

# Kerbe



Forum für  
soziale Psychiatrie

4 2022  
November  
Januar  
Februar  
40. Jahrgang



THEMENSCHWERPUNKT

**Sozialpsychiatrie  
international**

Leitlinien der  
Weltgesundheitsorganisation

Gegensätze, Widersprüche  
und Inspirationen

### 3 Editorial

#### 4 Themenschwerpunkt

##### 🌀 **Personenzentriert, rechtebasiert, recoveryorientiert und gemeindebasiert**

Die neuen Leitlinien für die psychosozialen Dienste der WHO, Martin Zinkler, Seite 4

##### 🌀 **Aufbruch in Myanmar**

Ein Land im Ausnahmezustand, N Thuu Thuu, Seite 7

##### 🌀 **Hoffnungsvolle Schritte**

Auf dem Weg zu einer sozialpsychiatrischen Versorgung in Burkina Faso, Marion Krieg, Sibdou Evaline Sawadogo, Isaac Alassane Quattar, Seite 11

##### 🌀 **Die kanadische Sozialpsychiatrie – eine zarte Pflanze**

Michael Krausz, Stefanie Schreiter, Max Meyer, Maurice Cabanis, Seite 14

##### 🌀 **Entwicklung der Sozialpsychiatrie in Europa**

Die Sicht von Mental Health Europe, Paul Bomke, Niklas Hlubek, Seite 18

##### 🌀 **Gegensätze, Widersprüche, Inspirationen**

Sozialpsychiatrie im Vereinigten Königreich, Joachim Schnackenberg, Seite 23

##### 🌀 **Sozialpsychiatrie in Frankreich**

Annäherung an ein System voller Widersprüche, Matthias Brunn und Julie Gagnon, Seite 26

##### 🌀 **Krise und Resilienz**

Die (sozial-) psychiatrische Versorgung in Griechenland, Nikolaos Tsamitros und Vasiliki Kokkinakou, Seite 29

##### 🌀 **Psychiatrie-Reform in Italien**

Alessandra Oretti, Seite 32

#### 37 Spectrum

##### 🌀 **Immer und immer wieder**

Die DGSP fordert seit langem einen regelmäßigen Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland, Daniela Glagla und Patrick Nieswand, Seite 37

##### 🌀 **Menschenrechte in der Psychiatrie**

Eine sozialpsychiatrische Standortbestimmung, Dirk Richter, Seite 40

##### 🌀 **StäB – Eine Behandlungsoption mit vielen Vorteilen**

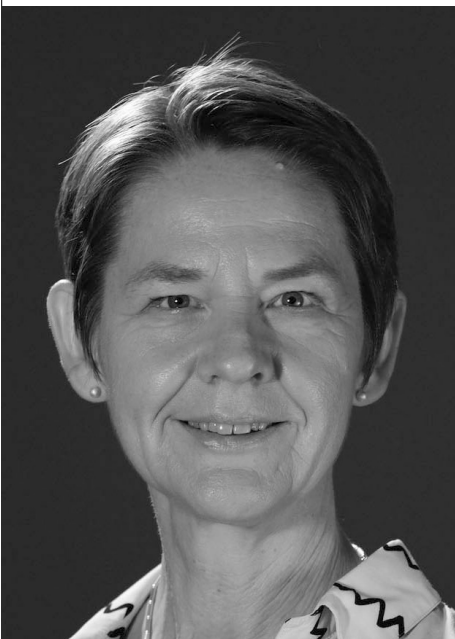
Hans-Jörg Assion, Bianca Ueberberg und Annika Himmel, Seite 43

##### 🌀 **Interessenvertretung und Selbsthilfe**

Die Arbeit des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e.V., Susanne Konrad, Seite 45

#### 47 Termine

Titelfoto: pixabay



## Liebe Leserin, lieber Leser

Die Entstehung und Entwicklung der Sozialpsychiatrie mit ihren Leitlinien, Prinzipien, ihrer Philosophie, ihrer Praxis, ihrer Widersprüchlichkeiten und Defiziten ist in einem globalen Kontext zwischenzeitlich über 50 Jahre alt. Diese Ausgabe der Kerbe soll den Stand der psychiatrischen Versorgung und darin wiederum der sozialpsychiatrischen Bemühungen in verschiedenen Ländern in den Blick nehmen. Vorrangig steht die Fragestellung im Mittelpunkt, wie sich die Psychiatrie im globalen Kontext regional entwickelt hat? Gab und gibt es in den jeweiligen Ländern überhaupt (noch) eine ausgeprägte sozialpsychiatrische Praxis? Wie lautet das mehrheitlich akzeptierte und praktizierte Paradigma und wo gibt es regionale Besonderheiten? Dabei ist uns bewusst, dass es zweifellos ein äußerst schwieriges Unterfangen ist, von der übergreifenden Entwicklung in einem Land zu sprechen und diese in einem begrenzten Beitrag zusammenzufassen. Die vorliegenden Artikel der Kerbe können nur Annäherungen an Entwicklungen in den Ländern sein, die wiederum und notwendigerweise subjektiv von den jeweiligen Autor\*innen geprägt sind und nicht den Anspruch einer vollständigen Übersicht und Bewertung erheben können. Um zumindest eine gewisse Vergleichbarkeit zwischen den verschiedenen Ländern und den spezifischen Entwicklungen herstellen zu können, hatten wir Kategorien formuliert, an denen sich die Autor\*innen orientieren konnten. Wichtig war uns die Frage nach dem zugrundeliegenden Menschenbild in der Fachwelt. Wie sieht es mit der Sicherstellung der Menschenwürde aus? Werden Menschen mit psychischen Erkrankungen strukturell oder gesetzlich benachteiligt, oder besteht grundsätzlich eine rechtliche Gleichstellung? Wie sieht es mit der öffentlichen Meinung und Haltung gegenüber psychischen Erkrankungen und psychisch erkrankten Menschen aus? Gibt es eine Sensibilität bezüglich der Themen Stigmatisierung und Diskriminierung sowohl in der Fachöffentlichkeit als auch in der allgemeinen Öffentlichkeit? Wir haben des Weiteren nach den Paradigmen der (sozial)psychiatrischen Versorgung, dem Umgang mit Zwang und nach den Beteiligungsformen der Psychiatrie Erfahrenen gefragt.

Schließlich wollten wir wissen, welche Besonderheiten und Gegebenheiten in der (sozial)psychiatrischen Versorgung länderspezifisch sind. Die Autor\*innen waren eingeladen, sich an den Fragen zu orientieren und den jeweils aktuellen Stand mit Umsetzungsherausforderungen und möglichen Entwicklungsperspektiven zu beschreiben.

Insgesamt wollen wir zu einem vergleichenden Verstehen beitragen, worin in unterschiedlichen Ländern Gemeinsamkeiten aber auch Unterschiede in der Entwicklung der (sozial)psychiatrischen Versorgung und im Umgang mit psychischen Erkrankungen vorliegen.

Aufgrund der vielen Beiträge aus den unterschiedlichsten Ländern ist ein beeindruckendes Spektrum entstanden. Die Zahl und der Umfang der Beiträge haben uns dazu bewogen, daraus zwei aufeinander folgende Ausgaben zu veröffentlichen.

Den Beiträgen aus den verschiedenen Ländern ist ein Artikel zu den Leitlinien der World Health Organization (WHO) für die psychosozialen Dienste vorangestellt. Sie fordern eine personenzentrierte, gemeinde- und rechthebasierte sowie zwangsfreie psychosoziale Versorgung. Die (sozial)psychiatrische Weltreise beginnen wir in Asien. Sie führt uns danach über Westafrika nach Nordamerika und dann nach Europa. Methal Health Europe (MHE) stellt zu Beginn der Europareise ihre Bemühungen um die europaweite Vermeidung von Zwangsmaßnahmen und einige Beispiele aus europäischen Ländern vor. Die sich anschließenden Beiträge sind, soweit sie zum Redaktionsschluss vorlagen, alphabetisch geordnet.

In der nächsten Kerbeausgabe, die am 1. Februar 2023 erscheinen wird, werden die (sozial)psychiatrischen Entwicklungen beispielsweise in Polen, Rumänien, der Schweiz und Türkei beschrieben. Mit einem Bericht aus Deutschland werden wir diese spannende Reise beenden.

Wir wünschen Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, eine spannende und abwechslungsreiche Lektüre und freuen uns über Ihre Rückmeldungen.

Sabine Wetzel-Kluge  
Jürgen Armbruster  
Klaus Obert



# Personenzentriert, rechtebasiert, recoveryorientiert und gemeindebasiert

## Die neuen Leitlinien für die psychosozialen Dienste der WHO

Von Martin Zinkler

Zwangsmaßnahmen und institutionelles Handeln sind in der psychosozialen Versorgung international und in Deutschland weit verbreitet. Gleichzeitig werden erhebliche Anstrengungen unternommen, um überkommene institutionelle Versorgungsstrukturen zu transformieren und die Ansprüche der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen in der psychosozialen Versorgung zu realisieren. Das QualityRights Training der WHO ist geeignet, das Wissen über und die Einhaltung von Menschenrechtsstandards in den Einrichtungen zu fördern. Die Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation für die gemeindepsychiatrischen Dienste von 2021 beschreiben eine Reihe von good-practice Beispielen für personenzentrierte, rechtebasierte und in der Gemeinde verankerte Dienste. Das Netzwerk in Triest, die gemeindepsychiatrischen Zentren in Brasilien und die Friendship Benches in Zimbabwe werden in diesem Beitrag vorgestellt.



**Martin Zinkler**  
Dr., Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Gesundheit Nord gGmbH – Klinikverbund Bremen

### Einführung

Mit der Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen durch den Deutschen Bundestag im Jahr 2008 (Bundesgesetzblatt 2008) wurde die Konvention in Deutschland nationales Recht. Auf der Grundlage der Konvention forderten mehrere UN-Gremien, darunter das Hochkommissariat für Menschenrechte, ein Ende der Zwangspraxis in der psychiatrischen Versorgung und anderen Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen (Vereinte Nationen 2013, 2014, 2017a, 2017b, 2018). In der Folge schlossen sich der Europarat (Europarat 2019) und die Weltgesundheitsorganisation (2021a) in ihren Leitlinien für die gemeindepsychiatrischen Dienste (Guidance on community mental health services. Promoting person-centred and rights-based approaches) diesen Forderungen an: „Stellvertretende

Entscheidungsfindung, Zwangspraktiken und Institutionalisierung müssen durch Unterstützung bei der Ausübung der Rechtsfähigkeit, ein unabhängiges Leben in der Gemeinschaft und andere Menschenrechte ersetzt werden“ (Weltgesundheitsorganisation 2021a, S.185). Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt in diesen Leitlinien in sieben technischen Paketen 28 Dienste bzw. regionale Netzwerke zur Unterstützung von Menschen mit psychosozialen Behinderungen, die sich an den Grundsätzen personenzentriert, rechtebasiert und gemeindebasiert messen lassen. Es handelt sich dabei um Krisendienste, krankenhausbasierte Dienste, gemeindepsychiatrische Dienste, Peer-geführte Dienste, aufsuchende Dienste, lebenspraktische Unterstützung und Netzwerke, z.B. die Dienste in Triest oder Lille. Alle Dienste werden detailliert beschrieben, mit Daten, Quellen, Philosophie, Ergebnissen und Hinweisen zu Schwierigkeiten bei der Umsetzung

sowie zur Übertragbarkeit auf andere Orte.

Dabei handelt es sich um Teil 2 eines dreiteiligen Programms zur Transformation der psychosozialen Versorgung. Teil 1 war die Entwicklung des Trainingsprogramms QualityRights (WHO 2019). Im Teil 3 werden dann detaillierte Hinweise zur Überarbeitung der gesetzlichen Grundlagen erarbeitet, einschließlich der Psychiatriegesetze und der Vormundschafts- bzw. Betreuungsregelungen. Diese sollen 2023 veröffentlicht werden.

Die Leitlinien aus 2021 sollen Regierungen, politischen Entscheidungsträgern, Fachkräften der Gesundheits- und Sozialfürsorge, Nichtregierungsorganisationen, Organisationen von Menschen mit Behinderungen und anderen Akteuren die Möglichkeit geben, psychosoziale Dienste einzuführen und auszubauen, die die Menschenrechte schützen und fördern und letztlich das Leben von Menschen mit psychischen



Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen überall verbessern. Die WHO übernimmt damit die menschenrechtlichen Grundlagen der Vereinten Nationen und dabei insbesondere die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen als Grundlage und Handlungsanleitung für die psychiatrische Versorgung. Unterstützung und Behandlung durch die Dienste müssen demnach auf dem Willen und den Präferenzen der Betroffenen basieren.

Dabei darf die Transformation des Systems auch nicht vor der Überarbeitung nationaler Gesetze halt machen: „Die Förderung der Grundsätze der Konvention erfordert eine umfassende Überarbeitung der Psychiatriegesetze und anderer Gesetze, die sich direkt auf das Leben von Menschen mit psychischen Erkrankungen und psychosozialen Behinderungen auswirken, z. B. der Gesetze zu Wahlrecht, Ehe, Beschäftigung und Bildung. ... Die Rechtsvorschriften zur ärztlichen Haftung oder ärztlichen Kunstfehlern sollten weiter reformiert werden, um zu verhindern, dass Ärzte auf Zwangs- und Isolationsmaßnahmen zurückgreifen, um das Risiko von Schäden zu vermeiden, und um stattdessen die Achtung der Rechte der Betroffenen zu fördern.“ (Übersetzung: M. Zinkler)

In diesem Beitrag werden beispielhaft drei Dienste vorgestellt: das Netzwerk in Triest, die Friendship Bench in Zimbabwe und die CAPS in Brasilien.

### Das Netzwerk in Triest

Die Dienste in Triest versorgen eine Bevölkerung von 236.000 EW. Vier gemeindepsychiatrische Zentren arbeiten rund um die Uhr, ohne Wartelisten. Zwischen 8:00 und 20:00 kann man ohne Wartezeit jederzeit dort vorsprechen. Jedes Zentrum hat 6-8 Krisenbetten, so dass Unterstützung sowohl tagsüber als auch nachts erfolgen kann. Alle vier Zentren sind offen geführt, es gibt also keine geschlossenen Bereiche. Die Dienste arbeiten aufsuchend mit Krisenunterstützung zu Hause, die Unterstützung erstreckt sich auf Beruf und Ausbildung, Behandlung, Beratung, Angehörigenarbeit und Vermittlung in intensivere Programme, z.B. im betreuten Wohnen. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in den Zentren liegt bei 13,8 Tagen. Jedes Zentrum beschäftigt

20-22 Mitarbeiter:innen der Krankenpflege und weitere Mitarbeitende aus den Bereichen Psychiatrie, Psychologie, Rehabilitation (rehabilitation specialists), Sozialarbeit und Hilfspersonal (support workers). Nachts sind zwei Mitarbeitende vor Ort, eine Ärztin kann gerufen werden.

Die Dienste in Triest folgen einem strikten No-restraint Ansatz. Es gibt also keine Fixierungen (Festbinden am Bett) und keine Isolierungen (Einsperren in einem Raum). Lediglich in einer Art psychiatrischer Intensivstation, dem *Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura* mit 6 Betten, werden ausnahmsweise Zwangsunterbringungen mit medikamentöser Zwangsbehandlung durchgeführt. Die Häufigkeit von unfreiwilligen Behandlungen dort liegt bei 8,1/100.000 Einwohner pro Jahr. In dieser Einheit bleiben die meisten Patienten weniger als 24h, im Durchschnitt 1,7 Tage. Die Unterbringungen in Triest erfolgen für max. 7 Tage, können aber erneuert werden. Dies ist selten der Fall, es gibt keine Langzeitunterbringungsbeschlüsse.

Die nachhaltige Wirksamkeit der Dienste zeigt sich in der extrem niedrigen Rate von forensisch-psychiatrischen Unterbringungen. Diese lag 2006 bei Null und liegt 2022 bei zwei Personen. Die Dienste in Triest sind vernetzt mit Unterstützung beim Wohnen, bei der Arbeit und für die soziale Inklusion. Bei den Kooperativen, eine Art sozialer Firmen, finden 800 Menschen mit psychosozialen Behinderungen Arbeit und weitere Qualifizierung. Der Anteil von Menschen mit psychosozialen Behinderungen liegt bei den Beschäftigten der Kooperativen bei 30%.

Für 42 Personen gibt es Wohnungen mit Unterstützung. Dort finden pro Jahr etwa 100 Personen Unterkunft, denn die Wohnungen werden nur für maximal 6 Monate zur Verfügung gestellt. Es gibt also kaum noch Personen, die langfristig in Institutionen leben. Die Grundsätze beim unterstützten Wohnen sind: demokratische Herangehensweise, ressourcenorientiertes Arbeiten, Wertschätzung der eigenen Erfahrung, dialogische Arbeit und konstantes Lernen für alle Beteiligten.

### Die Friendship Bench, Zimbabwe

2006 begann die Arbeit mit den „Freundschaftsbänken“ in Zimbabwe. Ältere Frauen der Gemeinde konnten sich beim lokalen Gesundheitsdienst melden um sich als „Laienberaterinnen“ zu qualifizieren. Sie erhalten 8 Tage Training in problemlösungsorientierter Beratung (problem-solving therapy, Chibanda et al. 2017), Symptomerkennung und Psychoedukation. Die Laienberaterinnen erhalten monatliche Gehälter, für die Klient:innen ist der Dienst kostenlos. Die Freundschaftsbänke gibt es inzwischen in mindestens 70 Städten in Zimbabwe, sie wurden evaluiert und in die Nationale Strategie für die Psychische Gesundheit aufgenommen.

**Aus den Einzelgesprächen haben sich inzwischen örtliche Unterstützungsgruppen entwickelt, die wiederum von ehemaligen Klient:innen der Friendship Bench geleitet werden. Man trifft sich, tauscht sich aus.**

Bedeutsam für den Dienst ist, dass die Frauen über detaillierte Kenntnisse über ihre Gemeinde verfügen, selbst schon Krisen erlebt und gemeistert haben, und bereit sind, ihr Wissen und ihre Empathie den Hilfesuchenden zur Verfügung zu stellen.

In einem Land, in dem es kaum psychiatrische Dienste gibt, stellt die Friendship Bench eine Möglichkeit dar, mit den knappen Ressourcen im Land ein flächendeckendes Netz von Beratung und Hilfe für die häufigsten psychischen Probleme zu etablieren. Der Zugang erfolgt über die primärmedizinische Versorgung in den Gemeinden. Die Frauen sprechen mit ihren Klient:innen dort (auf der Bank), bei ihnen zu Hause, am Marktplatz oder beim gemeinsamen Gebet in der Kirche. Ursprünglich auf 6 Behandlungsstunden ausgelegt, hat sich die Intervention entwickelt, so dass es nun flexible Arrangements gibt, je nachdem wie sich Therapeutin und Klientin einigen.

Aus den Einzelgesprächen haben sich inzwischen örtliche Unterstützungsgruppen entwickelt, die wiederum von ehemaligen Klient:innen der Friendship Bench geleitet werden. Man trifft sich, tauscht sich aus, organisiert aber auch gemeinsames Arbeiten, um ein Einkommen zu erzielen. Evaluationsstudien zeigten eine bedeutsame Symptomreduktion und Empathie als besonders wirksamen Faktor.



## Die CAPS in Brasilien

Die CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) sind aufsuchend arbeitende gemeindepsychiatrische Dienste, die vom Nationalen Gesundheitsdienst in Brasilien finanziert werden. Die Dienste kümmern sich um Menschen in akuten Krisen ebenso wie um längerfristig psychisch Erkrankte. Die Dienste ersetzen die traditionellen psychiatrischen Kliniken und arbeiten durchgehend über 7 Tage in der Woche. Grundprinzipien der Zentren sind Förderung der Autonomie, die Konfrontation ungleicher Machtverhältnisse und soziale Partizipation. Sie sind jeweils für Regionen mit etwa 150.000 Einwohnern zuständig. Es gibt tagesklinische Aktivitäten, aber auch die Möglichkeit bis zu 14 Tage dort über Nacht zu bleiben. Dafür gibt es acht Krisenbetten. Multiprofessionelle Teams mit 58 Vollzeitkräften versorgen etwa 400 Personen jeden Monat mit etwa 60 Neuaufnahmen. Die Mitarbeitenden entwickeln mit den Nutzern individuelle Behandlungspläne, basierend auf der Lebensgeschichte, diagnostischen Überlegungen, persönlichen Zielen und Schwierigkeiten. Die Nutzer werden nie zu anderen Diensten weiter überwiesen, in denen Zwang angewendet wird. In den CAPS wird Zwang höchst selten angewendet, in dem beschriebenen Dienst beispielsweise dreimal im Jahr. Alle Interventionen werden mit den Nutzern individuell vereinbart, einschließlich Medikation oder täglichen Hausbesuchen. Mitarbeitende und Klienten sind ständig im Kontakt mit der Gemeinde, um Ressourcen außerhalb des psychosozialen Hilfsystems zu erschließen. Die Klienten übernehmen eine aktive Rolle in der Aufsicht und in der Weiterentwicklung der Dienste. Beispielsweise treffen sich etwa 60 Personen (Klienten, Angehörige, Mitarbeitende) jede Woche um sich über die Arbeit der Dienste, anstehende Probleme und Lösungen auszutauschen. Die Evaluation der CAPS zeigt hohe Akzeptanz bei Nutzern und Angehörigen, respektvollen Umgang miteinander, aber auch Wahrung der Menschenrechte und Recoveryorientierung (WHO 2020).

**Deutlich wird ebenso, dass die vier Prinzipien rechtebasiert, personenzentriert, recoveryorientiert und gemeindebasiert nicht unabhängig voneinander realisiert werden können. Es handelt sich um interdependente Zielsetzungen.**

## Ausblick

Die Diskussion über rechtebasierte, recovery-orientierte und ausschließlich auf Unterstützung ausgerichtete Dienste wird in Deutschland oft defensiv geführt, so als ob Zwang ein notwendiger Bestandteil der psychosozialen Versorgung sei. Die WHO Leitlinien mit der Beschreibung von Diensten aus allen Regionen der Welt zeigen, dass es sich bei einer personenzentrierten, gemeindebasierten, rechtebasierten und zwangsfreien psychosozialen Versorgung (Zinkler & von Peter 2019) um eine reale Möglichkeit handelt und dass es an uns, den klinisch, politisch und administrativ Handelnden liegt, ob wir uns an diesen Beispielen orientieren oder an überkommenen institutionellen Modellen festhalten. Deutlich wird ebenso, dass die vier Prinzipien *rechtebasiert, personenzentriert, recoveryorientiert und gemeindebasiert* nicht unabhängig voneinander realisiert werden können. Es handelt sich um interdependente Zielsetzungen, die nur gemeinsam vorangetrieben werden können. Die vorgestellten Dienste sind unterschiedlich weit in der Umsetzung dieser Ziele. Gemeinsam ist ihnen, dass die Prioritäten gesetzt sind, weg von den Institutionen, weg von exkludierenden Zuschreibungen (*Otherring und Ableism*) und einem biomedizinischen Verständnis hin zum Respekt für die Person in ihrer Vielfaltigkeit und ihren unveräußerlichen Rechten. ●

## Literatur

- Chibanda D, Cowan F, Verhey R, Machando D, Abas M, Lund C. (2017).** Lay health workers' experience of delivering a problem solving therapy intervention for common mental disorders among people living with HIV: a qualitative study from Zimbabwe. *Community Ment Health J.* 2017;53:143–53. doi: 10.1007/s10597-016-0018-2.
- United Nations (2013).** Human Rights Council. Twenty-second session. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez. A/HRC/22/53
- United Nations (2014).** Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Eleventh session. General comment No. 1 (2014). Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1.
- United Nations (2017a).** Human Rights

Council, Thirty-fourth session. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. A/HRC/34/32.

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

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

**World Health Organization (2019).** QualityRights materials for training, guidance and transformation. [www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools](http://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools)

**World Health Organization (2020).** CAPS III Brasilândia, São Paulo, Brasil. QualityRights evaluation report. Geneva: World Health Organization; [https://qualityrights.org/wp-content/uploads/CAPS-III-Brasilandia\\_Brazil-QualityRights-Evaluation-Report.pdf](https://qualityrights.org/wp-content/uploads/CAPS-III-Brasilandia_Brazil-QualityRights-Evaluation-Report.pdf)

**World Health Organization (2021a).** Guidance on community mental health services. Promoting person-centred and rights-based approaches. (Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches). [www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services](http://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services)

**World Health Organization (2021b).** Comprehensive mental health service networks: promoting person-centred and rights-based approaches. In: Comprehensive mental health service networks: promoting person-centred and rights-based approaches 2021.

**Zinkler M, von Peter S. (2019).** End coercion in mental health services—toward a system based on support only. *Laws.* 8(3): 19.



# Aufbruch in Myanmar

## Ein Land im Ausnahmezustand

Von N Thuu Thuu, übersetzt von Jürgen Armbruster

Am frühen Morgen rief mich eine Frau an, eine junge Mutter eines 2 Monate alten Babys und eines 3 Jahre alten Kindes, die mit mir am Telefon sprach. In ihrem hochburmesischen Akzent sagte sie schluchzend: "Mein Mann hat seinen Job verloren, hat ein Alkoholproblem und ist schließlich zusammengebrochen. Mein Vater und mein Bruder haben ihn rausgeschmissen, weil sie keinen Verückten zu Hause haben wollten, und er ist ins Dorf seiner Eltern geflohen. Ich war so verzweifelt. Ich habe selbst bereits als Jugendliche einen Suizidversuch unternommen. Meine ältere Schwester wurde in eine psychiatrische Klinik eingewiesen und nahm sich das Leben, indem sie alle ihre Medikamente nahm. Bitte helfen Sie mir und meiner Familie". Und die junge Mutter erzählte weiter, ihre Familie sei mit einer Geisteskrankheit verflucht, weil sie aus einer Sklavenfamilie abstammte, die in Mandalay, der alten Hauptstadt der burmesischen Königreiche, als unterste soziale Schicht diskriminiert und stigmatisiert wurde.

In der Zwischenzeit wurde in unserer Ambulanz in Yangon der Fall einer 80-jährigen Demenzpatientin behandelt, deren Familie alle drei Söhne verloren hat; zwei ältere Söhne, die beide als Eisenbahnarbeiter beschäftigt waren, begingen Suizid in Verbindung mit ihrem Alkoholismus. Der jüngste Sohn starb ebenfalls an Alkoholismus.

Im nördlichen Arakan sind die Rohingyas von somatischen Beschwerden, die oft mit Ernährungs- und Gesundheitsproblemen zusammenhängen und vielfältigen psychischen Erkrankungen betroffen. In den konflikthaften ethnischen Gebieten leiden die Menschen unter chronischer Verzweiflung und psychischen Problemen. Die meisten Suizide, einschließlich der Suizide von Kindern, werden nicht gemeldet. Myanmar ist derzeit mit weit verbreiteten Konflikten konfrontiert. Seit dem Militärputsch im Februar 2021 sind die unmittelbaren Grundlagen des täglichen Lebens bedroht und die finanzielle

Not hat sich zusätzlich zur schweren sozioökonomischen und gesundheitlichen Krisen infolge der Covidpandemie noch verstärkt. Die Herausforderungen und Folgen von Covid, des Putschs und den darauf folgenden Konflikten überfordern die Bevölkerung: existenzielle Not, Unsicherheit, Schließung von Schulen, wirtschaftlicher Mangel, Trauer und Trauma durch den Verlust geliebter Menschen durch Covid, Gefangenschaft, Gefängnis oder Trennung. Viele Dörfer wurden vom myanmarischen Militär niedergebrannt und die Dorfbewohner verließen ihre Häuser oder wurden getötet. Über hunderttausend Menschen wurden vertrieben und viele haben das Land bereits verlassen. Die Häufigkeit allgemeiner psychischer Probleme ist schwer zu beziffern, nimmt aber aufgrund der langen und kumulativen traumatischen Belastungen und der psychischen Krisen zu, während die basale psychosoziale Infrastruktur nicht in der Lage ist, die Bedürfnisse im Land zu erfüllen.

Viele internationale Nicht-Regierungsorganisationen (NGO) haben das Land nach dem Staatsstreich verlassen. Diejenigen, die im Land geblieben sind, können die abgelegenen Dorfgemeinschaften aufgrund der Sicherheitslage nicht erreichen. Ein Mitarbeiter, der an vorderster

Front mit Binnenvertriebenen arbeitete, war überarbeitet, überfordert und hatte mit Selbstzweifeln, Verzweiflung, Frustration und Erschöpfungsdepression zu kämpfen. Das bestehende staatliche System für psychische Gesundheit - das medizinische Versorgungssystem mit zwei psychiatrischen Anstalten und Ambulanzen in allgemeinen Krankenhäusern - ist für die somatische und psychiatrische Gesundheitsversorgung der Bevölkerung (2020: 54,4 Mill. Einwohner\*innen) völlig unterdimensioniert. Während der lokale Umgang mit psychisch kranken Menschen

noch immer auf dem Irrenhausgesetz von 1912 aus der Kolonialzeit basiert, werden im staatlichen psychiatrischen Krankenhaus und in anderen privaten psychiatrischen Einrichtungen in Yangon Menschen mit psychischen Erkrankungen lebenslang mit Hilfe von Psychopharmaka verwahrt. Während der Covid-Pandemie starben einige der inhaftierten chronischen Patienten an Covid, aber der Bericht darüber wurde nicht öffentlich gemacht. Die Familien können oft erst Jahre nach dem Tod eines Patienten eine Sterbeurkunde vom Krankenhaus abholen, weil das Krankenhaus die Verstorbenen ohne Beisein der Familie beerdigt hat.

### Die Aung Mental Health Initiative

Die Aung Mental Health Initiative (Aung MHI) <https://www.aungclinicmh.org/> bietet seit 2015 mit Unterstützung von Open Society Foundations <https://www.opensocietyfoundations.org/> - gemeindenaher psychosoziale

Dienste einschließlich integrativer Familienarbeit für Menschen mit verschiedenen psychischen Problemen und deren Familien an. Die Open Society Myanmar war bis zum Staatsstreich im Jahr 2020 in Myanmar tätig. Die Aung MHI bietet jährlich 200 Menschen und ihren

**In der Zwischenzeit wurde in unserer Ambulanz in Yangon der Fall einer 80-jährigen Demenzpatientin behandelt, deren Familie alle drei Söhne verloren hat; zwei ältere Söhne, begingen Suizid in Verbindung mit ihrem Alkoholismus.**

Familien eine nachhaltige integrierte psychiatrische Grundversorgung durch einen rechtbasierten und recoveryorientierten Ansatz mit ganzheitlicher und personenzentrierter Behandlung. Die Aung-Klinik bietet Unterstützung für Menschen aller Altersgruppen mit leichten bis schweren psychischen Problemen wie Angst, Depression, Stress, Trauma, PTBS, Psychosen, bipolaren Störungen und Schizophrenie. Die Klinik unterstützt auch Menschen mit geistigen Behinderungen und Verhaltensproblemen sowie Menschen, die mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit



zu kämpfen haben. Ein Allgemeinmediziner der Klinik bietet ergänzend auch eine allgemeine medizinische Versorgung an. Während der gesamten Covidpandemie kam es nur zu einem einzigen Todesfall unter den betreuten Personen und deren Familienangehörigen. Aung MHI gewährt eine integrierte Unterstützung durch eine Reihe von Fachleuten, darunter Psychiatern, Allgemeinmedizinern, Kunsttherapeuten, Session Künstlern, Peer-Support-Mitarbeitern und Freiwilligen aus dem Bereich der psychischen Gesundheit.

**Ganzheitliche Behandlung:** Aung MHI ist von der Überzeugung getragen, dass ein integrierter Ansatz für die Verbesserung des langfristigen Wohlbefindens von Menschen mit psychischen Problemen entscheidend ist.

Die Dienstleistungsnutzer und ihre Familien können entsprechend ihrer Bedürfnisse verschiedene Arten von Unterstützung in Anspruch nehmen.

Aung MHI verfolgt das Ziel, dass Menschen mit schweren psychischen Störungen nicht in psychiatrischen Kliniken und anderen Einrichtungen untergebracht werden sollten. Mit dem gemeindenahen Betreuungsmodell wird Menschen geholfen, die von einer Heimunterbringung bedroht sind und solchen, die in psychiatrischen Kliniken leben, sich behandeln zu lassen und gleichzeitig ein sinnvolles Leben in ihren Gemeinden aufzubauen. Familien sollen dazu ermutigt werden, ihre Angehörigen zu Hause zu versorgen.

**Verringerung der Stigmatisierung und Förderung der sozialen Eingliederung:**

Die Klinik fördert das Bewusstsein für psychische Gesundheit, um die Diskriminierung von Menschen mit psychischen Störungen zu verringern. Aung MHI arbeitet mit Schulen, Arbeitgebern und lokalen Organisationen zusammen, um sicherzustellen, dass Menschen mit geistigen und psychosozialen Behinderungen an allen Aspekten des Lebens teilhaben können.

**Menschenrechte und Empowerment:**

Aung MHI hilft Klient\*innen und ihren Familien, ihre Rechte auf der Grundlage der Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) zu verstehen, arbeitet mit

den Klient\*innen zusammen und setzt sich für eine bessere Behandlung ein.

**Forschung und Advocacy:** Aung MHI führt auch Forschungsprojekte durch und engagiert sich für Advocacy (Rechtsvertretung), um das Bewusstsein für die psychische Gesundheit und die Rechte von Menschen mit psychosozialen Behinderungen zu stärken. Sie initiiert integrative Kunstprogramme in ihrem gesamten Arbeitskontext durch die Partnerschaft mit dem WHO Mental Health and Human Right Departement, dem United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) und anderen lokalen und internationalen Fachleuten und Organisationen.

Aung MHI bietet integrierte Dienstleistungen für einzelne Personen und Familien, sie gestaltet Kunstinterventionen (Kunsttherapie), einen Koch-Club, bietet Beratung, Psychotherapie, Gruppentherapie und Gruppengespräche an sowie eine Peer-Support-Gruppe, eine Peer-Kunst-Selbsthilfegruppe und Hilfe bei der Geldverwaltung.

