

Leitlinien für eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung

Förderung von personenzentrierten
und rechtebasierten Ansätzen

Teilübersetzung der WHO Guidance

Quellenvermerk:

Dieses Dokument ist eine Teilübersetzung der WHO Guidance on community mental health services 2021, veröffentlicht von der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Übersetzt wurden die Seiten: VIII, XVII-XXVII, 1-12, 13-15, 26-29, 37, 43-53. Die Nummerierung der Kapitel und der Literaturverweise wurde aus dem Originaldokument übernommen.

Finanzierung:

Die Finanzierung für diese Übersetzung wurde durch das Bundesamt für Gesundheit (BAG) bereitgestellt.

Unterstützende Organisationen:

Aktive Unterstützung bei der Rückübersetzung durch die Akademische Fachgesellschaft psychiatrische Pflege (AFG) und die Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SOPSY) Sektion Deutschschweiz.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Kurze Zusammenfassung.....	5
Was ist die WHO-Initiative QualityRights?	12
Über die WHO-Leitlinien und die Anwendungs-Pakete zu einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung	13
1 Personenzentrierte, recovery-orientierte und rechtebasierte Ansätze in der psychiatrischen Versorgung	18
1.1 Der globale Kontext.....	18
1.2 Die wichtigsten internationalen Menschenrechtsstandards und der Recovery-Ansatz.....	20
1.3 Entscheidende Bereiche für psychiatrische Dienste und die Rechte von Menschen mit psychosozialen Behinderungen	22
1.4 Fazit.....	29
2 Good-Practice-Dienste, die Rechte und Genesung fördern.....	30
2.1 Krisendienste	31
2.1.3 Open-Dialogue-Krisendienst Lappland, Finnland	32
2.2 Spitalbasierte Dienste	35
2.2.2 Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Heidenheim, Deutschland	36
2.2.3 Soteria Bern, Schweiz	41
Literaturverzeichnis.....	46

Vorwort

Weltweit setzen sich psychiatrische Dienste für eine hochwertige Versorgung und Unterstützung von Menschen mit psychischen Belastungen oder psychosozialen Behinderungen ein. In vielen Ländern haben die Menschen trotzdem noch immer keinen Zugang zu einer Versorgungsqualität, die ihren Bedürfnissen entspricht und ihre Rechte und Würde achtet. Heute noch sind Menschen in der psychiatrischen Versorgung weitreichenden Verstößen und Diskriminierungen ausgesetzt. Beispiele sind etwa die Anwendung von Zwangsmassnahmen, schlechte und unmenschliche Lebensbedingungen, Vernachlässigung und in manchen Fällen gar Missbrauch.

Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention, UN-BRK), das 2006 unterzeichnet wurde, anerkennt die zwingende Notwendigkeit umfassender Reformen zum Schutz und zur Förderung der Menschenrechte im Bereich der psychischen Gesundheit. Dies widerspiegelt sich zum einen in den Zielen für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDG), die fordern, dass die psychische Gesundheit und das Wohlergehen gefördert und an den Menschenrechten ausgerichtet werden. Zum anderen ist auch die politische Erklärung der Vereinten Nationen zur flächendeckenden Gesundheitsversorgung Ausdruck davon.

Die Notwendigkeit einer Verbesserung der psychiatrischen Versorgung ist in den letzten zwei Jahrzehnten zunehmend ins Bewusstsein gerückt. Jedoch verzögern in allen Ländern, ob mit tiefem, mittlerem oder hohem Einkommen, veraltete rechtliche und politische Rahmenbedingungen sowie mangelnde Ressourcen die kollektiven Anstrengungen in diesem Bereich.

Die Covid-19-Pandemie hat mit aller Kraft verdeutlicht, dass die Gesundheitssysteme und die Dienstleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit weltweit überholt und unzureichend sind. Sie hat die schädlichen Einflüsse von Institutionen, den Mangel an tragfähigen sozialen Beziehungen, die Isolation und Marginalisierung vieler Menschen mit psychischen Belastungen aufgedeckt und gleichzeitig eine ungenügende und fragmentierte gemeindepsychiatrische Versorgung aufgezeigt.

Weltweit braucht es in der psychiatrischen Versorgung Dienste, die Zwangsmassnahmen ablehnen, die Menschen dabei unterstützen, selbst über ihre Behandlung und Pflege zu entscheiden, und die Teilhabe an der Gemeinschaft und die Einbeziehung in die Gesellschaft fördern, indem sie sich nicht mit Symptomlinderung begnügen, sondern alle wichtigen Lebensbereiche einer Person – Beziehungen, Arbeit, Familie, Wohnen, Bildung – mit einbeziehen.

Der umfassende Aktionsplan der WHO für psychische Gesundheit 2020–2030 (WHO Comprehensive Mental Health Action Plan) dient als Inspiration und Rahmen, um Staaten dabei zu unterstützen, im Bereich der psychischen Gesundheit einen personenzentrierten und rechtebasierten, auf Genesung ausgerichteten Recovery-Ansatz zu priorisieren und umzusetzen. Diese Leitlinien illustrieren Beispiele bewährter Praxis aus aller Welt, um Staaten dabei zu unterstützen, aus einer Menschenrechtsperspektive heraus gemeinde-nahe Dienste und Massnahmen zu entwickeln oder zu reformieren, welche die Grundrechte wie Gleichheit, Nichtdiskriminierung, Rechtsfähigkeit, informierte Zustimmung und Einbindung in die Gemeinschaft fördern. Sie bieten eine Roadmap, wie Staaten von Institutionalisierung und unfreiwilliger Einweisung und

Behandlung wegkommen können, sowie spezifische Handlungsschritte für den Aufbau von psychiatrischen Diensten, welche die jedem Menschen innewohnende Würde achten.

Alle müssen ihren Teil dazu beitragen, dass die Versorgung im Bereich der psychischen Gesundheit die internationalen Menschenrechtsstandards erfüllt: politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer, die Zivilgesellschaft und Menschen, die von psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen betroffen sind.

Diese Leitlinien sollen politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern weltweit die Dringlichkeit bewusst machen und Klarheit verschaffen, um Investitionen in gemeindenahe psychiatrische Dienste zu fördern, die mit den internationalen Menschenrechtsstandards im Einklang stehen. Sie bieten eine Vision für eine psychiatrische Versorgung, die den Menschenrechtsstandards in höchstem Masse entspricht, und geben Millionen von Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen und ihren Angehörigen weltweit Hoffnung auf ein besseres Leben.

Dr. Ren Minghui

Stellvertretender Generaldirektor

Universelle Gesundheitsversorgung / Übertragbare und nichtübertragbare Krankheiten

Weltgesundheitsorganisation

Kurze Zusammenfassung

In den letzten zehn Jahren haben Regierungen, Nichtregierungsorganisationen (NGO) und multilaterale Organisationen, darunter auch die Vereinten Nationen (UN) und die Weltbank, dem Thema der psychischen Gesundheit zunehmend mehr Aufmerksamkeit zukommen lassen. Dank des wachsenden Bewusstseins für die Bedeutung einer personenzentrierten, menschenrechtsbasierten und recovery-orientierten Versorgung setzen sich psychiatrische Dienste weltweit für eine qualitativ hochwertige Versorgung und Unterstützung Betroffener ein.

Häufig kämpfen diese Dienste jedoch mit ausgeprägten Ressourceneinschränkungen und arbeiten innerhalb veralteter rechtlicher und regulatorischer Rahmenbedingungen. Zugleich stützen sie sich zu stark auf das biomedizinische Modell, bei dem Diagnose, Medikation und Symptomlinderung im Zentrum der Versorgung stehen, während das gesamte Spektrum an sozialen Faktoren, die einen Einfluss auf die psychische Gesundheit des Menschen haben, ausser Acht gelassen wird. All dies sind Hindernisse auf dem Weg zur vollumfänglichen Verwirklichung eines menschenrechtsbasierten Ansatzes. Als Folge davon sind zahlreiche Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen weltweit von Menschenrechtsverletzungen betroffen – auch in Versorgungseinrichtungen, wo es an adäquater Betreuung und Unterstützung mangelt.

Um die Staaten in ihren Anstrengungen zu unterstützen, die Gesundheitssysteme und die Leistungserbringung im Bereich der psychischen Gesundheit mit den internationalen Menschenrechtsstandards, einschliesslich der Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), in Einklang zu bringen, plädieren die «WHO-Leitlinien für eine gemeindenaher psychiatrische Versorgung: Förderung von personenzentrierten und rechtebasierten Ansätzen» dafür, sich auf den Ausbau gemeindenaher psychiatrischer Dienste zu konzentrieren, die personenzentrierte, recovery-orientierte und rechtebasierte Versorgungsleistungen fördern. Die Leitlinien präsentieren reale Beispiele guter Praxis in der psychiatrischen Versorgung in verschiedensten Kontexten weltweit und beschreiben die notwendige Vernetzung mit den Bereichen Wohnen, Ausbildung, Beschäftigung und soziale Sicherheit, um sicherzustellen, dass Menschen mit psychischen Belastungen in die Gemeinschaft eingebunden sind und ein erfülltes und sinnvolles Leben führen können. Die Leitlinien enthalten auch Beispiele für umfassende, integrierte regionale und nationale Netzwerke gemeindenaher psychiatrischer Dienste und Hilfen. Ausserdem werden spezifische Empfehlungen und Handlungsschritte präsentiert, damit Länder und Regionen gemeindenaher psychiatrische Dienste entwickeln können, welche die Menschenrechte respektieren und recovery-orientiert sind.

Begleitend zu diesen Leitlinien wurde ein Set von sieben unterstützenden Anwendungspaketen mit detaillierten Beschreibungen der präsentierten psychiatrischen Dienste veröffentlicht.

- 1. Krisendienste für psychische Gesundheit**
- 2. Spitalbasierte Dienste für psychische Gesundheit**
- 3. Gemeindezentren für psychische Gesundheit**
- 4. Peer-Begleitung für psychische Gesundheit**
- 5. Aufsuchende Dienste für psychische Gesundheit**
- 6. Betreutes Wohnen für psychische Gesundheit**
- 7. Umfassende Netzwerke für psychische Gesundheit**

Kernbotschaften dieser Leitlinien

- Viele Menschen mit psychischen Belastungen oder psychosozialen Behinderungen sind mit einer qualitativ schlechten Versorgung konfrontiert und Menschenrechtsverletzungen ausgesetzt – ein Umstand, der nach einem tiefgreifenden Wandel in den Gesundheitssystemen und der Leistungserbringung im Bereich der psychischen Gesundheit verlangt.
- In vielen Teilen der Welt gibt es Beispiele für bewährte gemeindenahere psychiatrische Dienste, die personenzentriert und recovery-orientiert arbeiten und die Menschenrechtsstandards erfüllen.
- Vielfach sind die Kosten für die Leistungserbringung bei diesen bewährten gemeindenaheren psychiatrischen Diensten tiefer als bei vergleichbaren konventionellen Diensten.
- Um Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen den Zugang zu Bildung, Beschäftigung, Wohnraum und Sozialleistungen zu erleichtern, sind erhebliche Veränderungen im Sozialbereich notwendig.
- Um den von der BRK geforderten Wandel zu erreichen, ist der Ausbau von Netzwerken integrierter, gemeindenaherer psychiatrischer Dienste unumgänglich.
- Die Empfehlungen und konkreten Handlungsschritte in diesen Leitlinien bieten Staaten einen klaren Fahrplan zur Erreichung dieser Ziele.

Einleitung

Berichte aus aller Welt weisen auf die Notwendigkeit der Bekämpfung von Diskriminierung und der Förderung der Menschenrechte in der psychiatrischen Versorgung hin. Dazu gehört die Abschaffung von Zwangsmassnahmen wie Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen ebenso wie von manuellen, körperlichen oder chemischen Zwangsmitteln und Isolationsmassnahmen, aber auch die Beseitigung des Machtungleichgewichts zwischen dem Gesundheitspersonal und den Menschen, die deren Leistungen in Anspruch nehmen. Gefragt sind sektorübergreifende Lösungen, und dies nicht nur in Ländern mit niedrigem Einkommen, sondern auch in solchen mit mittlerem und hohem Einkommen.

