, to work, and to choose a place of residence.**”

# Comm. Rights PD: Concluding observations on the initial report of Austria

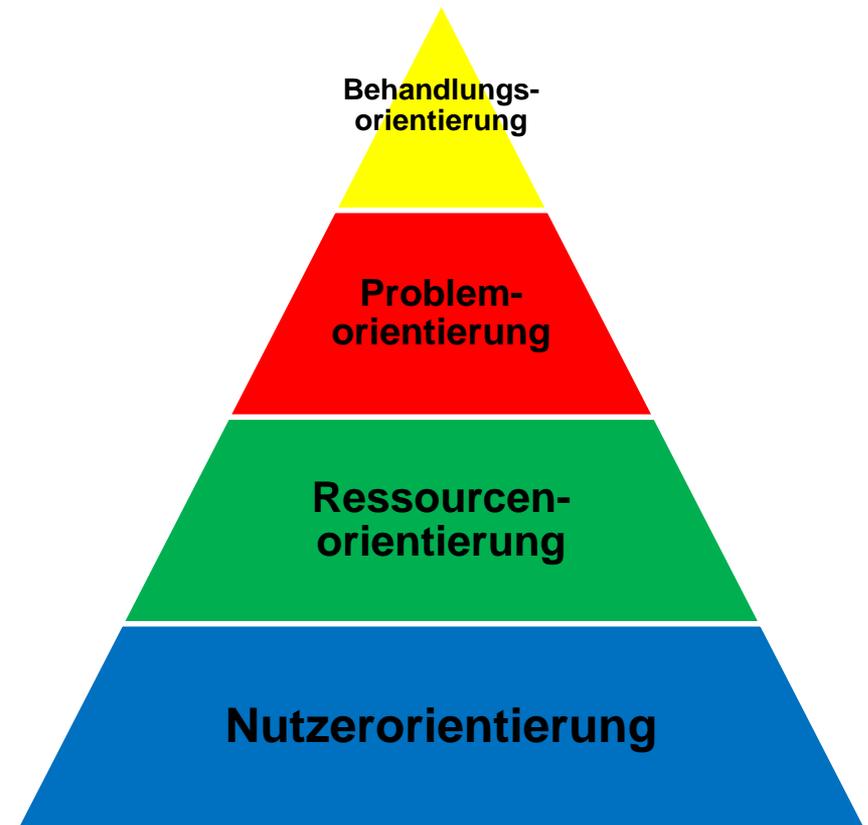
- ▶ “The State party should **abolish the use of net beds, restraints and other non-consensual practices** used against persons with intellectual, mental and psychosocial disabilities in psychiatric hospitals and institutions. It is further recommended that the State party should continue to **provide training to medical professionals and personnel in the care and other similar institutions on the prevention of torture, cruel, inhuman or degrading treatment or punishment** as provided by the Convention.”

# Standardbehandlung und Wunsch aus Sicht der Betroffenen

## Traditionelle Behandlung



## Wunsch der NutzerInnen



## „Im Lichte“ der BRK...

- ▶ autonome, aber ggf. unterstützte Entscheidungsfindung
- ▶ soziale Inklusion
- ▶ Vermeidung bzw. Abschaffung von Zwangsmassnahmen
- ▶ freie Wahl des Wohnorts
- ▶ kurzfristig:
  - ▶ konsequente Deeskalation, Shared/Supported Decision-Making
  - ▶ Recovery-Orientierung institutionsübergreifend
- ▶ mittelfristig:
  - ▶ De-Institutionalisierung der (geschlossenen) stationären Eingliederungshilfe bei gleichzeitigem Aufbau ausserstationärer, zeitlich befristeter Massnahmen
  - ▶ Infragestellen der Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, stattdessen Supported Employment

# Ausrichtung des professionellen Handelns

- ▶ Ziele und Wünsche der Betroffenen haben die höchste Priorität  
→ Personen-Orientierung
- ▶ psychiatrische und pflegerische Prioritäten werden zweitrangig;  
die Unterstützung der Selbstverantwortung führt  
möglicherweise zu einem Verzicht darauf, ‚psychiatrische‘  
Sichtweisen zu präferieren → Selbstbestimmung
- ▶ Entscheidungen werden vom/n PatientIn gefällt, unterstützt  
von Professionellen → unterstützte Entscheidung
- ▶ Fokussierung auf Ressourcen und Recovery, auch wenn die  
Betroffenen aktuell in einer Krise sind → Entwicklungspotenzial

# Ein (neuer?) sozialpsychiatrischer Werkzeugkasten

- ▶ Nutzerinnen und Nutzer müssen in die Lage versetzt werden (*Empowerment*), sich selbst als Handlungszentrum ihres Lebens zu sehen;
- ▶ aktiv soziale Beziehungen im weitesten Sinne aufzubauen (*Inklusion*);
- ▶ Grundlage hierfür ist Vertrauen und Hoffnung (*Recovery*) auf die Besserung der Lebenssituation;
- ▶ Barrieren wie Motivationslosigkeit, Ambivalenzen und Widerstände müssen professionell bearbeitet werden (*Motivational Interviewing*);
- ▶ Professionelle können die Nutzer auf diesem Weg beraten, begleiten und unterstützen (*Coaching*).