Gezielt werden life skills gefördert, aufsuchende Hilfen (Community Outreach) und Hausbesuche angeboten sowie psychosoziale Bildungsangebote zu Themen der seelischen Gesundheit, Trainings für die soziale Unterstützung und die Befähigung für ein unabhängiges und selbstbestimmtes Leben. Aung MHI setzt sich für Inklusion in das Gemeinwesen, für Traumabehandlung und die Förderung des persönlichen Wachstums ein und ermöglicht Einkünfte durch Art Brut Ausstellungen und Verkäufe von Kunstwerken.

Von 2016 bis 2020 arbeitete die Initiative für psychische Gesundheit der Aung-Klinik mit ethnischen Gesundheitsorganisationen zusammen, um in Dorfgemeinden in verschiedenen ethnischen Gebieten eine integrierte Ausbildung und Versorgung im Bereich der psychischen Gesundheit anzubieten: Das BPHWT (Back Pack Health Worker Team /Rucksackarbeiterteam) besteht aus ethnischen Gesundheitsshelfer\*innen und freiwilligen Gesundheitsshelfer\*innen in abgelegenen Gebieten verschiedener Ethnien, wo sie Bevölkerungsgruppen betreuen,

die von den staatlichen Gesundheitsdiensten nicht erreicht werden können. Die gemeindebasierten Gesundheitsdienste, die für Themen der psychischen Gesundheit qualifiziert sind und von ethnischen Gesundheitsorganisationen erbracht werden, dienen ihren Gemeinschaften in verschiedenen entlegenen Gebieten im Hinblick auf die umfassende landesweite Entwicklung, die Dezentralisierung, die universelle Gesundheitsversorgung im Rahmen der Entwicklung der Sustainable Development Goals (UN-Nachhaltigkeitsziele, kulturelle Gesundheit /soziale Gesundheit und kontextspezifische Gesundheit), indem sie ihre ethnokulturellen und ethnobiologischen Ressourcen für ihre Gemeinschaften nutzen.

Die ethnisch-kulturelle und soziale Kompetenz, Menschen mit psychosozialen und geistigen Behinderungen aufzunehmen, zu unterstützen und zu betreuen, wurde von den Führern der ethnischen Gemeinschaften in einigen ethnischen Gebieten bereits entwickelt. Aung MHI arbeitete mit der Organisation Myanmar Health Initiative in den am stärksten unterversorgten Dörfern in nördlichen Chinstaat zusammen, um Schulungen und Workshops zu psychischer Gesundheit und Wohlbefinden (wellbeing) durchzuführen. Im Jahr 2021, während des Staatsstreichs und der Covid-Krise, wurden Workshops zur psychischen Gesundheit und zum psychosozialen Wohlbefinden für verschiedene ethnische Gruppen durchgeführt. Das Department für psychische Gesundheit und Menschenrechte der WHO veröffentlichte 2021 den Bericht über Förderung der psychischen Gesundheit durch die Aung-Klinik im Leitfaden für bewährte Praktiken für kommunale psychische Gesundheitsdienste <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/community-based-mental-health-services-using-a-rights-based-approach>. Die Aung-Klinik wirkt daran mit, das Feedback zum WHO-Schulungsprogramm für psychische Gesundheit und Menschenrechte im Jahr 2022 zu verfassen.

### Die Arbeit von Aung MHI unter einer Militärdiktatur

Trotz des Putsches, der jede Unterstützung seitens der Open Society Foundations stoppte, setzte Aung MHI seine nachhaltige Unterstützung und Betreuung von Menschen mit der Le-





benserfahrung einer psychosozialen und geistigen Behinderung fort, um ihnen ein unabhängiges Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, um ein eigenes Einkommen zu generieren und ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu fördern mit Unterstützung ihrer lokalen und internationalen Kooperationspartner: dem British Council Myanmar, dem Goethe Institute Myanmar, der Französischen Botschaft Myanmar, dem SIF - Singapore International Fund, durch lokale Kunstgalerien und den Verkauf von Aung MHI - Kunstwerken.

Nach dem Staatsstreich unterstützte der British Council Myanmar Aung MHI bei der Förderung inklusiver Kunst in Zusammenarbeit mit einem Kunsttherapeuten, der früher im britischen National Health Service tätig war und bei der Begleitung von 5 Gemeinschaftsprojekten für inklusive Kunst in abgelegenen ethnischen Gebieten in Zusammenarbeit mit einem Kunstprofessor der Brighton University in Großbritannien.

Das Ziel von Art for All ist es, lokale Gemeinschaften und Gemeinschaftsentwicklungen durch Kunst und kulturelle Praktiken zu unterstützen. Das Ergebnis des Projekts „Kunst für alle“, eine Ausstellung und Installation in der Lokanat Galery in Yangon während des Putsches, war ein Erfolg. Das Betreuungsprogramm des Goethe Institute Myanmar arbeitete mit der Initiative für psychische Gesundheit der Aung-Klinik for art and healing zusammen, um die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden zu fördern und den Austausch und das Lernen unter Jugendlichen in der Kommune von Yangon zu unterstützen. Dabei wird Kunst als Ausdruck, zum Verständnis und zur Verarbeitung von Traumata in Bezug zu Geist und Körper genutzt. Die französische Botschaft unterstützte die Aung-Klinik, indem sie am Bastille-Tag 2022 eine Kunstausstellung für Menschen mit Behinderung veranstaltete, um die psychische Gesundheit auf kreative Weise als Ausdruck und Ziel von Freiheit, Gleichheit und Freundschaft in Myanmar zu fördern. Der SIF (Singapore International Fund) arbeitet mit Aung MHI zusammen, unterstützt

durch ein Kunsttherapieteam aus Singapur, im Rahmen des Projekt eines Mal- und Kochclubs mit zwei Gruppen von Menschen mit Behinderung. Dabei geht es um psychosoziale und Sehbehinderungen in Singapur und Myanmar im Jahr 2022. In der Zwischenzeit setzt das Kunstprogramm der Klinik die Zusammenarbeit und das Eintreten für Kunst von Menschen mit Behinderung in lokalen und globalen Kunst- und Kulturplattformen fort, z.B. im Rahmen der No-Ma - Kunst ohne Grenzen in Tokio 2022 und dem Workshop „Bioethik und Compassion“ zusammen mit Medizinstudent\*innen der Abteilung für Religions- und Kulturwissenschaften der Princeton

University. Aung MHI setzt die Zusammenarbeit mit künstlerischen und wissenschaftlichen Bildungseinrichtungen wie Universitäten fort, z. B. durch die Mitwirkung am Peer-Review von Artikeln, an Konferenzen zur psychischen Gesundheit sowie an einem breiten Spektrum von Kommunikationsmaßnahmen im Bereich der Gesundheit und speziell der psychischen Gesundheit. Die Grundlagen für das psychische und soziale Wohlergehen der Bevölkerung,

der humanitären und der gemeinschaftlichen Entwicklung werden in vielfältiger Hinsicht in Frage gestellt und erschüttert in Zeiten der Covidpandemie, des Staatsstreichs und der sich daraus ergebenden Konflikte, in denen derzeit sowohl burmesische Dörfer in Mittelburma als auch ethnische Städte vom myanmarischen Militär niedergebrannt und/

oder aus der Luft angegriffen wurden. In der Folge wurden Tausende Migrant\*innen über die Grenzen getrieben und zu Binnenvertriebenen gemacht.

Derzeit ist die gesamte Bevölkerung, auch nachdem die Covidpandemie dabei ist abzuklingen, von einer massiven Inflation der Landeswährung und der Schließung von Geschäften betroffen,

aufgrund der Vetternwirtschaft des Militärs und der Folgen des Putsches. In den von der Covidpandemie betroffenen Gemeinden wurden vermehrt Suizide gemeldet, die entweder auf unerträgliche Notlagen und seelische Schmerzen oder akuten und überwältigenden Stress zurückzuführen sind. Im Jahr 2020 berichteten die lokalen

**Die meisten nationalen und internationalen NGO sind mit Sicherheitsrisiken wie Bedrohungen und Gewalt konfrontiert und müssen sich mit kulturellen, ethnischen und komplexen gesundheitlichen und psychischen Bedürfnissen auseinandersetzen.**

Nachrichtenmedien über einen Anstieg der Suizide um mehr als 400 Personen in den vier Monaten der Covid-Krise. Im Jahr 2022 wurde die freie Berichterstattung der lokalen Nachrichtenmedien gestoppt, aber die in Myanmar weit verbreiteten sozialen Medien wie Facebook berichten sporadisch über Suizide:

ein 16-jähriges Mädchen hat die High school-Prüfung nicht bestanden und sich suizidiert, die untergetauchte Anwältin (29), gegen die ein Haftbefehl vorlag, hat Suizid begangen, nachdem das Regime ihre jüngere Schwester verhaftet hatte, als die Polizei und die Soldaten sie nicht ausfindig machen konnten. Ein Rohingya-Jugendlicher (17) berichtete in der Beratung: "Nicht nur ich, sondern auch meine Freunde haben diesen kollektiven Gedanken: Die Welt ist zu schwierig zum Leben, da ist es besser zu sterben". In der Notaufnahme des Allgemeinkrankenhauses wurden Fälle von akuten Vergiftungen als Selbstverletzungen behandelt, während in der Ambulanz des privaten Allgemeinkrankenhauses Fälle von psychischen Erkrankungen und Krisen aufgrund komplexer Traumata, Depressionen, Suizidalität sowie Alkohol- und Drogensucht auftraten.

Die meisten nationalen und internationalen NGOs, die versuchen, die Menschen zu erreichen, sind mit Sicherheitsrisiken wie Bedrohungen und Gewalt konfrontiert und müssen sich mit kulturellen, ethnischen und komplexen gesundheitlichen und psychischen Bedürfnissen auseinandersetzen.

Es gibt lokale und internationale MHPSS-Organisationen (Mental Health and psychosocial Support / Organisationen für Psychische Gesundheit und psychosoziale Unterstützung) und Arbeitsgruppen, die sich mit psychischer Gesundheit befassen, aber die meisten von ihnen sind in Yangon ansässig

und viele von ihnen sind nicht in der Lage, andere Regionen zu erreichen. Schon in früheren demokratischen Jahren, als die Bewegungen für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) ins Leben gerufen wurden, wurden die Menschen mit psychosozialen Behinderungen diskriminiert. Zu den Herausforderungen gehörte, dass die Themen der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens der Personen von den Gemeinde- und Dorfvorstehern in unterschiedlicher Weise behandelt wurden. Ein berühmter Mönch sah eine junge Frau mit einer akuten psychischen Krankheit und forderte seine Gefährten auf, sie sofort aus seinem Raum in das psychiatrische Krankenhaus von Yangon zu bringen. Ein anderer Mönch unterhielt sich mit einer anderen psychisch kranken Frau auf nette Art und Weise. Sie unterhielten sich über seine und ihre Gesundheit, indem sie sich austauschten, einander entgegenkamen und die Schwierigkeiten der Menschen akzeptierten und annahmen: "Wie geht es Ihnen? Und der Mönch antwortete ihr: "Es ist nicht so einfach, nach meiner Nierentfernung gesund zu bleiben. Komm zu uns hierher und genieße das Essen. Du kannst Zeit mit den Leuten verbringen, die am Feiertag und zur Meditation am Vollmondtag kommen, wenn du magst". Nach einigen Jahren entpuppte sich der Obermönch, der die Frau in einer existenziellen Krise in die psychiatrische Klinik weggeschickt hatte, als ein Verbündeter des Regimes. Der letztgenannte Mönch starb 2021 an seiner Nierenerkrankung und sein Meditationszentrum wurde aufgrund des Putsches geschlossen. Nach dem Putsch wurden mehr als 2.000 Menschen, darunter Aktivisten, Demonstranten und einfache Bürger unterschiedlichen Alters, brutal getötet und mehr als 10.000 Menschen verhaftet, eingesperrt und gefoltert. Oppositionelle Politiker und Aktivisten, die dazu in der Lage waren, versuchten, die Menschen dazu zu bewegen, sich dem Militärregime zu widersetzen und sich an internationale Organisationen zu wenden, um den Aufstand zu unterstützen und das unter dem Militärregime leidende Land zu befreien und zu reformieren. Das Aus-

bildungsteam der Transitional Justice (die die Verbrechen der Diktatur und des Krieges dokumentieren und aufarbeiten sollen) hat seine Ausbildung in den verschiedenen lokalen Gruppen durch Zoom-Treffen wieder aufgenommen, die eine sicherere Kommunikation sein können. Dabei wurde festgestellt, dass die Transitional Justice auch in den Jahren vor dem Staatsstreich während der Zeit der gewählten Regierungsverwaltung nicht konsequent arbeitete und dass die Wahrheiten der Opfer auch zu dieser Zeit nicht gehört wurden. Die nachhaltige Entwicklung der Transitional Justice wurde auch von den damals aktiven Politikern nicht als Priorität verfolgt.

### Existenzielle Notlage weiter Teile der Bevölkerung – Gesundheitsversorgung ist dramatisch gefährdet

Nach dem Staatsstreich setzten der verantwortliche Chefarzt und das psychiatrische Krankenhaus von Yangon ihre Praxis fort, Menschen mit psychosozialen und kognitiven Behinderungen in Langzeitinstitutionen wie staatlichen und privaten Krankenhäusern unterzubringen.

In der Zwischenzeit gab es Luftangriffe und Bombenangriffe auf die Dörfer in den Karen-, Kayan-, Chin-, Sagaing- und Magway-Gebieten. Dabei wurden die Dörfer niedergebrannt und die Dorfbewohner, darunter Frauen, alte Menschen und Kinder, getötet. Gleichzeitig versuchte das Putschregime, seinen Militärkapitalismus (die regierungskontrollierten Unternehmen) zu konsolidieren; manche Unternehmen und ihre Ver-

bündeten vermarkten ihre Beratungs- und psychologischen Dienstleistungen im Rahmen von CSR (Corporate Social Responsibility) und EAP (Employee Assistance Program) an diese Staatsunternehmen, um den Militärkapitalismus zu stärken, während andere internationale Investoren wie Total Energy und Ooredoo Tele Services das Land aufgrund der Verschlechterung der Menschenrechtslage verlassen haben.

Die Organisationen, die vielfach die Gemeindeentwicklung beraten sollten, haben die grundlegenden existenziellen Bedürfnisse der Menschen, ihre

Nahrungsversorgung, die geringe Höhe ihres Tageslohn, die Arbeitszeiten der Arbeiter\*innen in der Fabrik, die Probleme der Arbeitssicherheit durch berufliche Gefahren wie Bleivergiftungen, Siliziumvergiftungen, mit Asbestose verbundene Lungenkrankheiten und Krebs oft nicht im Blick. Sie nehmen die lokalen Gesundheitsprobleme und die in deren Folge auftretenden psychischen Gesundheitsprobleme und psychosozialen Fragen nicht in den Fokus. Deshalb ist die Beratung in den Gemeinden und Dorfgemeinschaften durch einen Mangel an integrierten Ansätzen und Konzepten beschränkt und die Bedürfnisse der mit vielen Herausforderungen lebenden Bevölkerung werden nicht erfüllt. Dem Bericht über die öffentliche Gesundheit in Myanmar ist zu entnehmen, dass die Ursache für die Anämie in der untersuchten Bevölkerung im Verzehr von grünem Teeblattsalat (Laphetthote) durch die burmesische Bevölkerung liege. Der Bericht erwähnt aber nicht die chronischen Gefahren durch Blei- oder Quecksilbervergiftungen in den Gemeinden und Dorfgemeinschaften oder den chronischen Nährstoffmangel aufgrund chronischer Infektionen und andere belastende Krankheiten und IBS-Syndrome (Reizdarmsyndrom) aufgrund von langem Leid, traumatischem Stress und Angstzuständen sowie anderen damit verbundenen chronischen psychischen Erkrankungen. Gleichzeitig wurden die Ergebnisse der Laboruntersuchungen des Bleigehalts im Blut oder das Screening auf Asbestose im Rahmen der Gesundheitssicherheit und der Gesundheitsrechte streng unter Kontrolle gehalten und der Öffentlichkeit kaum zugänglich gemacht. In der letzten Juliwoche 2022 ermordete das Regime vier politische Anhänger im Insein-Gefängnis. Die Vollstreckung der Todesstrafe erfolgte unter dem Vorwand des Anti-Terrorismus. Dadurch wurden erneut Gegenaktionen im ganzen Land angeheizt.

### Kleine Signale der Hoffnung?

Während die Menschen in diesen Aufruhr- und Notsituationen gefangen sind, gibt es auf der anderen Seite den Initiativprozess und die vielfältigen Ergebnisse; die Ausstellungen der Kunst von Menschen mit Behinderungen, die öffentlich präsentierten Installationen und der Verkauf von Kunstwerken



werden von der einheimischen und internationalen Bevölkerung in Yangon sehr geschätzt. Vor allem viele junge Menschen haben die Räume der Klinik besucht, sich mit den gleichaltrigen Künstlern (Menschen mit psychosozialen und geistigen Behinderungen) ausgetauscht und gemeinsam einen Beitrag zur Bekämpfung von Stigmatisierung, Diskriminierung, für Meinungsfreiheit, Gleichberechtigung und eine integrative Gemeinschaft für alle geleistet. ●

### Quellen

1. [www.aungclinicmh.org](http://www.aungclinicmh.org)
2. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/community-based-mental-health-services-using-a-rights-based-approach>
3. Report by Radka Antalíkova, the lead researcher (the former academic skills and project management instructor at KRCEE), Thabyay Education Foundation [www.aungclinicmh.org](http://www.aungclinicmh.org)
4. <http://Burmesevoanews.com/a/myanmar-mental-health-arts/5487323.html> Healing Images: Exhibition show cases works by art therapy patients. 2019 (In Burmese)
5. BPHWT <http://backpackteam.org>

### Spenden willkommen!

**Wenn Sie die Arbeit der Aung Clinic in Myanmar [www.aungclinicmh.org](http://www.aungclinicmh.org) unterstützen möchten, bitten wir Sie um eine Spende an die Myanmar Initiative e.V.: [www.myanmar-initiative.de](http://www.myanmar-initiative.de). Die Myanmar Initiative begleitet verschiedene Projekte in Myanmar und kann die eingehenden Spenden an die Aung Clinic weiterleiten.**

**Bankverbindung Myanmar Initiative  
IBAN DE92 5206 0410 0003 9017 26  
BIC GENODEF1EK1  
Evangelische Bank**

**Stichwort: Aung Clinic**

# Hoffnungsvolle Schritte

## Auf dem Weg zu einer sozialpsychiatrischen Versorgung in Burkina Faso

Von Marion Krieg, Sibdou Evaline Sawadogo, Isaac Alassane Quattar



**Marion Krieg**

Diplomsozialpädagogin (FH); Leitung Sozialpsychiatrischer Dienst und Angebote für Familien bei der GP.rt (Gemeinnützige Gesellschaft für Gemeindepshychiatrie Reutlingen GmbH)



**Sibdou E. Sawadogo**

Ärztin für Allgemeinmedizin am Universitätskrankenhaus von Bobo-Dioulasso in Burkina Faso



**Isaac Alassane Quattar**

Sozialarbeiter, verantwortlich für Ausbildung und Wiedereingliederung im Centre Notre Dame de l'Espérance (CNDE)

### Im Land der aufrechten Menschen (Bedeutung von Burkina Faso)

Das Problem der psychischen Erkrankungen, von denen Menschen jeden Alters und Geschlechts in Burkina Faso betroffen sind, wird immer wichtiger und entwickelt sich zu einem Problem der öffentlichen Gesundheit. Angesichts des Mangels an qualifiziertem Personal und aufgrund sozioökonomischer Schwierigkeiten und soziokultureller Erwägungen finden viele der psychisch erkrankten Menschen, die ohne festen Wohnsitz und ohne Hilfe sowohl auf den Straßen der größeren Städte von Burkina Faso als auch in den ländlichen Regionen leben, keinerlei staatliche Unterstützung und Hilfe. Um dieses Problem der öffentlichen Gesundheit anzugehen, ist das Engagement und der Beitrag der gesamten Gesellschaft neben den Behörden von wesentlicher Bedeutung. Aus diesem Grund ist es absolut notwendig, dass die Sozialpsychiatrie in den Mittelpunkt der öffentlichen Anliegen gestellt wird. Aber was bedeutet Sozialpsychiatrie im burkinischen Kontext? Wie werden psychische Erkrankungen in der Gesellschaft gesehen? Was wird in Burkina Faso für die Entwicklung der Sozialpsychiatrie getan?

### Zunächst möchten wir einen Überblick über die soziale und gesundheitliche Situation in Burkina Faso geben

Burkina Faso liegt in der Sahelzone, im Herzen Westafrikas, und ist eines der ärmsten Länder der Welt. Zur medizinischen Versorgung gibt es Informationen aus dem statistischen Jahrbuch 2020 des Gesundheitsministeriums:

- Es wird von 20.870.060 Einwohnern im Jahr 2019 ausgegangen. Für diese gibt es:
- 1 Apotheker für 66.678 Personen
  - 1 Krankenschwester für 2423 Personen
  - 1 Hebamme für 4831 Personen

Für die psychische Gesundheit sieht es folgendermaßen aus:

- 1 Psychiater pro 1.304.378 Personen oder 16 Psychiater für 20.870.060 Einwohner
- 96 Fachkrankenpfleger für Psychiatrie für 20.870.060 Einwohner oder ein Fachkrankenpfleger für 222.201 Menschen;
- 6 Psychologen für die gesamte burkinische Bevölkerung.

Die medizinische Versorgung in Burkina Faso verfügt über 6 Universitäts-

kliniken, 9 Regionale Krankenhauszentren, 46 Medizinische Zentren mit chirurgischer Ausrichtung, 71 Medizinische Zentren und 2041 Sozial- und Gesundheitszentren.

### Medizinische Situation in Burkina Faso und die Bedrohung durch den Dschihadismus

Diese ohnehin schon prekäre medizinische Versorgungssituation hat sich in den letzten 6-7 Jahren noch weiter zugespitzt. Burkina Faso ist seit 2015 mit Terroranschlägen konfrontiert, die zu weitreichenden wirtschaftlichen, politischen und sozialen Folgen geführt haben. Nach Angaben des Büros der Vereinten Nationen für die Koordinierung humanitärer Angelegenheiten (OCHA) gab es am 28. Februar 2022 in Burkina Faso 1.814.283 Binnenvertriebene. So ist für diese Binnengeflüchteten, die alles verloren haben, neben der Sicherstellung einer Grundversorgung wie Wohnraum, Nahrung... die psychosoziale Versorgung ein wichtiges Anliegen für alle Akteure, die an der Bewältigung dieser Sicherheits- und humanitären Krise beteiligt sind. Diese Situation stellt Burkina Faso vor besondere Herausforderungen. Der politische Druck der Bevölkerung nach mehr Sicherheit mündete im Januar 2022 in einen Militärputsch, der die Sicherheitslage bis heute nicht verändert hat.

### Die Psychiatrie, das vernachlässigte Kind des burkinischen Gesundheitssystems

Für Burkina Faso war es ein Ziel, sich an die Resolution der Weltversammlung von 2013 zur Erreichung der „psychischen Gesundheit für alle“ zu halten. Um diesen politischen Willen „psychische Gesundheit für alle“ zu erreichen, wurden verschiedene Maßnahmen von den Behörden und privaten Initiativen durchgeführt:

So wurde auf staatlicher Ebene ein Referat für psychische Gesundheit und psychosoziales Management in Situationen von Gewalt und Katastrophen innerhalb der Direktion für die Prävention und Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten eingerichtet (DPCM). Auch gab es einen Strategieplan für psychische Gesundheit für den Zeitraum 2014-2018 und 2020-2024.

Trotz dieser Bemühungen des burkinischen Staates stellt sich folgende Situation dar:

- Unzureichende Koordinierung bei Interventionen im Bereich der psychischen Gesundheit
- Unzureichende Berücksichtigung der psychischen Gesundheit in anderen Programmen des Gesundheitsministerium und anderer Ministerien
- Unzureichende Zusammenarbeit zwischen sozialen und öffentlichen Akteuren bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen und Behinderungen
- Das Fehlen einer staatlichen psychiatrischen\medizinischen Struktur zur Bewältigung von psychosozialen und psychiatrischen Notfällen
- Eine unzureichende psychiatrische Gesetzgebung

### Wie sieht angesichts all dieser Unzulänglichkeiten ein Verständnis von psychisch erkrankten Menschen im professionellen und gesellschaftlichen Kontext aus?

Unter den afrikanischen Völkern ist Gesundheit definiert als die Harmonie zwischen körperlichem, geistigem, sozialem, familiärem, moralischem, religiösem und sogar kulturellem Wohlbefinden. (Ondua 1974). Mit anderen Worten bedeutet Gesundheit in diesem kulturellen Verständnis: Frieden, Wohlstand, Fruchtbarkeit, körperliche und geistige Kraft. (Mbonyinkebe 1987)

Basierend auf dieser Definition wird in der sozialen Konzeption in Westafrika akzeptiert, dass Krankheiten zwei Ursprünge haben: den natürlichen Ursprung und den übernatürlichen Ursprung.

In der Tat unterscheiden sich in der westafrikanischen Gesellschaft die Art und Weise, die Erkrankung zu betrachten je nach Bildungsniveau und je nachdem, ob man in einer bildungsnahen oder bildungsfernen Familie aufgewachsen ist.

Das westliche Krankheitsverständnis ist nur für eine Minderheit der Gesellschaft zugänglich, die die Chance hatte, Zugang zum Bildungssystem zu haben. Hier gibt es Erklärungsmodelle zur Entstehung von Erkrankungen, zum Beispiel, dass der menschliche Körper von Bakterien, Viren, Mykosen angegriffen werden kann. Auf der anderen Seite macht das traditionelle Krankheitsverständnis den Körper zu einer mysteriösen Einheit, die anfällig dafür ist, von der Energie von Genies, Hexen und Zauberern durchdrungen

oder gefressen zu werden, die einem mystisch-religiösen Mechanismus folgt, der mit Überzeugungen und Bräuchen zusammenhängt.

Diese Vorstellung von den Ursprüngen von Krankheiten bestimmt die Art der Behandlung, die insbesondere bei psychischen Erkrankungen bedeutsam ist. So stehen in der westafrikanischen Gesellschaft, insbesondere in Burkina Faso, die Behandlungsmethoden der modernen, eher westlichen Psychiatrie, vor mehreren Problemen der Akzeptanz bei der Versorgung der Patienten und ihrer Familien. So gibt es häufig eine eher ablehnende Haltung des eher westlichen psychiatrischen Ansatzes. Der Großteil der Bevölkerung hat mehr Vertrauen in die Heilkunst der traditionellen Medizin. Diese muss in die Behandlung von psychischen Erkrankungen integriert werden.

### Psychiatrische Versorgung und die Entwicklung von gemeindepsychiatrischer Versorgung

In Burkina Faso haben über 90% der Bevölkerung weder eine Krankenversicherung, noch gibt es für sie andere soziale Versicherungssysteme. Deshalb haben sie auch keinen Zugang zu den staatlichen psychiatrischen Krankenhäusern, da sie nicht für die Kosten der Behandlung aufkommen können.

Um der Verelendung und der Not vom Menschen mit einer psychischen Erkrankung entgegenzuwirken, haben sich in den letzten 10 Jahren verschiedene nicht-staatliche Initiativen gebildet, die dazu beitragen, das Versorgungsangebot für Menschen mit einer psychischen Erkrankung zu verbessern. So gibt es aktuell ca. 10 -12 Zentren, die sich um die psychiatrische Versorgung von überwiegend psychischen erkrankten wohnungslosen Menschen kümmern.

Diese nicht vom burkinischen Staat getragenen Zentren beherbergen die psychisch erkrankten Menschen, die sie zum größten Teil aktiv von der Straße geholt haben.

Nach der Behandlungsphase ist das Ziel eine Rückkehr in die Herkunftsfamilie, sofern es möglich ist.

Besonders erwähnenswert ist es, dass Erfahrungsexpert\*innen zum Teil tragende Rollen in diesen Zentren haben. Am Beispiel des Centre Notre Dame de l'Espérance (CNDE) in Bobo-Dioulasso, der zweitgrößten Stadt

Burkina Faso, wollen wir die Entwicklung der Sozialpsychiatrie darstellen. Das CNDE ist eines dieser nicht-staatlichen Zentren, das sich für die Achtung der Rechte von Menschen in psychischer Not und ihre psychosoziale Betreuung stark macht und sich dafür einsetzt. Das CNDE wurde Ende 2014 gegründet durch die Unterstützung des Bischofs und aufgrund des Willens der Ortsbehörde, um die wohnungslosen psychisch erkrankten Menschen aus dem Stadtbild zu entfernen. Das Zentrum wird zudem unterstützt durch lokale Spender\*innen und ausländische Partner\*innen, wie z. B. dem „Freundeskreis St. Camille“ in Deutschland oder der Organisation Renaissance in Italien. Neben der Aufnahme von 80-100 überwiegend wohnungslosen psychisch erkrankten Menschen, wurden in den zurück liegenden Jahren auch zunehmend Strukturen der Rehabilitation entwickelt, die es Menschen ermöglichen, ein Leben außerhalb der Klinik zu führen, wenn eine Rückkehr in die Familie nicht möglich ist. Auch werden psychisch erkrankte Menschen in Handwerksbetriebe vor Ort integriert. All diese Initiativen in Bobo-Dioulasso, aber auch anderen Orten in Burkina Faso, haben dazu beigetragen, das Angebot für Menschen mit einer psychischen Erkrankung in den letzten zehn Jahren deutlich zu verbessern.

### Umgang mit Zwangsbehandlung in Burkina Faso

Nach Ansicht der Mehrheit der burkinischen Bevölkerung sind psychisch erkrankte Menschen ohne gesunden Menschenverstand. Ein psychisch erkrankter Mensch kann sich nicht freiwillig in Behandlung begeben. Die Behandlung muss deshalb gegen seinen Willen durchgeführt werden. Angesichts dieses weit verbreiteten Glaubens werden die Rechte psychisch erkrankter Menschen während ihrer Behandlung oft ignoriert. So werden psychisch erkrankte Menschen in akuten Erregungszuständen angekettet, gegen ihren Willen zwangsweise behandelt, isoliert und/oder in Quarantäne gesteckt. Einem solchen Umgang sind psychisch erkrankte Menschen sowohl in städtischen als auch in ländlichen Gebieten ausgesetzt. Nach dem burkinischen Gesetz ist die Zwangsbehandlung in der Psychiatrie geregelt. Ein Richter kann bei Verweigerung der Be-

handlung diese anordnen - auch gegen den Willen des Erkrankten und ohne seine Zustimmung. Es ist wichtig zu wissen, dass die Gesellschaft selbst die Zwangsbehandlung psychisch erkrankter Menschen toleriert.

### Sozialpsychiatrie in Burkina Faso: aktuelle Situation und Perspektiven

Die Sozialpsychiatrie steckt in Burkina Faso noch in den Kinderschuhen. Tatsächlich beschränkt sich das klassische System der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen auf deren klinische Behandlung und Nachsorge. Soziokulturelle Zwänge, Vorurteile und Stigmatisierungen sind allgegenwärtig, so dass psychisch erkrankte Menschen Schwierigkeiten haben, einen Platz in der Gesellschaft zu finden oder wiederzuerlangen. Für diese sozial ausgeschlossenen Menschen interessiert sich niemand in der burkinischen Gesellschaft. Sie haben keinerlei Lobby.

In Burkina Faso gibt es in jeder psychiatrischen Abteilung grundsätzlich einen Sozialdienst, der die Aufgabe hat, den sozialen Aspekt der Versorgung psychisch erkrankter Menschen zu entwickeln. Leider verhindert der Mangel an personellen und materiellen Ressourcen, dass diese sozialen Dienste funktionieren. So versucht jede psychiatrische Abteilung initiativ zu werden und den sozialen Aspekt der Versorgung psychisch Erkrankter zu fördern. So hat zum Beispiel die Psychiatrische Abteilung des Universitätskrankenhauses von Bobo-Dioulasso seit einigen Jahren einen wöchentlichen Austausch ins Leben gerufen: „das Treffen der Familien“. Es findet jeden Mittwoch um 9:00 Uhr statt.

Hier findet ein Austausch zwischen Professionellen, Angehörigen, Patienten, ambulant und stationär und allen, die etwas lernen möchten, zu verschiedenen Themen rund um die psychische Gesundheit und Erkrankung statt.

Die Entstehung nicht-staatlicher Zentren für die Versorgung psychisch erkrankter Menschen hat der Sozialpsychiatrie in Burkina Faso einen echten Schub gegeben, obwohl noch viel zu tun bleibt. Neben dem Angebot psychiatrischer Behandlung und Versorgung durch diese Zentren tragen diese auch dazu bei, der Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen entgegenzuwirken und Vorurteilen über psychische Erkrankungen durch Sensibilisierungskampagnen, Forumstheater, Filmdebatten usw. ab-

zubauen. Das CNDE organisiert und moderiert monatliche Treffen des Austauschs über psychische Gesundheit und Krankheit mit Patienten, Angehörigen und Menschen, die nicht von psychischen Erkrankungen betroffen sind. Es handelt sich um Informationsveranstaltungen zu Fragen der psychischen Gesundheit. Auch gestaltet das CNDE in Zusammenarbeit mit einem Radiosender „Radio Etoile de Noël 91.8“ eine wöchentliche Sendung im Radio zum Thema psychische Gesundheit. Durch diese Sendung gelingt es dem CNDE, Bevölkerungsschichten zu erreichen, insbesondere auch auf dem Land, die noch nicht viel über psychische Gesundheit/Krankheit wissen.

### Schlussfolgerung

In Burkina Faso ist das Gesundheitssystem weit davon entfernt, auf die Bedürfnisse der Bevölkerung Antworten zu finden. Die psychische Gesundheit scheint hierbei keine Priorität zu haben.

Unter dem Begriff „Wahnsinn“, sind psychische Erkrankungen in der burkinischen Gesellschaft besser bekannt. Wahnsinn ist von vielen Vorurteilen umgeben, die dazu beitragen, sowohl Stigmatisierung als auch die schlimmsten Behandlungsformen für Menschen, die darunter leiden, zu fördern.