Die UN-BRK anerkennt diese Herausforderungen und fordert umfassende Reformen und die Einhaltung der Menschenrechte – eine Notwendigkeit, der die Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDG) zusätzlich Nachdruck verleihen. Die BRK stellt fest, dass im Bereich der psychischen Gesundheit ein grundlegender Paradigmenwechsel angezeigt ist, was ein Umdenken in der Politik und das Überdenken von Gesetzen, Systemen, Diensten und Praktiken, die Menschen mit Belastungen und sozialen Behinderungen negativ beeinflussen, in den verschiedenen Sektoren erfordert.

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

Selbstbestimmung und Genesung zu fördern. Allerdings haben bis anhin nur wenige Länder den politischen und rechtlichen Rahmen geschaffen, den es braucht, um die weitreichenden Veränderungen zu verwirklichen, die der internationale Menschenrechtsrahmen verlangt. In vielen Fällen halten die bestehende Politik und die geltenden Gesetze an einer institutionellen Versorgung, der Isolation und schädlichen Zwangsmassnahmen in der Behandlung fest.

Die Bereitstellung gemeindenaher psychiatrischer Dienste, die den in der UN-BRK dargelegten Menschenrechtsgrundsätzen entsprechen – einschliesslich der Grundrechte auf Gleichheit, Nichtdiskriminierung, volle und wirksame Teilhabe und Einbeziehung in die Gesellschaft sowie Achtung der den Menschen innewohnenden Würde und individuellen Autonomie –, wird in allen Staaten beachtliche Praxisänderungen erfordern. In einem Kontext, in dem nicht genügend personelle und finanzielle Ressourcen in die psychische Gesundheit investiert werden, kann die Umsetzung solcher Veränderungen zur Herausforderung werden.

Diese Leitlinien präsentieren verschiedene Möglichkeiten, die Staaten prüfen und allenfalls übernehmen können, um ihre Systeme und Dienste im Bereich der psychischen Gesundheit zu verbessern. Es werden Beispiele guter Praxis vorgestellt, die auf gemeindenahen Gesundheitssystemen basieren, und ein Weg zur Verbesserung der psychiatrischen Versorgung mit innovativen und rechtebasierten Einrichtungen aufgezeigt. Die Umsetzung dieses Ansatzes ist angesichts der Einschränkungen, mit denen viele Dienste konfrontiert sind, mit nicht wenigen Herausforderungen verbunden. Dennoch zeigen die hier vorgestellten Beispiele ganz konkret, dass es trotz aller Einschränkungen machbar ist.

Good-Practice-Beispiele gemeindenaher psychiatrischer Dienste

In vielen Staaten bieten gemeindenahe Dienste im Bereich der psychischen Gesundheit ein ganzes Spektrum von Dienstleistungen an: Krisendienste, aufsuchende Dienste, Peer-Unterstützung, spitalbasierte Dienste, betreutes Wohnen und psychiatrische Gemeindezentren. Die in dieser Leitlinie vorgestellten Beispiele reichen vom aufsuchenden gemeindepsychiatrischen Dienst Atmiyata in Indien über das psychiatrische Gemeindezentrum Aung Clinic in Myanmar bis hin zur «Freundschaftsbank» in Simbabwe, die alle auf Mitarbeitende der gemeindenahen Gesundheitsversorgung und primäre Gesundheitsversorgungssysteme zurückgreifen. Weitere Beispiele sind spitalbasierte Dienste wie die BET-Abteilung in Norwegen, die stark recovery-orientiert ist, und Krisendienste wie Tupu Ake in Neuseeland. Weiter werden auch etablierte Dienste für betreutes Wohnen wie die KeyRing Living Support Networks im Vereinigten Königreich und Peer-Support-Dienste wie die Gruppen für Psychiatrie-Erfahrene und -Überlebende in Kenia und die Hearing Voices Groups weltweit vorgestellt.

Auch wenn diese Dienste alle einzigartig sind, so ist ihnen ein wichtiger Aspekt gemeinsam: Sie fördern einen personenzentrierten, rechtebasierten Recovery-Ansatz in der psychiatrischen Versorgung. Keiner dieser Dienste ist perfekt, aber es sind inspirierende, hoffnungsvolle Beispiele, denn die Menschen, die sie aufgebaut haben, haben konkrete Schritte unternommen, welche die Versorgung im psychischen Bereich der UN-BRK annähern.

Die jeweiligen Beschreibungen zeigen für jeden psychiatrischen Dienst die Grundprinzipien, denen sie sich verpflichtet haben: Achtung der Rechtsfähigkeit, zwangsfreie Praktiken, die Inklusion in die Gemeinschaft,

Partizipation und der Recovery-Ansatz. Ein wichtiger Aspekt ist, dass jeder vorgestellte Dienst eine Methode zur Evaluation seiner Leistungen hat, die für die kontinuierliche Bewertung von Qualität, Leistung und Kosteneffizienz entscheidend ist. Bei jedem Beispiel werden die Kosten des Dienstes dargestellt sowie Kostenvergleiche mit regionalen oder nationalen vergleichbaren Diensten vorgenommen.

Diese Beispiele bewährter Praxis dienen allen, die in der psychiatrischen Versorgung einen neuen Dienst aufbauen oder bestehende Dienste transformieren möchten. Die Anwendungspakete mit ihren detaillierten Beschreibungen der Dienste bieten einen praktischen Einblick, mit welchen Herausforderungen die Dienste im Laufe ihrer Entwicklung konfrontiert waren, aber auch mit welchen Lösungen die Herausforderungen bewältigt wurden. Diese Strategien und Ansätze können bei der Entwicklung von Diensten in anderen Kontexten imitiert, übertragen oder erweitert werden. Die Leitlinien präsentieren praktische Schritte und Empfehlungen für den Aufbau von oder die Transformation zu bewährten psychiatrischen Diensten, die innerhalb unterschiedlichster rechtlicher Rahmenbedingungen erfolgreich tätig sein können, während sie gleichzeitig die Menschenrechte schützen, Zwangsmassnahmen vermeiden und die Rechtsfähigkeit fördern.

Grosser Veränderungsbedarf auch im sozialen Bereich

In einem breiteren Kontext werden wichtige soziale Faktoren, die psychische Gesundheit der Menschen beeinflussen, im Bereich der psychischen Gesundheit häufig übersehen oder im Diskurs wie auch in der Praxis ausser Acht gelassen. Solche Faktoren sind zum Beispiel Gewalt, Diskriminierung, Armut, Ausgrenzung, soziale Isolation, Arbeitsplatzunsicherheit oder Arbeitslosigkeit sowie mangelnder Zugang zu Wohnraum, sozialen Sicherheitsnetzen und Gesundheitsversorgung. Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen sehen sich in der Realität aufgrund ihrer Behinderung häufig mit unverhältnismässig hohen Hürden beim Zugang zu Bildung, Beschäftigung, Wohnraum und Sozialleistungen – grundlegenden Menschenrechten – konfrontiert. Als Folge davon finden sich unter ihnen viele Armutsbetroffene.

Aus diesem Grund ist es wichtig, psychiatrische Dienste zu entwickeln, die diese wichtigen Lebensaspekte ebenfalls mit einbeziehen und sicherstellen, dass die für die Allgemeinbevölkerung verfügbaren Dienstleistungen auch Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen zugänglich sind.

Unabhängig davon, wie gut die psychiatrischen Dienste sind, sie sind alleine nicht in der Lage allen Bedürfnissen, besonders denjenigen von Menschen, die in Armut leben oder keine Wohnung, Ausbildung oder Möglichkeit haben, ein Einkommen zu verdienen, gerecht zu werden. Aus diesem Grund ist es unerlässlich, dass eine ganzheitliche Unterstützung angeboten wird, für welche die Dienste der psychiatrischen Versorgung und des Sozialsektors zielgerichtet eng zusammenarbeiten.

In vielen Ländern zeigen sich bereits grosse Fortschritte bei der Diversifikation und der Integration der psychiatrischen Dienste in die Gemeinde. Dieser Ansatz erfordert ein aktives Engagement und die Koordination verschiedenster Dienste und Akteure des Gemeinwesens, einschliesslich Sozialhilfe-, Gesundheits- und Justizeinrichtungen, regionaler und kommunaler Behörden sowie Kultur-, Sport- und anderer Initiativen. Um eine solche Zusammenarbeit zu ermöglichen, ist nicht nur im Gesundheits-, sondern auch im Sozialsektor ein beachtlicher strategischer, politischer und systemischer Wandel erforderlich.

Ausbau der Netzwerke für psychische Gesundheit

Diese Leitlinien zeigen, dass der Ausbau von Netzwerken für psychische Gesundheit mit Schnittstellen zu Diensten des sozialen Sektors für einen ganzheitlichen Ansatz, der das gesamte Spektrum der psychiatrischen Dienste und Funktionen abdeckt, entscheidend ist.

Einzelne Länder, Regionen oder Städte an verschiedenen Orten der Welt haben bereits Netzwerke für psychische Gesundheit aufgebaut, welche die oben erwähnten sozialen Gesundheitsfaktoren einbeziehen und die damit verbundenen Herausforderungen angehen, mit denen Menschen mit psychischen und psychosozialen Erkrankungen tagtäglich konfrontiert sind.

Bei einigen der vorgestellten Beispiele handelt es sich um gut etablierte, strukturierte und evaluierte Netzwerke, die zu einer grundlegenden Transformation und Neuorganisation des Gesundheitssystems im Bereich der psychiatrischen Versorgung geführt haben. Andere Netzwerke sind noch mitten im Wandel, haben aber bereits wichtige Meilensteine erreicht.

Die gut etablierten Netzwerke sind Ausdruck des starken und anhaltenden politischen Engagements für die Reform des psychiatrischen Versorgungssystems, eines jahrzehntelangen Einsatzes für einen menschenrechts- und recovery-basierten Ansatz. Ihr Erfolg basiert auf neuen politischen Massnahmen und neuen Gesetzen sowie der Aufstockung der Mittel für gemeindenahere Dienste. Die gemeindenaheren Netzwerke für psychische Gesundheit in Brasilien sind ein Beispiel dafür, wie ein Land grossflächig menschenrechtsbasierte und recovery-orientierte Dienste einführen kann. Darüber hinaus zeigt das Netzwerk im östlichen Lille in Frankreich, dass ein Wandel von der stationären Versorgung hin zu diversifizierten, gemeindenaheren Angeboten mit vergleichbaren Investitionen wie bei konventionelleren psychiatrischen Diensten erreicht werden kann.

Auch das gemeindenahere Netzwerk für psychische Gesundheit im italienischen Triest gründet auf einem menschenrechtsbasierten Ansatz für die Versorgung und Unterstützung und fokussiert zudem stark auf die De-Institutionalisierung. Diese Netzwerke veranschaulichen die Entwicklung gemeindenaherer Dienste, die stark integriert und mit zahlreichen Akteuren aus verschiedensten öffentlichen Sektoren wie Soziales, Gesundheit, Beschäftigung und Justiz verbunden sind.

In jüngster Zeit unternehmen auch Länder wie Bosnien und Herzegowina, Libanon, Peru und andere, gemeinschaftliche Anstrengungen, um die entstehenden Netzwerke rasch auszuweiten und gemeindenahere, rechtebasierte und recovery-orientierte Dienste und Hilfen in grossem Umfang anzubieten. Ein zentraler Aspekt vieler dieser entstehenden Netzwerke ist ihr Ziel, die psychiatrische Versorgung aus den psychiatrischen Kliniken herauszuholen und lokal zu verankern, um die volle gemeinschaftliche Teilhabe und Einbindung von Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen sicherzustellen. Wenn es auch mehr Zeit und anhaltende Anstrengungen brauchen wird, zeichnen sich bereits wichtige Veränderungen ab. Diese Netzwerke sind inspirierende Beispiele dafür, was mit politischem Willen, Entschlossenheit und einer starken Menschenrechtsperspektive im Bereich der psychischen Gesundheit erreicht werden kann.

Die wichtigsten Empfehlungen

In den Gesundheitssystemen weltweit – in Ländern mit niedrigem, mittlerem und hohem Einkommen gleichermaßen – wird zunehmend die Notwendigkeit von qualitativ hochwertigen, personenzentrierten und recovery-orientierten psychiatrischen Diensten erkannt, welche die Menschenrechte schützen und fördern. Regierungen, Gesundheits- und Sozialfachleute, NGOs, Interessenvertretungen von Menschen mit Behinderungen und andere zivilgesellschaftliche Akteure und Anspruchsgruppen können beachtliche Fortschritte bei der Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Bevölkerung bewirken, wenn sie entschlossen handeln, um bewährte Dienste und Unterstützungsmassnahmen in der psychiatrischen Versorgung in breitere soziale Systeme zu überführen und auszubauen und gleichzeitig die Menschenrechte zu schützen und zu fördern.