# Leitprinzip – Recovery, Ziel - Inklusion

- ▶ Die Verwendung des Recovery-Prozesses als Leitprinzip für das Ziel der besseren Teilhabe in der Gesellschaft trotz Erkrankung ist allerdings in vielen Ländern und Gesundheitssystemen Konsens und ist zunehmend auch durch die Literatur gestützt. Ein konzeptioneller Rahmen für die Einordnung der verschiedenen Dimensionen von Recovery wurde erarbeitet und trägt zur Klärung des Begriffes bei. (Seite 47)

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.)

S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie

**Leitlinie Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen**  
(Langversion)

# Nutzerpräferenzen/Ziele

Symptom-  
verbesserung/  
Genesung

Soziale  
Einbindung

Persönliche  
Entwicklung

# Ausrichtung des professionellen Handelns

- ▶ Wir sind nicht verantwortlich für die Gesundheit bzw. das Verhalten der PatientInnen.
- ▶ Wir arbeiten gemeinsam mit den PatientInnen an der Erreichung ihrer sozialen und gesundheitlichen Ziele.
- ▶ Wir unterstützen die PatientInnen auf ihrem eigenen Weg des Umgangs mit der Erkrankung und auf ihrem eigenen Weg, ihr Leben in den Griff zu bekommen.
  
- ▶ **„Sie können das...“** erreichen, umsetzen, verwirklichen, was Sie sich vorgenommen haben
- ▶ **„Wir unterstützen Sie...“** auf dem Weg, wenn Sie uns bitten, wenn Sie unser Angebot annehmen etc.

# Recovery: Was ist das eigentlich?

- ▶ Recovery wörtlich übersetzt: Genesung
- ▶ im heutigen Sprachgebrauch: Führen eines guten Lebens trotz einer psychischen Krankheit/Behinderung/ Einschränkung
  - ▶ Wiedererlangung des Selbstvertrauens und des Glaubens an die eigenen Fähigkeiten
  - ▶ Entwicklung eines positiven, nicht-defizitären Selbstbilds
  - ▶ Entwicklung von Hoffnung auf Verbesserung der eigenen Situation
  - ▶ Verfolgen eigener Ziele
  - letztlich geht es darum, das eigene Leben wieder selbst in den Griff zu bekommen

# Recovery – Prinzipien

- ▶ KlientInnen sind selbstverantwortlich für ihr Leben, ihre psychische und körperliche Gesundheit
- ▶ KlientInnen bestimmen selbst die Risiken, die sie während ihres Alltags eingehen wollen
- ▶ KlientInnen sind die Experten ihres Lebens (und ihrer Krankheit)
- ▶ Supported Decision Making: Entscheide werden von den KlientInnen getroffen (mit professioneller Unterstützung); im Zweifelsfall werden den Prioritäten der betroffenen Person gefolgt

# Motivierende Gesprächsführung – Basics

- ▶ Grundannahme: Veränderung in zentralen Lebensbereichen kann nur aus eigener Überzeugung entstehen
- ▶ Hauptziel: Aufbau intrinsischer Motivation anstelle von äusserem Druck
- ▶ Arbeit an persönlichen Zielen und Werten des/der KlientIn
- ▶ Verzicht auf Überredung, Beeinflussung und Zwang

# Motivierende Gesprächsführung

## Grundlegende Prinzipien

- ▶ 1. Prinzip: Empathie ausdrücken
  - ▶ Verzicht auf Kritik und Wertung der Lebensgestaltung und Ansichten der KlientInnen
- ▶ 2. Prinzip: Diskrepanz erzeugen
  - ▶ Motivation entsteht aus der Diskrepanz zwischen der aktuellen Situation und den Wünschen der KlientInnen
- ▶ 3. Prinzip: Anpassung an Widerstand
  - ▶ Veränderung ist in aller Regel ambivalent besetzt; Widerstände sind per se zu erwarten
- ▶ 4. Prinzip: Stärkung der Selbstwirksamkeit