Ein Hoffnungsschimmer für die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung zeichnet sich jedoch durch das Engagement der Zivilgesellschaft ab. Nicht-staatliche, überwiegend kirchliche Zentren der Versorgung und Begleitung sind hierbei wichtige und wegweisende Initiativen in Richtung einer sozialpsychiatrischen Versorgung.

Diese Impulse der letzten 10 Jahre tragen wesentlich zu einer stetigen Entwicklung der Sozialpsychiatrie in Burkina Faso bei. Sie nähren auch die Hoffnung auf einen qualitativen Wandel im Bewusstsein der Bevölkerung gegenüber psychisch erkrankten Menschen, insbesondere auch auf die Wiederherstellung und Erhaltung ihrer Würde. ●

### Spendenkonto

**Freundeskreis St. Camille e.V**  
**Kreissparkasse Reutlingen**  
**IBAN DE65 6405 0000 0000 0097 95**



# Die kanadische Sozialpsychiatrie – eine zarte Pflanze

Von Michael Krausz, Stefanie Schreiter, Max Meyer, Maurice Cabanis

Die Psychiatrie hat sich als medizinische Disziplin weltweit sehr unterschiedlich entwickelt. Die biologischen Ansätze dominieren, was durch die Pharmaindustrie gefördert wurde und sich in der Besetzung der meisten Lehrstühle zeigt. Die Sozialpsychiatrie als organisierter Teil des Ausbildungs- und klinischen Systems ist eine Ausnahmerecheinung geworden. Der Vergleich verschiedener Länder ist hilfreich, um den Einfluss dieses Ungleichgewichts auf das Versorgungssystem zu verstehen und das Versorgungssystem der Zukunft und seine Behandlungsparadigmen zu gestalten.

## Die kanadische Psychiatrie

Für die kanadische Bevölkerung ist ihr Gesundheitssystem eine der größten Errungenschaften ihrer Politik und ist insbesondere im Vergleich zu den USA deutlich effektiver und sozialer. Insgesamt ist das Gesundheitssystem steuerfinanziert und direkt zugängliche Privatbehandlung gibt es nur in wenigen Bereichen, die durch die staatliche Krankenversicherung (Medical Service Plan - MSP) nicht abgedeckt sind. Ein strukturelles Problem ist die ungleichmäßige Versorgung in Stadtgebieten verglichen mit den ländlichen Gebieten. Kanada besitzt zehn autonome Provinzen und drei von der Zentralregierung abhängige Territorien. Das erschwert schon die Einführung der staatlichen Krankenversicherung zwischen 1947 und 1972, da die Provinzen die Aufsicht über die Gesundheitsversorgung haben und das Budget mit der Bundesregierung aushandeln. Konkret führte das zur Entwicklung von 13 verschiedenen provinziellen und territorialen Krankenversicherungsplänen. Im Rahmen dieser regionalen Pläne entscheiden die Provinzen über die Schwerpunkte der Ausgaben, der Schaffung von Kapazitäten und sind verantwortlich für die Qualität der Versorgung. Eine ganze Reihe von Leistungen sind nicht abgedeckt (u.a. ambulante Psychotherapie). Kanada zählt mit Gesundheitsausgaben von 6666 \$ pro Kopf zu den Ländern, die überdurchschnittlich viel in das Gesundheitswesen investieren – insgesamt sind das 10.8 % des BIP (2019). Deutschland gibt im Vergleich 8091 \$ pro Kopf aus, mit Stand 2020. Die großen psychiatrischen „Anstalten“



**Michael Krausz**  
Psychiater, Gründer des Zentrums für interdisziplinäre Suchtforschung, seit 15 Jahren in Vancouver, Leadership Chair for Addiction Research an der University of British Columbia.



**Stefanie Schreiter**  
Oberärztin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Mitte, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie.



**Max Meyer**  
Arzt, Psychiatrische Universitätsklinik Basel, Wilhelm Klein-Strasse 27, 4002, Basel, Schweiz



**Maurice Cabanis**  
Arzt, Chefarzt für die Klinik für Suchtmedizin im Zentrum für Seelische Gesundheit Stuttgart

wurden in Kanada in den letzten 25 Jahren geschlossen. Für die psychiatrische Akutbehandlung stehen nur wenige Kapazitäten zur Verfügung, und sie wird in der Regel in regionalen Krankenhäusern in großen Städten durchgeführt. Die Wartezeiten für Behandlungsplätze bei niedergelassenen Psychiatern sind lange und betragen beispielsweise in Vancouver über sechs Monate, an der mehr ländlichen Sunshine Coast 2 Jahre für eine Erstsitzung. Dadurch sind die Notfallambulanzen zum Zentrum der Versorgung geworden, die jedoch in der Regel keine spezialisierten Behandlungen anbieten können. Somit sind die Probleme in der psychiatrischen Versorgung in Kanada aufgrund der beschriebenen Fragmentierung und fehlgelagerten Ressourcenallokation vergleichbar mit denen der USA, trotz eines insgesamt effektiveren Gesundheitssystems und hoher Ausgaben. Spezialbereiche zur Versorgung besonderer Zielgruppen, wie Kinder- und

Jugendpsychiatrie, Suchtpsychiatrie, Gerontopsychiatrie und forensische Psychiatrie leiden zudem unter einem Mangel von Fachkräften und Kapazitäten, was sich auf die Versorgungsqualität auswirkt.

## Sozialpsychiatrische Brennpunkte in Kanada

### Wohnungslosigkeit – die At Home/Chez Soi Studie (Urbanowski et al 2017)

Die erste große Initiative zum sozialen Wohnungsbau in Kanada war der Dominion Housing Act (DHA) von 1935, mit dem die für Hypothekendarlehen verfügbaren Kredite erhöht wurden. 1938 wurde die DHA durch den National Housing Act (NHA) ersetzt. 1945 wurde die kanadische Hypotheken- und Wohnungsbaugesellschaft mit dem Mandat der NHA gegründet. Im Jahr 1954 führte eine Änderung des NHA zur Schaffung staatlich versi-

cherter Hypothekeninstitute, die darauf abzielten, Kredite für einkommensschwache und ländliche Haushalte zugänglicher zu machen. In den 1970er Jahren wurden verschiedene Richtlinien umgesetzt, die sich stärker auf kostengünstige Mietunterkünfte konzentrierten, darunter das Assisted Rental Program und das Canada Rental Supply Program. Nach den Haushaltskürzungen im Jahr 1993 wurde die Verantwortung für die Wohnungspolitik von der Bundes- auf die Provinz- und Kommunalebene übertragen.

Im Jahr 2005 wurde eine multizentrische 110-Millionen-Dollar-Interventionsstudie, die At Home/Chez Soi-Studie, in Auftrag gegeben, um die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Sozialausgaben, Interventionsmöglichkeiten und Risikofaktoren der Wohnungslosigkeit zu untersuchen. Die Housing First-Studie (erst eine Wohnung dann alles Weitere) bot wohnungslosen Menschen in 5 Zentren Unterkunft- und Behandlungsdienste und verschaffte der Regierung Zeit, nachdem diese in den Neunzigerjahren aus der sozialen Wohnungspolitik ausgestiegen war. Am Problem der Obdachlosigkeit selber konnte dieses Projekt zwar nichts ändern, es trug jedoch dazu bei, dass die Bedeutung von Wohnungslosigkeit in Kanada wieder vermehrt diskutiert wurde und weitere Projekte auf kommunaler und Provinzebene angestoßen wurden. Verschiedenen Interventionen wie „Intensive Case Management“ und Assertive Community Treatment (ACT), kombiniert mit „housing first“, stellten unter Beweis, dass es möglich ist, selbst stark marginalisierte Betroffene zu unterstützen und sich sozial und gesundheitlich zu stabilisieren. Die Massenwohnungslosigkeit hat in Nordamerika seitdem weiterhin zugenommen. Insbesondere in den USA und Kanada sind Zeltplätze von Obdachlosen mitten in Großstädten zur Regel geworden. In Los Angeles leben circa 70.000 Menschen in Zelten auf der Straße. Die hohen Mietpreise und das unzureichende Sozialsystem machen dies für die Betroffenen zu einer ausweglosen Situation. Sie haben zudem in der Regel den Kontakt zum Gesundheitssystem verloren, was ihre Situation zusätzlich dramatisch verschlechtert.

Insgesamt stellen Armut, soziale Marginalisierung und Obdachlosigkeit im Besonderen eine kritische Risikokonstellation dar, die entweder durch psychische Erkrankung herbeigeführt oder begünstigt wurde oder schwerwiegende Traumatisierungen und psychische Erkrankung zur

Folge haben kann. Gleichzeitig sind viele dieser Faktoren eng mit Stigmatisierung verbunden. Das bedeutet, dass es sich um ein grundlegendes sozialpsychiatrisches Problem handelt, dem wissenschaftlich und politisch bisher nur unzureichende Aufmerksamkeit zuteil wurde.

### **Gesundheit der First Nations – die CEDAR Studie (Jongbloed et al 2017)**

Junge indigene Kanadier, insbesondere jene, die in Kontakt mit dem Kinderwohlstandssystem stehen und Probleme mit psychotropen Substanzen haben, sterben häufig früh. Weitere beobachtete Risikofaktoren für die frühzeitige Mortalität stellen ein positiver HIV- oder Hepatitis C-Status dar. In einer Langzeitbeobachtungsstudie zwischen 2003 und 2014 starben insgesamt 40 der 610 Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Damit hat diese Population im Vergleich zur Normalbevölkerung ein 12,9-fach erhöhtes Mortalitätsrisiko. 38 % der Teilnehmenden starben an einer Überdosis, 28 % an einer körperlichen Erkrankung und 12 % an Suizid. Als Ursachen dieser Entwicklung werden von den Autoren die Geschichte der Kolonisierung und transgenerationale Traumata benannt. Beispielsweise wurden zwischen 1874 und 1996 mehr als 150.000 indigene Kinder aus ihren Familien entfernt und in so genannten „Residential Schools“ untergebracht (Jongbloed et al 2017).

### **Sucht und Überdosiskrise (Krausz et al. 2021)**

Die Opioid-Überdosiskrise forderte 2021 in Vancouver mehr Tote als die COVID-19 Pandemie und ist die derzeit tödlichste Bedrohung für psychisch Erkrankte. In British Columbia (BC) allein starben 2021 2260 Menschen an einer Überdosis. Diese Entwicklung wird durch eine Veränderung der illegalen Drogenmärkte (Krausz et al 2021) sowie durch die Insuffizienz des Hilfesystems hervorgerufen und stellt Gesellschaft wie auch Politik vor ein enormes Problem. Auch in den Vereinigten Staaten starben im Jahr 2021 über 100.000 Menschen, ohne dass signifikante Gegenmaßnahmen eingeführt worden wären.

### **Sozialpsychiatrische Ansätze in der Versorgung**

Sozialpsychiatrische Versorgung wird vor allem in einem multiprofessionel-

len Team erbracht und ist nicht auf die ärztlich-psychiatrische Perspektive reduziert. Dazu gehören z.B. die Mitglieder von Betreuungsteams in Wohnprogrammen mit mobilen Krankenpflegerinnen und -pflegern, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Psychologinnen und Psychologen sowie Peers als Genesungsbegleitung. Dieses System funktioniert auch in Kanada sehr gut. Zusätzlich sind drei wichtige Aspekte des Versorgungsangebots im Rahmen von sozialpsychiatrischen Konzepten zu erwähnen:

#### **1. Bedarfsorientierte Planung**

Wie erwähnt sind die Versorgungsunterschiede in Kanada sehr groß, insbesondere im Vergleich städtischer und ländlicherer Bereiche. Diese Probleme können aufgrund der geographischen Ähnlichkeit mit der Situation in Skandinavien oder Australien verglichen werden. Krisenpatienten aus abgelegenen Gebieten müssen für medizinische Hilfeleistungen per Flugzeug oder Hubschrauber in die Städte gebracht werden. Kontinuierliche Angebote können in diesen Gebieten nicht aufrechterhalten werden und eine virtuelle Versorgungsstruktur ist bisher nicht entwickelt worden.

Um diese Situation zu verändern, wurde insbesondere in Ontario der Ansatz des bedarfsorientierten Planens entwickelt um präzise auf vorhandene Engpässe reagieren zu können (Rush et al). Andere Provinzen wie etwa BC haben diesen Planungsansatz für die Vorbereitung struktureller Entscheidungen übernommen.

#### **2. ACT**

Assertive Community Treatment (ACT) ist ein Versorgungsansatz, der insbesondere für sozial marginalisierte Betroffene eingesetzt wird, die über wenige Ressourcen verfügen, obdachlos sind und komplexe Störungsbilder aufweisen. In Europa wurde es primär im Vereinigten Königreich implementiert und erfolgreich angewendet. Ein Team von Krankenpflegerinnen oder -pflegern, Sozialarbeiterinnen oder Sozialarbeitern und Ärztinnen oder Ärzten übernimmt die vollständige direkte Behandlung der Betroffenen. In der Regel besteht ein Personal-Patienten-Schlüssel von eins zu 10. Ziel ist primär die ärztliche Behandlung, die psychiatrische Therapie und die soziale Integration gemeinsam voranzubringen. Insbesondere nach der At Home-Studie implementierten mehrere Provinzen ein Versorgungssystem mit ACT-Teams, mit

den „Vulnerable Urban“ als Zielgruppe. Zu den Stärken dieses Ansatzes zählen die Behandlung der Betroffenen in der Gemeinde, eine in der Regel langfristige Bindung an die Teams sowie die enge Zusammenarbeit mit anderen Behandlungssystemen für Menschen mit einer deutlich geringeren Lebenserwartung und vielen verschiedenen körperlichen und/oder psychischen Erkrankungen.

### 3. Supported Housing

Der Rückzug sowohl der kanadischen Regierung wie der Provinzregierungen aus dem sozialen Wohnungsbau hatte große Auswirkungen auf die Versorgung marginalisierter und obdachloser Zielgruppen. NGOs versuchten dieser Entwicklung durch privat organisierte und zum Teil öffentlich unterstützte Projekte entgegenzuwirken. Diese Projekte verfolgen unterschiedliche Konzepte und fokussieren unterschiedliche Zielgruppen. Zum Teil beschränkt sich das Angebot auf ein Minimum an Wohnraum, zum Teil implementierten die Anbieter eine basale Gesundheitsversorgung, soziale Integrationshilfe und Peerprogramme. Mit dem Supported Housing-Konzept versuchten die Anbieter dem weiteren Abstieg der Betroffenen entgegenzuwirken und ihr Überleben sicherzustellen, teilweise mit nur minimaler Unterstützung der Gesundheitsanbieter. Dadurch wurden sie ein bis heute wichtiger sozialpsychiatrischer Dienstleister. Alternativen dazu bestehen in sogenannten SROs, Kleinräume ohne eigene Toilette und Waschegelegenheit, welche von „Slam Lords“ (der umgangssprachliche Begriff für „Vermieterhaie“, die selbst aus den Ärmsten der Armen Profit herauspressen) vermietet werden.

### Strukturelle und konzeptionelle Herausforderungen in der Versorgungsorganisation

Die o.g. wichtigen Ansätze etablieren sich jedoch nur schwer, da es in vielen unterschiedlichen Bereichen der Versorgung größere Herausforderungen in der Konzeption und der Struktur gibt:

#### 1. Mangelnde Ausbildung in der Sozialpsychiatrie

Sozialpsychiatrie ist in der kanadischen Psychiatrie keine anerkannte Spezialisierung und wird auch insgesamt im Rahmen des Medizinstudiums wie auch des Psychologiestudiums kaum unterrichtet. Wissenschaftliche

Abteilungen mit der Sozialpsychiatrie als Schwerpunkt gibt es an vielen Universitäten nicht. Dennoch sind einige Sozialpsychiaterinnen und -psychiater in besonderen Projekten und der Forschung aktiv.

#### 2. Personalmangel

Wie in anderen Ländern besteht auch in Kanada ein Mangel an gut ausgebildetem Gesundheitspersonal. Außerdem sind die Hürden für international ausgebildete Gesundheitsfachpersonen relativ hoch. Die Ausbildungskapazität in der Medizin und Pflege sind deutlich zu klein, und die Arbeitsbedingungen sowie die bessere Bezahlung in den USA führen zu einer Abwanderung.

#### 3. Fehlende Priorität

Die Sozialpsychiatrie, d.h. die psychiatrische Versorgung marginalisierter Gruppen der Bevölkerung und die Arbeit mit komplexen komorbiden Störungen, ist unterfinanziert und erfährt keine besondere politische Unterstützung. Es gibt keine Bemühungen in diesen Bereichen wissenschaftliche, klinische oder Ausbildungskapazitäten zu schaffen.

#### 4. Das Konzept der Psychiatrie

Wie in jedem anderen Industrieland, gibt es in Kanada verschiedene psychiatrische Denkrichtungen und Konzepte. Die Besetzung der Lehrstühle, die etablierten Spezialisierungen an den Universitäten und die Vergabe der Drittmittel zeigen jedoch auf, dass die Grundausrichtung in der Ausbildung, Versorgung und Forschung unter starkem Einfluss der biologischen Psychiatrie steht.

#### 5. Das Lohnsystem für Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte werden in Kanada nach einem „Fee for Service“ Abrechnungssystem bezahlt. Damit ist der Lohn der Mediziner und Medizinerinnen von der Quantität und nicht der Qualität ihrer Behandlungen abhängig. Das führt zu einer geringen Bindung der Ärztinnen und Ärzte an die Behandlungsteams und bestimmte Institutionen. Sie arbeiten oft isoliert und können ihre Arbeitsfelder frei aussuchen. Die Arbeit mit sozial unterprivilegierten Zielgruppen ist aufgrund der Rahmenbedingungen und des hohen Aufwandes kaum attraktiv.

#### 6. Keine sozialpsychiatrische Bewegung

Erst 2021 haben sich in Kanada Psychiaterinnen und Psychiater zu einer kanadischen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie zusammengeschlossen. Eine positive Auswirkung auf die Entwicklung des Gesundheitssystems und die politische Entwicklung der Psychiatrie ist in diesem Frühstadium jedoch noch nicht auszumachen.

#### 7. Prioritäten in der Versorgung

Projekte, wie sie in Deutschland unter dem Schwerpunkt Gemeindepsychiatrie oder gemeindenaher Versorgung organisiert werden, sind selten. Insbesondere die Integration von Akutversorgung, stationäre Rehabilitation und ambulante Versorgung ist unzureichend. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte arbeiten nicht systematisch mit den Akutabteilungen zusammen. Insgesamt ist die Versorgung rudimentär und fragmentiert. ACT-Programme in der Versorgung multimorbider Patientinnen und Patienten in der Gemeinde bilden dabei eine Ausnahme. Obdachlose und marginalisierte Patientinnen und Patienten haben in der Regel keinen Hausarzt und kaum Zugang zu psychiatrischer Versorgung.

### Gegenwart und Zukunft der Sozialpsychiatrie – global

Die Erfahrungen zwischen Montreal und Vancouver sind besonders und lehrreich und erlauben einen Blick in die Zukunft. Basierend auf den kanadischen Erfahrungen kann die Sozialpsychiatrie auch in anderen Teilen der Welt für ihre generelle Weiterentwicklung einige Lehren ziehen.

#### 1. Ein rechtlicher Rahmen braucht gute Konzepte

Eigentlich bietet die Finanzierung über Steuergelder in einem „Single Payer System“ sehr gute Möglichkeiten einer systematischen und problemgerechten Strukturentwicklung. Rechtlich wäre es zum Beispiel in kurzer Zeit möglich, die Aufgaben unter den Behandlungssettings, die Finanzierungsmodi und die klinischen Prioritäten an die Bedürfnisse der Zielpopulation anzupassen. Leider passiert das nur selten. Im Gegenteil führen andere Partialinteressen, der Mangel an Ressourcen und die Konkurrenz unter den Gesundheitsanbietern zu einer ausgeprägten Segmentierung und Fragmentierung des



Behandlungssystem. Ohne eine Veränderung der Behandlungsparadigma und der Schaffung eines Behandlungskontinuums (etwa der psychiatrischen Nachsorge nach einem Notfallaufenthalt in einer Akutambulanz) bleibt der Vorteil eines solchen Finanzierungssystems ungenutzt.

## 2. Abhängigkeitserkrankungen als Herausforderung für die Sozialpsychiatrie

Der Konsum psychotroper Substanzen, der in der kanadischen Psychiatrie weitgehend ignoriert wird, spielt in der öffentlichen Diskussion und für das Gesundheitswesen eine wichtige Rolle. Insbesondere die damit verbundenen hohen Risiken und die hohe Mortalität sind schwer zu ignorieren. Erst durch Krisen wie etwa HIV-Epidemien, dem rasanten Anstieg von Hepatitis C-Infektionen oder aktuell der Überdosiskrise wird die Bedeutung sozialpsychiatrischer Paradigmen für die Entwicklung des kanadischen und globalen Gesundheitswesens verdeutlicht. Eine Neubestimmung des Verhältnisses zwischen Sozialpsychiatrie generell und Suchtpsychiatrie im Speziellen ist die Herausforderung der Stunde.

## 3. Trauma Recovery und sichere Umgebung – Housing first

Psychisch vulnerable Individuen haben ein hohes Risiko sozial an den Rand der Gesellschaft zu rücken und ihre Wohnung zu verlieren. Wie die derzeitige Lage in den USA und Kanada zeigt, führt das Fehlen geeigneter Hilfssysteme zu einem massenhaften Anstieg der Obdachlosigkeit. Basale Unterstützung und der geschützte Bereich einer eigenen Wohnung sind die absoluten Grundvoraussetzungen, um sich von Traumatisierungen und psychischen Krisen zu erholen. Ähnliches gilt für Institutionalisierung. Die gesellschaftliche Reintegration bedarf ständiger Bemühungen und Unterstützung, ist ökonomisch sinnvoll und vor allem auch ethisch geboten, um der Übersterblichkeit entgegenzuwirken. Die Marginalisierung und Unterversorgung von Menschen mit schweren Komorbiditäten reduziert ihre Lebenserwartung derzeit um 30 Jahre.

## 4. Transgenerationale Trauma – Erfahrungen der First Nations

Die „First Nations“ leben seit Jahrtausenden in Kanada und sind in den

Jahren der Kolonialisierung an den Rand der Gesellschaft gerutscht. Sie bilden inzwischen nur noch einen kleinen Teil der Bevölkerung und leben getrennt in Städten und „on Reserve“ am Rande der Gesellschaft. Sie haben die größte gesundheitliche Vulnerabilität aller ethnischen Gruppen in Kanada. In Gefängnissen, unter Obdachlosen und psychisch Erkrankten sind sie überrepräsentiert und haben den schlechtesten Zugang zu Hilfsystemen. Für die Begegnung dieser Probleme ist sozialpsychiatrisches Denken notwendig.

## 5. Sozialpsychiatrie als konzeptionelle Referenz

In der Psychiatrie ist die Sozialpsychiatrie die beste Referenz, um entscheidende Faktoren in der Entstehung psychischer Krankheiten und der Antwort des Versorgungssystems zu untersuchen. Das bildet auch die Grundlage, um die Zukunft der Psychiatrie zu formen. Die eingegrenzte Perspektive auf Diagnosen und die Psychopharmakologie hat die Psychiatrie bisher nicht revolutioniert. Viele andere Teilgebiete der Medizin, insbesondere die Hausärztinnen und Hausärzte, engagieren sich bereits in der Behandlung von psychisch Erkrankten. Psychotherapeutisch spielen Psychiaterinnen und Psychiater zunehmend eine Randrolle. Global gilt, dass die Frage nach der Zukunft der Psychiatrie mit traditionellen Ansätzen und Prioritäten nicht zu beantworten ist.

## 6. Virtuelle Sozialpsychiatrie

Im Hinblick darauf, wie wenige Betroffene in der psychiatrischen Versorgung schnell, unkompliziert, kostenfrei und kontinuierlich eine effektive Behandlung bekommen, erkennt man die Notwendigkeit neuer Versorgungskapazitäten sofort. Die veränderte Kommunikationslandschaft durch neue Technologien öffnet dabei Möglichkeiten für ein Kontinuum von Prävention und Behandlung, Krisenintervention und Selbsthilfe. Insofern sollte die Sozialpsychiatrie Pionierarbeit in diesem Bereich leisten und aktiv digitale Angebote gestalten. In Länder mit geringer wirtschaftlicher Leistung und fehlenden Ressourcen in der medizinischen Versorgung ist das gegenwärtig eindeutig die einzige Möglichkeit die Versorgungskapazität zu verbessern (Krausz et al. 2014). Zusätzlich besteht

ein zunehmendes Interesse an der Fülle von anfallenden Daten durch die digitale Transformation des Gesundheitssystems (Routinedaten, PROMs etc.) auch in anderen Fachbereichen. Die Sozialpsychiatrie und Versorgungsforschung hat hier besondere Expertise, die sie miteinbringen sollte und diese neu gewonnen „Datenschätze“ für eine effektive Verbesserung der Versorgung einzusetzen.

## Schlussfolgerungen

Die psychiatrischen Systeme in Kanada und Deutschland unterscheiden sich strukturell. Sozialpsychiatrie spielt strukturell und konzeptionell eine geringere Rolle in Kanada und seinem Versorgungssystem, obwohl das steuerliche Finanzierungssystem grundsätzlich große strukturelle Möglichkeiten bieten würde. Die Herausforderungen, vor denen beide Länder stehen, sind jedoch ähnlich. Insbesondere die Marginalisierung psychisch erkrankter Personen bis hin zur Wohnungslosigkeit sind überall sichtbar. Im Vergleich dazu sind die Sozialsysteme in Deutschland besser entwickelt und Kapazitäten für die Unterstützung marginalisierter Gruppen effektiver und zugänglicher. Der gesamte Problembereich der Suchterkrankungen, insbesondere die Überdosiskrise und ihrer Mortalität, sind zurzeit eine nordamerikanische Besonderheit und eine öffentliche Gesundheitskrise großen Ausmaßes. Sozialpsychiatrische Konzepte und Modelle für die Entwicklung des Versorgungssystems spielen diesseits und jenseits des Atlantiks eine noch untergeordnete Rolle und eine Steigerung an Forschungsarbeit – auch gemeinsamer Forschungsarbeit – auf diesem Gebiet kann dazu beitragen, diese Rolle in Zukunft zu verändern. ●

## Literatur

- Gicas, K. M., Vila-Rodriguez, F., Paquet, K., Barr, A. M., Procyshyn, R. M., Lang, D. J., ... Thornton, A. E. (2014). Neurocognitive profiles of marginally housed persons with comorbid substance dependence, viral infection, and psychiatric illness. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 36(10). <https://doi.org/10.1080/13803395.2014.963519>
- Finzen, A., & Hoffmann-Richter, U. (1995). Was ist Sozialpsychiatrie : eine Chronik. Bonn: Psychiatrie-Verl.
- Linden, I. A., Mar, M. Y., Werker, G. R., Jang, K., & Krausz, M. (2013). Research on a vulnerable neighborhood—the Vancouver downtown Eastside from 2001 to 2011. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 90(3), 559–573. <https://doi.org/10.1007/s11524-012-9771-x>
- Jongbloed, K., Pearce, M. E., Pooyak, S., Zamar, D., Thomas, V., Demerais, L., ... Bozoki, E. V. (2017). The Cedar Project: Mortality among young Indigenous people who use drugs in British Columbia. *Cmaj*, 189(44), E1352–1359. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160778>



Jongbloed, K., Pearce, M., Pooyak, S., Zamar, D., Thomas, V., Demerais, L., ... Spittal, P. M. (2017). Need for equity in treatment of substance use among Indigenous people in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 189(44), E1350–E1351. <https://doi.org/10.1503/cmaj.171002>

Honer, W. G., Cervantes-Larios, A., Jones, A. A., Vila-Rodriguez, F., Montaner, J. S., Tran, H., ... Schultz, K. (2017). The Hotel Study – Clinical and Health Service Effectiveness in a Cohort of Homeless or Marginally Housed Persons. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(7). <https://doi.org/10.1177/0706743717693781>

Krausz, M. (2009). Trauma und Sucht – die Gesundheitskrise der First Nations in Nordamerika. *Suchtmedizin*, 11(2), 1–5.

Krausz, R. M., Werker, G. R., Strehlau, V., & Jang, K. (2014). Applying addictions harm reduction lessons to mental healthcare. *Advances in Dual Diagnosis*, 7(2), 73–79. <https://doi.org/10.1108/ADD-01-2014-0003>

Krausz, M. (2013). Die Schweiz als Wundertüte – Betrachtungen zu 85 Jahre Ambros Uchtenhagen. *Suchtmedizin*, 15(4), 214.

Krausz, M. (1992). Die Entwicklung der Schweizer Sozialpsychiatrie. *Deutsches Ärzteblatt*, 89, 1136–1140

Krausz, M., Ramsey, D., Neumann, T., Vogel, M., & Backmund, M. (2014). Paradigmenwechsel als Markenkern – das Netz als Rahmen der Suchtmedizin der Zukunft? *Suchtmedizin*, 16(4), 166–172.

Kumar, S., Ghildayal, N. S., & Shah, R. N. (2011). Examining quality and efficiency of the US health care system. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(5), 366–388. <https://doi.org/10.1108/0952686111139197>

Urbanoski, K., Veldhuizen, S., Krausz, M., Schutz, C., Somers, J. M., Kirst, M., ... Goering, P. (2017). Effects of comorbid substance use disorders on outcomes in a Housing First intervention for homeless people with mental illness. *Addiction*. <https://doi.org/10.1111/add.13928>

Nikoo, M., Gadermann, A., To, M. J., Krausz, M., Hwang, S. W., & Palepu, A. (2017). Incidence and associated risk factors of traumatic brain injury in a cohort of homeless and vulnerably housed adults in 3 Canadian cities. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 32(4). <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000262>

Patterson, M., Moniruzzaman, A., Palepu, A., Zabkiewicz, D., Frankish, C. J., Krausz, M., & Somers, J. M. (2013). Housing First improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(8), 1245–1259. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0719-6>

Schreiter, S., Bernpohl, F., Krausz, M., Leucht, S., Roessler, W., Schouler-Ocak, & Guwinski, S. (2017). The prevalence of mental illness in homeless people in Germany—a systematic review and meta-analysis. *Dtsch Ärzteblatt*, 114, 665–672.

Schreiter, S., Gutwinski, S., & Rössler, W. (2020). Homelessness and mental illnesses. *Nervenarzt*, 91(11), 1025–1031. <https://doi.org/10.1007/s00115-020-00986-x>

Vila-Rodriguez, F., Panenka, W. J., Lang, D. J., Thornton, A. E., Vertinsky, T., Wong, H., ... Honer, W. G. (2013). The hotel study: Multimorbidity in a community sample living in marginal housing. *American Journal of Psychiatry*, 170(12), 1413–1422. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12111439>

Wing, JK 1982. *Socialpsychiatrie*, Springer Verlag.

# Entwicklung der Sozialpsychiatrie in Europa

## Die Sicht von Mental Health Europe

Von Paul Bomke und Niklas Hlubek

### Einleitung

Die psychosoziale Versorgung in Europa ist so vielfältig und divers wie der ganze Kontinent. Häufig scheitern Übersichten und Zusammenfassungen in diesem Themenkomplex an der Komplexität einzelstaatlicher Regelungen. Was dem Betrachter des einen Landes als „logisch“ und nachvollziehbar erscheint, erscheint anderen Experten als wenig nachvollziehbar und auch befremdlich. Hierfür gibt es viele Gründe. In der Praxis der Autoren springen meist zwei Erklärungen ins Auge. Zum einen sind die Sozial- und Gesundheitssysteme aus unterschiedlichen sozialpolitischen Wurzeln und Traditionen heraus entstanden. Wir nennen hier beispielhaft das sogenannte beitragsfinanzierte, auf Interessenausgleich der Stakeholder ausgerichtete Bismarcksystem z.B. in Deutschland und zum anderen ein steuerfinanzierter, dem politischen Gesamtwohl ausgerichtetes staatliches System, wie es in den skandinavischen Ländern oder in Irland anzutreffen ist (natürlich gibt es Schattierungen und hybride Formen). Zum anderen sind die Expert\*innen in den nationalen Systemen meist nur auf das eigene System professionell geschult, so dass meist auch Wissen und Erfahrung fehlt, andere Systeme zu beurteilen und dann daraus Innovationen abzuleiten. Und dieses zweite Thema greift Mental Health Europe z.B. durch seine Arbeit und seine Kampagnen regelmäßig auf. Mental Health Europe (MHE) ist eine europäische Nichtregierungsorganisation, die sich für die Förderung der psychischen Gesundheit, die Vorbeugung von psychischen Problemen, die Verbesserung der Versorgung, die Förderung der sozialen Eingliederung und den Schutz der Rechte von (ehemaligen) Nutzenden psychosozialer Dienste, Menschen mit psychosozialen Behinderungen, ihren Familien und Betreuern



Paul Bomke

Geschäftsführer Pfalz-Klinikum – Dienstleister für seelische Gesundheit, Sekretär und Mitglied im Vorstand von Mental Health Europe (MHE)



Niklas Hlubek

Wissenschaftler im Bereich Public Mental Health MSc. Er arbeitet als Policy & Research Assistant bei Mental Health Europe.

einsetzt. MHE arbeitet eng mit den europäischen Institutionen und internationalen Gremien zusammen, um die psychische Gesundheit in allen Politikbereichen zu berücksichtigen und die Stigmatisierung der psychischen Gesundheit zu beenden. MHE folgt dabei dem Grundsatz „psychische Gesundheit in allen Politikfeldern (mental health in all policies)“. Gemeinsam mit seinen Mitgliedern formuliert MHE Empfehlungen für politische Entscheidungsträger, um eine die psychische Gesundheit fördernde Politik zu entwickeln und berät Mitglieder, die formulierten Ziele in den Organisationen und im eigenen nationalen System zu verwirklichen. Im Mittelpunkt steht hierbei die Erfahrung und das Wissen der (ehemaligen) Nutzerinnen und Nutzer. Die Arbeit von MHE fußt auf einem gemeinsamen Grundverständnis von unveräußerlichen Menschenrechten. Konkret geht es hierbei um die praktische Anwendung der europäischen Menschenrechts- und der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Auch wenn dieser Bezug insb. für Vertreter\*innen der deutschen Sozial- und Gesundheitspolitik sehr allgemein und wenig konkret klingt, so ist dieser

Ansatz gerade für MHE und seine Mitgliedsorganisationen ein wichtiger Leitfaden für konkrete Projekte und Maßnahmen. Bezogen auf die psychosoziale Versorgung steht das Themenfeld „Verhinderung von Zwang“ und die damit verbundene Fremdbestimmung sowie die Sicherstellung der Beteiligung der Expert\*innen aus Erfahrung im Mittelpunkt der programmatischen und praktischen Arbeit von MHE.