Diese Leitlinien präsentieren zentrale Empfehlungen für Staaten und Organisationen und zeigen auf, welche spezifischen Massnahmen und Veränderungen im Bereich psychische Gesundheit im Hinblick auf Politik und Strategie, Gesetzesreformen, Leistungserbringung, Finanzierung, Personalentwicklung, psychosoziale und psychologische Interventionen, Psychopharmaka, Informationssysteme, Beteiligung der Zivilgesellschaft und der Gemeinschaft sowie Forschung erforderlich sind.

Entscheidend ist, dass Staaten erhebliche Anstrengungen unternehmen, um ihren Rechtsrahmen an die Anforderungen der UN-BRK anzupassen. Auch in Bezug auf Politik, Strategie und System sind signifikante Veränderungen erforderlich. Durch die Entwicklung einer gemeinsamen Politik und einer engen Zusammenarbeit zwischen dem Gesundheits- und dem Sozialsektor werden die Staaten besser in der Lage sein, die bestimmenden Faktoren der psychischen Gesundheit anzugehen. Viele Länder haben erfolgreich Veränderungen in der Finanzierung, der Politik und der Gesetzgebung angestossen und als starken Hebel für die Reform des Gesundheitssystems im Bereich der psychiatrischen Versorgung genutzt. Wenn diese Systemreformen konsequent auf die Menschenrechte und recovery-orientierte Ansätze ausgerichtet werden, kann für die Regierung und die Gemeinschaft ein beachtlicher sozialer, wirtschaftlicher und politischer Nutzen resultieren.

Um im Bereich der psychischen Gesundheit erfolgreich einen personenzentrierten, recovery-orientierten und rechtebasierten Ansatz zu integrieren, müssen die Staaten für einen Mentalitätswandel sorgen. Stigmatisierende Haltungen müssen abgebaut und Zwangsbehandlungen abgeschafft werden. Dazu ist unabdingbar, dass in der psychiatrischen Versorgung der Fokus über das biomedizinische Modell hinaus auf einen ganzheitlicheren Ansatz ausgeweitet wird, der alle Lebensaspekte eines Menschen berücksichtigt. In der heutigen Praxis konzentriert sich die Behandlung jedoch in allen Teilen der Welt rund um Psychopharmaka, während bei einem personenzentrierten, recovery-orientierten und rechtebasierten Ansatz auch psychosoziale Massnahmen, psychologische Interventionen und Peer-Begleitung geprüft und angeboten werden sollten. Mit diesen Veränderungen werden sich auch Wissen, Kompetenzen und Fähigkeiten der Gesundheits- und Sozialfachleute grundsätzlich weiterentwickeln müssen.

Im grösseren Ganzen dürfen auch Anstrengungen nicht fehlen, um inklusive Gesellschaften und Gemeinschaften zu schaffen, in denen Vielfalt akzeptiert ist und die Menschenrechte aller Individuen geachtet und gefördert werden. Die Überwindung negativer Einstellungen und diskriminierender Praktiken ist nicht nur im Gesundheits- und Sozialbereich von entscheidender Bedeutung, sondern in der Gemeinschaft als Ganzes. Sensibilisierungskampagnen, die das Bewusstsein für die Rechte von Betroffenen schärfen, sind

in dieser Hinsicht unabdingbar. Bei der Interessenvertretung können zivilgesellschaftliche Gruppen eine zentrale strategische Rolle wahrnehmen.

Da die Forschung im Bereich der psychischen Gesundheit in den vergangenen Jahrzehnten vom biomedizinischen Paradigma dominiert war, gibt es kaum Studien, die sich mit menschenrechtsbasierten Ansätzen in der psychiatrischen Versorgung befassen. Weltweit muss deutlich mehr in Studien investiert werden, die rechtebasierte Ansätze erforschen, die Kosten für die Leistungserbringung vergleichen und die Outcomes in Bezug auf die Genesung im Vergleich zu biomedizinischen Ansätzen evaluieren. Eine solche Neuausrichtung der Forschungsprioritäten wird eine solide Grundlage für einen wirklich rechtebasierten Ansatz in den Systemen der psychiatrischen Versorgung sowie der sozialen Sicherheit und bei ihren Leistungserbringern legen.

Nicht zuletzt kann die Entwicklung einer Menschenrechtsagenda und eines recovery-orientierten Ansatzes nicht ohne die aktive Beteiligung von Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen erreicht werden. Menschen mit entsprechender eigener Erfahrung sind Expertinnen und Experten und notwendige Partner, die für die Achtung ihrer Rechte, aber auch für die Entwicklung von Diensten und Möglichkeiten eintreten können, die ihren tatsächlichen Bedürfnissen am besten entsprechen.

Staaten mit einem starken und anhaltenden politischen Engagement für eine kontinuierliche Entwicklung gemeindenaher psychiatrischer Dienste, die die Menschenrechte achten und einen Recovery-Ansatz verfolgen, werden nicht nur das Leben von Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen, sondern auch das ihrer Angehörigen, der Gemeinschaften und der Gesellschaft insgesamt deutlich verbessern.

Was ist die WHO-Initiative QualityRights?

QualityRights ist eine Initiative der WHO, die darauf abzielt, die Qualität der Versorgung und Unterstützung in psychiatrischen und sozialen Diensten zu verbessern und die Menschenrechte von Personen mit psychosozialen, psychischen oder kognitiven Behinderungen weltweit zu fördern.

QualityRights nutzt einen partizipativen Ansatz, um die folgenden Ziele zu erreichen:

1

Aufbau von Kapazitäten zur Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung sowie zur Förderung der Menschenrechte und der Genesung

- [WHO-QualityRights-Präsenzschulungsmodule](#)
- [WHO-QualityRights-Onlineschulung zu psychischer Gesundheit und Behinderung: Beseitigung von Stigmatisierung und Förderung der Menschenrechte](#)

2

Verbesserung der Versorgungsqualität und der Einhaltung der Menschenrechte in psychiatrischen und sozialen Diensten

- [WHO-QualityRights-Bewertungsinstrumentarium](#)
- [WHO-QualityRights-Modul zur Transformation von Diensten und zur Förderung der Menschenrechte](#)

3

Schaffung von gemeindenahen und recovery-orientierten Diensten, welche die Menschenrechte achten und fördern

- [WHO-Leitlinien und Anwendungs-Pakete zu einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung: Förderung von personenzentrierten und rechtebasierten Ansätzen](#)
- [WHO-QualityRights-Leitlinien: Modul für individuelle Peer-Unterstützung für und durch Betroffene](#)
- [WHO-QualityRights-Leitlinien: Modul für Peer-Selbsthilfegruppen für und durch Betroffene](#)
- [WHO-QualityRights-Selbsthilfetool für personenzentrierte Recovery-Planung für psychische Gesundheit und Wohlbefinden](#)

4

Unterstützung der Entwicklung einer zivilgesellschaftlichen Bewegung, welche die Interessen der Betroffenen vertritt und Einfluss auf die Politikgestaltung nimmt

- [WHO-QualityRights-Leitlinien: Modul zur Interessenvertretung für psychische Gesundheit, Behinderung und Menschenrechte](#)
- [WHO-QualityRights-Leitlinien: Modul für Organisationen der Zivilgesellschaft zur Förderung der Menschenrechte in der psychiatrischen Versorgung und verwandten Bereichen](#)

5

Reform der nationalen Politik und Gesetzgebung im Einklang mit der Behindertenrechtskonvention und anderen internationalen Menschenrechtsstandards

- [WHO-Leitlinien](#) derzeit in Erarbeitung

Weitere Informationen auf der [WHO-QualityRights-Website](#)

Über die WHO-Leitlinien und die Anwendungs-Pakete zu einer gemeindenahen psychiatrischen Versorgung

Ziel dieser Dokumente ist es, allen Akteuren, die ihr System und ihre Dienste im Bereich der psychischen Gesundheit weiterentwickeln oder transformieren möchten, Informationen und Orientierungshilfe an die Hand zu geben. Die Leitlinien umfassen ausführliche Informationen zu den Elementen, die zur Entwicklung von Good-Practice-Diensten beitragen, welche den internationalen Menschenrechtsstandards entsprechen und einen personenzentrierten Recovery-Ansatz fördern. Dieser Ansatz bezieht sich auf psychiatrische Dienste, die ohne Zwangsanwendung arbeiten, auf die Bedürfnisse der Menschen eingehen, die Genesung unterstützen und Eigenständigkeit und Inklusion fördern und welche Betroffene in die Entwicklung, Erbringung und Überprüfung der Dienste einbeziehen.

In Ländern auf der ganzen Welt gibt es viele Dienste, die recovery-orientiert arbeiten und in deren Zentrum die Menschenrechtsprinzipien stehen. Sie stehen jedoch eher am Rande, und viele Anspruchsgruppen, einschliesslich politischer Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger, Gesundheitsfachleuten, Menschen, die Leistungen in Anspruch nehmen, kennen sie nicht.

Die in diesen Dokumenten vorgestellten Dienste erhalten keine Unterstützung von der WHO, sondern wurden ausgewählt, weil sie konkrete Beispiele dafür liefern, was in unterschiedlichsten Kontexten rund um die Welt erreicht wurde. Sie sind nicht die einzigen, die recovery-orientiert und menschenrechtsbasiert arbeiten. Sie wurden aber auch deshalb ausgewählt, weil sie evaluiert wurden und weil sie das breite Spektrum an Diensten veranschaulichen, die umgesetzt werden können.

Zu zeigen, dass es innovative Arten von Diensten gibt und dass sie erfolgreich sind, ist der Schlüssel, um politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger sowie andere wichtige Akteure bei der Entwicklung neuer Dienste oder der Transformation bestehender Dienste im Einklang mit den Menschenrechtsstandards zu unterstützen und diese zu einem integralen Bestandteil der flächendeckenden Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage, UHC) zu machen.

Mit diesem Dokument soll auch die Tatsache hervorgehoben werden, dass ein einzelner psychiatrischer Dienst allein, auch wenn er gute Ergebnisse erzielt, nicht ausreicht, um den gesamten Unterstützungsbedarf der vielen Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen zu decken. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, dass verschiedene Arten von gemeindenahen psychiatrischen Diensten zusammenarbeiten, um den unterschiedlichen Bedürfnissen der Menschen gerecht zu werden, wie etwa Unterstützung in Krisensituationen, dauerhafte Behandlung und Pflege, Leben in der Gemeinschaft und Inklusion.

Darüber hinaus müssen die psychiatrischen Dienste mit anderen Dienstleistern in den Bereichen Gesundheit und Soziales, Wohnen, Arbeit und Bildung zusammenarbeiten, um sicherzustellen, dass die ihnen anvertrauten Menschen das Recht auf vollständige Einbindung in die Gemeinschaft wahrnehmen können.

Die WHO-Leitlinien und die Anwendungs-Pakete bestehen aus einer Reihe von Dokumenten:

- **Leitlinien für eine gemeindenahere psychiatrische Versorgung: Förderung von personenzentrierten und rechtebasierten Ansätzen** – Dieses umfassende Dokument enthält eine detaillierte Beschreibung personenzentrierter, recovery-orientierter und menschenrechtsbasierter Ansätze in der psychiatrischen Versorgung. Es enthält zusammengefasste Good-Practice-Beispiele von Diensten aus der ganzen Welt, welche die Menschenrechte und die Genesung fördern, und beschreibt die erforderlichen Schritte hin zu einer ganzheitlichen Leistungserbringung, die Wohnen, Bildung, Beschäftigung und Sozialleistungen mitberücksichtigt. Das Dokument enthält auch Beispiele für umfassende, integrierte Dienstleistungs- und Unterstützungsnetzwerke und bietet Orientierungshilfe und Handlungsschritte zur Einführung, Integration und Ausweitung von bewährten Good-Practice-Diensten in den staatlichen Gesundheits- und Sozialsystemen, um die flächendeckende Gesundheitsversorgung (UHC) voranzutreiben und die Menschenrechte zu schützen und zu fördern.
- **Sieben unterstützende Anwendungs-Pakete zu gemeindenaheren psychiatrischen Diensten: Förderung von personenzentrierten und rechtebasierten Ansätzen** – Die Anwendungs-Pakete sind mit den allgemeinen Leitlinien verknüpft und behandeln je eine bestimmte Kategorie von psychiatrischen Diensten eingehender. Zu den verschiedenen Arten von Diensten, die betrachtet werden, gehören Krisendienste, spitalbasierte Dienste, psychiatrische Gemeindezentren, Dienste mit Peer-Begleitung, aufsuchende Dienste, Dienste für betreutes Wohnen und Netzwerke für psychische Gesundheit. Jedes Paket enthält detaillierte Beispiele von Good-Practice-Diensten, die ausführlich beschrieben werden, um ein umfassendes Verständnis des Dienstes, seiner Funktionsweise und der Art und Weise, wie die Menschenrechtsstandards eingehalten werden, zu vermitteln. In jeder Beschreibung werden auch die Herausforderungen, mit denen der Dienst konfrontiert ist, die gefundenen Lösungen und die wichtigsten Überlegungen zur Umsetzung in unterschiedlichen Kontexten aufgezeigt. Am Ende jedes Anwendungs-Paketes werden alle Informationen und Erkenntnisse aus den vorgestellten Diensten in praktische Anleitungen und eine Reihe von Handlungsschritten gefasst, um vom Konzept zur Umsetzung eines Pilot- oder Leuchtturmdienstes zu gelangen.