# Professionelles Handeln: Psychopharmaka I

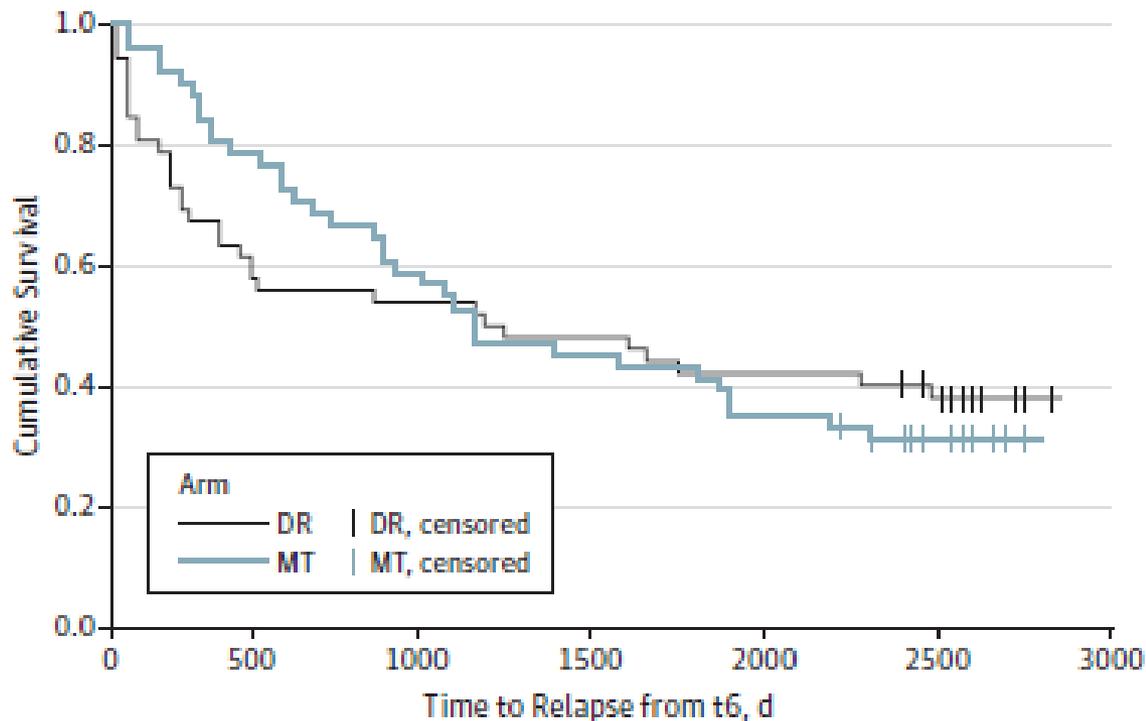
- ▶ PatientInnen erwarten von Professionellen eine differenzierte Bewertung der Pharmakotherapie
- ▶ eine unkritische Unterstützung der Pharmakotherapie wird von PatientInnen oftmals nicht geschätzt
- ▶ PatientInnen erwarten Informationen und Einschätzungen zu weiteren Behandlungsmöglichkeiten und Alternativen in der Versorgung
- Welche Behandlungsform ist für den/die jeweilige/n PatientIn angemessen gemäss der eigenen Präferenzen?

# Professionelles Handeln: Psychopharmaka II

- ▶ die PatientInnen tragen die individuelle persönliche Verantwortung für die (Nicht-)Einnahme der Medikation
- ▶ Informed Choice: PatientInnen benötigen
  - ▶ Informationen zu einzelnen Medikamenten
  - ▶ Austausch über ihre Erfahrungen mit Medikamenten im Allgemeinen sowie mit bestimmten Präparaten im Besonderen
  - ▶ Austausch zu Wirkungen und Nebenwirkungen
  - ▶ Unterstützung und Begleitung bei Dosisreduktionen und geplanten Absetzversuchen von Medikamenten

# Psychotische Rückfälle und selbstbestimmte Dosisreduktion/Nichteinnahme Neuroleptika

Figure 1. Kaplan-Meier Survival Analysis



Quelle: Wunderink L et al.: Recovery in Remitted First-Episode Psychosis at 7 Years of Follow-Up of an Early Dose Reduction/Discontinuation of Maintenance Strategy. JAMA Psychiatry 70 (2013), 913-920

Time to first relapse after first remission (t6) during 7 years of follow-up in patients assigned to 18 months (547 days) of dose reduction/discontinuation (DR) or maintenance treatment (MT).

# Schlussfolgerungen

- ▶ die UN-Behindertenrechtskonvention hat zahlreiche praktische und versorgungspolitische Implikationen für die Professionellen in der Psychiatrie
- ▶ die Konvention läuft dem aktuellen Mainstream in der psychiatrischen Versorgung und Forschung in Teilen zuwider
- ▶ eine aktive Umsetzung kann eine grosse Chance für interne Qualitätsverbesserungen sowie für das Image und vor allem für die Akzeptanz der psychiatrischen Versorgung unter den Patienten/Klienten, aber auch in der Öffentlichkeit bedeuten

# Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Prof. Dr. Dirk Richter  
Berner Fachhochschule  
Fachbereich Gesundheit  
[dirk.richter@bfh.ch](mailto:dirk.richter@bfh.ch)