Die Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der psychosozialen Versorgung ist z.B. in vielen Ländern Europas noch weit verbreitet. Um den Menschenrechten und der UN-BRK gerecht zu werden, müssen Zwangsmaßnahmen in allen (sozial) psychiatrischen Diensten abgeschafft werden, dies ist die Norm der UN-BRK! Die Kluft zwischen Theorie und Praxis ist

allerdings groß und viele Herausforderungen bleiben bestehen: Und bislang gibt es noch kein psychosoziales System in Europa, das vollständig auf einvernehmliche Verfahren umgestellt hat.

Dieser Artikel bietet einen Überblick über erfolgreiche und vielversprechende

Praktiken zur Verhinderung, Verringerung und Abschaffung von Zwangsmaßnahmen in der psychosozialen Versorgung einschließlich Maßregelvollzug. Und es zeigt praktische Beispiele der Beteiligung von Nutzenden. Ziel dieses Artikels ist es, positive Beispiele aus ganz Europa aufzuzeigen und so eine gemeinsame Basis für die weitere Arbeit zu erzeugen. Beginnen

Viele Interessengruppen fordern die Abschaffung von Zwangspraktiken und die Einführung von Alternativen. Das Recht auf Freiheit und Sicherheit der Person in der UN-BRK unterstreicht Maßnahmen gegen Zwang.

wollen wir mit einer Übersicht über den Kenntnisstand zur Anwendung und Umsetzung der UN-BRK.

### Die wichtigsten internationalen Menschenrechtsstandards und der Recovery-Ansatz in der psychosozialen Versorgung

In Berichten aus aller Welt wird die Notwendigkeit hervorgehoben, Diskriminierung zu bekämpfen und die Menschenrechte in der psychosozialen Versorgung zu fördern. Dazu gehört die Abschaffung von Zwangspraktiken wie Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung sowie körperliche oder pharmakologische Zwangs- und Isolationsmaßnahmen und die Beseitigung des Machtungleichgewichts zwischen dem Gesundheitspersonal und den Menschen,

die die Dienste nutzen.

Seit der Verabschiedung der UN-BRK im Jahr 2006 bemühen sich immer mehr Länder um eine Reform ihrer Gesetze und Praktiken, um das Recht auf Eingliederung in die Gemeinschaft, Würde, Autonomie, Selbstbe-

stimmung und Genesung zu fördern. Bislang haben jedoch nur wenige Länder den politischen und rechtlichen Rahmen geschaffen, der erforderlich ist, um die weitreichenden Veränderungen zu erreichen, die der internationale Menschenrechtsrahmen verlangt. In vielen Fällen halten die bestehenden Politiken und Gesetze an der institutionellen Betreu-

ung, der Isolation sowie an zwanghaften und schädlichen Behandlungspraktiken fest. Ähnliches ist über den Grad der Beteiligung der Nutzenden/der Betroffenen zu berichten. Institutionelle Grenzen und Traditionen verhindern z.B. den Blick auf die Etablierung partizipativer Entscheidungsprozesse in Institutionen und im politischen Willensbildungsprozess. Dies gilt gleichermaßen für Institutionen, die für die Finanzierung von Leistungen oder für die Durchführung von Leistungen verantwortlich sind.

### Alternativen zu Zwangsmaßnahmen

Viele Interessengruppen fordern die Abschaffung von Zwangspraktiken und die Einführung von Alternativen in den psychosozialen Versorgungssystemen. Das Recht auf Freiheit und Sicherheit der Person in der UN-BRK unterstreicht Maßnahmen gegen Zwang, indem es den Freiheitsentzug aufgrund einer Behinderung einer Person verbietet. Dieses Recht stellt Leistungserbringer, Politik und Recht in Ländern, die eine nicht freiwillige Einweisung aufgrund einer diagnostizierten oder wahrgenommenen Erkrankung oder Behinderung zulassen, erheblich in Frage, selbst wenn zusätzliche Gründe oder Kriterien für die Inhaftierung angeführt werden, wie etwa „Behandlungsbedürftigkeit“, „Gefährlichkeit“ oder „mangelnde Einsicht“.

Die Auffassung, dass Zwang notwendig ist, ist tief in den psychosozialen Systemen verankert, auch in der beruflichen Aus- und Weiterbildung, und wird z.B. durch nationale Gesetze in diesem Politikbereich mitunter verstärkt. Menschen, die Zwangspraktiken ausgesetzt sind, berichten von Entmenschlichung, der Entmachtung, der Missachtung und des Ausschlusses von Entscheidungen über sie betreffende Angelegenheiten. Viele erleben dies als eine Form von Trauma oder Re-Traumatisierung, die zu einer Verschlechterung ihres Zustands und zu einem erhöhten Leidensdruck führt.

### Quelle

*Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches.* Geneva: World Health Organization; 2021 (Guidance and technical packages on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches).

**Nötigung oder Zwangsmaßnahmen** beziehen sich auf unfreiwillige, erzwungene oder nicht einvernehmliche Praktiken in der Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen.

**Unfreiwillige, erzwungene oder nicht-einvernehmliche Unterbringung/Einweisung oder Behandlung** kann definiert werden als jede Behandlung oder Einweisung in ein Krankenhaus oder eine andere Einrichtung, die gegen den ausdrücklichen Willen einer Person erfolgt – mündlich oder auf andere Weise (körperlich, Sprache, Patientenverfügung usw.)

Die rechtlichen Definitionen von unfreiwilliger Unterbringung und Behandlung sind von Land zu Land unterschiedlich. Es ist wichtig zu beachten, dass in vielen Ländern Gesetze und Vorschriften für den Gesundheitssektor gelten.

**Zwangsmaßnahmen:** In psychosozialen Diensten werden verschiedene Arten von Zwangsmaßnahmen eingesetzt:

- Physische Fixierung: Manuelles Festhalten einer Person, um ihre Bewegungen zu verhindern oder einzuschränken (Körper oder Teile des Körpers).
- Mechanische Fixierung: die Verwendung von Vorrichtungen (z. B. Gurte, Käfigbetten usw.) zur Verhinderung oder die Bewegung des eigenen Körpers oder von Körperteilen zu dämpfen.
- pharmakologische Zwangsmaßnahmen: die Verwendung von Medikamenten zur Kontrolle oder Bändigung von Verhalten (z. B. schnelle Beruhigung).
- Abgeschiedenheit: Einsperren in einen Raum oder einen abgelegenen Bereich, den eine Person nicht frei verlassen kann.

MHE (2019)

Um Alternativen zu Zwangsmaßnahmen zu schaffen, müssen nicht nur **Änderungen in Gesetz und Politik** vorgenommen werden, **sondern auch** Maßnahmen an mehreren Fronten geändert werden, darunter:

- Aufklärung des Dienstleistungspersonals über Machtgefälle, Hierarchien und wie diese zu Einschüchterung, Angst und Vertrauensverlust führen können
- dem Personal zu helfen, zu verstehen, was als Zwangspraktik gilt und wie schädlich die Folgen sind
- systematische Schulung des gesamten Personals in Bezug auf zwangsfreie Reaktionen auf Krisensituationen, einschließlich Deeskalationsstrategien und gute Kommunikationspraktiken
- individuelle Planung mit den Nutzern des Dienstes, einschließlich Krisenplänen und Vorausplanung
- Veränderung des physischen und sozialen Umfelds, um eine einladende Atmosphäre zu schaffen, einschließlich der Nutzung von „Komforträumen“ und „Reaktionsteams“ zur Vermeidung bzw. Bewältigung von konfliktreichen oder anderweitig schwierigen Situationen
- wirksame Mittel, um Beschwerden zu hören, auf sie zu reagieren und aus ihnen zu lernen; systematische Nachbesprechung nach jeder Anwendung von Zwang und der Versuch, Vorfälle in der Zukunft zu vermeiden
- Reflexion und Veränderung in Bezug auf die Rolle aller Beteiligten, einschließlich der Justiz, der Polizei, der Mitarbeiter des Gesundheitswesens und der Allgemeinheit WHO (2021)

### Bericht von Mental Health Europe

In einem aktuellen Bericht von MHE wurde festgestellt, dass die Regelungen der nicht freiwilligen Unterbringung und Behandlung in Europa sehr unterschiedlich sind (s.o.). Die unfreiwillige Unterbringung sollte mit äußerster Vorsicht angegangen und im lokalen Kontext interpretiert werden. Dies liegt nicht nur daran, dass viele Länder keine Daten über die Anwendung von Zwangsmaßnahmen veröffentlichen, sondern auch daran, dass solche Daten, wenn sie veröffentlicht werden, unvollständig oder unzuverlässig sind. In Ländern, in denen zuverlässige Daten über unfreiwillige Unterbringung vorliegen, wurde z.B. ein Anstieg der Anwendung von Zwang festgestellt. Hierzu zählen England, Schottland, Irland, Belgien, Frankreich und die Niederlande. In Österreich und Schweden ist die Rate der unfreiwilligen Unterbringung seit Anfang der 2010er Jahre relativ stabil geblieben. Zwei Länder - Finnland und Deutschland - meldeten einen Rückgang nach Gesetzesänderungen und gezielten Programmen zur Verringerung der Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie. Die gemeindepsychiatrische Zwangsbehandlung als eine Form der nicht freiwilligen Behandlung gibt es in einer Reihe von Ländern in Europa, obwohl sie in einigen Rechtsordnungen nur für forensische Patient\*innen gilt. Durch die Anordnung der gemeindepsychiatrischen Behandlung

**Ein großes Pfund ist hierbei die konsequente Beteiligung von Peers in den Entscheidungsprozessen innerhalb von MHE, aber auch im Kontext der inhaltlichen Diskurse mit der Kommission und dem Parlament.**

werden Personen gezwungen, sich medizinisch behandeln zu lassen. Diese Art der nicht freiwilligen Behandlung wird als Möglichkeit angesehen, Menschen in der Gemeinschaft zu halten und außerhalb des Krankenhauses zu behandeln. Gleichzeitig sind in einigen Ländern weitere restriktive Bedingungen festgelegt werden (Alkohol- oder Drogentests, Verpflichtung, an einem bestimmten Ort zu leben usw.). Soweit Daten vorliegen, deuten diese darauf hin, dass es sich hierbei um eine schnell wachsende Form der nicht freiwilligen Behandlung handelt. In Frankreich machten Anordnungen zur zwangsweisen Behandlung von Menschen im gemeindepsychiatrischen Kontext 40 % aller Personen aus, die 2015 einer Form der Zwangsbehandlung unterlagen. Gleiches wurde bereits in Schottland in den Jahren 2015/2016 beobachtet. In Malta wurde etwa ein Drittel der Personen, die eine Zwangsbehandlung erhielten, in der Gemeinde behandelt. Zusammenfassend kann aber festgehalten werden, dass über den Einsatz von Zwangsmaßnahmen in psychosozialen Diensten in Europa wenig bekannt ist. Um diesen Zusammenhang stärker in den Mittelpunkt der Politikberatung zu stellen und hierbei auch immer wieder die Wirkungen von Initiativen und Maßnahmen von Kommission und EU-Parlament auf eben diese Überlegungen zu verdeutlichen, arbeitet MHE eng mit der europäischen Kommission und dem europäischen Parlament zusammen. Grundintention

der Arbeit ist es, das Bewusstsein für einen anderen Blick auf Seelische Gesundheit und Zwang zu erzeugen und nachhaltig zu verändern.

Konkret umfasst dies z.B. die Teilnahme an öffentlichen Debatten mit und im Auftrag von Vereinigungen für Menschen mit Beeinträchtigungen oder die Arbeit mit dem Sachverständigen/Experten für psychische Gesundheit. MHE versucht so politischen Einfluss auf die Gesetzgebungs- und Projektinitiativen zur Absicherung von Menschenrechtsaktivitäten zu gewährleisten. Weitergehend organisiert MHE europaweite Capacity-building Seminare unter der Federführung von Betroffenen und unterstützt den nationalen sowie internationalen Austausch, um einheitliche Versorgungsstandards zu fördern. Auf diese Weise verfolgt MHE das Ziel die europäische Zusammenarbeit zu fördern, um eine psychosoziale Versorgung, die den internationalen Menschenrechtsstandards gerecht wird, in allen Mitgliedsstaaten sicherzustellen bzw. Leitplanken zu definieren, an denen sich die staatlichen aber auch die nicht-staatlichen Akteure zu halten haben.

Ein großes Pfund ist hierbei die konsequente Beteiligung von Peers in den Entscheidungsprozessen innerhalb von MHE aber auch im Kontext der inhaltlichen Diskurse mit der Kommission und dem Parlament.

Vieles klingt hierbei ggfs. sehr theoretisch, die Organisation von Beteiligung der Betroffenen ist aber eine sehr praktische Vorgehensweise, die insb. in der Welt der „Sozialbürokratien“ mitunter als störend und zeitaufwendig erlebt wird. MHE hat es sich hierbei zum Ziel gesetzt, insb. die institutionell verankerten bürokratischen Prozesse zu stören und ein Gegenmodell von Beteiligung und Augenhöhe zu entwickeln.

Soweit zum Hintergrund, kommen wir nun zu drei vielversprechenden Beispielen.

### Beispiele für vielversprechende Maßnahmen/Praktiken zur Prävention, Verringerung und Beseitigung von Zwang

#### Praktiken im Krankenhaus

##### Israel - Nationale Initiative zur Reduzierung von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen

Im Jahr 2016 startete die Abteilung für psychische Gesundheitsdienste der



israelischen Regierung eine nationale Initiative zur Verringerung des Einsatzes mechanischer und körperlicher Zwangsmaßnahmen in Akutabteilungen von stationären Einrichtungen. Nutzer, Familienorganisationen und Menschenrechtsorganisationen waren an der Entwicklung des Programms beteiligt und waren die Hauptantriebskräfte der Initiative. Die Initiative umfasste eine Fülle von Maßnahmen. Drei Maßnahmen möchten wir hervorheben:

- Ausbildung von Experten für Deeskalationstechniken, um Mitarbeitende in der gesamten Region schulen zu können
- Schulung des Krankenhauspersonals in 60 Akutabteilungen
- Vermeidung von Langeweile bei den Nutzenden durch die Einführung von sinnstiftenden Aktivitäten
- Überwachung von Beschränkungsanordnungen: Psychiatrische Abteilungen müssen alle sechs Monate die Zahl der Beschränkungsanordnungen an die Abteilung für psychische Gesundheit des Gesundheitsministeriums melden

Die größten Herausforderungen bestanden darin, alle Beteiligten von der Notwendigkeit des Wandels zu überzeugen, da immer noch eine große Kluft zwischen den finanziellen Notwendigkeiten und den vorhandenen Budgets besteht. Ungeachtet dessen konnte seit 2016 die Anwendung von Zwangs- und Isolationsmaßnahmen nachweislich um 76 % reduziert werden.

### Gemeindeorientierte Praktiken

#### Polen – Warschauer Brunnenhaus (Clubhouse International)

Das Warschauer Brunnenhaus wurde 2014 von Clubhouse International akkreditiert, einer Dachorganisation für gemeinschaftsbasierte Mitgliedschaften in „Clubhouses“ oder „Fountain Houses“, die Gemeinschaften von und für Menschen mit psychischen Problemen unterstützen. Clubhäuser konzentrieren sich auf die Stärken und Fähigkeiten der Mitglieder. Die Mitglieder, die die Clubhäuser mit Hilfe von Mitarbeitern betreiben, erleben durch die Aktivitäten und die Eigenverantwortung ihre Selbstwirksamkeit und Selbstachtung zu verbessern. Die

Clubhäuser ermutigen die Menschen dazu, durch einen Arbeitstag zum täglichen Betrieb des Clubhauses beizutragen und z.B. neue Fähigkeiten für ein unabhängiges Leben zu erwerben. Wie auch andere Einrichtungen setzt sich das Warschauer Brunnenhaus für die Rechte von Menschen mit psychischen Problemen ein und verbessert das Bild, das die Gesellschaft von ihnen hat, indem es sich aktiv an einer Vielzahl von Programmen und Initiativen beteiligt (z. B. Organisation von Studienbesuchen für Medizinstudierende). Die Clubhäuser gelten als Orte, die sich gegen Zwang wenden und praktisch aufzeigen, wie Zwang vermieden werden kann. Erfahrungen, die dann in die Arbeit anderer Leistungserbringer einbezogen werden können.

#### Deutschland – Weiterentwicklung des Maßregelvollzuges

Während die beiden vorherigen Beispiele sich auf die Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung im Krankenhaus oder in der Gemeinde bezogen, muss bei dieser Debatte auch immer der Maßregelvollzug in den Blick genommen werden. Auch hier zeigt sich, dass es in Europa unterschiedliche Rechtstraditionen bei diesem Themenfeld gibt, wobei es sowohl in der akademischen Diskussion (siehe insb. Kris Goethals (Hrsg) 2022: Forensic Psychiatry and Psychology in Europe) als auch in der praktischen Umsetzung massive Fortschritte zu verzeichnen sind. Eine sehr spannende Entwicklung zeigt sich z.B. in Irland, wo forensische Spezialisten ihre Arbeit durch eigene Angebote für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Gefängnissen und durch einen eigenständigen Liaison-Dienst stärker auf die Bedarfe der Betroffenen ausrichten (Prison Inreach and Court Liaison Service (PICLS) (siehe auch: <https://www.hse.ie/eng/national-forensic-mental-health-service-portrane/nfmhs-services/our-services/>)). Unser Beispiel soll die Entwicklung in Deutschland aufgreifen, zeigt sie doch eine Besonderheit. Wie bekannt, ist der Maßregelvollzug in Deutschland die Aufgabe der Bundesländer, was

**Der Maßregelvollzug in Deutschland ist die Aufgabe der Bundesländer, was einen umfassenden Überblick eher erschwert als erleichtert. Umso wichtiger ist es daher, den Blick auf die Träger der Maßregelvollzugseinrichtungen zu lenken.**

einen umfassenden Überblick eher erschwert als erleichtert. Umso wichtiger ist es daher, den Blick auf die Träger der Maßregelvollzugseinrichtungen zu lenken, die dann sozusagen von der „Basis“ aus, neuere Entwicklungen forcieren. Die Träger der psychiatrischen Versorgung und des Maßregelvollzugs haben sich in Deutschland in der Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie, kurz BAG Psychiatrie zusammengeschlossen. Im April 2022 wurde ein Eckpunktepapier vorgestellt, dessen Eckpunkte gute Beispiele für einen anderen Maßregelvollzug aufzeigen. Die Träger propagieren eine engere

Verzahnung des Maßregelvollzuges mit den Versorgungssystemen der Gemeindepsychiatrie (siehe auch: [www.bag-psychiatrie.de/wp-content/uploads/2022/05/220428\\_PM\\_BAG-Psych\\_Gemeindepsych-und-Massregelvollzug-verzahn.pdf](http://www.bag-psychiatrie.de/wp-content/uploads/2022/05/220428_PM_BAG-Psych_Gemeindepsych-und-Massregelvollzug-verzahn.pdf)).

Als neuer Blick auf den Maßregelvollzug wird die Ausrichtung an den Entwicklungen der allgemeinen psychosozialen Versorgung hervorgehoben. Ziel ist es, das großes Potenzial der in letzten Jahren entwickelten psychosozialen Innovationen in den Versorgungs- und Angebotssystemen der Allgemeinpsychiatrie und Gemeindepsychiatrie für (ehemalige) Maßregelvollzugspatient\*innen zu übersetzen und internationale Erfahrungen gezielt einzusetzen.

Die BAG Psychiatrie berichtet hierbei von mehreren praktischen Lösungsansätzen. Ein Beispiel zeigt die Zielrichtung:

Die Etablierung von Präventionsambulanzen kann dazu beitragen, dass Menschen, die an einer psychischen Krankheit leiden und zu Gewalt neigen, frühzeitig und umfassend behandelt werden. Ziel von Präventionsambulanzen ist es, Straftaten zu verhindern und gleichzeitig den Betroffenen, die an einer psychischen Störung leiden, ein möglichst normales Leben zu ermöglichen – ohne Zwang. Das wichtigste „normative“ Instrument ist sicherlich eine strukturierte und vor allem verbindliche Vernetzung zwischen Maßregelvollzug und Gemeindepsychiatrie auf Grundlage der Normen der Menschenrechts- und UN-

BRK-Konvention unter dem Obertitel der Selbstbestimmung. Denn mit der Umsetzung der UN-BRK und der Etablierung von Menschenrechtsstandards über alle Rechtskreise hinweg ist es zwingend notwendig, die Sonderrolle der Versorgung, Behandlung und Begleitung von Patient\*innen im deutschen Maßregelvollzug aufzuheben und sich an den Entwicklungen in der psychosozialen Versorgung und der Sicherstellung von Teilhabe für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu orientieren.

### Schlussfolgerungen

Die oben genannten Initiativen zeigen, dass es kein Patentrezept für die Prävention und die Verringerung von Zwangsmaßnahmen in der psychosozialen Versorgung oder für moderne Beteiligungsformen gibt. Viele Beispiele weisen jedoch einige gemeinsame Aspekte auf:

- Konzentration auf den Willen und die Präferenzen der Nutzenden sowie mehr Zeit und Einbeziehung des Personals und der Betroffenen in die Entwicklung von Angeboten und Maßnahmen
- Schulung des Personals, aber auch die Schulung von Polizeikräften und andere öffentliche Bedienstete, unter Einbeziehung von Experten aus Erfahrung
- Zeit für die Verbesserung der Kommunikation mit den Nutzenden, ihrer Familien und ihres sozialen Umfelds
- Ausbau von Netzwerken und Konzentration auf die Zusammenarbeit im Rahmen eines auf Genesung und Menschenrechte ausgerichteten Ansatzes
- Umsetzung einer effektiven Arbeit auf regionaler Ebene und Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Diensten (z. B. Sozialdienste, Gesundheitsbehörden, Arbeitsämter, lokale Freizeitangebote)
- Überwachung und Datenerfassung in Bezug auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen und gemeinsame Überprüfung von Vorfällen, um zu sehen, was gelernt werden kann

- deutlich wird aber auch, dass bei der anstehenden Transformation der Systeme und Angebote auch die Managementperspektive berücksichtigt werden muss und es in diesem Zusammenhang um die Etablierung geeigneter intersektoraler Steuerungs- und Finanzierungsinstrumente gehen muss
- und ebenso wichtig ist es, mit den Betroffenen eine gemeinsame Verantwortungsbasis zur Verhinderung und Vermeidung von Zwang zu etablieren.

Ein ganzheitliches System der psychischen bzw. mentalen Gesundheit ist von entscheidender Bedeutung, um Zwangsmaßnahmen abzuschaffen. Es geht nicht um einzelne Praktiken, sondern um die Umsetzung einer neuen Kultur. Mangelnde Integration, Sektorengrenzen und damit verbundene zergliederte Zuständigkeiten und die unzureichende Verfügbarkeit und Kontinuität der Versorgung führt zu Zwangseinweisungen. Die Vorbeugung von Krisensituationen ist der Schlüssel zur Vermeidung von Nötigung und Zwang. Aus den Beispielen geht

**Es geht nicht darum, was in den Sozialgesetzbüchern steht, die immer wieder als „bürokratischer Filter“ eingesetzt werden, es geht um die direkte Wirkung von Menschenrecht und Selbstbestimmung auf das Handeln von Betroffenen und Anbietern.**

hervor, dass die beste Lösung zur Verhinderung von Krankenhausaufenthalten und Zwang eine wirksame Arbeit auf regionaler Ebene mit qualitativ hochwertigen ambulanten und kommunalen Diensten ist. Eine Kombination aus regionaler Arbeit und übergreifenden Strategien scheint der beste Weg zur Beendigung von Zwang und zur vollständigen Umsetzung eines Menschenrechtsansatzes für die psychische Gesundheit zu sein.

MHE setzt sich dafür ein, gerade die kommunale Versorgung und Begleitung zu verbessern und unterstützt hierbei regionale und lokale Deinstitutionalisierungsprojekte.

Gerade im deutschen System ist die Abkehr von einer institutionalisierten Sicht auf die Organisation von Angeboten mitunter schwer zu vermitteln. In den nationalen und europäischen Capacity-Building Seminaren können auf der anderen Seite Entscheidungsträger und Betroffene an konkreten

Beispielen lernen, was machbar ist und wo es sich lohnt, in neue Wege zu investieren. Dieses Innovationswissen kann nur ein europäischer Verband mit seiner Orientierung an den Nutzenden zur Verfügung stellen.

UND: Gerade die Menschenrechtsperspektive öffnet in Deutschland neue Denkweisen. Es geht nicht darum, was in den Sozialgesetzbüchern steht, die immer wieder als „bürokratischer Filter“ insb. in Bezug auf die UN-BRK eingesetzt werden. Vielmehr geht es um die direkte Wirkung von Menschenrecht und Selbstbestimmung auf das Handeln von Betroffenen und Anbietern. Ohne die Arbeit des europäischen Verbandes wäre dieser unvoreingenommene, andere Blick nicht möglich, auch wenn es insbesondere in Deutschland noch ein langer Weg ist, die „bürokratischen“ Filter für die direkte Wirkung der UN-BRK durchlässiger zu gestalten. ●

### Quelle

*Promising practices in prevention, reduction, and elimination of coercion across Europe – Mental Health Europe (2019)*



# Gegensätze, Widersprüche, Inspirationen

## Sozialpsychiatrie im Vereinigten Königreich

Von Joachim Schnackenberg

„The personal is political.“ (Dillon,\* 2010); „Bad things that happen to you can drive you crazy“ (Dillon, 2011)\*\*

### Hinführung

Der Blick in das Vereinigte Königreich (VK) wird bei vielen LeserInnen ähnliche Bilder auslösen: die Queen, Schuluniformen, prachtvolle Militärparaden, alte Schlösser, verwunschene Dörfer, hügelige und grüne Landschaften und so weiter. Für Kenner britischer Kultur wird dann allerdings auch schnell klar: so institutionell hierarchisch einige Aspekte britischen Lebens auch strukturiert zu sein scheinen, so zugänglich, höflich und verhältnismäßig flach in der Hierarchie läuft das Leben an vielen Orten im Alltag ab. So auch – bis zu einem gewissen Grad – in der Psychiatrie, zumindest wenn man sie mit deutschen oder österreichischen Verhältnissen vergleicht.

Diese flache Hierarchie führt dazu, dass einige Aspekte sofort auffallen. Dazu gehört u.a., dass die Betonung von Position, Qualifikation oder Titel im fachlichen Miteinander unter den Professionen aber auch gegenüber der Öffentlichkeit sehr ungewöhnlich sind. Es ist z.B. durchaus normal wenn sich auch Professoren einfach mit Vornamen und ohne Titel und Berufsbezeichnung vorstellen. Dies ist sicherlich nicht nur der nicht existierenden formalen Sie-Form geschuldet, sondern entspricht einem kulturellen Selbstverständnis.

Ein weiterer Punkt ist die ca. 3.5 Mal geringere Bettenzahl als in Deutschland (Eurostat, 2019). Zudem sind Einzelzimmer und En-suite seit ca. 20 Jahren größtenteils Standard. Die Hauptberufsgruppen in der Krankenhaus- und in der gemeindepsychiatrischen Versorgung stellen die Fachpflegekräfte für Psychiatrie dar. Zugang zu psychotherapeutisch arbeitenden Psychologinnen besteht zwar in beiden Bereichen, wird aber nicht als so notwendig für therapeutische Arbeit erachtet, wie dies in den deutschsprachigen Ländern oft

so unhinterfragt vermutet wird. Es ist absolut akzeptabel für Fachpflegekräfte und Sozialarbeiter therapeutisch zu arbeiten und wird nicht wirklich in Frage gestellt. Dass therapeutische Arbeit oft dennoch zu kurz kommt, hat weniger mit dem Mangel an qualifiziertem Personal als mit dem auch im VK existierenden biologisch dominantem reduktionistischem Paradigma zu tun.

In diesem Kontext ist es dann sicherlich auch interessant, dass die Sozialpsychiatrie als Begriff, Bewegung oder Initiative keine mit Deutschland vergleichbare und erkennbare Form gefunden hat. Vielmehr ist es so, dass die Sozialpsychiatrie als Idee im VK in der fachlichen Wahrnehmung der psychiatrischen Mainstreamdienste so gut wie keine Rolle spielt. Zwar hat das VK durchaus einiges zu bieten an inspirierten sozialen Initiativen, allerdings spielen und spielen diese größtenteils ein Randdasein oder eine Existenz völlig außerhalb des Mainstreams. Versorgungsdienste, die im deutschsprachigen Raum zum Teil mit der Sozialpsychiatrie verbunden werden – wie etwa Tageskliniken oder auch eine aufsuchende gemeindepsychiatrische Versorgung – spielen zwar eine durchaus etablierte und oft viel wesentlichere Rolle in der psychiatrischen Versorgung als im deutschsprachigen Raum, jedoch ist dies nicht so sehr von einem sozialpsychiatrischen Geist getrieben. Vielmehr scheinen ökonomische und praktische Überlegungen oft eine zentralere Überlegung in der Umsetzung zu spielen.

Der wesentlichste Punkt ist allerdings vielleicht, dass im allgemeinen Bewusstsein der Begriff der Sozialpsychiatrie kaum eine Rolle spielt. Mit dem Verweis auf die Psychiatrie oder psychiatrische Dienste sind im Regelfall sowohl die psychiatrischen Fachkrankenhäuser als auch die dazugehörigen gemeindepsychiatrischen Dienste, die vornehmlich ambulanter aufsuchender Natur sind, gemeint. Dies wird auch dadurch weiter untermauert, dass über lange Zeit sowohl die behandelnden Psychiater als



Joachim Schnackenberg

Dr., Leitung Stimmenhören und Recovery in der Diakonie Kropp, sowie international mit dem efc Institut tätig als freiberuflicher Fortbildner, Supervisor, Berater, Forscher. ([www.efc-institut.de](http://www.efc-institut.de)).

auch die fallführenden Sozialarbeiter oder Fachpfleger für Psychiatrie sowohl in der gemeindepsychiatrischen Versorgung als auch in der Krankenhausversorgung fallführend waren und sind. Mittlerweile sind nur noch die fallführenden Sozialarbeiter oder Fachpfleger mit der Sicherstellung von Kontinuität betraut. Der Grundgedanke steht aber – im Gegensatz zu Deutschland – nach wie vor. Regelmäßiger Austausch zwischen dem ambulanten gemeindepsychiatrischen Team und dem Fachkrankenhausteam gilt weiterhin als gute Praxis.

### Menschenbild in der Fachwelt

Obwohl Recovery als Leitidee seit Mitte der Nuller Jahre eine nationale Richtlinie darstellt und zumindest theoretisch ein weit verbreiteter Begriff ist – im Gegensatz zu Deutschland –, so scheint dies in der Umsetzung oft und eher als Rechtfertigung für eine weitere Reduzierung der Finanzierung psychiatrischer Dienste zu gelten. Das Menschenbild in der Fachwelt ist in der Praxis immer noch sehr stark durch ein biologisierendes, pathologisierendes und reduktionistisches Paradigma geprägt. Entsprechend gibt es weiterhin regelmäßiges Feedback durch Nutzergruppen, das eine Behandlung, die sich nicht auf Augenhöhe abspielt und stark unterminierend und entrechtend erlebt wird, der Norm entspricht (NSUN, 2022). Wie auch in anderen westlichen Psychiatrien wird mit dem Verweis auf eine hypothesierte (heißt: bis heute nicht gut belegte)

vornehmlich biologisch determinierte psychiatrische Erkrankung gerechtfertigt. Dies bedeutet z.B., Gesprächsinhalte bei Personen mit Diagnosen einer Psychose nicht ernst nehmen zu müssen, Personen mit gelebter Erfahrung oft, wenn überhaupt, nur dem Schein nach einzubeziehen und dass man auch gewisse Rechte zumindest zeitlich begrenzt aussetzen kann. Allerdings dürfen Personen, die einer Zwangseinweisung unterliegen, aber keine psychiatrisch forensische Unterbringung haben, trotzdem wählen gehen.

Wie auch in anderen westlich geprägten Ländern besteht zudem natürlich auch auf gesellschaftlicher Ebene weiterhin nicht wenig Stigmatisierung gegenüber Menschen mit psychiatrischen Problemen. Allerdings hat sich das öffentliche Bewusstsein

dafür seit einigen Jahren angefangen zu wandeln. Manchmal hat man sogar das Gefühl, als wenn es ein wenig zum guten Ton dazu gehören würde, wenn öffentlich zu einem größeren Bewusstsein für psychiatrische Gesundheit eingestanden wird. So haben z.B. auch die Kronprinzen William und Harry mit ihren Partnerinnen in den letzten Jahren zu mehr Bewusstsein für die Wichtigkeit psychischer Gesundheit aufgerufen. Gleichzeitig besteht im öffentlichen Diskurs nach wie vor viel Ignoranz, insbesondere wenn es um Aufklärung über mögliche kausale Faktoren geht. Auch hier werden routinemäßig biologisierende Paradigmen vertreten. Man kann sogar als besonders aufgeklärt gelten, wenn man ein biologisches Paradigma vertritt, wie es z.B. regelmäßig durch bekannte Schauspieler wie Ruby Wax und Stephen Fry passiert. Kritischere Sichtweisen, die vor allen Dingen auf eine Traumaverbindung und soziale Missstände hinweisen, finden oft sehr viel weniger Gehör.