Konkret wird in den Anwendungs-Paketen:

- eine Reihe von psychiatrischen Diensten aus verschiedenen Ländern ausführlich vorgestellt, die Dienstleistungen und Unterstützung im Einklang mit internationalen Menschenrechtsstandards und Recovery-Prinzipien erbringen;
- detailliert dargelegt, wie die Good-Practice-Dienste arbeiten, um die internationalen Menschenrechtsstandards der Rechtsfähigkeit, zwangsfreien Praktiken, Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe sowie den Recovery-Ansatz einzuhalten;
- die positiven Ergebnisse skizziert, die für Menschen erzielt werden können, die diese Good-Practice-Dienste in Anspruch nehmen;
- Kostenvergleiche zwischen den Good-Practice-Diensten und vergleichbaren konventionellen Diensten angestellt;

- die Herausforderungen, die beim Aufbau der Dienste und in deren Betrieb aufgetreten sind, sowie die Lösungen zur Bewältigung dieser Herausforderungen diskutiert; und
- eine Reihe von Handlungsschritten zur Entwicklung eines Good-Practice-Dienstes vorgestellt, der personenzentriert ist, die Menschenrechte achtet und fördert, recovery-orientiert ist und dem sozialen und wirtschaftlichen lokalen Kontext entspricht.

Es ist wichtig zu sehen, dass sich kein Dienst perfekt und eindeutig einer Kategorie zuordnen lässt, da jeder eine Vielzahl von Funktionen übernimmt, die eine oder mehrere der anderen Kategorien berühren. Dies spiegelt sich in den Kategorisierungen wider, die zu Beginn jeder Beschreibung angegeben sind.

Diese Dokumente fokussieren spezifisch auf Dienstleistungen für Erwachsene mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen. Sie decken keine Dienste speziell für Menschen mit kognitiven oder körperlichen Behinderungen, neurologischen Erkrankungen oder Substanzmissbrauch ab, ebenso wenig hochspezialisierte Dienste, wie zum Beispiel solche für Menschen mit Essstörungen. Weiter nicht abgedeckt sind Online-Interventionen, Telefondienste (z. B. Hotlines), Präventions-, Förder- und Frühinterventionsprogramme, instrumentenspezifische Dienste (z. B. gesundheitliche Vorausplanung), Schulung und Interessenvertretung. Diese Dokumente befassen sich auch nicht mit Leistungen, die in nichtspezialisierten Gesundheitseinrichtungen erbracht werden, obwohl viele der Erkenntnisse aus den Diensten in diesem Dokument auch für solche Einrichtungen gelten.

Verwendung dieser Dokumente

Die «Leitlinien für eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung: Förderung von personenzentrierten und rechtebasierten Ansätzen» ist das Referenzdokument für alle Anspruchsgruppen. Wer sich für eine bestimmte Kategorie von psychiatrischen Diensten interessiert, kann das entsprechende fachspezifische Anwendungs-Paket konsultieren, das detailliertere Informationen und spezifische Orientierungshilfe für den Aufbau eines neuen Dienstes im lokalen Kontext umfasst. Die fachspezifischen Anwendungs-Pakete sollten jedoch immer zusammen mit den ausführlichen Leitlinien für eine gemeindenahe psychiatrische Versorgung gelesen werden, welche die erforderlichen Einzelheiten zur Integration der Dienste in das Gesundheits- und das Sozialsystem eines Landes behandeln.

Diese Dokumente richten sich an:

- zuständige Ministerien (darunter Gesundheit und Sozialbereich) und politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger;
- Führungspersonen von Diensten in den Bereichen allgemeine Gesundheit und psychische Gesundheit sowie von sozialen Diensten;
- Fachleute für psychische Gesundheit und weitere Gesundheitsfachleute wie Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Psychiaterinnen und Psychiater, Psychologinnen und Psychologen, Peer-Mitarbeitende, Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten, Sozialarbeitende, Sozialassistentinnen und Sozialassistenten, persönliche Assistentinnen und Assistenten oder traditionelle und religiöse Heilerinnen und Heiler;
- Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen;
- Menschen, die psychiatrische oder soziale Dienste in Anspruch nehmen oder genommen haben;

- Nichtregierungsorganisationen (NGOs) und weitere Organisationen, die im Bereich psychische Gesundheit, Menschenrechte oder in anderen relevanten Bereichen tätig sind, wie zum Beispiel Organisationen von Menschen mit Behinderungen, Organisationen von Psychiatrie-Nutzenenden/Überlebenden, Interessenvertretungsorganisationen und Verbände traditioneller und religiöser Heilerinnen und Heiler;
- Angehörige, Unterstützungspersonen und andere Betreuungspartner; und
- weitere einschlägige Organisationen und Anspruchsgruppen wie Anwältinnen und Anwälte, Juristinnen und Juristen sowie Rechtshilfeorganisationen, Akademikerinnen und Akademiker, Studierende, kommunale und geistliche Vertreterinnen und Vertreter.

Ein Hinweis zu den Begrifflichkeiten

In diesen Leitlinien und den begleitenden Anwendungs-Paketen werden die Begriffe «Personen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen» sowie «Personen, die psychiatrische Leistungen in Anspruch nehmen» oder «Dienstleistungsnutzende» verwendet.

Es ist uns bewusst, dass die Sprache und die Begrifflichkeiten, die sich weiterentwickelnde Konzeptualisierung von Behinderung widerspiegeln und dass verschiedene Menschen im Laufe der Zeit in unterschiedlichen Kontexten unterschiedliche Begriffe verwenden werden. Die Menschen müssen selbst über das Vokabular, Formulierungen und Beschreibungen für ihre Erfahrung, Situation oder Leiden entscheiden können. Im Bereich der psychischen Gesundheit beispielsweise verwenden manche Personen Begriffe wie «Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose», «Menschen mit psychischen Störungen» oder «psychischen Krankheiten», «Menschen mit psychischen Belastungen», «Klientinnen und Klienten», «Dienstleistungsnutzende» oder «Psychiatrie-Überlebende». Andere wiederum empfinden gewisse oder alle diese Begriffe als stigmatisierend oder verwenden andere Ausdrücke, um ihre Gefühle, Erfahrungen oder Leiden zu benennen.

Der Begriff «psychosoziale Behinderung» wurde gewählt, um Menschen einzuschliessen, die eine mit ihrer psychischen Gesundheit zusammenhängende Diagnose erhalten haben oder sich selbst mit diesem Begriff identifizieren. Die Verwendung des Begriffs «Behinderung» ist in diesem Zusammenhang wichtig, da er auf die hohen Hürden verweist, welche die volle und wirksame Teilhabe von Menschen mit tatsächlichen oder wahrgenommenen Beeinträchtigungen an der Gesellschaft behindern. Zudem hebt er die Tatsache hervor, dass sie durch die UN-BRK geschützt sind.

Der Begriff «psychische Belastung» wird ähnlich verwendet wie der Begriff «körperliche Erkrankung». Eine Person mit einer psychischen Belastung kann eine formale Diagnose erhalten haben oder auch nicht, sagt jedoch unabhängig davon von sich selbst, dass sie unter psychischen Problemen oder Herausforderungen leidet oder gelitten hat. Der Begriff wurde in diesen Leitlinien verwendet, um sicherzustellen, dass Gesundheits-, Sozial- und weitere Fachleute, die in der psychiatrischen Versorgung tätig sind, auch wenn sie mit dem Begriff «psychosoziale Behinderung» möglicherweise nicht vertraut sind, erkennen, dass die in diesen Dokumenten behandelten Werte, Rechte und Grundsätze für die Menschen gelten, denen sie begegnen und für die sie sorgen.

Nicht alle Menschen, die sich mit den obgenannten Begriffen identifizieren, erleben Stigmatisierung, Diskriminierung oder Menschenrechtsverletzungen. Möglicherweise leiden einige Dienstleistungsnutzende

nicht an einer psychischen Erkrankung, und gewisse Menschen mit psychischen Belastungen wiederum sehen sich vielleicht nicht mit Einschränkungen oder Barrieren konfrontiert, die ihre volle Teilhabe an der Gesellschaft behindern.

Die in diesen Leitlinien verwendete Terminologie wurde mit dem Ziel der Inklusion gewählt. Es ist ein individueller Entscheidung, sich mit bestimmten Ausdrücken oder Konzepten zu identifizieren – die Menschenrechte aber gelten dennoch für alle und überall. Vor allem sollte eine Diagnose oder eine Behinderung niemals eine Person definieren. Wir sind alle Individuen mit einem einzigartigen sozialen Kontext, einer eigenen Persönlichkeit, Autonomie, Träumen, Zielen, Hoffnungen und Beziehungen.

1 Personenzentrierte, recovery-orientierte und rechtebasierte Ansätze in der psychiatrischen Versorgung

1.1 Der globale Kontext

In den letzten zehn Jahren haben Regierungen, Nichtregierungsorganisationen und multilaterale Organisationen wie die Vereinten Nationen (UN) und die Weltbank der psychischen Gesundheit zunehmend mehr Aufmerksamkeit zukommen lassen. 2013 hat die Weltgesundheitsversammlung den Umfassenden Aktionsplan für psychische Gesundheit 2013–2020 gutgeheissen. Dieser Aktionsplan anerkennt die zentrale Rolle der psychischen Gesundheit bei der Erreichung einer guten Gesundheit für alle Menschen und wurde 2019 anlässlich der 72. Weltgesundheitsversammlung bis 2030 verlängert.^{1, 2}

Auch in internationalen Entwicklungsplänen wird die psychische Gesundheit explizit genannt. So lautet etwa das Unterziel 3.4 der Ziele für nachhaltige Entwicklung (Sustainable Development Goals, SDG): «Bis 2030 die Frühsterblichkeit aufgrund von nichtübertragbaren Krankheiten durch Prävention und Behandlung um ein Drittel senken und die psychische Gesundheit und das Wohlergehen fördern». Aber auch die Resolutionen zur Verwirklichung der flächendeckenden Gesundheitsversorgung (UHC) schliessen die psychische Gesundheit mit ein.³ Infolgedessen sind die Regierungen angehalten, die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden in ihren Gesundheitsstrategien und Plänen zur Ausweitung der UHC als Priorität zu setzen.⁴

Diese grössere «Sichtbarkeit» der psychischen Gesundheit hat zu einem wachsenden Bewusstsein für die zahlreichen Herausforderungen im Bereich der psychischen Gesundheit geführt, die eine Folge der jahrzehntelangen geringen Investitionen sind, die bis heute anhalten. Gemäss dem WHO-Atlas zur psychischen Gesundheit von 2017 liegen die staatlichen Ausgaben zugunsten der psychischen Gesundheit weltweit im Median bei weniger als 2 Prozent der gesamten Staatsausgaben im Gesundheitsbereich.⁵ Die Bereitstellung ausreichender finanzieller Ressourcen für die psychische Gesundheit ist eine notwendige Voraussetzung für die Entwicklung einer qualitativ hochwertigen psychiatrischen Versorgung, die über genügend Personal verfügt, um die Dienste zu betreiben und den Menschen eine angemessene Unterstützung für ihre Bedürfnisse zu bieten. Viele psychiatrische Dienste auf der ganzen Welt bemühen sich zwar um eine qualitativ hochwertige Versorgung und hilfreiche Unterstützung für Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen, dies jedoch häufig unter erheblichen personellen und finanziellen Einschränkungen und innerhalb veralteter politischer und rechtlicher Rahmenbedingungen im Bereich psychische Gesundheit.