### Gemeindenahe ambulante psychiatrische Versorgung

Da das VK im Bezug auf soziale und gesundheitliche Ziele zentral regiert wird, werden auch regelmäßig nationale Vorgaben und Initiativen umgesetzt. In der Praxis heißt das, dass die Regierung nationale Ziele und Ideen vorgibt und

dass das Sozial- und Gesundheitswesen über Steuermittel finanziert wird. Dies hat sicherlich Vor- und Nachteile. Einer der Vorteile ist, dass eine gemeindenah ambulante psychiatrische Versorgung, im Gegensatz etwa zu Deutschland und Österreich, flächendeckend umgesetzt werden konnte, und seit den 80er und 90er Jahren zunehmend der Hauptversorgung im VK entspricht. Ein weiterer Vorteil in diesem Zusammenhang besteht darin, dass die auch

**In Zeiten starker Kürzungen und Umsetzung von Recovery nur dem Namen nach, bleibt die gemeindenah psychiatrische Versorgung nur auf dem Papier eine gute Idee. So war bereits 2015/16 ein Punkt erreicht, an dem keine sichere Versorgung mehr gewährleistet werden konnte.**

international sehr anerkannten internationalen Leitlinien des NICE (National Institute for Health and Care Excellence) im Großen und Ganzen in der Praxis, im Gegensatz zur größtenteils gegenteiligen gängigen Praxis in Deutschland, zumindest im Bezug auf die Verschreibung von antipsychotischen Medikamenten auch befolgt

werden. D.h. praktisch, dass nur ein Antipsychotikum und ein Augenmerk auf Niedrigstdosierung der normalen Praxis entsprechen.

Die staatliche Versorgung beschränkte sich dabei über eine längere Zeit vornehmlich auf die Unterstützung von Personen mit „severe and enduring mental illness“, was normalerweise als Kurzsprech für Personen mit Diagnosen einer Schizophrenie oder Bipolaren Störung gilt, als auch, z.T. von Personen mit Diagnosen einer Borderline Persönlichkeitsstörung. In den letzten Jahren ist zudem - zumindest teilweise - der großen Lücke in der Unterstützung von Personen mit Diagnosen von Ängsten, Depressionen etc. begegnet worden, indem der Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung verbessert wurde - dem sogenannten „IAPT - Improving Access to Psychological Therapies.“

Die gemeindenah psychiatrische Versorgung, die größtenteils über ambulant aufsuchend arbeitende multidisziplinäre flachhierarchische Teams (Fachpflegekräfte und Sozialarbeiter als Hauptberufsgruppe, komplementiert durch Fachärzte und Psychologen) gewährleistet und im Regelfall durch einen Sozialarbeiter oder eine Fachpflegekraft geleitet wird, waren in Zeiten besser gesicherter Finanzierung in der Lage, zumindest den Mindestbedarf an Unterstützung relativ gut abzudecken. Die Versorgungssituation hat sich allerdings mit der

damaligen von der konservativen Partei der Tories geführten Koalitionsregierung von 2010 an durch starke finanzielle Kürzungen eklatant verschlechtert. Trotz einer immer schon verbesserungswürdigen finanziellen Ausstattung haben sich auch einige bemerkenswerte Initiativen entwickelt, die aber oft nur wenig oder mäßig gut in der Praxis umgesetzt wurden. So wurde die Psychoedukation (mit der Idee der high und low expressed Emotions), die auch Familien mit in die Psychosebehandlung einschloss, zum Beispiel im VK priorisiert. Auch das Home Treatment Team hatte seinen Ursprung im VK. Allerdings war all dies aus Sicht vieler Personen mit eigenen gelebten Psychiatrieerfahrungen sicherlich nicht genug. So ist es nicht überraschend, dass gerade im VK - mit seiner starken Tradition in Graswurzelbewegungen - auch im psychiatrischen Bereich viele Innovationen durch Personen mit gelebter Erfahrung entstanden oder stark vorangetrieben worden. Beispielhaft sei hier insbesondere die Recovery- und Stimmhörbewegung genannt.

In Zeiten starker Kürzungen und Umsetzung von Recovery an vielen Orten nur dem Namen nach, bleibt aber vielerorts die gemeindenah psychiatrische Versorgung nur auf dem Papier eine gute Idee. So war bereits 2015/2016 aus Sicht vieler Fachleute bereits ein Punkt erreicht, an dem keine sichere Versorgung mehr gewährleistet werden konnte, da die personellen Ressourcen einfach zu knapp waren. Seitdem ist noch mehr gekürzt worden. Dies führt dies immer wieder zu sehr unzulänglicher und auch stark risikobehafteter Praxis. Die Herausforderung momentan ist also die Frage, ob sich eine Regierung dazu aufraffen kann, die langfristige Versorgung zu gewährleisten. Dies ist trotz diverser Versprechen in den letzten Jahren doch sehr fraglich.

### Paradigma „Umgang mit Zwang“

Neben der üblichen Möglichkeit des Staates, Personen gegen ihren Willen in einer psychiatrischen Klinik einzusperren, gibt es aber auch einige Unterschiede zum deutschsprachigen Raum. Auf der einen Seite ist es so, dass Zwangseinweisungen so gut wie ausschließlich nur für den Aufenthalt im Krankenhaus gelten. Wohnheime gibt es fast gar keine mehr und gehören nicht zur Regelversorgung - im



Gegensatz zu Deutschland. Zwangseinweisungen wurden zudem im Laufe der letzten Jahrzehnte zunehmend zeitlich verkürzt. Formal wurde dies sicherlich auch mit menschenrechtlichen Bedenken unterlegt – informal, aber zum Teil auch offiziell, spielen jedoch auch immer wieder erhoffte Kostenersparnisse dabei eine wichtige Rolle. In diesem Zusammenhang ist es auch interessant, dass Fixierungen nicht mechanisch, wie in Deutschland, sondern nur mithilfe von Medikamenten und kurzfristig eingesetzter körperlicher Kontrolle stattfinden.

Ein weiterer großer Unterschied ist, dass es für Personen mit diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen nur äußerst selten eingesetzte Betreuer gibt und dann auch nur nach Überwindung hoher ethischer und gesetzlicher Hürden und einer Begrenzung auf bestimmte und zeitlich begrenzte Bereiche. D.h. in der Praxis auch, dass Personen mit psychiatrischen Diagnosen nicht von vornherein unterstellt wird, dass sie nicht auch einmal „unweise“ (so der offizielle Begriff) Entscheidungen treffen dürften – Entscheidungen also, die nicht der Sichtweise von Fachpersonen oder nahen Angehörigen entsprechen würden. Hiermit verbunden ist dann also auch eine sehr viel größere Toleranz gegenüber unordentlichen, unaufgeräumten Wohnungen oder auch Verschuldungen, in die Personen geraten können. All dies ist sicherlich kein Grund, um Personen langfristig formal mithilfe von einem Betreuungswesen zu entrechteten. Gesetzliche Betreuer als eigenständige und auch große Berufsgruppe gibt es von daher auch nicht.

Dem gegenüber stehen allerdings die Community Treatment Orders (CTO) (de Ridder et al., 2016), die in den letzten Jahren eine große Zunahme erlebt haben. Eine CTO entspricht einer gesetzlichen Anordnung, nach der bestimmte Personen mit psychiatrischer Diagnose zwar in relativer „Freiheit“ in der Gemeinde in ihren eigenen Wohnungen leben können oder dürfen. Sollten diese Personen aber z.B. die Einnahme von verschriebenen psychiatrischen Medikamenten verweigern, dann wäre es möglich, diese Person gegen ihren Willen kurzfristig wieder in ein Fachkrankenhaus einzuweisen – ohne dem sonst üblichen Prozess einer Zwangseinweisung zu unterliegen. Es ist sicherlich nicht überraschend, dass diese

Entwicklung von psychiatriekritischen Stimmen als sehr besorgniserregend gesehen wird.

### Paradigma „Beteiligungsformen/Trialog“

Obwohl der Trialog als Idee im VK nur besonders belesenen und interessierten Fachpersonen aus der Literatur bekannt ist, so haben sich dennoch diverse Stimmen von Personen mit eigener gelebter Erfahrung eine relativ starke Position im fachspezifischen und gesellschaftlichen Diskurs erarbeitet. An erster Stelle – da wohl am stärksten in seiner Reichweite und Bedeutung – sei hier, einmal mehr, das englische Hearing Voices Network genannt. Es ist das weltweit wohl größte Netzwerk an Personen mit eigener gelebter Stimmenhör- und ähnlichen Erfahrungen, die sich in Gruppen, Fortbildungen und Initiativen organisieren und insbesondere für die Forderung nach traumasensiblen und klientengeleiteten Zugängen zu ihren Erfahrungen stehen. Ihre Einstellung ist eher geprägt davon, dass es ihnen nicht in erster Linie wichtig ist, von der Mainstreampsychiatrie

anerkannt zu werden – obwohl sie gegen eine größere Umsetzung ihrer Praxis und Ethik sicherlich nichts einzuwenden hätten – sondern eine sichere und wirkliche Alternative zur herkömmlichen Versorgung zu organisieren. Viele Personen aus der Stimmenhörbewegung würden auch sagen, dass sie mithilfe der Gruppenteilnahme und alternativer Zugänge zum Umgang mit Stimmenhören und ähnlichen Erfahrungen, sowohl einen hilfreichen Umgang mit ihrem Erleben einstudieren konnten aber sich auch gesehen und gehört fühlen in einem stark diskreditierenden psychiatrischen System; ein System, welches von vielen Personen mit eigener gelebter Erfahrung als zusätzlich schädigend und traumatisierend erlebt wird.

Eine positive Entwicklung ist auf der anderen Seite, dass zumindest formal, sowohl in Forschungsvorhaben (Beresford, 2020) als auch in der Praxis partnerschaftlich mit Personen mit gelebter eigener Erfahrung gearbeitet werden sollte. Die Umsetzung fühlt sich aber nach wie vor aus Nutzerinnensicht regelmäßig nur dem Schein nach gewürdigt (NSUN, 2022).

### Gibt es weitere länderspezifische Besonderheiten und Gegebenheiten in der sozialpsychiatrischen Versorgung?

Das VK hat in den letzten zwei bis drei Jahrzehnten auf der einen Seite eine zunehmend starke kritische Bewegung auch durch einige sehr aktive Personen mit eigener gelebter Erfahrung als auch Fachpersonen und z.T. auch Fachgesellschaften gerade im Bereich von Stimmenhören, „Psychose und Schizophrenie“<sup>\*\*\*</sup> erlebt. Diese stellen die herkömmlichen scheinbaren Gewissheiten, wie z.B. das Konzept einer Schizophrenie, als wissenschaftlich aber auch ethisch nicht tragbar in Frage (Johnstone, 2000; Boyle, 2002; Bentall, 2009). Hier seien als daraus resultierende Initiativen beispielhaft das Power Threat Meaning Framework (Johnstone

et Boyle, 2018) als Alternative zum Diagnosewesen oder auch Drop the Disorder – eine politische soziale Initiative die zu einer folgerichtigen Abschaffung von Diagnosen aufruft – genannt. Ein weiteres Beispiel ist der Aufruf zur Gewissensverweigerung bei ge-

wissen Zwangsmaßnahmen durch das Critical Mental Health Nurses Network (2021). Auf der anderen Seite steht aber auch, dass in Zeiten starker finanzieller Rationalisierungen z.T. auch die Ausbildung von Fachkräften zu leiden hatte. So scheinen Konzepte wie die Recovery- oder auch Stimmenhörbewegung zwar kurz die Aufmerksamkeit von Mainstreamdiensten erlangt zu haben (Glover, 2005). In den letzten fünf bis zehn Jahren ist aber auch im VK wieder ein vereinfachender, d.h. biologisch reduktionistischer Zugang zum Umgang mit psychiatrischen Leiden zu beobachten (Warrender, 2021).

Ein weiteres Resultat einer sehr knappen staatlichen Versorgung ist, dass viele wichtige und gute Initiativen entweder über den privaten oder den gemeinnützigen Sektor laufen müssen. Die Aufregung über eine solche Situation scheint sich allerdings sehr in Grenzen zu halten, was auf eine gewisse kulturelle Akzeptanz zu schließen scheint. 🌊

*\* Dr. Jacqui Dillon gilt als eine der einflussreichsten Stimmen mit gelebter Erfahrung in der internationalen Stim-*

Ein weiteres Resultat einer sehr knappen staatlichen Versorgung ist, dass viele wichtige und gute Initiativen entweder über den privaten oder den gemeinnützigen Sektor laufen müssen.

menhör- und Recoverybewegung der letzten Jahre. Sie engagiert sich und propagiert seit vielen Jahren den Bedarf für eine traumasensible, klientengeleitete Begleitung – insbesondere im Bereich Stimmenhören, Psychose und ähnlichen Erfahrungen. Für ihr Engagement ist ihr 2017 die Ehrendoktorwürde der University of East London verliehen worden.)  
 \*\*Psychose und Schizophrenie gelten als umstrittene Konzepte, die keinesfalls wissenschaftlich etabliert sind.

**Literatur**

**Bentall, R. (2009).** Doctoring the Mind. London: Allen Lane

**Beresford, P. (2020).** ‘Mad` Mad studies and advancing inclusive resistance. Disability & Society, 35. 8, 1337 – 1342

**Boyle, M. (2002).** Schizophrenia: a scientific delusion? 2. Auflage. London: Routledge.

**Critical Mental Health Nurses' Network (2021).** Conscientious Objection to forced pharmaceutical interventions: FAQs. <https://criticalmhnursing.org/2021/11/09/conscientious-objection-to-forced-pharmaceutical-interventions-faqs/> (14.2.2022)

**DeRidder, R., R., Molodynski, A., Manning, C., McCusker, P. und Rugkasa, J. (2016).** Community treatment orders in the UK 5 years on: a repeat national survey of psychiatrists. British Journal of Psychiatry Bulletin, 40, 3, 119 – 123.

**Dillon, J. (2010).** The personal is political. The Personal is Political | Jacqui Dillon, (16.08.2022)

**Dillon, J. (2011).** Bad things that happen to you can drive you crazy! Bad Things That Happen to You Can Drive You Crazy! | Jacqui Dillon (16.08.2022)

Eurostat (2019). Mental health care – psychiatric hospital beds. <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-eurostat-news/-/edn-20191009-1> (14.2.2021).

**Glover, H. (2005).** Guest editorial. Recovery based service delivery: are we ready to transform the words into a paradigm shift? Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health. 4, 3, 179 – 182.

**Johnstone, L. (2000).** Users and abusers of psychiatry. London: Routledge.

**Johnstone, L. & Boyle, M. with Cromby, J., Dillon, J., Harper, D., Kinderman, P., ... Read, J. (2018).** The Power Threat Meaning Framework: Towards the identification of patterns in emotional distress, unusual experiences and troubled or troubling behaviour, as an alternative to functional psychiatric diagnosis. Leicester: British Psychological Society.

**NSUN (National Survivor Users Network) (2022).** What we do. Working to redistribute power and resource in mental health. Verfügbar: What We Do – NSUN website, Zugang: 17.08.2022,

**Warrender, D. (2021).** Mental health nursing and the theory–practice gap: Civil war and intellectual self-injury. Journal of psychiatric and mental health nursing. Doi: 10.1111/jpm.12808.

# Sozialpsychiatrie in Frankreich

## Annäherung an ein System voller Widersprüche

Von Matthias Brunn und Julie Gagnon

Die französische Psychiatrie spielt in der deutschen Diskussion kaum eine Rolle. Dies überrascht wenig, sind Forschende aus diesem Bereich in den internationalen Publikationen doch wenig repräsentiert. Die Außenwahrnehmung fokussiert sich außerdem meistens auf die dominante Rolle der Psychoanalyse und deren Auslegung durch Jaques Lacan im 20. Jahrhundert. Die Psychiatrie in Frankreich geht also ihren eigenen Weg!? Inwieweit dies auch die Frage des Sozialen in der Psychiatrie betrifft, wird der vorliegende Beitrag in Bezug auf die aktuelle Situation und Entwicklungen beleuchten.

### 1) Gesundheitssystem und psychiatrische Versorgung im Ländervergleich – ein Überblick

Die Gesundheitssysteme in Frankreich und Deutschland sind prinzipiell gut vergleichbar. Beide sind in einem Kassensystem bismarckschen Ursprungs verwurzelt, mit einem relativ guten Zugang zu Versorgungsleistungen für die meisten Bevölkerungsgruppen. Gleichzeitig findet sich in beiden Systemen eine vergleichsweise deutliche organisatorische und finanzielle Trennung zwischen medizinischen und anderen (sozialen) Leistung oder Hilfen. Medizinisches Personal in den Krankenhäusern sind in beiden Ländern angestellt tätig, und es gibt ein ambulantes Angebot aller Facharzttrichtungen. Die Versorgungskapazitäten sind,

**Matthias Brunn**  
 Psychiater und assoziierter Forscher des LIEPP, Sciences Po, Paris.

**Julie Gagnon**  
 Studentin im Master of Public Health an der Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes, Frankreich

ambulant wie stationär, im Vergleich zu anderen Industrienationen hoch. In Deutschland gibt es jedoch deutlich mehr psychiatrische Betten als in Frankreich und etwas mehr Psychiater, bezogen auf die Einwohnerzahl (siehe Tabelle 1). Diese hohen Bettzahlen sind jedoch nicht auf die Psychiatrie beschränkt. Daher müssen diese Unterschiede vor dem Hintergrund der besonderen Stellung Deutschlands (höchste allgemeine Bettendichte in Europa) interpretiert werden (Brunn u. a. 2022). *Siehe auch Tabelle 1*

### 2) Der Begriff der Sozialpsychiatrie und seine Aufnahme in Frankreich

Der Begriff der Sozialpsychiatrie ist weit gefasst und berücksichtigt das Individuum in seiner natürlichen Umgebung. Sie beschäftigt sich damit, wie sich psychische Störungen auf die sozialen Faktoren eines Individuums auswirken können und umgekehrt (Chadda u. a. 2018). Folglich fragt die Sozialpsychiatrie, ob es „darum geht, die Person oder die Gesellschaft zu verändern, oder in die Interaktion zwischen

**Tabelle 1: Psychiatrische Versorgungskapazitäten in Frankreich und Deutschland, 2009 und 2019, per 1000 Einwohner**

	Psychiatrische Krankenhausbetten		Psychiater	
	2009	2019	2009	2019
<b>Frankreich</b>	0,89	0,82	0,22	0,23
<b>Deutschland</b>	1,15	1,31	0,25	0,28

Quelle: (OECD 2022)



beiden einzugreifen“ (Bonnet und Arveiller 2012). Sie setzt sich für die Betreuung des Einzelnen in der Gemeinde ein und nutzt lokale Ressourcen, um die Teilhabe des Einzelnen zu fördern und gleichzeitig das Bewusstsein für psychische Störungen in der Gemeinschaft zu schärfen. Daraus resultiert die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie, die eine kohärente und kontinuierliche Versorgung als Wert anerkennt, die in der Nähe der Bleibe des Betroffenen zugänglich sowie angemessen ist und auf einer „soziologischen und psychodynamischen Theorie der Versorgung“ (Bonnet und Arveiller 2012) beruht. In Frankreich wurden die Anfänge der Sozialpsychiatrie nach dem Zweiten Weltkrieg von der Bewegung der Institutionellen Psychotherapie geprägt. Diese Bewegung kämpfte innerhalb der psychiatrischen Krankenhäuser für die Verbesserung des täglichen Lebens der Betroffenen und die „Qualität der Beziehungen von jedem zu jedem“, indem sie sich um die negativen Faktoren des Krankenhauslebens kümmerte (Bonnet und Arveiller 2012). Damals wie heute gehören zu den Aktivisten der Sozial- und Gemeindepsychiatrie in Frankreich diejenigen, die sich für die ambulante Versorgung einsetzen, sich gegen entmenslichende Modalitäten der Krankenhausversorgung einsetzen und die Unterscheidung zwischen Neurologie und Psychiatrie unterstützen. Außerdem bildete diese Bewegung die Grundlage für die Entwicklung der „Sektor“-Politik in Frankreich (s.u.), die auf eine integrierte psychiatrische Versorgung in der Gemeinde abzielte. Trotz der Entwicklung von Strategien für die gemeindepsychiatrische Praxis in Frankreich gab und gibt es eine Reihe von Widerständen. Der Krankenhauszentrismus und die Hyperspezialisierung erschweren die Umsetzung der Entwicklung gemeindebasierter Ressourcen für die Betreuung der Betroffenen in ihrer natürlichen Umgebung. Darüber hinaus wirft diese „Liaison-Psychiatrie“ - zwischen inner- und außerklinischen Einrichtungen sowie zwischen Gesundheits-, Sozial- und medizinischen Einrichtungen durch die Gemeindepsychiatrie - Fragen auf für Fachleute, die die medizinische Sicht der Psychiatrie beibehalten wollen, und für diejenigen, die eine umfassendere Sicht der Psychiatrie haben und die Herausforderungen der öffentlichen Gesundheit unter Einschluss der

sozialen Faktoren der psychischen Gesundheit sehen. So wird von den Verfechtern der klinischen (also medizinisch geprägten) Perspektive eine eigenständige Rolle der Sozialpsychiatrie bis heute manchmal abgelehnt: „... ich stelle fest, dass diese sogenannte Sozialpsychiatrie vor allem Redundanz und Pleonasmus ist, denn unsere eigene, allgemeine und banale Psychiatrie berücksichtigt all dies, sofern sie im Dienste des realen, totalen Menschen oder, prosaischer, des Nutzers steht“ (Sigg 2017). Im Licht dieser Hindernisse und Widerstände hat sich die Landschaft der Psychiatrie in Frankreich seit den frühen 2000er Jahren auf nuancierte Art und Weise verändert. Einerseits wurden die Empfehlungen der WHO zur gemeindenahen, interdisziplinären und genesungsorientierten psychosozialen Versorgung (WHO 2001) in Frankreich gesetzlich verankert, um die Qualität der Versorgung und die Rechte der Psychiatrie-Erfahrenen zu verbessern sowie deren Inklusion. Diese Empfehlungen ähneln sich durch die Verwendung einer destigmatisierenden Sprache - weg von der Etikettierung von Menschen als „schizophren“ oder „bipolar“ - und der Einbeziehung von Nahestehenden und Betroffenen in die Gesetzgebung, um aktiv an den Überlegungen zur Ausrichtung der Gesundheitspolitik mitzuwirken (Clesse et al.). Andererseits hat sich dies noch nicht systematisch oder flächendeckend in der Organisation des Systems und in der alltäglichen Praxis niedergeschlagen (Clesse u. a. 2018; Sigg 2017). Lokales Engagement führt zu deutlichen regionalen Unterschieden. Dies ist auch der Organisation im „Sektor“ geschuldet, welche wir nun näher beleuchten.

### 3) Der „Sektor“: das Herzstück der Versorgung, identitätsstiftend aber kritisiert

Die psychiatrische Versorgung in Frankreich ist nach Einzugsgebieten („Sektoren“) gegliedert. Das aktuelle System beruht nach wie vor auf dem 1960 eingeführten Prinzip, im Rahmen dessen ein gemeinsames Budget für stationäre und ambulante Patienten

federführend vom Krankenhaus aus verwaltet wird. Zum öffentlichen „Sektor“ gehören ambulante Versorgungszentren, Tageskliniken, Tagesstätten, Sucht-Nachsorgezentren sowie therapeutische Wohnungen. Dazu kommen Anlaufstellen für Notfälle innerhalb der psychiatrischen und Allgemeinkrankenhäuser. Außerdem gibt es „Sektor“-übergreifende Abteilungen für spezielle Krankheitsgebiete, private Kliniken für überwiegend „stabilisierte“ Patienten und eine Vielzahl von Versorgungsangeboten gemeinnütziger und privater Träger (Brunn 2021).

Dies birgt viele Chancen für eine kontinuierliche Behandlung, vor allem dann, wenn das Personal regelmäßig zwi-

**Die psychiatrische Versorgung in Frankreich ist nach Sektorengliedert. Das aktuelle System beruht nach wie vor auf dem Prinzip, dass ein gemeinsames Budget für stationäre und ambulante Patienten verwaltet wird.**

schenden den stationären und ambulanten Versorgungsmodulen rotiert und damit den Betroffenen auf deren Behandlungspfad folgen kann. In der Realität zeichnen sich jedoch viele Schattenseiten dieses Idealbilds ab. Zum einen fehlt es an der Balance zwischen den klinischen

Versorgungsangeboten, denn die Behandlung im französischen „Sektor“ konzentriert sich in Frankreich nach wie vor auf das Krankenhaus (Cetrano u. a. 2020). Zum anderen bildet das Konstrukt des „Sektors“ eine Grenze zu, kurz gesagt, Allem was außerhalb des „Sektors“ liegt. Diese Grenze ist auch finanziell und verhindert Kontinuität zwischen dem „Sektor“, den Niedergelassenen, dem sozialen Bereich, etc. Betroffene stehen damit einem Dickicht von Ansprechpartnern und Abkürzungen gegenüber, in welchem sich selbst die Behandler nur noch schwer zurechtfinden.

Zuletzt, und vielleicht entscheidend, ist die fehlende Balance der Werte hervorzuheben: denn nicht alle Berufsgruppen können sich in der Ausübung einer sozialen Psychiatrie wiederfinden. Exemplarisch möchten wir hier die Rolle und Anerkennung des stationären Sozialdienstes als potentielle Säule der Sozialpsychiatrie anführen. In der Tat können wohl viele psychiatrisch Tätige bestätigen, dass der Sozialdienst auf manchen deutschen Stationen durchaus tonangebend sein kann. Dem gegenüber stehen Erfahrungen in Frankreich, wo der Sozialdienst sich zunehmend regelrecht „disqualifiziert“ fühlt (Le-

shaf 2014). In der einer zunehmend komplex orientierten Versorgungslandschaft fällt es diesen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern immer schwerer, den Erwartungen des medizinischen Personals sowie der Krankenhausverwaltung gerecht zu werden. Als Erklärung führen wir, vereinfacht, die dominante Rolle der Ärzteschaft an. Zusammen mit der auch einflussreichen Rolle der stationären psychiatrischen Pflege in Frankreich (Clesse u. a. 2018) ergibt sich damit eine medizinische Sichtweise der Psychiatrie, welche ein markantes Hindernis für die Stärkung anderer Berufsgruppen und Perspektiven darstellt. Außerdem ist der Sozialdienst – oder die gesamte soziale Psychiatrie im Krankenhaus – durch die zunehmende Rolle des Managements und der Verwaltung geschwächt. So entstehen einerseits mehr Druck (Vorgaben für Liegezeiten, etc.), andererseits mehr administrative Tätigkeiten, für welche wiederum Stellenanteile vom Sozialdienst in die Verwaltung verschoben werden (Leshaf 2014).

In diesem Zusammenhang gehen wir auch, abschließend, auf die Gestaltung der Sozialpsychiatrie außerhalb des „Sektors“ ein. Denn, wie in Deutschland, gibt es in Frankreich zahlreiche ambulante Psychiater und Psychologen. Wie viele davon übernehmen Aufgaben der sozialen Psychiatrie? Die Antwort mag überraschen, denn niedergelassene französische Psychiater sehen sich oft als ... Psychoanalytiker. Dies wurde in einer Analyse von 2004 quantifiziert, in der sich 50% der Niedergelassenen als Psychoanalytiker bezeichneten und angaben, 70% ihrer Patienten durch wöchentliche psychotherapeutische Sitzungen zu behandeln (Botbol und Gourbil 2018). In der Einleitung unseres Artikels angedeutet, veranschaulichen diese Zahlen, welche Bedeutung die psychotherapeutische Ausrichtung der französischen Psychiatrie hat. Dies ist eng mit der Vergütungsstruktur verquickt: psychologische Psychotherapie wird nur im Rahmen von Pilotprojekten oder nach strengen Regeln (acht kurze Sitzungen nach ärztlicher Überweisung) erstattet. Der überwiegende Teil der Psychotherapie findet beim Psychiater statt und wird erstattet. Es ist offenkundig, dass damit für die Kommunikation mit Betreuern, Angehörigen und allen

anderen Akteuren des Sozialen in der psychiatrischen Sprechstunde weniger Zeit zur Verfügung steht.

#### 4) Fazit

Die aufgezeigten Punkte spiegeln einige fundamentalen Grenzen wider, die der Ausübung einer sozialen Psychiatrie entgegenstehen. Dies sind die organisatorischen und finanziellen Barrieren zwischen den medizinischen und sozialen Systemen; die Dominanz der medizinisch-klinischen Sichtweise auf die Situation der Betroffenen; sowie die Organisation der Leistungserbringer (konkret: ein erschwerter Zugang zu Psychologen und ein gewichtiger Anteil niedergelassener Psychiater, die sich überwiegend der Psychotherapie widmen).

Unabhängig von ihrer Bedeutung für die Sozialpsychiatrie berühren die aufgezeigten Entwicklungen ein Thema,

**Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Sozialpsychiatrie in Frankreich in einem großen Spannungsfeld bewegt.**

das in Frankreich immer mehr an Brisanz gewinnt: es geht zunehmend um den (elementaren) Zugang zu psychiatrischer Versorgung. Anders ausgedrückt: anstatt zu fragen wie (sozial) die

Versorgung stattfinden soll und kann, steht die Frage im Vordergrund, ob ein Betroffener überhaupt einen Termin *irgendwo* erhalten kann. Die strukturellen Gründe für diese Entwicklung sind die chronische Unterfinanzierung des Gesundheitswesens und insbesondere der Psychiatrie in Frankreich (Brunn 2021). Die Folge ist eine rapid zunehmende Abwanderung des Personals in den privaten Sektor oder gar andere Berufsbilder. Diese Situation höhlt, naturgemäß, den Anspruch auf eine gute Sozialpsychiatrie aus. Verstärkt durch die Covid-Pandemie, mangels Kapazitäten, aber auch mangels ausreichendem Zugang zu nicht-ärztlichen Angeboten, zeichnet sich stattdessen ein starker Zuwachs an Verschreibungen von Psychopharmaka ab (Chaffin 2022). Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die Sozialpsychiatrie in Frankreich in einem großen Spannungsfeld bewegt. Obwohl prinzipiell im Selbstverständnis der meisten psychiatrisch Tätigen verwurzelt, hängt die tatsächliche sozialpsychiatrische Versorgungslage sehr von lokalem und persönlichem Engagement ab. Das „System“, im weiteren Sinne, bietet für einen Ausbau sozialpsychiatrischer

Grundsätze nur wenig Rückhalt und Anreiz. Und obwohl nun gesetzlich verankert, sind die Prinzipien der Sozialpsychiatrie vor dem Hintergrund einer zunehmenden materiellen Schiefelage (zunehmende Nachfrage bei sinkender Zahl der psychiatrisch Tätigen) nur schwer umzusetzen. Eine kurzfristige Trendwende ist nicht zu erwarten, denn gerade hat das zweite, fünfjährige Mandat von Präsident Macron unter dem Vorzeichen der Kontinuität begonnen. ●

#### Literatur

- Bonnet, Clément; Arveiller, Jean-Paul (2012).** Psychiatrie sociale et communautaire, in: Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte, Presses Universitaires de France, S. 179–196.
- Botbol, Michel; Gourbil, Adeline (2018).** The place of psychoanalysis in French psychiatry, in: BJPsych International, Cambridge University Press, Jg. 15, Nr. 1, S. 3–5, doi: 10.1192/bji.2017.3.
- Brunn, Matthias (2021).** Frankreich: Psychiatrische Versorgung in schwerem Fahrwasser, in: Psychiatr Prax, Jg. 48, Nr. 05, S. 274–276.
- Brunn, Matthias; Kratz, Torsten; Padgett, Michael; u. a. (2022).** Why are there so many hospital beds in Germany?, in: Health Services Management Research, SAGE Publications, S. 09514848221080691, doi: 10.1177/09514848221080691.
- Cetrano, G.; Salvador-Carulla, L.; Tedeschi, F.; u. a. (2020).** The balance of adult mental health care: provision of core health versus other types of care in eight European countries, in: Epidemiology and Psychiatric Sciences, Cambridge University Press, Jg. 29, doi: 10.1017/S2045796018000574.
- Chadda, RK; Kumar, V; Sarkar, S (2018).** Social Psychiatry: Principles & Clinical Perspectives, Jaypee Brothers Medical Publishers. London.
- Chaffin, Zeliha (2022): La France déprime, le business de l'anxiété fleurit, Le Monde.fr, 29.6.2022.
- Clesse, Christophe; Lighezzolo-Alnot, Joëlle; Dumand, Isabelle; u. a. (2018).** Globalisation des politiques de santé et psychiatrie française : enjeux et impacts, in: L'Évolution Psychiatrique, Jg. 83, Nr. 4, S. 657–670, doi: 10.1016/j.evopsy.2017.06.005.
- Leshaf, Nacer (2014).** Problème de légitimité et reconnaissance : la plainte des assistants de service social à l'hôpital psychiatrique aujourd'hui, in: Vie sociale, Toulouse: Érès, Jg. 8, Nr. 4, S. 123–129, doi: 10.3917/vsoc.144.0123.
- OECD (2022).** OECD Health Statistics, Organisation for Economic Cooperation and Development, [online] <https://stats.oecd.org> [04.04.2022].
- Sigg, Bernard W. (2017): Psychiatrie sociale, in: L'information psychiatrique, Jg. 93, Nr. 2, S. 135–137.
- WHO (2001).** Comprehensive mental health service networks: Promoting person-centred and rights-based approaches, Genf.

# Krise und Resilienz

## Die (sozial-) psychiatrische Versorgung in Griechenland

Von Nikolaos Tsamitros und Vasiliki Kokkinakou

Griechenland befand sich im Mittelpunkt krisenhafter Prozesse, wie der Finanz- und Schuldenkrise, der Fluchtbewegung nach dem Krieg in Syrien, sowie der COVID-19-Pandemie. Die psychosoziale Versorgung des Landes spielte eine zentrale Rolle in der Bewältigung dieser. Somit kann die nähere Auseinandersetzung mit Themen der Sozialpsychiatrie einen lehrreichen Wert haben.