Es muss eindeutig mehr in die psychische Gesundheit investiert werden, und es braucht mehr Dienste. Die Probleme der psychiatrischen Versorgung lassen sich jedoch nicht einfach durch eine Ressourcenaufstockung lösen. In vielen Diensten auf der ganzen Welt werden die derzeitigen Formen der psychiatrischen Versorgung als Teil des Problems betrachtet.⁶ Tatsächlich wird der Grossteil der vorhandenen Mittel weiterhin in die Renovation und den Ausbau stationärer psychiatrischer Einrichtungen und Pflegeheimen investiert. In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen werden dafür über 80 Prozent der gesamten Staatsausgaben für die psychische Gesundheit aufgewendet.⁵ Gesundheitssysteme, die für die psychische

Gesundheit auf solchen Einrichtungen basieren, gehen jedoch häufig mit sozialer Ausgrenzung und einer Vielzahl von Menschenrechtsverletzungen einher.^{7, 8, 9, 10}

Obwohl einige Länder entscheidende Schritte unternommen und mit der Schliessung von psychiatrischen Einrichtungen und Pflegeheimen begonnen haben, hat das bloße Verschieben psychiatrischer Dienste aus diesen Einrichtungen heraus nicht automatisch zu einer dramatischen Verbesserung der Versorgung geführt. In vielen Kontexten ist die Versorgung nach wie vor auf Diagnose, Medikation und Symptomlinderung konzentriert. Entscheidende soziale Faktoren, welche die psychische Gesundheit der Menschen beeinflussen, wie Gewalt, Diskriminierung, Armut, Ausgrenzung, Isolation, Arbeitsplatzunsicherheit oder Arbeitslosigkeit, mangelnder Zugang zu Wohnraum, sozialen Sicherheitsnetzen und Gesundheitsdiensten, werden häufig übersehen oder aus den Konzepten und der Praxis im Bereich der psychischen Gesundheit ausgeschlossen. Dies führt zum Überdiagnostizieren menschlichen Leids und einem übermässigen Rückgriff auf Psychopharmaka zum Nachteil psychosozialer Interventionen – ein Phänomen, das insbesondere in Ländern mit hohem Einkommen gut dokumentiert ist.^{11, 12, 13} Auch entsteht dadurch eine Situation, in der die psychische Gesundheit einer Person vorwiegend innerhalb des Gesundheitssystems behandelt wird, ohne dass eine ausreichende Schnittstelle zu den notwendigen sozialen Diensten und Strukturen besteht, um die oben genannten Faktoren anzugehen. Dieser Ansatz ist in Bezug auf die Betrachtung einer Person im Kontext ihres gesamten Lebens und ihrer Erfahrungen beschränkt. Darüber hinaus führen die stigmatisierenden Haltungen und Denkweisen, die in der Allgemeinbevölkerung, bei politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern und anderen gegenüber Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen vorherrschen – zum Beispiel, dass sie sich selbst oder andere gefährden könnten oder dass sie zu ihrer eigenen Sicherheit eine medizinische Behandlung benötigen –, auch zu einer Überbetonung biomedizinischer Behandlungsoptionen und einer allgemeinen Akzeptanz von Zwangsmassnahmen wie unfreiwilliger Einweisung und Behandlung oder Isolierung und andere Fixierung.^{14, 15}

Berichte aus Ländern mit hohem, mittlerem und niedrigem Einkommen auf der ganzen Welt verdeutlichen auch die umfangreichen und weitreichenden Rechtsverletzungen und Diskriminierungen, die in der psychiatrischen Versorgung vorkommen. Dazu gehören die Anwendung von Zwangsmassnahmen wie Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen sowie manuelle, körperliche (oder mechanische) und chemische Zwangsmittel und Isolation. In vielen Einrichtungen sind die Menschen oft schlechten und unmenschlichen Lebensbedingungen, Vernachlässigung und in manchen Fällen gar körperlichem, emotionalem und sexuellem Missbrauch ausgesetzt, was durch das Machtungleichgewicht zwischen dem Gesundheitspersonal und den Menschen, die Leistungen in Anspruch nehmen, noch verschärft wird.^{7, 16, 17, 18, 19, 20}

Auch im weiteren gesellschaftlichen Kontext sind Menschen mit psychischen Belastungen weitreichenden Menschenrechtsverletzungen ausgesetzt. Sie werden vom Gemeinschaftsleben ausgeschlossen, stigmatisiert und aufgrund ihrer Behinderung in den Bereichen Arbeit, Bildung, Wohnen und Sozialleistungen diskriminiert. Vielen wird das Recht verweigert, abzustimmen und zu wählen, zu heiraten und Kinder zu haben. Diese Verletzungen hindern die Menschen nicht nur daran, das Leben zu führen, das sie wollen, sondern grenzen sie auch weiter von der Gesellschaft aus und verwehren ihnen die Möglichkeit, gleichberechtigt mit allen anderen in ihrer eigenen Gemeinschaft zu leben und einbezogen zu werden.^{21, 22}

Ein grundlegender Wandel im Bereich der psychischen Gesundheit ist daher erforderlich, um die heutige Situation zu beheben. Dazu müssen Politik, Gesetze, Systeme, Dienste und Praktiken, die negative Einflüsse auf Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen haben, in den verschiedenen Sektoren überdacht werden, um sicherzustellen, dass sämtliche Massnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit die Menschenrechte respektieren. Im Kontext der psychiatrischen Dienste bedeutet dies eine Entwicklung hin zu ausgewogeneren, personenzentrierten, ganzheitlichen und recovery-orientierten Praktiken, welche den Menschen im Kontext seines ganzen Lebens betrachten, seinen Willen und seine Präferenzen bei der Behandlung respektieren, Alternativen zu Zwang anwenden und das Recht der Menschen auf Teilhabe an und Einbeziehung in die Gemeinschaft fördern.

1.2 Die wichtigsten internationalen Menschenrechtsstandards und der Recovery-Ansatz

Internationale Menschenrechtsinstrumente verpflichten die Staaten zur Achtung, zum Schutz und zur Erfüllung der Grundrechte und Grundfreiheiten aller Menschen und bieten somit einen entscheidenden Rahmen für die Beendigung des heutigen Status quo und die Förderung der Rechte von Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen. Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen von 1948²³ schützt ein ganzes Spektrum an zivilgesellschaftlichen, kulturellen, wirtschaftlichen, politischen und sozialen Rechten. Obwohl sie rechtlich nicht bindend ist, sind viele ihrer Bestimmungen zu internationalem Gewohnheitsrecht geworden, wodurch sich nationale und internationale Rechtssysteme darauf berufen können.

Aus der Erklärung gingen 1966 zwei formelle Pakte hervor, die für Staaten, die sie ratifizieren, rechtsverbindlich sind: der Internationale Pakt über zivilgesellschaftliche und politische Rechte²⁴ und der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte.²⁵ Zu den zivilgesellschaftlichen und politischen Rechten gehören das Recht auf Freiheit, Freiheit von Folter, grausamer oder erniedrigender Behandlung, Freiheit von Ausbeutung, Gewalt oder Missbrauch sowie das Recht auf gleiche Anerkennung vor dem Gesetz. Zu den wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten gehören das Recht auf Gesundheit, Wohnung, Nahrung, Bildung, Arbeit, soziale Inklusion und Teilnahme am kulturellen Leben.

2008 trat das Übereinkommen der UN über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention, UN-BRK) in Kraft, die zweifellos den bedeutendsten Beitrag dazu leistet, die Agenda voranzubringen und die uneingeschränkte Achtung der Rechte von Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen zu gewährleisten.²³ Die UN-BRK wurde unter aktiver Mitwirkung von Menschen mit Behinderungen und Organisationen von Menschen mit Behinderungen ausgearbeitet. Dadurch wurde sichergestellt, dass das endgültige Dokument die Perspektive der primär Betroffenen abbildet.²⁶ Die UN-BRK, welche die dringende Notwendigkeit, die Menschenrechte von Personen mit Behinderungen zu schützen, unterstreicht, war das am schnellsten ausgehandelte Menschenrechtsinstrument und auch eines der am zügigsten ratifizierten. Bis heute haben sich ihr 181 Vertragsstaaten angeschlossen.

Einer der Grundsätze der UN-BRK ist «die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und des Menschseins». Sie verbietet jegliche Art von Diskriminierung aufgrund einer Behinderung und fordert, dass Menschen mit Behinderungen in der Lage sein müssen, alle Menschenrechte gleichberechtigt mit anderen auszuüben.

Die UN-BRK anerkennt auch, dass Behinderungen, einschliesslich psychosozialer Behinderungen, «aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entstehen, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern».

Zudem anerkennt sie, dass diese Barrieren eine Diskriminierung darstellen, und verpflichtet die Regierungen, solche Barrieren zu beseitigen, um zu gewährleisten, dass die Menschen gleiche Rechte und Chancen haben. Die Regierungen haben folglich umfassende Massnahmen zu ergreifen, um sicherzustellen, dass Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen die gleichen Rechte wie alle anderen ausüben können, gleichbehandelt und nicht diskriminiert werden. Dazu gehört, von einer diskriminierenden Politik abzukommen und diskriminierende Gesetze, Vorschriften, Sitten und Gebräuche abzuschaffen und stattdessen die in der BRK anerkannten Rechte durch eine neue Politik und die Verabschiedung von Gesetzen und anderen Massnahmen zu verwirklichen.

Der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen setzt sich aus 18 unabhängigen Expertinnen und Experten zusammen und wurde eingesetzt, um die Umsetzung der UN-BRK durch die Vertragsstaaten zu überwachen. Der Ausschuss hat verschiedene Allgemeine Bemerkungen (General Comments) herausgegeben, in denen er die von den Staaten zu ergreifenden Massnahmen eingehender beschreibt. Mehrere davon sind für den Bereich der psychiatrischen Versorgung besonders relevant. Sie betreffen das Recht auf Rechtsfähigkeit, das Recht auf unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie das Recht auf Gleichberechtigung, Nichtdiskriminierung und Partizipation.²⁷

Verschiedene UN-Resolutionen und Berichte, die aus den UN-Menschenrechtsmechanismen hervorgegangen sind, spiegeln die in der UN-BRK und den begleitenden Allgemeinen Bemerkungen festgelegten Rechte wider und verstärken sie. So hob beispielsweise der UN-Menschenrechtsrat in einer Reihe von Resolutionen die Bedeutung eines menschenrechtlichen Ansatzes im Bereich der psychischen Gesundheit hervor und forderte Staaten und UN-Organisationen auf, gegen die «weit verbreitete Diskriminierung, Stigmatisierung, Stereotypisierung, Gewalt, soziale Ausgrenzung und Absonderung, rechtswidrige oder willkürliche Institutionalisierung, Übermedikation und Behandlungspraktiken [im Bereich der psychischen Gesundheit], welche ... Autonomie, Willen und Präferenzen der Betroffenen nicht respektieren», vorzugehen.^{28, 29, 30, 31}

Darüber hinaus haben mehrere Berichte von UN-Sonderberichterstattern die Notwendigkeit betont, dass sich die Regierungen mit den Menschenrechten im Bereich der psychischen Gesundheit befassen. Der frühere UN-Sonderberichterstatter für das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmass an körperlicher und psychischer Gesundheit (im Folgenden «Sonderberichterstatter für das Recht auf Gesundheit») veröffentlichte mehrere Berichte, in denen er das Recht auf psychische Gesundheit darlegte, auf schädliche Praktiken in den derzeitigen psychiatrischen Diensten hinwies und einen deutlichen «Paradigmenwechsel» in diesem Bereich forderte.^{15, 32} Darüber hinaus hat der frühere UN-Sonderberichterstatter für die Rechte von Menschen mit Behinderungen die dringende Notwendigkeit unterstrichen, dass die Staaten zum einen wirksame Massnahmen zur Bekämpfung von Stereotypen, negativen Einstellungen und schädlichen Praktiken sowie Zwangsmassnahmen gegenüber Menschen mit psychosozialen Behinderungen und zum anderen Massnahmen zur Gewährleistung der Achtung ihrer Rechtsfähigkeit und zur Förderung ihrer vollen Einbeziehung in und Teilhabe an der Gemeinschaft ergreifen.^{33, 34}

In den letzten drei Jahrzehnten hat auch das Aufkommen des Recovery-Ansatzes massgeblich zur Förderung der Menschenrechte im Bereich der psychischen Gesundheit beigetragen. Dieser Ansatz, der auf den Aktivismus von Betroffenen zurückgeht, wurde von den WHO-Mitgliedstaaten im Rahmen des umfassenden Aktionsplans der WHO für psychische Gesundheit weitgehend unterstützt. Er steht auch im Einklang mit dem WHO-Rahmenkonzept für integrierte, personenzentrierte Gesundheitsdienste, das von den Mitgliedstaaten auf der Weltgesundheitsversammlung 2016 mit überwältigender Zustimmung angenommen wurde.^{1, 35}

Für viele Menschen geht es bei der Genesung darum, die Kontrolle über ihre Identität und ihr Leben zurückzuerlangen, Hoffnung für ihr Leben zu haben und ein Leben zu führen, das für sie einen Sinn hat, ob durch Arbeit, Beziehungen, Spiritualität, gesellschaftliches Engagement, einige oder alle diese Bereiche.

Der Recovery-Ansatz zielt darauf hin, das gesamte Spektrum der sozialen Faktoren zu berücksichtigen, welche die psychische Gesundheit der Menschen beeinflussen, darunter Beziehungen, Bildung, Arbeit, Lebensbedingungen, Gemeinschaft, Spiritualität, künstlerische und intellektuelle Betätigung. Er betont die Notwendigkeit, Themen wie Verbundenheit, Sinn und Werte in den Mittelpunkt zu stellen und die Behandlung ganzheitlich anzugehen und stellt die Vorstellung, dass es bei der psychiatrischen Versorgung nur um Diagnose und Medikation geht, infrage.³⁶ Genesung kann für jeden Menschen etwas anderes bedeuten, und so hat jede und jeder die Möglichkeit, selbst zu definieren, was Genesung für sie oder ihn bedeutet und auf welche Bereiche des eigenen Lebens sie oder er sich als Teil des Genesungswegs konzentrieren möchte. Der Recovery-Ansatz verkörpert so einen absoluten Paradigmenwechsel in der Art, wie viele psychiatrische Dienste aufgebaut sind und betrieben werden.

Der Menschenrechts- und der Recovery-Ansatz sind eng miteinander verbunden. Beide respektieren die menschliche Vielfalt und die Erfahrungen und Wahlmöglichkeiten der Menschen. Beide verlangen, dass allen Menschen das gleiche Mass an Würde und Respekt entgegengebracht wird. Zudem anerkennen beide Ansätze die sozialen und strukturellen Gesundheitsfaktoren und fördern die Grundrechte auf Gleichberechtigung, Nichtdiskriminierung, Rechtsfähigkeit und Einbeziehung in die Gemeinschaft, was wichtige Auswirkungen auf die Entwicklung und Bereitstellung psychiatrischer Dienste hat. Beide stellen den heutigen Status quo in diesem Bereich grundsätzlich in Frage.

1.3 Entscheidende Bereiche für psychiatrische Dienste und die Rechte von Menschen mit psychosozialen Behinderungen

Das Ziel, bessere Dienste für Menschen mit psychischen Belastungen bereitzustellen, erfordert grundlegende Änderungen in der Art und Weise, wie Dienste die Versorgung konzipieren und erbringen. Das in der UN-BRK definierte Recht auf Gesundheit verlangt, dass die Regierungen Menschen mit Behinderungen Zugang zu hochwertigen psychiatrischen Diensten gewährleisten, die ihre Rechte und ihre Würde achten. Dies bedeutet, dass ein personenzentrierter, recovery-orientierter und menschenrechtsbasierter Ansatz umgesetzt werden muss und dass Dienste entwickelt und bereitgestellt werden müssen, welche die Menschen nutzen *wollen*, anstatt dazu gezwungen zu werden. Es heisst auch, dass Dienste eingerichtet werden müssen, die Autonomie und Genesung fördern und ein Vertrauensverhältnis zwischen der Person, welche die Leistungen erbringt, und der Person, die sie in Anspruch nimmt, schaffen. In diesem Sinne

hängt das Recht auf Gesundheit im Kontext der psychiatrischen Versorgung von zentralen Menschenrechtsgrundsätzen ab, namentlich der Achtung der Rechtsfähigkeit, der Vermeidung von Zwangsmassnahmen, der Partizipation, der Einbeziehung in die Gemeinschaft und dem Recovery-Ansatz.

Achtung der Rechtsfähigkeit

Vielen Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen wird das Recht verweigert, ihre Rechtsfähigkeit auszuüben, das heisst also, das Recht, Entscheidungen für sich selbst zu treffen und dass diese Entscheidungen von anderen respektiert werden. Aufgrund stigmatisierender Annahmen über ihren Zustand – dass ihre Entscheidungen unvernünftig sind oder negative Folgen haben, dass ihre Entscheidungsfähigkeit unzureichend ist oder dass sie nicht in der Lage sind, Entscheidungen zu verstehen und selbst zu treffen oder ihren Willen und ihre Präferenzen mitzuteilen – ist es in den Diensten weltweit akzeptabel geworden, dass andere Personen an ihrer statt Entscheidungen für Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen treffen. In vielen Ländern wird dies durch Regelungen wie Beistandschaft, Beaufsichtigung oder Stellvertretung umgesetzt und ist durch Gesetze und Praxis legitimiert. In anderen Fällen wird dieses stellvertretende Entscheiden eher informell im häuslichen und familiären Umfeld praktiziert, wobei alltägliche Entscheidungen – beispielsweise was die Person anziehen oder essen soll, mit wem sie sich treffen oder welchen Aktivitäten sie nachgehen soll – von Familienmitgliedern oder anderen Personen getroffen werden.

Die Förderung der Autonomie der Menschen ist für ihre psychische Gesundheit und ihr Wohlbefinden von entscheidender Bedeutung und stellt auch eine rechtliche Anforderung gemäss den internationalen Menschenrechtsnormen dar, namentlich der UN-BRK. Diese verlangt, dass die Staaten alle Systeme des stellvertretenden Entscheidens abschaffen, damit diese Menschen wie alle anderen auch ihre eigenen formellen und informellen Entscheidungen im Alltag treffen können. Sie verlangt weiter, dass Massnahmen zur unterstützten Entscheidungsfindung zur Verfügung gestellt werden, auch in Krisensituationen, und dass andere diese Entscheidungen respektieren müssen.^{37, 38}

Auch wenn es eine grosse Herausforderung darstellt, ist es wichtig, dass die Staaten Ziele definieren und Schritte vorschlagen, um Praktiken abzuschaffen, die das Recht auf Rechtsfähigkeit einschränken, wie etwa unfreiwillige Einweisungen und Behandlungen, und diese durch Praktiken zu ersetzen, die den Willen und die Präferenzen der Menschen beachten, gewährleisten, dass ihre informierte Zustimmung zur psychiatrischen Versorgung immer eingeholt und das Recht, eine Einweisung und Behandlung abzulehnen, ebenfalls respektiert wird. Dies kann in Diensten erreicht werden, in denen die Menschen genaue, umfassende und für sie verständliche Informationen über ihre Versorgung sowie Unterstützung bei der Entscheidungsfindung erhalten.

Eine mögliche Methode der unterstützten Entscheidungsfindung besteht darin, dass die betroffene Person eine Vertrauensperson oder ein Netzwerk von Personen benennt, die sie dabei unterstützen können, verschiedene Optionen abzuwägen und Entscheidungen zu treffen. Die Vertrauensperson oder -gruppe kann auch dabei helfen, diese Entscheidungen dem betreuenden Personal oder anderen Personen mitzuteilen. Wenn der Wille und die Präferenzen einer Person trotz erheblicher Bemühungen nicht ermittelt werden können, werden die Entscheidungen auf die beste Interpretation ihres Willens und ihrer Präferenzen abgestützt. Unterstützte Entscheidungsfindung kann niemandem als Bedingung aufgezwungen werden, dass ihre oder seine Entscheidungen respektiert werden.

Eine weitere Möglichkeit zur Umsetzung der unterstützten Entscheidungsfindung ist die Verwendung von gesundheitlichen Vorausplanungen, die unter anderem Aussagen über den Willen und die Präferenzen der Menschen in Bezug auf die Pflege und Unterstützung, die sie erhalten, umfassen.^{37, 39} Mithilfe dieser Vorausplanung können Menschen überlegen und festhalten, was geschehen soll, wenn sie in Zukunft in eine Krise oder Notlage geraten. Die Person kann darin angeben, unter welchen Umständen eine Vorausplanung zur Anwendung gelangen soll, und eine oder mehrere Personen bezeichnen, die ihr bei der Kommunikation, der Vertretung oder in einer anderen Form (z. B. Unterstützung bei der Entscheidungsfindung oder bei den Aufgaben des täglichen Lebens) beistehen sollen. Diese Pläne können des Weiteren auch Informationen zu folgenden Themen enthalten: Behandlung, was mit der Wohnung geschehen soll, wenn die Person beschliesst, für kurze Zeit in eine Einrichtung zu gehen, wer sich um persönliche Angelegenheiten kümmern soll und wer kontaktiert werden soll beziehungsweise nicht kontaktiert werden soll.

Die Achtung der Rechtsfähigkeit von Menschen kann in vielen Situationen komplex und herausfordernd sein, und bisher hat noch kein Land diese Anforderung der UN-BRK voll und ganz erfüllt. Es gibt viele Situationen, in denen der Wille und die Präferenzen der Menschen nicht bekannt sind, und es kann sein, dass selbst die beste Interpretation am Schluss nicht den tatsächlichen Willen und die Präferenzen einer Person widerspiegelt. In solchen Situationen geht es darum, die Praktiken zu evaluieren, daraus zu lernen und sie allenfalls zu ändern, um ähnliche Situationen in Zukunft zu vermeiden. Detaillierte Informationen über Strategien zur Förderung und zum Schutz des Willens und der Präferenzen von Menschen, auch in schwierigen Situationen, sind in den [WHO-QualityRights-Schulungsmodulen](#) zu finden. Abgedeckt werden: unterstützte Entscheidungsfindung und Vorausplanung³⁹, Rechtsfähigkeit und das Recht, Entscheidungen zu treffen³⁸, Freiheit von Zwang, Gewalt und Missbrauch¹⁰ und Strategien zur Abschaffung von Isolation und Fixierung.⁴⁰

Zwangsfreie Praktiken

Unter Zwangsmassnahmen versteht man das Drängen, Drohen oder Zwingen, um eine Person dazu zu bringen, etwas gegen ihren Willen zu tun.⁴¹ In diesem Sinne gehört zu den Zwangsmassnahmen auch die Verweigerung des Rechts der Menschen, ihre Rechtsfähigkeit auszuüben. Im Zusammenhang mit der psychiatrischen Versorgung können Zwangsmassnahmen beispielsweise die nichtfreiwillige Einweisung, die nichtfreiwillige Behandlung, die Isolierung und die Anwendung körperlicher, mechanischer oder chemischer Zwangsmittel sein.