### Griechenland: Lage und Gesundheitsversorgung

Geografisch betrachtet liegt Griechenland im Süden der Balkanhalbinsel. Das Land teilt sich grob in drei unterschiedliche Regionen auf: Festland-Griechenland, die Peloponnes-Halbinsel und die Inseln in der Ägäis sowie des Ionischen und Libyschen Meeres. Zu Griechenland gehören mehr als 2.000 Inseln, von denen 154 bewohnt sind. Diese geografische Besonderheit macht die Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung schwierig, da man auf jeder einzelnen Insel, medizinisches Personal und Infrastruktur zur Verfügung stellen muss und sich die Patienten-Verlegungen so, bei anspruchsvollen Wetterverhältnissen, oft besonders schwierig gestalten. Griechenland hat etwa 10,5 Millionen Einwohner, über 55.000 Ärzte und damit in Relation zur Einwohnerzahl eine im EU-Vergleich hohe Zahl an Ärzten. Viele Mediziner sind privat niedergelassene Fachärzte und befinden sich meistens in dicht besiedelten Orten, während die Planstellen in den öffentlichen Krankenhäusern unbesetzt bleiben. Privat niedergelassene Ärzte werden von Patienten aus direkt bezahlt, während die Kosten für die staatliche medizinische Versorgung von der einheitlichen Krankenkasse übernommen werden.

### Deinstitutionalisierung und Psychiatrie-Reform

Während der 60er- / 70er- Jahre haben verschiedene nordeuropäische Länder eine sozialpsychiatrische Perspektive entwickelt. In den südeuropäischen Län-

dern, mit der Ausnahme von Italien, hat eine ähnliche Wendung im Psychiatrie-Versorgungssystem erst seit der Mitte der 80er Jahren stattgefunden (Madianos, 2020). Die griechische Insel Leros hat in den 80er Jahren einen besonders schlechten Ruf bekommen, wegen des Skandals einer psychiatrischen Anstalt, des Leros Asyls. Im Jahr 1989 hat der UK Observer einen Artikel bzgl. Leros publiziert, der die entsetzlichen Lebensbedingungen der Patientinnen und Patienten präsentiert hat, die zum Teil von schwerer Deprivation, extremer Institutionalisation und Menschenrechtsverbrechen gelitten haben. Der Skandal hat die universale Empörung provoziert und der internationale Druck hat nun die griechische psychiatrische Reform initiiert. Während des ersten psychiatrischen Reform-Programms „Leros I“ wurden verschiedene positive Ergebnisse etabliert, wie zum Beispiel die Reduktion der Patientenanzahl in geschlossenen psychiatrischen Kliniken, die Entwicklung von 250 neuen Diensten und Programmen (Zentren für die psychische Gesundheit, Tageszentren und unterstützende Provinzdienste), die Kürzung der Durchschnittsdauer der stationären Behandlungen und die Erhöhung der Mitarbeiterinnen-/ Mitarbeiteranzahl. Eine Anzahl Hilfswerk-Organisationen (NGOs) hat bei der Deinstitutionalisierung mitgewirkt. Die „Organisation für Regionale Entwicklung und Psychische Gesundheit, EPAPSY“ ist der älteste und größte Träger in diesem Bereich. Trotz wiederholter massiver Proteste der lokalen Gesellschaft gelang 1989 auf der Halbinsel Evia für EPAPSY die Gründung der ersten Wohngruppe für ehema-



**Nikolaos Tsamitros**  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Institutsambulanz Wedding in Berlin, Psychiatrische Universitätsklinik der Charité im St. Hedwig-Krankenhaus und Berlin Institut of Health.



**Vasiliki Kokkinakou**  
Assistenzärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik Eginition der Nationalen Kapodistrias Universität (EKPA) in Athen, Griechenland

lige Bewohnerinnen und Bewohner aus Leros und mittlerweile verwaltet EPAPSY 29 Versorgungsstrukturen mit ausdrücklich sozialpsychiatrischem Fokus. Trotzdem hat erst das nachfolgende „Psychargos“-Programm die gemeindenahen psychiatrischen Dienste auf ein fortschrittliches Niveau gebracht. Für die erste Phase des Programms (1997 bis 2006) wurde die Reintegration der ehemals stationär behandelten Patienten in die psychosoziale Rehabilitation und entsprechende Wohnheime sowie die weitere Entwicklung des gemeindenahen psychiatrischen Versorgungsnetzes als Ziele gesetzt. Zusätzlich hat das progressive Gesetz 2716 von 1999 das Konzept von „sozial kooperativen Diensten“ eingeleitet und dadurch die berufliche Rehabilitation von Menschen mit psychischen Störungen gestärkt. Durch die zweite Phase des „Psychargos“-Projekts (2001-2010) konnten vier psychiatrische Anstalten abgeschafft und stattdessen administrative Dienste in jeder Gegend bezüglich Wohnprojekte für chronische Patienten, ambulante und rehabilitative Dienste gebildet werden. Die Insel Kreta im Süden Griechenlands mit mehr als 600.000 Einwohner bietet eine Erfolgsgeschichte der psychiatrischen Reform. In Kreta konnte

2004 die psychiatrische Anstalt durch vier psychiatrische Abteilungen in den Allgemeinkrankenhäuser der Insel für die akute und stationäre Versorgung sowie durch ein Netz von Ambulanzen, mobilen psychiatrischen Diensten und Arbeitskollektiven für Menschen mit psychischen Störungen ersetzt werden. Die Dauer und Anzahl der stationären sowie Zwangsbehandlungen konnte drastisch reduziert werden, da das sozialpsychiatrische Modell stark präventiv gewirkt hat.

Die Psychiatrie-Reform ist im Allgemeinen einen weiten Weg gegangen, bleibt jedoch bis heute noch unvollständig. Dies vor allem in Bezug auf die Sektorisierung und Koordination der Dienste, die lückenhafte primäre Versorgungsstrategie sowie die nicht ausreichenden spezialisierten Dienste, wie zum Beispiel für Menschen mit geistiger Behinderung, Gerontopsychiatrie usw. Außerdem bleibt die Rate der Behandlung gegen den Willen der Betroffenen hoch, beispielsweise waren zwischen 2015 und 2017 die stationären Behandlungen im größten psychiatrischen Krankenhaus der Athen-Region „Dafni“ ca. 65% auf der Rechtsgrundlage eines richterlichen Beschlusses (Drakonakis et al., 2022). Diese Problematik wird komplizierter durch den schwerwiegenden Einfluss der unsicheren finanziellen Situation, die zu einer erhöhten Dienstforderung, zur veralteten Infrastruktur und Personalmangel führt.

### **Folgen der Finanzkrise und Sparpolitik sowie der Pandemie auf psychische Gesundheit und Psychiatrieversorgung**

2009 beginnend, hat Griechenland eine finanzielle Katastrophe erlebt, die sowohl die psychiatrische Dienstleistung als auch die psychische Gesundheit des Volks beeinflusst hat. Die vulnerablen Mitglieder der griechischen Gesellschaft, wie zum Beispiel Menschen mit psychischen Störungen, sind diejenigen, die primär durch die finanzielle Krise betroffen wurden. 2011-2013 gab es beispielsweise eine Steigerung der psychiatrischen Notfälle um 120%. Die Arbeitslosigkeit und das niedrige Einkommen korrelierten signifikant zu diesen Notfall-Besuchen (Giannakopoulos et al., 2016). Weiterhin zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Einkommen-Reduktion und Anzahl der ambulanten und stationären psychiatrischen Behandlungen

sowie Suizidrate, Mordrate, Scheidungsrate und Sterberate (Christodoulou et al., 2013). Während der Finanzkrise wurde ein Anstieg der Suizidrate von 33% dokumentiert, welche sich auf diesem Niveau stabilisiert hat und trotzdem bleibt Griechenland, nach Zypern, das Land mit der niedrigsten Suizidrate in Europa (Fountoulakis, 2020). Diesbezüglich bleibt die Frage offen, ob kulturelle und andere Schutzfaktoren oder eine besonders hohe Dunkelziffer zu diesem Ergebnis führen. Die griechische Sparpolitik der letzten Jahre hat vor allem die psychiatrische Versorgung negativ beeinflusst, da die staatlichen Kliniken und das mitarbeitende Personal mit immer mehr verminderten Ressourcen die entsprechenden Dienste leisten mussten. Noch während der Erholungsphase der vorangegangenen Finanzkrise brach Anfang 2020 die Corona-Pandemie aus. Im Zuge der Verlangsamung der Ausbreitung von COVID-19, verhängte Griechenland frühzeitig im März 2020 eine landesweite, 6-wöchige Sperrung und eine Anordnung, zu Hause zu bleiben. Im Verlauf folgten weitere angeordnete, strenge und langanhaltende Maßnahmen. Obwohl die Auswirkung der Pandemie noch nicht vollständig untersucht wurde, zeigt eine Studie von Kornilaki (2022), dass die Unterbrechung des normalen Lebens und die wahrgenommene Bedrohung durch die Krankheit zur erhöhten Depressivität, Ängsten und Stress bei jungen Erwachsenen führte, während ein stabiler, befriedigender Tagesablauf und Altruismus die negativen Folgen abmilderten.

### **Versorgung von Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund**

Der griechischen Finanzkrise folgend ereignete sich dazu eine grosse Fluchtbewegung aus dem Osten, die im Jahr 2015 ihren Höhepunkt in Griechenland erreicht hat. Der Krieg in Syrien und verschiedene geopolitische Veränderungen in der Region haben die intensivste, humanitäre Krise für Geflüchtete seit dem zweiten Weltkrieg verursacht. Von Januar 2015 bis zum Mai 2018 sind über eine Million Menschen nach Griechenland geflüchtet. Extreme Gewalt, Folter und weitere Kriegstraumata wurden von einem großen Anteil der Geflüchteten erlebt. Darüber hinaus wurde von häufigem sexuellem Missbrauch vor und während der Flucht berichtet (Belanteri et al., 2020). Die Situation in den

Aufenthaltsorten in Griechenland war durch fehlende Ressourcen und täglichem Stress gekennzeichnet. Nach dem EU-Türkei-Abkommen von 2016 dürfen Geflüchtete die Inseln, auf denen sie angekommen sind, nicht verlassen, bis über den Asylantrag entschieden wird. Die meisten Geflüchteten verweilen somit in überfüllten Lagern unter tragischen humanitären Bedingungen, so dass die Kombination dieser Faktoren laut Hilfsorganisationen zur Entwicklung von schweren psychischen Störungen wie Posttraumatische Belastungsstörung und Depression beiträgt. Qualitative und quantitative Untersuchungen zeigen, dass die Dauer des Aufenthaltes in solchen Lagern die häufig vorbelastete psychische Gesundheit der Geflüchteten verschlechtert und dass diese zu akuten psychischen Krisen, einschließlich selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität führt (van de Wiel et al., 2021). Die psychosoziale Versorgung der Geflüchteten konnte von den begrenzten lokalen Ressourcen des Gesundheitssystems nicht geleistet werden und wurde durch zahlreiche NGOs und Ehrenamtliche ausgeweitet. Diese erfolgte aber häufig wenig koordiniert, durch Personen mit mangelnder fachlicher und interkultureller Kompetenz sowie ohne Supervision (Hiam et al., 2019).

Eine Pionier-Institution für die psychosoziale Versorgung von Geflüchteten und Migranten ist das 2007 gegründete Tageszentrum Babel in Athen (Gionakis et al., 2016). Durch ein interkulturell erarbeitetes psychotherapeutisches Behandlungsangebot finden dort Betroffene niederschwellige Hilfe, unabhängig vom Aufenthalts- und Versicherungsstatus. Zusätzlich werden Seminare und Informationsmaterial für weitere Professionelle angeboten. Ein erklärtes Problem in der Versorgung dieser Population ist weiterhin das fehlende zentrale Register für Dolmetscherinnen und Dolmetscher. Diese gemischten Erfahrungen heben die Bedürfnisse der Menschen mit Migrations- und Fluchthintergrund hervor und zeigen, dass eine qualitative psychosoziale Versorgung bei vorhandenem politischem Willen realistisch ist.

### **Vorurteile, Stigmatisierung, Entstigmatisierung**

Die Form und der Grad der Teilhabe von Menschen mit psychischen Störungen in der griechischen Gesellschaft wird in den einzelnen Regionen des Landes



durch kulturelle Normen, Werte, Traditionen und besondere geschichtliche Ereignisse beeinflusst. Hierbei ist es wichtig zunächst zu verdeutlichen, dass das etymologisch aus dem griechischen stammenden Wort „Schizophrenie“ („Zerspaltung der Seele“) zu einer deutlich negativen Bewertung und Fehlinformation beiträgt. In einer Umfrage der griechischen Allgemeinbevölkerung von Economou et al. (2009) waren etwa 83% der Befragten der Annahme, dass Menschen mit einer paranoiden Schizophrenie an gespaltenen Persönlichkeiten leiden und 74% der Annahme, dass sie gefährlich sind. Darüber hinaus würden ca. 93% der Befragten eine Person mit einer Schizophrenie nicht heiraten und 50% wären durch den Kontakt am Arbeitsplatz gestört, gleichzeitig war die Stigmatisierung in ländlichen Regionen stärker ausgeprägt.

Eine systematische Übersichtsarbeit von Tzouvara et al. (2016) hat für den Zeitraum von 2002 bis 2014 die Evidenz über die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Störungen in der griechischen Allgemeinbevölkerung sowie in Untergruppen, beispielsweise Studenten und medizinisches Personal, zusammengefasst. Es werden mittlere bis hohe Werte von Stigmatisierung durch alle Gruppen berichtet, diese finden sich vor allem in den Bereichen der sozialen Diskriminierung und Vermeidung, sowie in der Wahrnehmung von Menschen mit psychischen Störungen als eine Bedrohung für andere. Dazu wird die Haltung der Gesellschaft als autoritär bewertet. Dies weist auf die Einstellung, dass Personen mit psychischen Störungen in gewissen Aspekten minderwertig sind oder dass sie Aufsicht brauchen, hin. Der Grad der Stigmatisierung erscheint für die griechische Population in Vergleichsstudien mit anderen westlichen Populationen höher zu sein. Gleichzeitig aber zeichnet sich laut o.g. Übersichtsarbeit die griechische Bevölkerung durch einen hohen Wert an Fürsorge für Menschen mit psychischen Störungen und Wertschätzung einer qualitativen sozialen Versorgung für die Betroffenen aus. Der Einfluss von kulturspezifischen Faktoren, wie z.B. die kollektivistische Orientierung der griechischen Gesellschaft bleibt diesbezüglich noch unklar. Wir können allerdings annehmen, dass die negative Berichtserstattung der letzten Jahrzehnte über die Missstände in den großen psychiatrischen Asylen zur Stigmatisierung beigetragen hat.

Neuere Ergebnisse über den Informationsstand und die Einstellung von Studierenden gegenüber Menschen mit psychischen Störungen verschaffen ein deutlich positiveres Bild (Kaparounaki, 2019). 87% der Befragten antworten, dass sie gut informiert sind und 80%, dass sie sozialen Kontakt mit Menschen mit einer psychischen Störung pflegen würden. Darüber hinaus wurden während der Finanzkrise psychiatrische Hilfen niederschwelliger wahrgenommen, vielleicht, weil psychische Störungen aufgrund des erhöhten psychosozialen Stresses besser akzeptiert werden konnten (Paraschakis et al., 2018). Außerdem wird von psychotherapeutisch-tätigen Professionellen von einer deutlich erhöhten Nachfrage für Psychotherapie in den letzten fünf bis zehn Jahren berichtet. Diese Entwicklungen deuten auf ein beginnendes Umdenken in der griechischen Gesellschaft in Richtung Akzeptanz für psychische Störungen und der Bedeutung der psychosozialen Hilfen hin.

### Innovative Sozialpsychiatrische Projekte

Eine bedeutsame Form der Versorgung von isolierten Berg- und Inselregionen sind die so genannten „Mobilen Mental Health Einheiten“. Diese wurden in den 80er Jahren gegründet und mittlerweile existieren 25 solcher Einheiten (Peritogiannis et al., 2022). Sie sind gemeindepsychiatrisch organisiert und haben das Ziel, eine multidisziplinäre aufsuchende Primärversorgung anzubieten. Darüber hinaus werden über diese Informationsveranstaltungen und Seminare für das regionale, allgemeinärztliche Personal und die zuständigen Behörden organisiert, um den Zugang zum Gesundheitssystem von Menschen mit schweren psychiatrischen Störungen zu verbessern. Dieses besondere Versorgungsmodell wurde wissenschaftlich evaluiert und konnte bspw. zeigen, dass die Hospitalisierungsrate und -dauer auf einer Inselregion halbiert wurde und dass sie kosteneffektiv sind (Garbi et al., 2021). Die griechische „Mobile Mental Health Einheiten“ sind in dem Bericht des Europäischen Rates für Gute Praktiken in der Gemeindepsychiatrie eingeschlossen.

Weitere Strukturen mit Innovationsarbeit und Schwerpunkt Sozialpsychiatrie sind das Zentrum für Psychische Gesundheit der staatlichen Psychiatrie-

klinik in Volos und das Tageszentrum „Franco Basaglia“ in Athen/Marousi, wo nach dem Modell des Finnischen „Offenen Dialogs“ mit Netzwerktreffen und Hausbesuchen für Betroffene gearbeitet wird. Zusätzlich bietet das Tageszentrum „Franco Basaglia“ Familien- sowie Multifamilientherapie für Patienten mit psychotischen Störungen an. Des Weiteren bieten der griechische Teil des Netzwerks „Hearing Voices“ und die „Prüfstelle für die Rechte der Psychisch Kranken“ eine Peer-Beratung und Selbsthilfegruppe für Betroffene in den Großstädten Griechenlands.

### Gegenwart und Zukunft der Sozialpsychiatrie in Griechenland

Strukturelle und organisatorische Schwäche des psychiatrischen Versorgungssystems, wie die verspätete und unvollständige Psychiatriereform, die Unterfinanzierung sowie die immer noch herausfordernde Verantwortung vulnerabler Patientenpopulationen, wie traumatisierte Geflüchtete, sind die eine Seite der aktuellen sozialpsychiatrischen Versorgung in Griechenland. Dies verlockt uns auf langspezifische Defizite unproportional zu konzentrieren und aus historischer Sicht unpassende Vergleiche zu den anderen Versorgungsmodellen zu ziehen. Auf der anderen Seite sind Hinweise über die begrenzten Folgen der bisherigen krisenhaften Zeiten und neuere positive Entwicklungen eine Gelegenheit für eine optimistische Betrachtung der Zukunftsaussichten. Länderspezifische gesellschaftliche Schutzfaktoren und Möglichkeiten für Solidarität sollten identifiziert, verstärkt und für die zukünftigen Versorgungsformen berücksichtigt werden. Es wird beispielsweise in der Öffentlichkeit häufig argumentiert, dass traditionell Menschen mit psychischen Störungen Hilfe aus der Gemeinde erhalten haben und sich die Gemeinde im Ganzen um die Reintegration gekümmert hat. Darüber hinaus werden familiäre Bindungen als ein wichtiger Schutzfaktor diskutiert. Solche Prozesse bieten Möglichkeiten für den Aufbau einer modernen und effektiven landespezifischen sozialpsychiatrischen Versorgung an, ohne dem Zwang zu unterliegen, häufig überflüssige Entwicklungsstadien anderer Länder nachzuholen. Die aktuelle Planung für die Gründung von zehn gemeindenahen Frühinterventionszentren für Betroffene mit Psychose-Risiko kann ein erster

Schritt in diese Richtung werden. Die Krise bedeutet etymologisch eine schwierige, gefährliche Lage, in der es um eine Entscheidung geht. Das bedeutet, dass die Krise auch die Chance für was Neues bietet, für eine entscheidende Wendung. Nun hoffen wir, dass in Griechenland dafür entschieden wird. ●

### Literatur

- Belanteri RA, Hinderaker SG, Wilkinson E et al (2020).** Sexual violence against migrants and asylum seekers. The experience of the MSF clinic on Lesbos Island, Greece. *PLOS ONE* 15:e0239187.
- Christodoulou NG, Anagnostopoulos DC (2013).** The financial crisis and the future of mental health in Greece. *International Psychiatry* 10:3–5.
- Drakonakis N, Stylianidis S, Peppou LE et al (2022).** Outcome of Voluntary vs Involuntary Admissions in Greece over 2 years after Discharge: A Cohort Study in the Psychiatric Hospital of Attica „Dafni“. *Community Ment Health J* 58:633–644.
- Economou M, Richardson C, Gramandani C et al (2009).** Knowledge About Schizophrenia and

Attitudes Towards People with Schizophrenia in Greece. *Int J Soc Psychiatry* 55:361–371.

**Fountoulakis KN (2020).** Suicides in Greece before and during the period of austerity by sex and age group: Relationship to unemployment and economic variables. *J Affect Disord*

**Garbi A, Tiniakos I, Mikelatou Z, Drakatos I (2021).** Decrease of Hospitalizations and Length of Hospital Stay in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders or Bipolar Disorder Treated in a Mobile Mental Health Service in Insular Greece. *Psych* 3:780–791.

**Giannakopoulos G, Anagnostopoulos DC (2016).** Psychiatric reform in Greece: an overview. *BJPsych Bulletin* 40:326–328.

**Gionakis N, Stylianidis S (2016).** Community Mental Healthcare for Migrants. In: Stylianidis S (Hrsg) *Social and Community Psychiatry: Towards a Critical, Patient-Oriented Approach*. Springer International Publishing, Cham, S 309–329

**Hiam L, Gionakis N, Holmes SM, McKee M (2019).** Overcoming the barriers migrants face in accessing health care. *Public Health* 172:89–92.

**Kaparounaki CK, Koraka CA, Kotsi ES et al (2019).** Greek university student's attitudes and beliefs concerning mental illness and its treatment. *Int J Soc Psychiatry* 65:515–526.

**Kornilaki EN (2022).** The psychological effect of COVID-19 quarantine on Greek young adults: Risk factors and the protective role of daily routine and altruism. *Int J Psychol* 57:33–42.

**Madianos MG (2020).** The adventures of psychiatric reform in Greece: 1999–2019. *BJPsych International* 17:26–28.

**Paraschakis A, Michopoulos I, Efstathiou V et al (2018).** A comparative analysis of suicides in Greece's main port city area of Piraeus before (2006–2010) and during (2011–2015) the country's severe economic crisis. *J Forensic Leg Med* 56:5–8.

**Peritogiannis V, Papathanasiou IV, Giotakos O (2022).** Community Psychiatry in Rural Greece: The Role of the Mobile Mental Health Units. *Psych* 4:277–280.

**Tzouvara V, Papadopoulos C, Randhawa G (2016).** Systematic review of the prevalence of mental illness stigma within the Greek culture. *Int J Soc Psychiatry* 62:292–305.

**Van de Wiel W, Castillo-Laborde C, Francisco Urzúa I et al (2021).** Mental health consequences of long-term stays in refugee camps: preliminary evidence from Moria. *BMC Public Health* 21:1290

# Psychiatrie-Reform in Italien

Von Alessandra Oretti

Ausgehend von der praktischen Kritik und dem Kampf gegen das Irrenhaus der Gruppe um Franco Basaglia wurde am 13. Mai 1978 das Gesetz 180 verabschiedet, das die Schließung psychiatrischer Krankenhäuser in Italien und den Übergang von einem krankenhausbasierten Versorgungssystem zu einem gemeindenahen Modell der psychischen Gesundheit mit der Schaffung territorialer, über das ganze Land verteilter Dienste vorsah. Die italienische Erfahrung zeigt, dass es möglich ist, auf die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Störungen einzugehen, ohne auf große Institutionen zurückzugreifen. Die Haupthindernisse für die vollständige Umsetzung der Reform sind: Personalmangel und unzureichende Finanzierung, regionale Unterschiede in der Leistungserbringung, Nutzung von Wohneinrichtungen als Langzeitpflegeeinrichtungen, fehlende Überwachung der Anwendung mechanischer Zwangsmaßnahmen.

## Von der Kritik am Irrenhaus bis zum Gesetz 180/1978

Der Prozess, der zur Reform der öffentlichen psychiatrischen Versorgung in Italien führte, entstand Ende der 1960er Jahre ausgehend von einer theoretischen und praktischen Kritik der Widerstand gegen die Anstalt, die den Terminus Entinstitutionalisierung angenommen hat.

Dieser Prozess wurde von Franco Basaglia und seinen Mitarbeitern zunächst im Krankenhaus von Görz eingeleitet und danach in Triest konsequent bis zur Schließung der Anstalt durchgesetzt. Im Jahr 1977 wurde per Verwaltungsbeschluss der Provinz die Anstalt in Triest geschlossen. Im Jahr 1978 verabschiedete das Parlament das Gesetz 180, mit dem die psychiatrischen Anstalten geschlossen wurden



Alessandra Oretti

Direktorin des Dienstes für psychiatrische Diagnostik und Behandlung, Abteilung für psychische Gesundheit, in der Notfallaufnahme des Allgemeinkrankenhauses in Triest

und der Übergang zu einer Organisation gemeindenaher psychiatrischer Dienste, die über das ganze Land verteilt waren, bestimmt wurde. Die Arbeit der Entinstitutionalisierung begann mit der Infragestellung des medizinisch-wissenschaftlichen Paradigmas, das die Anstalt legitimiert (Annahme der Unheilbarkeit/Gefährlichkeit, die psychischen Krankheiten zugeschrieben wird). Während



der Arbeit in Görz (1961-1968) führte Basaglia eine neue Organisation der Abteilungen nach dem Vorbild der englischen "therapeutischen Gemeinschaft" von Maxwell Jones ein, mit dem Ziel, die hierarchische Organisation des Krankenhauses, in der die Beziehungen "vertikal" sind, in eine "horizontale" Organisation mit einer gleichberechtigten Beziehung zwischen Nutzern und medizinischem Personal zu verwandeln. Der antiinstitutionelle Diskurs geht jedoch über das Fachgebiet der Psychiatrie hinaus, denn, wie Basaglia selbst im Vorwort seines Buches *L'Istituzione Negata*, in dem er die Erfahrung

von Gorizia beschreibt, feststellt: *„Man kann jedoch nicht eine tragische, repressive Wirklichkeit umstoßen, ohne polemische Gewaltanwendung gegen das, was negiert werden soll. Auch die Wertsetzungen, die solche Verhältnisse zulassen, ja ihren Fortbestand sichern, müssen einer ebenso harten Kritik unterzogen werden. Deshalb hat unser Feldzug nur dann einen Sinn, wenn er nicht auf unser spezifisches Aktionsfeld beschränkt bleibt... Von uns wird die wissenschaftliche Neutralität, auf die sich die herrschenden Werte stützen, in Frage gestellt; unser Tun ist Kritik und politische Aktion“* (Basaglia 1967, Deutsche Fassung S.7, 1973).

In jenen Jahren hat Sergio Zavoli, einer der bedeutendsten italienischen Journalisten des 20. Jahrhunderts, die Öffentlichkeit auf die damalige Situation in den italienischen Anstalten aufmerksam gemacht. In seinem berühmten Dokumentarfilm *I Giardini di Abele*, der für das nationale Fernsehen produziert wurde, wurden zum ersten Mal Bilder der psychiatrischen Klinik gezeigt. Dabei kamen, die Stimmen der Nutzer und der Professionellen zu Wort wie auch gleichzeitig über die durchgeführten Umgestaltungen berichtet wurde. Der Dokumentarfilm enthält ein berühmtes Interview mit Basaglia, in dem der Interviewer ihn fragt, ob er sich mehr für den Kranken oder für die Krankheit interessiere; Basaglia antwortet ohne zu zögern, dass das Hauptobjekt seines Interesses eindeutig der Kranke sei. Nach der experimentellen Praxis der therapeuti-

**In jenen Jahren hat Sergio Zavoli die Öffentlichkeit auf die damalige Situation in den italienischen Anstalten aufmerksam gemacht. In seinem berühmten Dokumentarfilm *I Giardini di Abele*, wurden zum ersten Mal Bilder der psychiatrischen Klinik gezeigt.**

schen Gemeinschaft verlassen Basaglia und seine Gruppe Görz im Jahr 1969 wegen der fehlenden Unterstützung durch die Provinzregierung. Man geht davon aus, dass das psychiatrische Krankenhaus nicht heilt, sondern selbst ein Produzent von Krankheit ist; dass "die einzige Möglichkeit, im psychiatrischen Krankenhaus eine therapeutische Dimension zu entwickeln, nicht von seiner Zerstörung zu trennen ist" (Colucci et al. 1998). Was die Erfahrung von Triest auszeichnet, ist die Tatsache, dass das Krankenhaus durch eine Transformation der Ressourcen umgewandelt oder vielmehr abgebaut wurde, um

es vollständig durch ein Netz von Diensten in der Gemeinde zu ersetzen. Diese sind in der Lage, die Nachfrage nach psychischer Gesundheit in einem Gebiet abzudecken und individuelle und kollektive Wege zur Gesundheit und sozialen Emanzipation zu fördern. Dieses Bestreben, Behandlungsalternativen zu schaffen, ist kennzeichnend für die italienische Psychiatriereform und unterscheidet sie von dem, was in den Vereinigten Staaten und anderen europäischen Ländern geschah. Dort wurde seit den 1960er Jahren eine Politik zur Reduzierung der psychiatrischen Krankenhäuser betrieben, indem

die Patienten, die oft der Straße und der sozialen Kontrolle durch andere Einrichtungen überlassen wurden, ohne alternative Formen der Unterstützung entlassen wurden. Die Arbeit im Irrenhaus von Triest, die 1971 mit der Ernennung von Basaglia zum Direktor begann, zeichnet die wichtigsten Schritte, Handlungs- und Vorgehensweisen nach, die später in das Reformgesetz einfließen. Um zu verstehen, wie hartnäckig der Aufbau von Wegen und Möglichkeiten für Menschen mit psychischen Leiden in Triest war, muss man nur die Seiten des Buches *L'Istituzione inventata/ Almanacco Trieste 1971 - 2010* durchblättern. In der Einleitung des Buches schreibt Franco Rotelli, der Nachfolger

von Basaglia, zunächst Direktor der psychiatrischen Dienste und dann exzellenter Innovator des territorialen öffentlichen Gesundheitswesens: "Wir begannen mit einer Anstalt mit 1.200 Insassen, dekonstruierten sie Stück für Stück, zeigten den Sinn dessen auf, was getan wurde (die Negation der Anstalt, und fuhren mit der konsequenten Schaffung nachhaltiger Alternativen fort (und erfanden sie neu)". Es handelt sich um eine Erfindung, deren politisches Ziel die Schaffung eines kulturellen Wandels und eines neuen Gesellschaftsmodells ist, das weit über das Feld der Psychiatrie hinausgeht: "Die Kritik am Asyl ist auf viele andere Institutionen überschwappt (sicherlich auf alle, die als 'total' definiert werden, aber auch weit darüber hinaus) und hat sich mit einem hartnäckigen Wunsch nach Würde und Wertschätzung des öffentlichen Dienstes vernetzt und verbunden, indem sie ein Mandat der Ausgrenzung in ein rigoroses Engagement für die Einbeziehung umkehrte. Und das in einer Schule der Demokratie und der Freiheit" (Rotelli, 2010).

Neben Görz und Triest gab es im Jahrzehnt vor der Psychiatriereform und in deren Vorbereitung auch in anderen italienischen Städten Erfahrungen mit der Öffnung von Anstalten und der Verlagerung psychiatrischer Interventionen in das Territorium (Region, Lebenswelt) (Pulino, 2016).

Die Bewegung gegen das Asylwesen ist nicht von der Bewegung zur Umgestaltung anderer Bereiche des Gesundheitswesens im Hinblick auf die Schaffung eines nationalen öffentlichen Gesundheitsdienstes zu trennen und fügt sich kulturell und politisch in die Kämpfe der Studenten- und Arbeiterbewegung ein, die wesentliche Veränderungen in Bezug auf Arbeitsrechte, Familienrecht, das Recht auf Studium und die Emanzipation der Frau forderten. Der Kampf um die Bürgerrechte prägte das fortschrittliche Lager, das in den 1970er Jahren zu einer Reihe von Reformen führte, die die Physiognomie des Landes für immer veränderten. Im Bereich der psychiatrischen Hilfen wurden die ersten wichtigen Änderun-

**Die Bewegung gegen das Asylwesen ist nicht von der Bewegung zur Umgestaltung anderer Bereiche des Gesundheitswesens im Hinblick auf die Schaffung eines nationalen öffentlichen Gesundheitsdienstes zu trennen und fügt sich in die Kämpfe der Studenten- und Arbeiterbewegung ein.**

gen mit dem Gesetz 431 aus dem Jahr 1968 vorgenommen, das nach dem Namen des damaligen sozialistischen Gesundheitsministers als "Mariotti-Gesetz" bekannt ist. Es

wurde ein neues Regelwerk verabschiedet, das zwar die bisherige Gesetzgebung zu diesem Thema nicht aufhob, aber Folgendes einführte: 1. die Möglichkeit, die Zwangseinweisung in eine freiwillige Einweisung umzuwandeln, 2. die Einführung bestimmter Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen außerhalb der Anstaltsmauern durch die Einrichtung der ersten territorialen Zentren für psychiatrische Hilfe - Zentren für mentale Igiene, die nach 1978 den weitaus passenderen Namen „Zentren für geistige Gesundheit“ erhielten und 3. neue Kriterien für die Organisation psychiatrischer Krankenhäuser und eine Aufstockung des Budgets für die Einstellung von medizinischem und psychologischem Personal.

Aber erst mit dem Gesetz 180/78 kommt es zu einer wirklichen, epochalen Neuerung im System der Behandlung von psychischen Störungen, die wesentliche Veränderungen im Schicksal von Menschen mit psychischen Leiden mit sich bringt.

Aber erst mit dem Gesetz 180/78 kommt es zu einer wirklichen, epochalen Neuerung im System der Behandlung von psychischen Störungen, die wesentliche Veränderungen im Schicksal von Menschen mit psychischen Leiden mit sich bringt.