Viele Anspruchsgruppen fordern heute die Abschaffung von Zwangsmassnahmen in psychiatrischen und verwandten Diensten und die Einführung von Alternativen. Das in der UN-BRK verbürgte Recht auf Freiheit und Sicherheit stützt Massnahmen gegen Zwangsmassnahmen, da es die Freiheitsentziehung aufgrund einer Behinderung untersagt.⁴² Dieses Recht stellt Dienste, die Politik und Gesetze von Staaten, die unfreiwillige Einweisungen aufgrund einer diagnostizierten oder wahrgenommenen Erkrankung oder Behinderung zulassen, massiv infrage, selbst wenn zusätzliche Gründe oder Kriterien für die Einweisung angeführt werden, wie etwa eine «Behandlungsbedürftigkeit», «Gefährlichkeit» oder «mangelnde Einsicht».⁴³

Mehrere weitere Rechte der UN-BRK, darunter die Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe sowie die Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch,

verbieten ebenfalls Zwangsmassnahmen⁴⁴ wie Zwangseinweisungen und Zwangsbehandlungen, Isolierung und Fixationsmassnahmen sowie die Verabreichung von antipsychotischen Arzneimitteln, Elektrokonvulsionstherapie (EKT) und Psychochirurgie ohne informierte Zustimmung.^{45, 46, 47, 48}

Die vermeintliche Notwendigkeit von Zwang ist in den psychiatrischen Versorgungssystemen tief verankert, auch in der Aus- und Fortbildung, und wird durch nationale Gesetzgebungen im Bereich der psychischen Gesundheit und weiteren Bereichen verstärkt. Zwangsmassnahmen sind weit verbreitet und werden in Diensten weltweit immer mehr eingesetzt, obwohl nicht erwiesen ist, dass sie einen Nutzen bieten, und es hingegen deutliche Belege dafür gibt, dass sie zu physischen und psychischen Schäden oder gar zum Tod führen.^{43, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57} Menschen, an denen Zwangsmassnahmen angewendet werden, erleben diese eigenen Aussagen zufolge als Entmenschlichung oder Entmachtung, sie fühlen sich missachtet und von Entscheidungen über sie betreffende Angelegenheiten ausgeschlossen.^{58, 59} Viele erleben dies als eine Form von Trauma oder Retraumatisierung, die zu einer Verschlechterung ihres Zustands führt und ihr Leiden verstärkt.^{60, 61} Zwangsmassnahmen untergraben auch die Zuversicht und das Vertrauen der Menschen in das Personal der psychiatrischen Dienste massiv, mit der Folge, dass die Menschen darauf verzichten, Versorgung und Unterstützung in Anspruch zu nehmen.⁶² Der Einsatz von Zwangsmassnahmen hat auch einen negativen Einfluss auf das Wohlbefinden der Fachpersonen, die sie anwenden.⁶³

In vielen Fällen werden Zwangsmassnahmen von jenen, die sie anwenden, damit begründet, dass ein «Risiko» oder eine «Gefährlichkeit» bestehe,⁶⁴ was angesichts der möglichen Voreingenommenheit und Subjektivität Anlass zu Bedenken gibt.⁶⁵ Weitere wichtige Gründe sind das mangelnde Verständnis der negativen und nachteiligen Auswirkungen dieser Praktiken auf die Gesundheit, das Wohlbefinden, das Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl sowie die therapeutische Beziehung,⁵¹ das Fehlen alternativer Betreuungs- und Unterstützungsmöglichkeiten, der Mangel an Ressourcen, Wissen und Fähigkeiten, um mit herausfordernden Situationen, einschliesslich Krisensituationen, nichtkonfrontativ umzugehen, sowie eine negative Kultur in Diensten, in denen gemeinsame Werte, Überzeugungen, Einstellungen, Regeln und Praktiken der verschiedenen Mitglieder eines Dienstes unreflektiert akzeptiert und als selbstverständlich angesehen werden – als «so macht man das hier». Und nicht zuletzt werden manchmal auch Zwangsmassnahmen angewandt, weil sie in den nationalen Gesetzen vorgeschrieben sind.⁶⁶

Neben Änderungen der Gesetze und der Politik erfordert die Schaffung von Diensten ohne Zwangsmassnahmen (siehe [WHO-QualityRights-Schulungsmodule](#)) Massnahmen in verschiedenen Bereichen:

- i. Schulung des Personals zu Machtgefällen, Hierarchien und dazu, wie diese zu Einschüchterung, Angst und Vertrauensverlust führen können;
- ii. dem Personal helfen, zu verstehen, was als Zwangsmassnahmen gilt und welche schädlichen Folgen ihre Anwendung hat;
- iii. systematische Schulung des gesamten Personals in Bezug auf den zwangsfreien Umgang mit Krisensituationen, einschliesslich Deeskalationsstrategien und Kommunikationspraktiken;
- iv. individuelle Planung mit den Menschen, welche die Dienstleistung in Anspruch nehmen, einschliesslich Krisenplänen und Patientenverfügungen;⁵¹
- v. Veränderung des physischen und sozialen Umfelds, um eine einladende Atmosphäre zu schaffen, einschliesslich des Einsatzes von «Komforträumen»⁶⁷ und «Einsatzteams»,⁶⁸ um konfliktträchtige oder anderweitig herausfordernde Situationen zu vermeiden oder zu bewältigen;

- vi. wirksame Mittel, um Beschwerden zu hören, darauf zu reagieren und daraus zu lernen; systematische Nachbesprechung nach jeder Zwangsanwendung im Bestreben, ähnliche Vorfälle in Zukunft zu vermeiden; und
- vii. Überlegungen und Veränderungen in Bezug auf die Rolle aller Akteure, einschliesslich der Justiz, der Polizei, der Fachleute des allgemeinen Gesundheitswesens und der ganzen Gemeinschaft.

Teilhabe

Seit jeher waren Menschen mit psychischen Belastungen oder psychosozialen Behinderungen von der Mitwirkung an Entscheidungsprozessen ausgeschlossen – nicht nur in Bezug auf ihre eigene Gesundheit und ihr Leben, sondern auch von gesellschaftlichen Entscheidungsprozessen. Dadurch werden sie aus allen Bereichen der Gesellschaft ausgegrenzt und der Möglichkeit beraubt, gleichberechtigt mit anderen Menschen an der Gesellschaft teilzuhaben und sich einzubringen. Dies gilt auch für den Bereich der psychischen Gesundheit, in dem Menschen trotz ihrem Wissen und ihrer Erfahrung in diesem Bereich weitgehend von der Mitwirkung in der Gestaltung und Erbringung von Leistungen und der Entwicklung politischer Massnahmen ausgeschlossen sind.

Die Präambel der UN-BRK bietet einen rechtlichen Rahmen, der die «Anerkennung des wertvollen Beitrags, den Menschen mit Behinderungen zum allgemeinen Wohl und zur Vielfalt ihrer Gemeinschaften leisten und leisten können», ausdrücklich festhält. Weiter heisst es dort, dass «Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben sollen, aktiv an Entscheidungsprozessen über politische Konzepte und über Programme mitzuwirken, insbesondere wenn diese sie unmittelbar betreffen». In der UN-BRK ist auch das Recht aller Menschen mit Behinderungen auf volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft und in das politische, öffentliche und kulturelle Leben verankert. Ausserdem werden die Regierungen verpflichtet, «aktiv ein Umfeld zu fördern, in dem Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit anderen wirksam und umfassend an der Gestaltung der öffentlichen Angelegenheiten mitwirken können».

Es wird zunehmend anerkannt, dass Betroffene aufgrund ihres Wissens und eigener Erfahrungen in diesem Bereich einen wichtigen Beitrag leisten und eine zentrale Rolle bei der Gestaltung, Entwicklung, Verbesserung oder Transformation von psychiatrischen Diensten sowie bei der Unterstützung und Erbringung direkter Dienste für andere spielen können, beispielsweise als Peer-Spezialisten, durch Peer-Unterstützung oder durch von Peers geleitete Krisendienste.⁶⁹

Die Bereitstellung von Diensten, die aktiv versuchen, das Wissen und die Erkenntnisse von Menschen, die psychosoziale Behinderungen erlebt haben, zu fördern und zu verstehen, welche Dienste für sie hilfreich sind, ist entscheidend für die Bereitstellung von Unterstützung, welche die Menschen wollen und als hilfreich empfinden. Die Dienste müssen die wichtige Rolle anerkennen, die Menschen mit entsprechender eigener Erfahrung bei allen Aspekten der Planung, Erbringung und Steuerung von Dienstleistungen zukommt.

Die wichtige und hilfreiche Rolle, die Menschen mit entsprechenden Erfahrungen beispielsweise durch Unterstützen anderer Betroffener spielen können, wird zunehmend anerkannt.^{70, 71, 72} Infolgedessen wird

die Peer-Unterstützung nach und nach in die psychiatrischen Dienste und Systeme integriert. Peer-basierte Interventionen sind integraler Bestandteil der Dienste und sollten Teil einer Bewegung sein, die darauf hinwirkt, den Menschen, die Versorgung und Unterstützung suchen, positivere Resonanz zu bieten.⁷³

Einbeziehung in die Gemeinschaft

Die Institutionalisierung von Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen, die über Jahrhunderte stattgefunden hat, führte häufig zu ihrem Ausschluss aus der Gesellschaft. Wenn Menschen nicht am normalen Familien- und Sozialleben teilnehmen können, werden sie aus den Gemeinschaften ausgegrenzt. Der erniedrigende und «verdummende» Charakter vieler psychiatrischer Einrichtungen und Pflegeheime hat dagegen verheerende Folgen für die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschen.

Die WHO setzt sich seit Langem für die Entwicklung von gemeindenahen Diensten und Unterstützungsmassnahmen für Menschen mit psychischen Belastungen und psychosozialen Behinderungen ein. Dies wird nun durch die UN-BRK gestützt, in der sich die Regierungen verpflichten, Menschen mit Behinderungen dabei zu unterstützen, unabhängig zu leben, wo und mit wem sie wollen,⁷⁴ und in dem Ausmass an ihren Gemeinschaften teilzuhaben, wie sie dies wünschen. Um dies zu erreichen, müssen psychiatrische Einrichtungen und Pflegeheime geschlossen werden, und alle psychiatrischen Dienste müssen das Recht der Menschen respektieren, frei und unabhängig zu bleiben und Dienstleistungen an einem Ort ihrer Wahl zu erhalten.

Darüber hinaus werden die Regierungen verpflichtet, bestehende Einrichtungen zu de-institutionalisieren, die psychiatrische Versorgung und Unterstützung in die allgemeinen Gesundheitsdienste zu integrieren und zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen «Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschliesslich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist». Ausserdem werden die Regierungen verpflichtet, Menschen mit Behinderungen Zugang zu denselben gemeinschaftsnahen Diensten und Einrichtungen zu gewähren wie allen anderen.⁴⁴

Eine wichtige Aufgabe der psychiatrischen Dienste besteht daher darin, die Menschen beim Zugang zu relevanten Diensten, Unterstützungsleistungen, Organisationen und Aktivitäten ihrer Wahl zu unterstützen, die ihnen helfen können, in der Gemeinschaft zu leben und eingebunden zu sein. Dazu gehört zum Beispiel die Erleichterung des Zugangs zu Sozialdiensten und -leistungen, zu Wohnraum, Beschäftigung und Bildungsmöglichkeiten (siehe Kapitel 3). Besonders in Krisenzeiten ist es wichtig, dass psychiatrische Dienste das Recht auf ein unabhängiges Leben in der Gemeinschaft respektieren und erfüllen, indem sie entsprechend dem Willen und den Präferenzen der Person dort Unterstützung anbieten, wo diese sich wohlfühlt, sei es im eigenen zuhause, bei Freunden oder Angehörigen, in einer psychiatrischen Einrichtung oder an einem anderen einvernehmlich festgelegten Ort.

Recovery-Ansatz

Der Recovery-Ansatz entstand als Reaktion auf die Unzufriedenheit mit der vorherrschenden Umsetzung vieler psychiatrischer Dienste und der Versorgung, die sich vorwiegend auf die Symptomlinderung konzentriert.

Der Recovery-Ansatz hängt nicht allein von den psychiatrischen Diensten ab. Viele Menschen können ihren eigenen Weg zur Genesung finden und tun dies auch. Sie finden natürliche und informelle Unterstützung im Freundes- und Familienkreis sowie in sozialen, kulturellen, religiösen und anderen Netzwerken und Gemeinschaften und können sich gegenseitig bei der Genesung unterstützen. Die Einführung des Recovery-Ansatzes in den psychiatrischen Diensten ist jedoch ein wichtiges Mittel, um zu gewährleisten, dass die Versorgung und Unterstützung der Menschen, welche Leistungen in Anspruch nehmen möchten, die Person im Kontext ihres gesamten Lebens und ihrer Erfahrungen betrachtet.