### Die wichtigsten Änderungen, die durch die italienische Psychiatriereform von 1978 eingeführt wurden

- Aus gesetzgeberischer Sicht war in Italien bis 1978 das Psychiatriegesetz von 1904 in Kraft, das psychisch Kranke als gefährlich für sich selbst und andere und als öffentliches Ärgernis definierte und die Anstalt als Ort für ihre Betreuung und Verwahrung vorsah. Die Unterbringung erfolgte auf Anordnung eines Richters oder des Polizeipräsidenten, die Einweisung wurde von der Polizei vorgenommen, und der Leiter des psychiatrischen Krankenhauses war für den entlassenen Patienten straf- und zivilrechtlich verantwortlich. Das Gesetz 180, das später in die Gesundheitsreform 833 vom 23. Dezember 1978 zur Einrichtung des nationalen Gesundheitsdienstes aufgenommen

**Aus gesetzgeberischer Sicht war in Italien bis 1978 das Psychiatriegesetz von 1904 in Kraft, das psychisch Kranke als gefährlich und als öffentliches Ärgernis definierte. Die Unterbringung erfolgte auf Anordnung eines Richters oder des Polizeipräsidenten.**

wurde, hatte folgende Hauptmerkmale. Die medizinische Behandlung muss auf freiwilliger Basis erfolgen (ähnlich den Bestimmungen von Artikel 32 der italienischen

Verfassung für alle Gesundheitsmaßnahmen), wobei eine Zwangseinweisung in ein Krankenhaus nur in folgenden Fällen erfolgen darf: (1) ein nicht aufschiebbarer Eingriff ist notwendig; (2) der Patient verweigert die Behandlung; (3) eine alternative Behandlung in der Gemeinschaft ist nicht möglich.

Die Zwangsbehandlung (TSO) unterscheidet sich von der zwangsweisen Unterbringung in einem Krankenhaus nach der früheren Gesetzgebung dadurch, dass jeglicher Hinweis auf die Gefährlichkeit entfällt. Aber sie ist ein Instrument, das unter Wahrung der bürgerlichen und politischen Rechte der Person anzuwenden ist und nicht verfassungsmäßige Rechte außer Kraft setzt (Verpflichtung zur Betreuung, nicht zur Inhaftierung oder Isolierung). Sie hat eine Dauer von höchstens einer Woche und kann auf begründeten Antrag verlängert werden. Die Einholung der Zustimmung zur freiwilligen Behandlung ist eine klare Regel und stellt eine Anerkennung der Verhandlungsmacht der Person dar, weshalb die nicht freiwillige Behandlung zeitlich begrenzt ist und beendet werden muss, sobald die Person ihre Zustimmung gibt. Die Zwangsbehandlungen werden von zwei Ärzten vorgeschlagen, von denen einer Angestellter des öffentlichen Gesundheitsdienstes ist, und müssen vom Bürgermeister, nach italienischem Gesetz höchste Autorität für die Garantie der Gesundheit der Bürger, und nicht mehr von der Polizei formal genehmigt werden, was den Vorrang der gesundheitlichen vor der repressiven Natur der freiheitsbeschränkenden Maßnahme unterstreicht. Zwangsbehandlungen werden in den psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern durchgeführt, können aber in

**Die Schließung der Irrenhäuser und die Einführung territorialer Alternativen ist ein Prozess, der mit der Verabschiedung dieses Gesetzes noch lange nicht abgeschlossen ist. Die Umsetzung der Reform erfolgte landesweit ungleichmäßig.**

einigen Fällen auch bei den territorialen psychiatrischen Diensten oder sogar zu Hause durchgeführt werden. Die Rolle der Justiz besteht in einer nachträglichen Kontrolle der Legitimität der Maßnahme zum Schutz des Patienten in der Person des Vormundschaftsrichters.

- Es wird vorgeschrieben, neue Abteilungen in zivilen Krankenhäusern die psychiatrischen Diagnose- und Behandlungsdienste (SPDC), zu eröffnen, die nicht mehr als 15 Betten haben dürfen und in denen akute psychische Erkrankungen behandelt werden können. Die Begrenzung der Bettenzahl erklärt sich aus der Absicht des Gesetzgebers, eine verdeckte Vermehrung psychiatrischer Krankenhäuser zu vermeiden.
- Die schrittweise, aber endgültige Schließung der Anstalt mit der Umstellung der Ressourcen auf alternative territoriale Dienste und dem Verbot des Baus neuer psychiatrischer Krankenhäuser.
- Die Einrichtung neuer gemeinde-naher Zentren für psychische Gesundheit (MHC – Mental Health centers) zur Versorgung der Bevölkerung eines bestimmten Einzugsgebiets mit psychiatrischen Diensten.

Seit 1978 kann daher im ganzen Land ein System psychosozialer Dienste aufgebaut werden, das in der Lage ist, Menschen mit psychischen Leiden und ihre

Familien in normalen Lebensverhältnissen zu betreuen und zu unterstützen und so den Zugang zu den Bürgerrechten zu fördern.

### Die verschiedenen Phasen der Umsetzung der Reform - Regionale Ungleichheiten.

Die Schließung der Irrenhäuser und die Einführung territorialer Alternativen ist ein Prozess, der mit der Verabschiedung dieses Gesetzes noch lange nicht abgeschlossen ist, sondern vielmehr mit diesem Gesetz begonnen hat. Die Umsetzung der Reform erfolgte landesweit ungleichmäßig. Zwei Jahrzehnte lang nach Verabschiedung des Gesetzes 180 wurden in den meisten Teilen des Landes neben der Einrichtung von



territorialen Diensten auch Irrenhäuser betrieben, die zwar keine neuen Patienten mehr aufnehmen konnten, aber weiterhin für Langzeitpatienten tätig waren, für die keine Unterkunft und keine angemessene soziale Unterstützung gefunden worden war. Dank des Finanzierungsgesetzes von 1998, das erhebliche wirtschaftliche Sanktionen für die Gesundheitsbehörden vorsah, die diese noch in Betrieb befindlichen Einrichtungen nicht abschafften, wurden die Irrenhäuser in

Italien 1999 endgültig geschlossen. Das Rückgrat der psychiatrischen Organisation als Alternative zur Anstalt ist das Department für geistige Gesundheit (DSM – Dipartimento di salute mentale), dessen Struktur und Arbeitsweise in den beiden Regierungsdekreten 1994-1996 und 1998-2000 beschrieben werden.

Das DSM ist eine Gruppe von Einrichtungen und Diensten, deren Aufgabe es ist, den Bedarf an psychosozialer Versorgung, Hilfe und Schutz in dem von der örtlichen Gesundheitsbehörde festgelegten Gebiet zu decken. Das DSM besteht aus Zentren für psychische Gesundheit (MHC), teilstationären Diensten: Tageszentren, stationären Diensten: Wohnrichtungen, Krankenhausdiensten: Psychiatrische Diagnose- und Behandlungsdienste und Tageskliniken.

Unter den 140 DSMs in Italien gibt es jedoch große Unterschiede, was darauf zurückzuführen ist, dass der Entinstitutionalisierungsprozess in vielen Regionen des Landes noch nicht vollständig abgeschlossen ist. Die psychosozialen Dienste, auch wenn sie vorhanden sind, sind selten starke Dienste, die rund um die Uhr geöffnet sind oder in der Lage sind, Programme zur sozialen Eingliederung unter Einbeziehung der Nutzer und ihrer Familien zu entwickeln; Pläne zur Integration von Sozial- und Gesundheitsfürsorge, um Menschen mit psychischen Leiden den Zugang zur vollständigen Umsetzung des Rechts auf einen Arbeitsplatz und ein Leben zu Hause statt in neuen Einrichtungen zu erleichtern, sind immer noch unzureichend; die Verringerung der Nutzung von Krankenhausbetten und

die gleichzeitige Verwirklichung von gemeinschaftlichen Lösungen für das Krisenmanagement sowie die Entwicklung von Strategien zur Umsetzung der Kontinuität zwischen Krankenhaus und territorialen Diensten sind Aspekte, die umgesetzt werden müssen. Jüngste Analysen der Italienischen Gesellschaft für Psychiatrische Epidemiologie-SIEP (Starace et al., 2017) haben die extremen Unterschiede bei den personellen, strukturellen und

**Jüngste Analysen haben die extremen Unterschiede bei den personellen, strukturellen und wirtschaftlichen Ressourcen, die die Regionen für die psychische Gesundheit bereitstellen, und die sich daraus ergebenden Ungleichheiten aufgezeigt.**

wirtschaftlichen Ressourcen, die die Regionen für die psychische Gesundheit bereitstellen, und die sich daraus ergebenden Ungleichheiten beim Zugang zu Dienstleistungen für Menschen mit psychiatrischen Störungen aufgezeigt (Starace et al. 2018). In Italien werden durchschnittlich 3,49 %

der Gesundheitsausgaben für die psychische Gesundheit aufgewendet, was weit von der Mindestschwelle von 5 % entfernt ist, zu der sich die Regionen in einem 2001 von allen Präsidenten einstimmig unterzeichneten Dokument verpflichtet haben. Es sind jedoch nicht immer die wirtschaftlichen Ressourcen, die den Unterschied ausmachen. So gibt es z.B. in Friaul-Julisch-Venetien trotz eines unter dem nationalen Durchschnitt liegenden Budgets ein gut strukturiertes und gegliedertes Netz von gemeinschaftlichen Diensten und Programmen für psychische Gesundheit

Weitere Indikatoren für das Funktionieren der Dienste, die von Region zu Region unterschiedlich sind, betreffen die Kontinuität der Versorgung nach der Entlassung aus dem Krankenhaus bei einer akuten Episode und die Dauer des Aufenthalts in stationären Einrichtungen. Der diskrete Charme der

Institution überlebt und wird in der Ausweitung und Nutzung gemeindepsychiatrischer Wohnheime als Orte für lange und sehr lange Pflege reproduziert, die im Durchschnitt mehr als 2 Jahre und in einigen italienischen Regionen bis zu 6 Jahre beträgt. Dies

könnte darauf hindeuten, dass diese Einrichtungen, anstatt sich auf die Rehabilitation zu konzentrieren, als Langzeitpflegeeinrichtungen fungieren (Barbui et al. 2018).

Die Anwendung mechanischer Zwangsmaßnahmen in DSM-Einrichtungen ist ein wenig bekanntes Phänomen, das nach wie vor nur unzureichend überwacht wird. Insbesondere in den psychiatrischen Diagnose- und Behandlungsdiensten der Allgemeinkrankenhäuser ist das "Anbinden von Patienten" eine weit verbreitete Praxis, die nach der Schließung des psychiatrischen Krankenhauses möglicherweise nie überwunden wurde. Oder sie werden wieder eingeführt (Del Giudice, 2015). Die nationale Kampagne "...e tu slegalo subito" (und du nimm sofort die Fesseln ab). Diese wird von zahlreichen nationalen Verbänden unterstützt und hat Informationen über die mechanische Fixierung entwickelt und dazu beigetragen, dass das Gesundheitsministerium im März 2021 das Dokument "Überwindung der mechanischen Fixierung in den Einrichtungen der Abteilung für psychische Gesundheit" herausgegeben hat, das derzeit von der Konferenz der Regionen geprüft wird.

Ein weiterer Bereich, der im Gesetz 180 nicht berücksichtigt wurde, waren die forensischen psychiatrischen Kliniken. Am 31. März 2015 erklärte das Gesetz Nr. 81 die Schließung aller sechs forensischen Krankenhäuser

**Ein weiterer Bereich, der im Gesetz 180 nicht berücksichtigt wurde, waren die forensischen psychiatrischen Kliniken. Am 31. März 2015 erklärte das Gesetz Nr. 81 die Schließung aller sechs forensischen Krankenhäuser (Ospedali Psichiatrici Giudiziari-OPGs), in denen bisher rund 1500 Personen untergebracht waren.**

(Ospedali Psichiatrici Giudiziari-OPGs), in denen rund 1 500 Personen untergebracht waren. Sie wurden durch kleine regionale Einheiten (< 20 Betten) ersetzt, die den Departments für Geistige Gesundheit angeschlossen sind. Der Prozess ihrer Überwindung ist jedoch noch nicht abgeschlossen, da die Vorschriften des Strafgesetzbuchs von 1930 über die Unzurechnungsfähigkeit

psychisch Kranker noch immer in Kraft sind, wodurch der besondere Status von Personen mit psychischen Störungen vor dem Gesetz aufrechterhalten wird, wenn auch in der neuen Situation aufgrund der Abschaffung der OPG's.

## Die Verdienste der italienischen Psychiatriereform und die Herausforderungen für die Zukunft

Mehr zu den Auswirkungen der italienischen Psychiatriereform, ihren Vorzügen und den noch offenen Fragen finden Sie in den Veröffentlichungen anlässlich des 40. Jahrestages des Gesetzes (Barbui et al., 2018; Becker et al., 2018; Fioritti 2018; Mezzina, 2018). Mit dem Gesetz 180 wurde das Schicksal von Menschen mit psychischen Leiden grundlegend verändert, indem Freiheit, Würde und Rechte wiederhergestellt und gefördert wurden. Die italienische Erfahrung zeigt, dass es möglich ist, auf die Bedürfnisse von Menschen mit psychischen Störungen einzugehen, ohne auf große Einrichtungen zurückzugreifen, denn Italien ist das einzige Land der Welt, das Psychiatrie ohne Irrenhäuser betreibt.

Die Entdeckung der Freiheit und das Erlernen eines neuen Betreuungsparadigmas durch die Schaffung von Dienstleistungen, die auf der Achtung der Menschenrechte beruhen und die Wahlmöglichkeiten und die Selbstbestimmung der Menschen berücksichtigen, ist nach wie vor eine der wichtigsten Errungenschaften der italienischen Reform und eine der Herausforderungen auf globaler Ebene. Die Gesetzgebung von 1978 basiert auf der Entdeckung von Rechten als Schlüsselinstrument für die psychische Gesundheit und nahm vorweg, was auf internationaler Ebene durch die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (CRPD-Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen) eingeführt wurde (Mezzina, 2018). Schließlich wurde bei der Analyse des Trends der Daten ab 1978 in Italien und beim Vergleich mit anderen G7-Ländern festgestellt, dass der Rückgang der Bettenzahl aufgrund der Schließung psychiatrischer Krankenhäuser keinen Einfluss auf Indikatoren der öffentlichen Gesundheit wie die Zahl der Selbstmorde, die Zahl der Einweisungen in forensische Kliniken und die Zahl der unfreiwilligen Behandlungen hatte, die weniger als 5 % der psych-

iatrischen Einweisungen ausmachen (Barbui et al., 2018).

Heute hat sich die italienische Gesellschaft tiefgreifend verändert; die Politik und die Investitionen im Bereich der psychischen Gesundheit müssen die Bedürfnisse spezieller Bevölkerungsgruppen, Jugendlicher und älterer Menschen sowie neuer, von Ausgrenzung bedrohter Personen wie Migranten, Asylbewerber und Flüchtlinge berücksichtigen, da die ihnen gewidmeten Maßnahmen neo-institutionell ausgerichtet sind.

Die festgestellten kritischen Punkte müssen dazu dienen, zu verstehen, in welche Richtung man gehen muss, um die Qualität der Politik im Bereich der psychischen Gesundheit zu verbessern. Es wurde zwar viel getan, aber es muss auch weiterhin viel getan werden, um die tägliche Arbeitspraxis

**Heute hat sich die italienische Gesellschaft tiefgreifend verändert; die Politik und die Investitionen im Bereich der psychischen Gesundheit müssen die Bedürfnisse spezieller Bevölkerungsgruppen, Jugendlicher und älterer Menschen sowie neuer, von Ausgrenzung bedrohter Personen wie Migranten berücksichtigen.**

umzugestalten, die Ausbildung der Fachleute zu aktualisieren, neue Allianzen außerhalb des disziplinären Bereichs der Psychiatrie, zwischen den Interessengruppen, den politischen Entscheidungsträgern und der Gesellschaft im Allgemeinen zu suchen. Es gibt Belege dafür, dass dort, wo neue Einrichtungen "erfunden" wurden, wie z. B. starke Zentren für psychische Gesundheit mit Krisenbetten, die die Verantwortung für die psychische Gesundheit eines bestimmten Gebiets übernehmen, weniger unfreiwillige Krankenhauseinweisungen, weniger Inanspruchnahme von stationärer Pflege oder kürzere Aufenthaltsdauer, weniger soziale Ausgrenzung und mehr Wege zu Wohlbefinden und Emanzipation zu verzeichnen sind. Der Druck, der auf den Diensten lastet, der nie da gewesen wäre, die soziale und wirtschaftliche Lage des Landes machen neue Anstrengungen und erneuerte Kapazitäten erforderlich, um einen Rückschritt im Geiste der Reform zu vermeiden und Aktionen zu fördern, die alle Formen der Ausgrenzung kritisieren und in der Lage sind, sich aus dem disziplinären Bereich der Psychiatrie herauszubewegen und sich mit anderen Bewegungen für Gleichheit, Rechte und Freiheit zu verbinden. ●

## Literatur

**Barbui C. et al. (2018).** Forty years without mental hospitals in Italy. *International Journal of Mental Health System*, 12:43

**Basaglia F. (1968).** L'Istituzione Negata. 6° edizione Giulio Einaudi Editore. Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Frankfurt/Main 1973

**Becker T. et al (2018).** 40th birthday of the Italian Mental Health Law 180 – perception and reputation abroad, and a personal suggestion. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27, 314–318.

**Colucci M. (1998).** Et al La comunità possibile in Franco Basaglia: la comunità possibile in Atti del 19° Convegno internazionale per la salute mentale (Trieste, 20-24 ottobre 1998) Centro Documentazione Pistoia

**Del Giudice G. (2015).** ...e tu slegalo subito. Sulla contenzione in psichiatria. Alphabeta Verlag, Merano

**Fioritti A. (2018).** Is freedom (still) therapy? The 40th anniversary of the Italian mental health care reform *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27, 319–323

**Mezzina R. Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its successes and continuing need.** *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. (2018, )27, 336–345

**Pulino D. (2016).** Prima della legge 180. Psichiatri, amministratori e politica (1968–1978). Alphabeta Verlag

**Rotelli F. (2016).** L'Istituzione Inventata/Almanacco Trieste 1971–2010. Alphabeta Verlag

**Starace F. et al. (2017).** La salute mentale in Italia. Analisi delle strutture e delle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale. Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica, n.1/2017

**Starace F. et al. (2018).** La Salute Mentale in Italia. La mappa delle disuguaglianze. Quaderni di Epidemiologia Psichiatrica, n.2/2018

**Zavoli S. (1969).** I Giardini di Abele. <https://www.raisplay.it/programmi/zavoliincontrabasaglia>

# Immer und immer wieder

## Die DGSP fordert seit Langem einen regelmäßigen Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland

Von Daniela Glagla und Patrick Nieswand

Warum fordert die DGSP eigentlich einen bundesweiten Psychiatriebericht? Wir benötigen eine solide Grundlage, um den Reformbedarf in der psychiatrischen Versorgung festzustellen und die Entwicklungen und Fortschritte regelmäßig zu erfassen und zu überprüfen. Wir benötigen deutliche Indikatoren, um zu sehen, ob sich die Versorgung im Sinne von Menschen mit psychischen Erkrankungen positiv verändert.



Daniela Glagla  
Stellvertretende Geschäftsführerin der DGSP-Geschäftsstelle



Patrick Nieswand  
Geschäftsführer der DGSP-Geschäftsstelle, [www.dgsp-ev.de](http://www.dgsp-ev.de)

Wir stellen aber auch fest, dass eine Reihe von gesetzlich verankerten Unterstützungsangeboten nicht flächendeckend allen anspruchsberechtigten Menschen zur Verfügung stehen, bspw. Soziotherapie, Stationsäquivalente Behandlungen (StÄB), ambulante psychiatrische Pflege (APP). Und wo überall gibt es Krisendienste und wie ist ihre Wirksamkeit? Wie werden die ambulanten psychiatrischen Komplexleistungen für schwer psychisch kranke Menschen umgesetzt („berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung“ nach § 92 6b, SGB V)?

Diese und insbesondere Fragen zur Zahl der Zwangsbehandlungen und -Unterbringungen sowie zum Maßregelvollzug, zur Psychopharmaka-Behandlung sowie weiteren Spektren der psychiatrischen Versorgung müssen regelmäßig in einem Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland systematisch erfasst werden.

In den Antworten auf die Wahlprüfsteine der DGSP sind sich alle Parteien einig und unterstützen dieses Vorhaben.

### Hintergrund und Problemlagen

Die Bundesregierung ist verpflichtet, in jeder Legislaturperiode einen Kinder- und Jugendbericht vorzulegen und dazu Stellung zu nehmen. Mit der Ausarbeitung des Berichtes wird jeweils eine unabhängige Sachverständigenkommission beauftragt.

Analog dazu fordert die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) einen regelmäßigen Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland. Die Gesundheitsministerkonferenz hat in den letzten zwei Jahrzehnten unregelmäßig einen Bericht zur „Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungsstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven“ veröffentlicht. Diese Art der Berichterstattung ist aus Sicht der DGSP weder systematisch noch umfassend genug und daher bei weitem nicht ausreichend. Der Bericht, den die DGSP fordert, sollte umfassend, regelmäßig und systematisch erstellt sein. Er sollte alle Facetten der psychiatrischen Versorgung beinhalten und messbare Daten enthalten.

### Warum eine regelmäßige Berichterstattung und Ziele

Das Ziel ist es, zu einer klaren Sicht auf die Problemlagen zu gelangen, um damit umfassende Reformen einzuleiten. Politische Entscheidungsträger\*innen können aufbauend auf die Berichte gemeinsam mit Betroffenen, Angehörigen und professionellen Unterstützer\*innen kompetente Lösungen für das gesellschaftliche Phänomen »psychische Erkrankung« finden. Fachliche Konzepte und rechtliche Ansprüche in der Psychiatrie, wie die oben genannten (StÄB, Soziotherapie oder APP) werden nur unzureichend und

nicht flächendeckend umgesetzt. Das hat Folgen für den einzelnen psychisch erkrankten Menschen und Menschen mit einer psychischen Behinderung, die ihre Rechts- und Leistungsansprüche nicht wahrnehmen können. Diese Folgen können nicht länger hingenommen werden. Ein Monitoring kann den Weg ebnen, dass „jeder Berechtigte die ihm zustehenden Sozialleistungen in zeitgemäßer Weise, umfassend und zügig erhält“ (SGB I, § 17).

### Was sollte enthalten sein

Ein besonderer Fokus muss auf dem Erreichen einer zwang- und gewaltfreien Psychiatrie liegen. Es müssen strukturelle Voraussetzungen geschaffen werden, damit Zwangsunterbringungen und -behandlungen nicht oder kaum noch notwendig sind. Dafür müssen die Rechte und Wünsche von Menschen in Behandlung konsequent höchste Priorität haben sowie Mitarbeiter\*innen in ihren Handlungsoptionen und ihrer Haltung gestärkt werden, so dass gemeinsam die bestmöglichen Unterstützungsmöglichkeiten gefunden werden.

Die sich aus der UN-BRK ergebenden Grundsätze und Standards müssen umgesetzt und Fortschritte in diesem Prozess ersichtlich werden. Durch Urteile des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs zu Zwangsbehandlung wurden der Anwendung von Zwang enge Grenzen gesetzt und das

Handeln in der Psychiatrie infrage gestellt. Kennzahlen zu Zwangsmaßnahmen können einen Hinweis geben, ob die daraus abgeleiteten Maßnahmen die richtigen sind und ob Verhandeln, Dialog und Augenhöhe die Beziehungen bestimmen.

Empowerment und Recovery werden bisher viel zu selten in der psychiatrischen Praxis umgesetzt. Dabei werden in den S3 Leitlinien für „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ Empowerment und Recovery zu Grundsätzen erhoben, die die therapeutischen Beziehungen und Haltungen bestimmen. Durch das Teilhabegesetz stehen die bisherigen Angebotsstrukturen der so genannten Eingliederungshilfe auf dem Prüfstand. Um allen Menschen mit psychischen Behinderungen den Zugang zu Leistungen der Teilhabe zu ermöglichen, sollte diese unabhängig vom Einkommen und Vermögen gewährt werden.

Qualitative sozialpsychiatrische und nutzerorientierte Forschung findet nicht in erforderlichem Ausmaß statt. Um eine unabhängige Forschung zu gewährleisten, ist eine umfangreiche staatliche Förderung notwendig. Nicht zuletzt aufgrund der Zunahme psychischer Erkrankungen haben die direkt oder indirekt von der Erkrankung betroffenen Menschen, aber auch die breite Öffentlichkeit einen Anspruch auf umfassende Informationen.

### Inhalte und Kennzahlen

Der Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland sollte folgende Daten erheben und neben Bestandsaufnahme und Analyse Empfehlungen zur Weiterentwicklung enthalten:

- Wie viele PsychKG-Einweisungen, BGB-Unterbringungen und Zwangsmaßnahmen gibt es in Deutschland und was sind die Gründe?
- Wie entwickeln sich die Zahlen der stationären forensischen Unterbringungsplätze und was sind die Gründe für die Einweisungen?
- Evaluation der Zahl der gesetzlichen Betreuungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen.
- Regionale Verteilung alternativer und begleitender Behandlungsmodelle und -angebote wie Integrierte Versorgung, StäB, Soziotherapie und APP. Neben der Evaluation der Entwicklung durch

Kennzahlen sollten die regionalen Hinderungsgründe erfasst werden.

- Erfassung der Suizide psychisch erkrankter Menschen
- Erfassung der von in den Justizvollzugsanstalten psychisch und an Sucht erkrankten Gefangenen.
- Erfassung der Anzahl und Themen (staatlich geförderter) qualitativer sozialpsychiatrischer und nutzerorientierter Forschungsprojekte

### Verfahrensvorschlag

Eine Kommission, die trialogisch – d.h. mit Patient\*innen, Angehörigen und professionell Tätigen – besetzt ist, soll die Fragestellungen entwickeln, die Erstellung des Berichts begleiten und den Bericht abschließend beraten. Dabei soll sie Vorschläge für die Weiterentwicklungen der Psychiatrie, Modellvorhaben und Forschungsprojekte unterbreiten. Die Berichte sollen auf Bundes-, Landes- und Kommunalebene diskutiert werden.

### Der Psychiatriebericht in der politischen Diskussion

2014 wandte sich die DGSP mit dem sogenannten Baustellen-Papier an die politische und Fach-Öffentlichkeit und forderte damit einen regelmäßigen Psychiatriebericht, um „Stillstand und Teillösungen (...) zu überwinden und die unvollendete Psychiatriereform weiterzuführen.“ Dies wurde vor allem an den bestehenden Mängeln in der psychiatrischen Versorgung festgemacht, welche im Interesse der Menschen mit einer psychischen Erkrankung beseitigt werden sollten. Das Baustellenpapier listet die Reformbedarfe von A bis Z auf und behandelt die verschiedenen Phänomene und Unterstützungssysteme, bspw. Chronifizierung und Hospitalisierung, Erreichbarkeit von Hilfen, aber auch die qualitative und partizipative Forschung sowie eine Ausweitung des reduktionistischen Krankheitsverständnisses und vieles mehr. Das Schreiben an den damaligen Vorsitzenden des Gesundheitsausschusses des Bundestags, Edgar Franke, das diese Forderung bekräftigen sollte, blieb leider unbeantwortet. Schon 2014

forderte die DGSP die Einsetzung einer trialogischen Kommission, die alle an der Versorgung beteiligten Akteure repräsentiert. Deren Aufgabe sollte es sein, Fragestellungen zu entwickeln, die Erstellung des Berichtes zu begleiten und den Bericht abschließend zu beraten sowie Vorschläge für Modellvorhaben und Forschungsprojekte zu machen.

Die DGPPN unterstützt die Forderung eines Psychiatrieberichtes und hat gemeinsam mit der DGSP den psychiatrischen Fachgesellschaften sowie den Verbänden des Kontaktgesprächs Psychiatrie einen Formulierungsvorschlag für die politische Kommunikation vorgelegt. Der Großteil der Verbände trägt diese Forderung mit.

In der Beantwortung der Wahlprüfsteine zur Bundestagswahl 2017 unterstützten Bündnis 90/Die Grünen, Die Linke sowie die FDP die Forderung nach einem Psychiatriebericht, während die SPD auf den Bericht der Gesundheitsministerkonferenz verwies sowie die CDU/CSU sich einer Antwort enthielt.

### Vier Jahre später hat bei den größeren Parteien ein Wandel eingesetzt

Zur Bundestagswahl 2021 hat sich auch die CDU/CSU für eine Weiterentwicklung der systematischen Berichterstattung eingesetzt, um damit „ein umfassendes Bild der Unterbrin-

**Die DGPPN unterstützt die Forderung eines Psychiatrieberichtes und hat gemeinsam mit der DGSP den psychiatrischen Fachgesellschaften sowie den Verbänden des Kontaktgesprächs Psychiatrie einen Formulierungsvorschlag vorgelegt.**

gung psychisch kranker Menschen zu erlangen.“ Die SPD war der Auffassung, „dass es größtmöglicher Transparenz in der medizinischen Versorgung und damit dem Leistungsgeschehen bedarf.“ Daher nahm sie den Vorschlag für eine öffentliche Dokumentation einschränkender Maßnahmen gegenüber Patient\*innen

in der Psychiatrie gern auf und diskutiert diesen. Es bedürfe nicht nur einer bloßen Statistik, „sondern einer von Expert\*innen begleiteten Analyse des Geschehens, die dann auch in konkrete Handlungsempfehlungen münden.“ Bündnis 90/Die Grünen sowie Die Linke unterstützten das Vorhaben weiterhin. Die FDP hat sich einer Antwort enthalten. ●

# PSU

PSU Personal Services für Unternehmen im Gesundheits- und Sozialbereich GmbH  
Robert-Bosch-Straße 11 · 71229 Leonberg · Telefon 07141/688605-0 · Mobil 0170/7880268  
E-Mail: [stephanie.bauer@psu-online.de](mailto:stephanie.bauer@psu-online.de) · [www.psu-online.de](http://www.psu-online.de) · [www.stellenpool.info](http://www.stellenpool.info)

## Bereit für den nächsten Schritt?

Für unseren Auftraggeber, die **Rudolf-Sophien-Stift gGmbH** in Stuttgart ([www.rrss.de](http://www.rrss.de)) suchen wir zum 01.07.23 eine

## Geschäftsführung (m/w/d)

Der derzeitige Stelleninhaber geht in den Ruhestand.

Die Rudolf-Sophien-Stift gGmbH bietet mit 450 hauptamtlichen Mitarbeiter:innen psychisch erkrankten Menschen im Großraum Stuttgart aufeinander abgestimmte und integrierte Angebote an: klinische Behandlung, medizinische und berufliche Rehabilitation sowie ambulante Hilfen und Begleitung zur sozialen Teilhabe und Inklusion. Sie ist Teil der gemeinde-psychiatrischen Versorgung der Landeshauptstadt Stuttgart und der angrenzenden Landkreise in der Region Stuttgart. Sie ist Tochtergesellschaft der Evangelische Gesellschaft Stuttgart e.V. (eva), die als diakonische Trägerin ein breites Spektrum an sozialen Aufgaben in der Region Stuttgart mit rund 2.300 haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter:innen wahrnimmt ([www.eva-stuttgart.de](http://www.eva-stuttgart.de)).

### Ihre Perspektive:

- > Zukunftsorientierte und sichere Leitung (Allein-geschäftsführung) der Rudolf-Sophien-Stift gGmbH und der Tochterunternehmen ClusioNA gGmbH und Tübinger Gesellschaft für Sozialpsychiatrie und Rehabilitation gGmbH unter fachlichen, strategischen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten
- > Ein fachlich und wirtschaftlich bestens aufgestellter diakonischer Träger, der es ermöglicht, zukünftige Herausforderungen bedarfsorientiert und strategisch anzugehen
- > Großer Gestaltungsspielraum hinsichtlich der Weiterentwicklung der Organisationsstruktur sowie der Leistungsangebote
- > Konsolidierung des erreichten Stellenwerts in der Region Stuttgart
- > Initiierung von Projekten zur Personalgewinnung und Personalentwicklung
- > Bedarfsgerechte Entwicklung von innovativen Konzepten und Angeboten der klinischen Behandlung, der medizinisch-beruflichen Rehabilitation und der sozialen Teilhabe in der Region in Abstimmung mit der Muttergesellschaft
- > Vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit mit dem Leitungsteam, den Mitarbeiter:innen und dem Aufsichtsrat

### Erwartet wird:

- > Akademische Qualifikation mit pädagogischem, sozial-medizinischem oder -psychiatrischem Schwerpunkt sowie profunde betriebswirtschaftliche Kenntnisse
- > Mehrjährige Berufs- und Führungserfahrung in der Sozialwirtschaft, idealerweise in der Sozialpsychiatrie
- > Ausgeprägtes Verständnis für die Bedürfnisse und Rechte von Menschen mit Beeinträchtigungen sowie für sozialetische und sozialpolitische Fragestellungen

- > Kommunikatives und innovatives Leitungsverständnis
- > Professionelle Vertretung der Rudolf-Sophien-Stift gGmbH in der Gesellschaft, in Fachverbänden und in der Politik
- > Identifikation mit dem diakonischen Leitbild

### Das Angebot:

- > Raum für eigene Ideen
- > Hochmotivierte Mitarbeiter:innen und ein engagiertes Leitungsteam
- > Unterstützung durch die Fachbereiche der Muttergesellschaft
- > Eine leistungsgerechte Vergütung sowie eine zusätzliche Altersvorsorge

Gerne beantworten wir vorab Ihre Fragen.

Ihre Bewerbungsunterlagen senden Sie uns bitte unter Angabe Ihrer Gehaltsvorstellungen und Ihres Eintrittstermins per E-Mail an:

**[stephanie.bauer@psu-online.de](mailto:stephanie.bauer@psu-online.de)**



# Menschenrechte in der Psychiatrie

## Eine sozialpsychiatrische Standortbestimmung

Von Dirk Richter

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

### Abschliessende Beobachtungen – Die Evaluation der Umsetzung der UN-BRK

Alle Konventionsstaaten der UN-BRK müssen sich regelmässig einer Evaluation der Umsetzung durch das „Komitee der Rechte der Personen mit Behinderungen“ der UN unterziehen. In Deutschland geschah dies zuletzt im Jahr 2015,<sup>6</sup> in der Schweiz in 2022.<sup>7</sup> Diese Evaluation wird in so genannten „Abschliessenden Beobachtungen“ zusammengefasst und veröffentlicht. Für die Ausführungen an dieser Stelle ist relevant, dass diese Evaluation sich nicht nur auf die psychiatrische Versorgung bezieht, sondern auf alle Bereiche, in den Menschen mit Behinderungen – in welcher Form auch immer – unterstützt werden. Nachfolgend werde ich mich auf die wesentlichen Aspekte konzentrieren, die für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Deutsch-

land und in der Schweiz von Bedeutung sind.

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

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



Dirk Richter

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

Isolation und Fixierung während stationärer Aufenthalte.

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

### Die Kontroverse

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



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

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

## Die Konsequenzen

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

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

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

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

nig in Frage zu stellen wie die Verneinung des Pathologischen aus Sicht eines Menschen. Erst ein solches Vorgehen wäre in der Lage, Menschenrechte und Unterstützungsformen für psychosoziale Probleme wirklich zu verbinden. Menschen, die – in welcher Form auch immer – auffällig würden und sich nicht als krank sehen würden, könnten demnach nicht in psychiatrischen Systemen behandelt werden. Demgegenüber wäre die Psychiatrie ausschliesslich für freiwillige Massnahmen zuständig. Geschlossene Türen, körperlicher und pharmakologischer Zwang wären im Rahmen der psychiatrischen Versorgung entbehrlich. Individuelle Präferenzen würden massgeblich über medizinische und nicht-medizinische Unterstützung

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

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

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

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

## Die Dilemmata

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

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

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

## Sozialpsychiatrie und Menschenrechte

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

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

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

## Literatur

1. Scull A. *Madness in Civilization: A Cultural History of Insanity from the Bible to Freud, from the Madhouse to Modern Medicine*. Princeton UP; 2015.
2. Zinkler M, von Peter S. Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschliesslich unterstützende Psychiatrie. *Recht und Psychiatrie*. 2019;37:203–209.
3. Hoare F, Duffy RM. The World Health Organization's QualityRights materials for training, guidance and transformation: preventing coercion but marginalising psychiatry. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. May 2021;218(5):240–242. doi:10.1192/bjp.2021.20
4. United Nations. UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Accessed 02-11-2020, <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>
5. Brieger P, Menzel S. Psychiatrie ohne Ordnungsfunktion? *Kontra. Psychiatrische Praxis*. 2020; 47:297–298.
6. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the initial report of Germany. 2015. <https://digital-library.un.org/record/811105?ln=en>
7. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations on the initial report of Switzerland. 2022. [https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/CHE/CRPD\\_C\\_CHE\\_CO\\_1\\_48261\\_E.docx](https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRPD/Shared%20Documents/CHE/CRPD_C_CHE_CO_1_48261_E.docx)
8. Gooding P. *A New Era for Mental Health Law and Policy: Supported Decision-Making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Cambridge UP; 2017.
9. Appelbaum PS. Protecting the Rights of Persons With Disabilities: An International Convention and Its Problems. *Psychiatr Serv*. Apr 1 2016;67(4):366–8. doi:10.1176/appi.ps.201600050
10. Scholten M, Gather J. Adverse consequences of article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities for persons with mental disabilities and an alternative way forward. *J Med Ethics*. Apr 2018;44(4):226–233. doi:10.1136/medethics-2017-104414
11. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8 ed. Oxford UP; 2019.
12. Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener, Bundesarbeitsgemeinschaft Psychiatrie-Erfahrener. Nicht in unserem Namen! Zur Kritik am Konzept einer freiwilligen Psychiatrie aus Betroffenenperspektive. *Recht und Psychiatrie*. 2021;39:35–38.
13. Gosney P, Bartlett P. The UK Government should withdraw from the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. Jun 2020;216(6):296–300. doi:10.1192/bjp.2019.182
14. Szmukler G. „Capacity“, „best interests“, „will and preferences“ and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry*. Feb 2019;18(1):34–41. doi:10.1002/wps.20584
15. WHO. *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. 2021. <https://www.who.int/publications/item/9789240025707>
16. Higgs RN. Reconceptualizing Psychosis: The Hearing Voices Movement and Social Approaches to Health. *Health Hum Rights*. Jun 2020;22(1):133–144.
17. Graby S. Neurodiversity: bridging the gap between disabled people's movement and the mental health survivors' movement? In: Spandler H, Anderson J, Sapey B, eds. *Madness, distress and the politics of disablement*. Policy Press; 2015:231–243.
18. Rashed MA. *Madness and the demand for recognition: A philosophical inquiry into identity and mental health activism*. Oxford UP; 2019.
19. Richter D, Hoffmann H. Preference for Independent Housing of Persons with Mental Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Adm Policy Ment Health*. Nov 2017;44(6):817–823. doi:10.1007/s10488-017-0791-4
20. Hyman SE. *Psychiatric Disorders: Grounded in Human Biology but Not Natural Kinds*. *Perspect Biol Med*. 2021;64(1):6–28. doi:10.1353/pbm.2021.0002

# StäB – Eine Behandlungsoption mit vielen Vorteilen

Von Hans-Jörg Assion, Bianca Ueberberg und Annika Himmel

Die Stationsäquivalente Behandlung (StäB) ermöglicht die Akutbehandlung psychisch kranker Menschen im häuslichen Umfeld durch ein multiprofessionelles Team. Mit der Gesetzesänderung 2018, durch die StäB als Alternative zur konventionellen stationären Krankenhausbehandlung angeboten werden konnte, begann die Implementierung von StäB in der LWL-Klinik Dortmund. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass StäB eine Behandlungsoption für ein breites Patientenspektrum darstellt.



**Hans-Jörg Assion**  
Prof. Dr., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Neurologie, Geriatrie, Suchtmedizin u. forensische Psychiatrie. Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Allgemein Psychiatrie in der LWL-Klinik Dortmund.



**Bianca Ueberberg**  
Dr., Leiterrin des Bereichs Forschung und Wissenschaft an der LWL-Klinik Dortmund und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin in der LWL-Klinik Bochum.



**Annika Himmel**  
Studentin der Medizin an der Ruhr-Universität Bochum. Hat an der LWL-Klinik Dortmund ihre Doktorarbeit zum Thema Stationsäquivalente Behandlung in der LWL-Klinik Dortmund geschrieben

## StäB in der LWL-Klinik Dortmund

In Vorbereitung der Implementierung von StäB wurde unter Berücksichtigung der zu erfüllenden Rahmenbedingungen ein Behandlungskonzept erarbeitet (Assion, Hecker, 2020). Hier gibt Längle et al. (2022) wichtige Informationen über die gesetzlichen Grundlagen, Budgetierung und Ressourcenplanung, Personalorganisation etc. In der LWL-Klinik Dortmund stehen für die StäB aktuell 19 Behandlungsplätze zur Verfügung. Die Behandlung erfolgt durch ein ärztlich geleitetes multiprofessionelles Team (ärztlicher, psychologischer, Pflege-, Sozial-, nichtärztlicher therapeutischer Dienst für Psychotherapie, Ergotherapie, Bewegungstherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Genesungsbegleiterin) an 7 Tagen die Woche. Das Fachpersonal der verschiedenen Berufsgruppen ist geschult und mit den unterschiedlichen psychischen Störungen vertraut, da die Behandlung in StäB diagnoseübergreifend erfolgt.

## Die Patientinnen und Patienten in der StäB

Die Möglichkeit einer leitlinienorientierten Behandlung akutpsychiatrisch erkrankter Menschen im Rahmen von StäB eignet sich besonders für Betroffene, für die aufgrund ihrer häuslichen Situation, beispielsweise der Versorgung von Kindern, Angehörigen oder Haustieren eine stationäre Behandlung schwierig ist. Aber auch Patientinnen und Patienten, die aufgrund besonderer Erkrankungen, u.a. sind insbesondere Zwangsstörungen zu nennen (Jahn et al. 2021), ihr häusliches Umfeld nur schwer oder selten verlassen und so erst spät oder auch gar nicht leitliniengerecht behandelt werden können, profitieren von der StäB. Ebenfalls ist in diesem Kontext die Stigmatisierung zu erwähnen, weshalb psychisch erkrankte Menschen einen stationären Aufenthalt in der Klinik häufig ablehnen (Brieger et al. 2020, Pauge et al. 2020). Eine Aufnahme in StäB erfolgt bei Vorherrschen einer akuten psychischen Krise, die eine stationäre Behandlung erforderlich macht, eine solche aber

nicht durchführbar, aus einer Reihe von o.g. Gründen nicht realisierbar ist oder abgelehnt wird. Das soziale Umfeld und die Lebensbedingungen des/der Betroffenen müssen die Hausbesuche und private Gespräche ermöglichen. Alle Erwachsenen, die im Haushalt des/der Betroffenen leben, müssen der StäB zustimmen. Im Falle von Kindern, die im Haushalt des/der Betroffenen leben, sollte es zu keiner Kindeswohlgefährdung kommen. Zudem darf keine akute Suizidalität oder Fremdgefährdung vorliegen. Bei bestehender Eigen- oder Fremdgefährdung oder aber auch bei zu schwerem Erkrankungsgrad in der Akutsituation ist eine mögliche Versorgung in StäB im Anschluss an die stationäre Behandlung als Möglichkeit der Weiterbehandlung in Betracht zu ziehen. So zeigten Klocke et al. (2021), dass bei zunächst bestehenden Ausschlusskriterien im Anschluss an die stationäre Behandlung eine Verlegung in StäB eine Option zur weiteren Stabilisierung bieten kann. Im Zeitraum 04/2019 bis 09/2020 wurden 156 Patientinnen und Patienten (60% weiblich; Alter 18 bis 86

Jahre) in der StÄB der LWL-Klinik Dortmund behandelt. Die häufigste Hauptdiagnose war mit 65% eine depressive Störung (F3), gefolgt von 15% psychotische Störungen (F2) und jeweils <10% Abhängigkeits- und/oder Störungen aus der ICD-10 Kategorie der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen.

Bei über 60% der Betroffenen lagen psychiatrische Komorbiditäten vor, wobei das gesamte Spektrum der psychischen Störungen abgedeckt wurde. Mit 40% lag mehrheitlich eine komorbide Abhängigkeitserkrankung vor, gefolgt von den Störungen der ICD-10 Kategorie „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“. Das steht im Einklang mit den Erfahrungen anderer StÄB-Teams (Boyens et al., 2021, Raschmann et al., 2021). Somatische Erkrankungen lagen bei ca. 77% der Patientinnen und Patienten der Dortmunder StÄB vor (mehrheitlich mit 25% Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten).

Die Versorgung der Patientinnen und Patienten im Rahmen von StÄB ist auf deren individuelle Bedürfnisse und Problembereiche zugeschnitten und unterscheidet sich darin vom institutionell vorgegebenen Behandlungsplan des stationären Settings. So schätzen Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Hauptdiagnosen auch verschiedene Aspekte dieser Behandlungsform. Patientinnen und Patienten mit affektiven Störungen empfanden besonders positiv, dass die Behandlung im häuslichen Umfeld es ihnen ermöglichte, eine Alltagsstruktur aufzubauen und so das Etablieren und Integrieren von Alltagsroutinen erleichterte.

Die täglichen Kontakte ermöglichten dabei eine zeitnahe Problemlösung und Hilfestellung bei der Umsetzung. Patientinnen und Patienten mit schizophrenen Störungen empfanden das während der Behandlung entstandene Vertrauensverhältnis als besonders hilfreich. Die täglichen persönlichen Gespräche im privaten Umfeld wurden als vertrauensbildend und selbstwertförderlich bewertet. Hier wirkte sich

auch positiv die Abwesenheit anderer Betroffener aus. Bei Abhängigkeitserkrankungen wurde der Erhalt der Selbständigkeit im häuslichen Umfeld und das „Üben“ der Abstinenz unter Alltagsbedingungen als hilfreich empfunden. In einer eigenen, bislang noch nicht publizierten qualitativen Studie, bei der Interviews von Betroffenen und Professionellen ausgewertet wurden, wurde als Qualitätsindikator die Behandlungszufriedenheit untersucht. Patientinnen und Patienten, die auch Erfahrungen mit der stationären Behandlung aufwiesen, waren mit der Behandlungsform der StÄB zufriedener und bewerteten sie positiver als die stationäre Behandlung.

**Neben dem entlastenden Erleben, dass trotz Behandlung Angehörige und Haustiere weiter versorgt werden konnten, wurde auch hier die Aufmerksamkeit des Fachpersonals in Gesprächen, die ohne Zeitdruck erlebt wurden, als Vorteil der StÄB genannt.**

Neben dem entlastenden Erleben, dass trotz Behandlung Angehörige und Haustiere weiter versorgt werden konnten und dem größeren Wohlbefinden durch das vertraute häusliche Umfeld, wurde auch hier die uneingeschränkte Aufmerksamkeit des Fachpersonals in Gesprächen, die ohne Zeitdruck oder Ablenkungen und auch als gleichberechtigter erlebt wurden, als Vorteil der StÄB genannt. Zudem erlebten die Betroffenen die Entlassung aus der StÄB-Behandlung als weniger problematisch und fühlten sich besser vorbereitet, ihr Leben wieder ohne professionelle Unterstützung regelmäßig meistern zu können. Bei der stationären Behandlung entwickelte sich hingegen ein Gefühl, wie unter einer „Käseglocke“ gehalten zu werden. Das führte dazu, dass die Sorge entstand, sich nach der Entlassung erneut damit auseinanderzusetzen, den Alltag zu bewältigen. So wurde hier die Entlassplanung als eher herausfordernd erlebt.

Für die hohe Qualität der StÄB spricht der geringe Anteil von ca. 8% der Behandlungen, die zu einer stationären Behandlung führten. Gründe dafür lagen in der mangelnden Absprachefähigkeit der Betroffenen, in akuter Suizidalität bzw. einem Suizidversuch oder einer erforderlichen stationären somatischen Behandlung.

Diese Erfahrungen zeigen, dass mit der

Erweiterung des Behandlungsrepertoires durch StÄB, eine Versorgungsform geschaffen wurde, von der aufgrund ihrer patientenbezogenen, individuell zugeschnittenen Behandlungsform ein breites Patientenspektrum mit den unterschiedlichen psychischen Störungen profitieren kann. ●

## Literatur

- Assion, H.J., Hecker H. (2020).** Durchführung und Umsetzung von StÄB in einer Großklinik. *Nervenheilk* 39: 720-724.
- Boyens, J., Hamann, J., Ketisch, E., Brieger, P. (2021).** Vom Reißbrett in die Praxis – Wie funktioniert stationsäquivalente Behandlung in München. *Psychiatr Prax* 48: 269-272
- Brieger, P., Menzel, S., Ketisch, E. (2020).** Stationsäquivalente Behandlung: Eine Chance für die Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung. *Nervenheilk* 39: 713-718.
- Jahn, I., Meixensberger, C., Herzog, T., Stengler, K. (2022).** Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung für Patienten mit schweren Zwangserkrankungen in Zeiten von COVID-19 – Ein Fallbericht, *Psychiatr Prax* 49:107-110
- Klocke, L., Brieger, P., Hamann, J. (2022).** Stationsäquivalente Behandlung – Vergleich von Direktaufnahmen mit Überweisungen von psychiatrischen Stationen. *Psychiatr Prax* 49: 99-102
- Längle, G. et al. (2021).** Psychisch Kranke zu Hause versorgen: Handbuch zur Stationsäquivalenten Behandlung (StÄB). Kohlhammer 2. Aufl.
- Pauge, M., Thomese, M., Müller, K. (2020).** Selbstkonzept überdenken: Perspektiven durch die aufsuchende Arbeit. *Psychiatr Pfl* 5.3: 19-24
- Raschmann, S., Götz, E., Hirscheck, D., Längle, G. (2022).** StÄB – Wie bewerten Patientinnen und Patienten die neu Behandlungsform. *Psychiatr Prax* 49:46-50



# Interessenvertretung und Selbsthilfe

## Die Arbeit des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e.V.

Von Susanne Konrad

Die meisten Psychiatrie-Erfahrenen kennen das Gefühl, im Schatten zu stehen, nur zu gut. Durch ihre Krisen und Krankheiten haben sie oft den Anschluss an die Angebote der Gesellschaft verloren. Manche haben keinen Arbeitsplatz, andere nur einen Job unterhalb ihrer Qualifikation. Manche sind auf Betreutes Wohnen angewiesen, andere kennen die sogenannte „Drehtür-Psychiatrie“: mal für einige Zeit draußen, dann wieder drinnen. Vor allem finden sich Psychiatrie-Erfahrene oft in der Opfer-Rolle wieder. Sie sind als Patientinnen und Patienten auf den guten Willen anderer angewiesen, sie treten seltener als Akteurinnen und Akteure in Erscheinung, die über ihr Leben selbst bestimmen und es aktiv und ohne Hilfe gestalten können.



Susanne Konrad

Dr., studierte Literaturwissenschaft und Geschichte. Nach der Promotion Berufstätigkeiten im Bildungsbereich. Schwerpunkt ihrer schriftstellerischen Arbeit ist Prosa zu den Themen Liebe und Älterwerden, Heimat und Migration, Diversität und Inklusion. [www.susanne-konrad.de](http://www.susanne-konrad.de)

Dabei werden Psychiatrie-Erfahrene oft unterschätzt. Weil sie manchmal emotionale Probleme wie Ängste oder Kontaktschwierigkeiten haben, werden ihnen auch die intellektuellen Fähigkeiten abgesprochen. Sie haben einfach keine Chance, auf dem freien Markt durchzudringen. Das ist frustrierend und dagegen muss angegangen werden. Die Selbstorganisation ist hier ein Mittel, um zu mehr Gestaltungsfreiheit und damit mehr Selbstbewusstsein zu gelangen. In den 1990er Jahren haben psychiatrieerfahrene Aktivistinnen und Aktivisten sowie kritische Psychiatrietätige gesehen, dass Handlungsbedarf besteht, die Betroffenen aus ihrer Passivität zu befreien und ihnen die Möglichkeit zu geben, ihre rechtliche Situation zu verbessern. Unter Federführung der Künstlerin und Bürgerrechtlerin Dorothea Buck (1917–2019) wurde 1992 der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BPE) gegründet. Die Einrichtung von Landesverbänden folgte. Der Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen e.V. (LvPEH) existiert seit November 1997. Der LvPEH e.V. ist wie der BPE e.V. ein reiner Betroffenenverband, d.h. alle, die sich hier engagieren, sind schon

irgendwie mit Psychiatrie in Berührung gekommen. Das stärkt und schwächt sie zugleich. Betroffene agieren aus der schwächeren Position heraus, denn Psychiaterinnen oder Richter, Psychologinnen und Sozialarbeiter sind in der Regel die Stärkeren. Sie haben ihr Fach studiert, die Betroffenen haben es nur durchlitten. Aus der Schwäche eine Stärke zu machen, ist eine wesentliche Aufgabe der Betroffenenverbände. Das bedeutet, gut organisiert und gut vernetzt zu sein. Denn der Konflikt, das Recht auf seine eigene Verrücktheit zu verteidigen, aber gleichzeitig etwas erreichen zu wollen, bleibt bestehen: Wer etwas erreichen will, muss die Vertreter der Gesellschaft überzeugen, sonst wird man nicht ernstgenommen. Und dazu ist es notwendig, die gesellschaftlichen Spielregeln zu beherrschen. Kein Projekt läuft ohne Finanzierung und keine Finanzierung läuft ohne Entscheiderinnen und Entscheider, die Gelder bewilligen. Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration fördert diverse Projekte für Kultur und Kommunikation, die von den Verbänden selber entwickelt und beantragt werden müssen. Der Spitzenverband Gesetzlicher Krankenkassen (GKV) unterstützt gesundheitsfördernde Maßnahmen, die

ebenfalls beantragt werden müssen. Also muss man sich auf die Verhaltensmuster der Träger einstellen, sonst klappt es nicht. Ähnliches gilt für Anhörungen im Landtag, wenn auf Gesetzesänderungen Einfluss genommen werden soll. Wenn zum Beispiel im Hessischen Psychisch Kranken-Hilfegesetz Formulierungen stehen, die für psychisch Kranke von Nachteil sind, dann müssen die Einwände in formellem Ton angebracht werden. Immer wieder haben Psychiatrie-Erfahrene die Bringschuld, als Gesprächspartner auf Augenhöhe respektiert zu werden. Der LvPEH versucht, zwei Bedürfnisse zu erfüllen: Einerseits die Interessenvertretung, andererseits die Verbesserung der Lebensqualität. Zur Interessenvertretung gehört die AG gegen Zwang und Gewalt. Diese Arbeitsgruppe innerhalb des Landesverbands beschäftigt sich mit Zwangsmaßnahmen in der Akutpsychiatrie und lotet aus, was rechtlich erlaubt ist und ob dies im Sinne der Patienten ist. Dazu hat die Arbeitsgruppe eine ausführliche Stellungnahme verfasst. Das Positionspapier liegt der Hessischen Landesregierung und dem Landeswohlfahrtsverband vor und ist auf der Homepage des Landesverbandes einsehbar. ([www.lvpeh.de](http://www.lvpeh.de)).

Zur Interessenvertretung gehört auch die Teilnahme an Anhörungen im Hessischen Landtag. Wenn beim Psychisch-Kranken-Hilfe Gesetz (PsychKHG) Änderungen vorgenommen werden, können die Vertretungen verschiedener Institutionen Stellung dazu beziehen. Sprecher des LvPEH haben allerdings die Erfahrung gemacht, dass die Hürden für Psychiatrie-Erfahrene besonders hoch sind:

Sie müssen sich die juristische Fachsprache mühsam erarbeiten, oft sind die Zeitfenster, die zur Bearbeitung der Gesetzentwürfe gewährt werden, viel zu schmal. Die Landesregierung, das Parlament und die Ausschüsse bemühen sich zwar um Barrierefreiheit,

aber dem sind immer wieder Grenzen gesetzt. Das gilt auch für die Beziehungen zum Landewohlfahrtsverband (LWV). Dieser ist einerseits Geldgeber, weil manchmal Fördergelder fließen, zum anderen ist er Entscheidungsträger für wichtige Fragen der Versorgung, wie Wohnheime und Werkstätten. Den LWV zu beeinflussen ist schwierig, weil indirekte Abhängigkeiten bestehen. So bleibt die Interessenvertretung ein Spagat zwischen der Kritik an den Umständen und der Annäherung an die Gesellschaft und ihre Institutionen. Ein sicherer Grund und Boden ist das andere Standbein des Landesverbandes Psychiatrie-Erfahrene Hessen e.V.: die Verbesserung der Lebensqualität. Diesen Aspekt umfasst weitgehend das Konzept der Selbsthilfe. Selbsthilfe bedeutet konkret, aus eigener Kraft die eigene Situation zu verbessern. Dies ist gemeinschaftlich gedacht. Psychiatrie-Erfahrene, die mitmachen, können profitieren. Unter dem Motto „Wenn du einen Rat brauchst, dann frage einen Erfahrenen, keinen Gelehrten“ gibt es, wenn man eine Frage hat oder sich einfach aussprechen möchte, Das offene Ohr, ein Telefon, das unter der Rufnummer 0176 43 281 713 an drei Tagen pro Woche besetzt ist (So 13-17, Di 16-18, Do 16-18 Uhr). Hier können Mitglieder und Interessierte ohne Anspruch auf Rechtsberatung oder psychologische Expertise einfach anrufen. Es gibt Tipps und menschliche Nähe und bei weiterreichenden Fragen bekommt man Kontakthinweise. Kommunikatives und kulturelles En-

**Selbsthilfe bedeutet, aus eigener Kraft die eigene Situation zu verbessern. Psychiatrie-Erfahrene können profitieren. Unter dem Motto: „Wenn du einen Rat brauchst, dann frage einen Erfahrenen, keinen Gelehrten“.**

gagement liegen nah beieinander. Die Selbsthilfegruppe Seelenbalsam, ebenfalls eine Initiative des Landesverbands, verbindet soziales Miteinander mit gemeinsamem Singen und Musizieren. Bildung, Kultur und Information werden auch auf den mehrmals jährlich stattfindenden Hessentreffen konstruktiv miteinander verbunden. Impulsvorträge und Gespräche mit Workshopcharakter ermöglichen die Mischung von Input und Austausch. 2022 gab es vier Hessentreffen zu den Themen Medikamentenreduktion (Matthias Seibt), Persönliches Budget (Mirjam Meudt), Literatur schreiben und seelische Gesundheit (Dr. Susanne Konrad) und gewaltfreie Psychiatrie

(Dr. Martin Zinkler).

Bei allem Engagement ist es wichtig, gerade in der Selbsthilfe die Schwächeren nicht abzudrängen und dem gesellschaftlichen Prinzip des Rechtes des Stärkeren entgegenzuwirken. Jeder verdient Respekt. Beispiel: In der heutigen Zeit ist die Nutzung des Internets für die Kommunikation unabdingbar. Aber nicht jedes Vorstandsmitglied hat einen Computer. Manche lehnen das aus Überzeugung ab, um der fortschreitenden Technisierung und Anonymisierung der Lebenswelt nicht noch mehr Vorschub zu leisten.

Vorstandssitzungen werden daher in der Regel als Telefonkonferenzen durchgeführt, was für alle Beteiligten eine große Anstrengung bedeutet. Für Präsenztreffen wohnen alle „Hessen“ zu weit auseinander (und während Corona waren sie auch nicht möglich) und für Videokonferenzen sind nicht alle ausgerüstet. So wird unter erschwerten Bedingungen hart gearbeitet, um die Belange der Psychiatrie-Erfahrenen zu vertreten und ihre Situation zu verbessern.

Die Vorstandsmitglieder im LvPEH arbeiten ehrenamtlich. Sie können zwar ab und zu Ehrenamtspauschalen und kleine Aufwandsentschädigungen für konkrete Projekte bekommen, aber beziehen keine existenzsichernden Gehälter. Der Landesverband ist auf Spen-

den angewiesen, damit die alltägliche Arbeit laufen kann: die Geschäftsstelle, der Postverkehr, die Öffentlichkeitsarbeit. Der Landesverband ist gemeinnützig und kann Spendenquittungen ausstellen, die man beim Finanzamt einreichen kann.

Hinter allem Einsatz steht der Wunsch, mehr Sichtbarkeit für Psychiatrieerfahrene als gesellschaftliche Gruppe zu erlangen. Denn noch immer kommen ihre Bedürfnisse viel zu kurz. Die psychische Erkrankung bleibt mit Vorurteilen und Stigmata behaftet. Das ist auch in der Arbeitswelt noch so, wo man über seelische Krankheiten nicht offen sprechen kann. „Burnout“ und auch Depressionen sind allmählich hoffähig, sie sind auch in der Pandemiezeit öfter thematisiert worden, aber über seelische Zustände, die gern als Schizophrenien, bipolare oder Borderlinestörungen diagnostiziert werden, kann man in der Alltagsgesellschaft nach wie vor kaum reden. Das ist in der Öffentlichkeit nach wie vor angstbesetzt. Hier setzen der Bundesverband Psychiatrie-Erfahrene und die Landesverbände, so auch in Hessen, wichtige Hebel an. Psychiatrie-Erfahrenen wird eine Stimme gegeben, oder vielmehr: Psychiatrie-Erfahrene erheben ihre Stimme.

Eine besondere Herausforderung liegt in dem Dilemma, den Institutionen wie Psychiatrie und Wohlfahrtspflege einerseits trotzten und etwas entgegengehalten zu wollen, und andererseits auf die Kooperation mit ihnen angewiesen zu sein, denn von dort kommen finanzielle Mittel und die Möglichkeiten, an die Mehrheitsgesellschaft anzudocken. Ein sehr hochgestecktes Ziel ist die Krisenbewältigung ohne Psychiatrie, ohne die Gängelung durch

**Eine besondere Herausforderung liegt in dem Dilemma, den Institutionen wie Psychiatrie und Wohlfahrtspflege einerseits trotzten und etwas entgegengehalten zu wollen, und andererseits auf die Kooperation mit ihnen angewiesen zu sein.**

Ärzte und Sozialarbeiter und ohne Medikamente. Doch die Realität sieht anders aus: Viele Betroffene sind in psychiatrische Abhängigkeiten eingebunden und trauen sich nicht, auf diese Hilfestellungen zu verzichten, weil in der Gesellschaft „Verrücktheiten“ kaum geduldet werden und jeder wie ein Zahnrad funktionieren muss, will er nicht geächtet sein und durchs Raster fallen. Die Anpassung an die soziale Ordnung fällt daher bei den Mitglie-

dem auch sehr unterschiedlich aus und diese Spannung muss der Betroffenenverband aushalten: Es gibt Mitglieder, die sich als „hochfunktional“ verstehen und an der Leistungsgesellschaft orientieren und es gibt diejenigen, die die extreme Randexistenz suchen, um ihr Anderssein zu bekennen und öffentlich zu vertreten. Zwischen beiden Extremen spielt sich der Alltag der Psychiatrie-Erfahrenen-Selbstorganisation ab. Allen gemeinsam ist der Ansatz, dass vor dem Hintergrund dieses Dilemmas (das übrigens alle Minderheiten zwischen Revolutionsgedanken und Reformbestreben haben) der Autonomie ein größtmöglicher Stellenwert zukommt. Die Abhängigkeit von den Institutionen soll so gering wie möglich gehalten werden, selbstorganisierte Projekte stehen umso mehr im Mittelpunkt. Hierfür müssen aber – wie oben beschrieben – mühevoll die notwendigen finanziellen Mittel beschafft werden.

Und noch etwas kommt hinzu: Viele Psychiatrieerfahrene erleben sich als gedemütigt und als sozial deklariert. In der Interessenvertretung und Selbsthilfe sehen sie eine Chance, auch persönlich sichtbarer zu werden. Zwar wird im Namen des Landesverbands gehandelt und alle Beschlüsse müssen Konsens sein, zwar tritt man als Gemeinschaft an die Öffentlichkeit, und doch gibt es für den Einzelnen, die Einzelne, Möglichkeiten, wahrgenommen zu werden, zum Beispiel durch kulturelle Projekte. Die Selbsthilfegruppe „Seelenbalsam“, die dem Landesverband angehört und gemeinsam musiziert, wurde im Januar 2022 in der Fernsehsendung „Hessenschau“ vorgestellt. Dadurch wurden auch die Akteurinnen und Akteure einem größeren Publikum vorgestellt. Im Landesverband Psychiatrie-Erfahrene Hessen e.V. gibt es Expert\*innen für verschiedene Sparten wie Recht und Politik, Organisation, Musik, Fotografieren, Schreiben und Malen. Dadurch entsteht ein vielfältiges Feld des Zusammenwirkens, in dem man sich gegenseitig ergänzt. Konkurrenz gibt es immer, aber auch das ist eine Herausforderung: das Gemeinwohl des Verbands und der gesellschaftlichen Gruppe der Psychiatrie-Erfahrenen über das Einzelinteresse zu stellen bzw. Synergien zu erzeugen, damit das, was dem Verband nützt, auch zum Vorteil der einzelnen Aktivist\*innen gereicht. ●

## Bundesakademie für Kirche und Diakonie

### Mehrteilige Weiterbildungen:

**Systemisches Arbeiten in der Psychiatrie/Sozialpsychiatrie 2023–2024**, 23. Zertifizierte Sozialpsychiatrische Zusatzqualifikation, 01.03.2023 – 07.09.2024, Berlin

**Fachkraft für Fetale Alkoholspektrumstörung (FASD)**, Kooperative Weiterbildung mit FASD-Deutschland und dem FASD-Fachzentrum Sonnenhof 06.03.2023–26.01.2024, Berlin

### Fortbildungen

**Psychopharmaka verstehen**  
07.–08.11.2022, Hannover

**Das operative Geschäft: Steuerung und Controlling in der Eingliederungshilfe**  
28.–29.11.2022, Berlin

**Die Anwendung der ICF in der Hilfeplanung**, 05.12.2022–06.12.2022, Online-Veranstaltung

**Umgang mit psychisch kranken alten Menschen**, 26.–27.01.2023, Online

**Überzeugend auftreten in Präsentation, Verhandlung und Gespräch – Einsatz von Körper, Stimme, Sprache**  
13.–15.02.2023, Berlin

**Das operative Geschäft: Steuerung und Controlling in der Eingliederungshilfe**  
02.03.2023–03.03.2023, Online

**Psychiatrische Krankheitsbilder – Grundlagen**, 20.03.2023–22.03.2023, Essen

**Die Anwendung der ICF in der Hilfeplanung**, 24.04.2023–25.04.2023, Online

**Schnittstelle Eingliederungshilfe – Pflege gestalten**, 24.04.2023–26.04.2023, Online

**Selbstmanagement mit dem Zürcher Ressourcen Modell®**, Zertifizierter ZRM®-Grundkurs, 03.–05.05.2023, Berlin

**Psychose und Sucht – double trouble**  
01.06.2023–02.06.2023, Berlin

*Bundesakademie für Kirche und Diakonie, Tel. 030-488 37 488, E-Mail: info@ba-kd.de, www.ba-kd.de; Ansprechpartner: Frank Rosenbach, Tel. 030-488 37-478; Frank.Rosenbach@ba-kd.de*

## Impressum

### Herausgeber und Redaktionsadresse:

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Invalidenstraße 29, 10115 Berlin  
E-Mail: kerbe@beb-ev.de  
Internet: www.kerbe.info.

### Redaktion:

Prof. Dr. Jürgen Armbruster, Stuttgart (Redaktionsleitung); Dr. Sandra Apondo, Heidelberg; Benjamin Drechsel, Heidelberg; Jonas Kabsch, Reutlingen; Iris Maier-Strecker, Stuttgart; Dr. Irmgard Plöb, Stuttgart; Dr. Christiane Tilly, Bielefeld; Dr. Stefan Weinmann, Berlin; Sabine Wetzels-Kluge, Halle; Andreas Steidel, Calw.

### Verlag und Bestelladresse:

Evangelischer Verlag Stuttgart GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart  
Telefon (07 11) 60100-0  
Adressenänderungen bitte an: vertrieb@evangemeindeblatt.de

### Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier gedruckte Hefte 30 Euro (einschließlich ePaper und Versandkosten), Einzelheft 8 Euro.  
ISSN 07245165; ePaper vier Ausgaben 20 Euro.

### Anzeigen:

Anzeigengemeinschaft Süd  
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart  
Telefon (0711) 60100-41, Fax -76.  
E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de.  
Internet: www.anzeigengemeinschaft.de. Es gilt die Preisliste Nr. 31 vom 1. Januar 2019.

**Layout:** Atelier Reichert, Stuttgart

**Druck:** Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

### Erscheinungstermine:

1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

**Diakonie** 

Bundesverband  
evangelische  
Behindertenhilfe 