Auch wenn der Recovery-Ansatz in den verschiedenen Ländern unterschiedlich genannt werden mag, befolgen Dienste, die diesen Ansatz verfolgen, bestimmte Grundprinzipien. Sie sind nicht in erster Linie darauf ausgerichtet, Menschen zu «heilen» oder sie wieder «normal» zu machen. Stattdessen konzentrieren sich diese Dienste darauf, die Menschen dabei zu unterstützen, herauszufinden, was Genesung für sie selbst bedeutet. Sie unterstützen die Menschen dabei, die Kontrolle über ihre Identität und ihr Leben zu erlangen oder zurückzuerlangen, Hoffnung für die Zukunft zu haben und ein Leben zu führen, das für sie einen Sinn hat – sei es durch Arbeit, Beziehungen, Engagement in der Gemeinschaft oder einige oder alle diese Bereiche. Sie anerkennen, dass psychische Gesundheit und Wohlbefinden nicht in erster Linie davon abhängen, dass man «symptomfrei» ist, und dass Menschen psychische Probleme haben und dennoch ein erfülltes Leben führen können.⁷⁵

Recovery-orientierte Dienste (siehe [WHO-Quality-Rights-Schulungsmodule](#)) orientieren sich in der Regel an den folgenden fünf Dimensionen:^{76, 77}

- **Verbundenheit:** Dieser Grundsatz bedeutet, dass die Menschen gleichberechtigt mit allen anderen Menschen in ihre Gemeinschaft einbezogen werden müssen. Dies kann bedeuten, dass sie neue sinnvolle Beziehungen aufbauen, sich wieder mit Familie und Freunden verbinden oder auch mit Peer-Selbsthilfegruppen oder anderen Gruppen in der Gemeinschaft.
- **Hoffnung und Optimismus:** Obwohl jeder Mensch Hoffnung anders definiert, ist das Wesen der Hoffnung die Bestätigung, dass ein erfülltes Leben mit oder ohne «Symptome» möglich ist. Zudem schwingt die Überzeugung mit, dass sich die eigenen Umstände ändern können und/oder dass man in der Lage sein wird, mit einer Situation umzugehen oder sie zu überwinden. Daher müssen Träume und Hoffnungen ermutigt und wertgeschätzt werden.
- **Identität:** Der Recovery-Ansatz kann Menschen dabei unterstützen, sich selbst zu schätzen, ihr Selbstbewusstsein und ihren Selbstwert zu stärken und Stigmatisierung, Vorurteile anderer sowie Selbstunterdrückung und Selbststigmatisierung zu überwinden. Dieser Ansatz basiert auf der Achtung der Menschen und ihrer einzigartigen Identität und Fähigkeit zur Selbstbestimmung und anerkennt, dass die Menschen selbst die Expertinnen und Experten für ihr eigenes Leben sind. Dabei geht es nicht nur um die persönliche Identität, sondern auch um die ethnische und kulturelle Identität.

- Bedeutung und Sinn: Die Genesung unterstützt die Menschen dabei, ihr Leben neu aufzubauen und Bedeutung und Sinn entsprechend ihren eigenen Entscheidungen und Präferenzen zu finden oder wiederzufinden. Dies bedeutet, dass Formen der Heilung respektiert werden, die über biomedizinische oder psychologische Interventionen hinausgehen können.
- Befähigung zur Selbstbestimmung: Selbstbefähigung steht seit Beginn im Zentrum des Recovery-Ansatzes und besagt, dass Kontrolle und Wahlmöglichkeit für die Genesung einer Person entscheidend und untrennbar mit der Rechtsfähigkeit verbunden sind.⁷⁸

1.4 Fazit

Die Umsetzung eines menschenrechtsbasierten und recovery-orientierten Ansatzes setzt voraus, dass die Dienste die sozialen Faktoren der psychischen Gesundheit berücksichtigen und sowohl auf die unmittelbaren als auch auf die längerfristigen Bedürfnisse der Menschen eingehen. Dazu gehört auch, dass die Menschen dabei unterstützt werden, Bedeutung und Sinn im Leben zu finden oder wiederzufinden, und dass ihnen geholfen wird, alle wichtigen Bereiche ihres Lebens zu erkunden – Beziehungen, Arbeit, Familie, Bildung, Spiritualität, künstlerische und intellektuelle Beschäftigungen, Politik und so weiter.

In diesem Zusammenhang müssen die psychiatrischen Dienste die Rechtsfähigkeit der Menschen respektieren, das heisst auch ihre Wahlmöglichkeiten und Entscheidungen hinsichtlich der Behandlung und Versorgung. Sie müssen Wege finden, die Menschen zu unterstützen, ohne auf Zwang zurückzugreifen, und sie müssen sicherstellen, dass Menschen, die psychische Erkrankungen und psychosoziale Behinderungen selbst erlebt haben, mitwirken und Einblick geben können, wie ein guter Dienst ausgestaltet sein sollte. Schliesslich sollten die psychiatrischen Dienste auch auf die Expertise und die Erfahrung von Peer-Mitarbeitenden zurückgreifen, die andere auf ihrem Genesungsweg so unterstützen, wie es ihren Bedürfnissen, Wünschen und Erwartungen entspricht.

Dies zu erreichen, ist kein leichtes Unterfangen. Viele Herausforderungen begleiten die Umsetzung dieses Ansatzes angesichts der ressourcenbezogenen sowie politischen und rechtlichen Einschränkungen, mit denen viele Dienste konfrontiert sind. Es gibt jedoch diverse Beispiele von psychiatrischen Diensten aus verschiedenen Regionen der Welt, die konkret zeigen, dass es machbar ist. Die im folgenden Kapitel vorgestellten Beispiele guter Praxis arbeiten erfolgreich innerhalb eines breiten Spektrums von rechtlichen Rahmenbedingungen und schützen dabei die Menschenrechte, vermeiden Zwang und fördern die Rechtsfähigkeit. Sie zeigen, wie es gemacht werden kann, und dienen politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern und Leistungserbringern in aller Welt als Inspiration und Anregung.

2 Good-Practice-Dienste, die Rechte und Genesung fördern

Im ersten Kapitel wurden die erheblichen Anstrengungen beschrieben, die Staaten unternehmen müssen, um ihre psychiatrische Versorgung zu transformieren und auf die Menschenrechte und die Recovery-Grundsätze auszurichten. In diesem Kapitel soll die Anwendung dieser Grundsätze veranschaulicht werden. Dazu werden im Folgenden Dienste, die wichtige Schritte in diese Richtung unternommen haben, als Beispiele guter Praxis vorgestellt. Dabei geht es nicht darum, Vorgaben zu machen, sondern vielmehr darum, aufzuzeigen, was aus ihren jeweiligen unterschiedlichen Erfahrungen gelernt werden kann. Insbesondere aus den Mechanismen und Strategien, die zur Achtung und Förderung der Menschenrechte und des Recovery-Ansatzes eingeführt wurden, lassen sich wertvolle Lehren ziehen, die den Staaten bei der Gestaltung und Entwicklung ihrer eigenen psychiatrischen Dienste in ihrem jeweiligen nationalen Kontext helfen können. Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass die vorgestellten Dienste zwar konzertierte Anstrengungen zur Förderung der Menschenrechte und des Recovery-Ansatzes unternommen haben, dabei aber keineswegs perfekt sind. Dennoch sind sie gute Beispiele dafür, was erreicht werden kann, wenn Menschenrechte und Genesung im Fokus der Unterstützung stehen, zumal diese Dienste in den meisten Fällen unter einschränkenden rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen und innerhalb von Gesundheitssystemen arbeiten, in denen die psychiatrischen Dienste unterschiedlich weit entwickelt sind.

Die vorgestellten Good-Practice-Dienste wurden über vier Hauptquellen ermittelt:

Literaturreviews, eine umfassende Internetrecherche, eine Onlinekonsultation und bestehende WHO-Netzwerke und -Mitarbeitende. Jeder Dienst durchlief ein Auswahlverfahren, das auf den fünf spezifischen Menschenrechts- und Recovery-Kriterien basierte: Achtung der Rechtsfähigkeit, zwangsfreie Praktiken, Teilhabe, Einbeziehung in die Gemeinschaft und Recovery-Ansatz. Die ausgewählten Dienste wurden in sieben verschiedene Kategorien der Leistungserbringung unterteilt: Krisendienste, spitalbasierte Dienste, Gemeindezentren, aufsuchende Dienste, betreutes Wohnen und Peer-Unterstützung. In Anhang 1 wird die Methodik im Detail dargestellt.

Auf den folgenden Seiten werden die einzelnen Kategorien vorgestellt, gefolgt von Kurzprofilen der jeweiligen Good-Practice-Dienste. Ausführlichere Beschreibungen dieser Dienste sind in den sieben Anwendungs-Paketen zu diesen Leitlinien zu finden. Kein Dienst kann perfekt und eindeutig einer Kategorie zugeordnet werden, denn jeder übernimmt eine Vielzahl von Funktionen, die eine oder mehrere der anderen Kategorien berühren – beispielsweise kann ein Krisendienst Teil eines umfassenderen spitalbasierten Dienstes sein. Dies wurde in den Kategorisierungen zu Beginn jeder Beschreibung eines Dienstes berücksichtigt.

Die Bereitstellung gemeindenaher psychiatrischer Dienste, die den Menschenrechtsprinzipien entsprechen, stellt für alle Staaten einen erheblichen Praxiswandel dar und gibt sehr hohe Standards vor – und dies in einem Kontext, in dem heute nicht genügend personelle und finanzielle Ressourcen in die psychische Gesundheit investiert werden. Die in den Kapiteln über spitalbasierte Dienste sowie Krisendienste beschriebenen Dienste befinden sich alle in Ländern mit hohem Einkommen. Einige einkommensschwache Länder könnten davon ausgehen, dass die Beispiele aus einkommensstarken Ländern nicht geeignet oder nützlich sind, und ebenso könnten einkommensstarke Länder die Beispiele aus einkommensschwachen

chen Ländern unbeachtet lassen. Neue Arten von Diensten und Praktiken können auch teils kritische Fragen und Bedenken aufwerfen, die von verschiedener Anspruchsgruppen ausgehen, wie von politischen Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträgern, Fachleuten, Angehörigen und Betreuungspersonen oder Menschen, welche die Dienste in Anspruch nehmen.

Die in dieser Leitlinie beschriebenen psychiatrischen Dienste sind nicht als Best Practice zu verstehen. Vielmehr sollen sie das breite Potenzial gemeindenaher psychiatrischer Dienste aufzeigen, die Menschenrechte und Genesung fördern. Sie stellen eine Auswahl an bewährten Verfahren dar, die Staaten auf ihre wirtschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen anpassen können. Das Ziel soll sein, von den Grundsätzen und Praktiken zu lernen, die für die Bereitstellung gemeindenaher, menschenrechtsbasierter und recovery-orientierter psychiatrischer Dienste relevant und auf den eigenen Kontext übertragbar sind.

2.1 Krisendienste

Der Zweck von Krisendiensten ist es, Menschen in akuten psychischen Notlagen zu unterstützen. Gerade in diesen Diensten besteht jedoch ein erhöhtes Risiko, dass die Menschenrechte der Betroffenen verletzt werden, zum Beispiel durch Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung oder die Anwendung von Zwangsmassnahmen wie Isolation und körperliche, mechanische und chemische Zwangsmittel. Solche Praktiken sind erwiesenermassen schädlich für die psychische, emotionale und körperliche Gesundheit der Menschen und führen manchmal gar zum To.^{49, 50, 64}

Im folgenden Kapitel wird eine Auswahl von Krisendiensten vorgestellt, die eine wirksame Versorgung und Unterstützung bieten, ohne auf Gewalt oder Zwang zurückzugreifen, und die das Recht auf Rechtsfähigkeit und weitere Menschenrechte achten. Solche Leistungen können auf unterschiedliche Weise erbracht werden. Einige Dienste unterstützen Menschen zu Hause, wo sie ihnen in interdisziplinären Teams helfen, die Krise zu überwinden. Andere bieten Versorgung und Unterstützung in «Erholungszentren oder -häusern» an, d.h. in gemeindenahen Unterkünften für zeitlich befristete Aufenthalte, die eine kurzfristige Auszeit vom gewohnten Alltagsleben ermöglichen.

Alle in diesem Kapitel vorgestellten Dienste verfolgen einen ganzheitlichen und personenzentrierten Ansatz bei der Versorgung und Unterstützung. Sie anerkennen, dass es keine allgemeingültige Definition gibt, was eine Krise ist, und dass das, was eine Person als Krise erlebt, von jemand anderem vielleicht nicht als solche empfunden wird. Die hier vorgestellten Dienste betrachten die Krise als eine ganz persönliche und damit einzigartige und subjektive Erfahrung, deren Bewältigung je nach Person ein unterschiedliches Mass an Unterstützung erfordert.

Die in diesem Kapitel vorgestellten Dienste, die einen menschenrechtsbasierten Recovery-Ansatz verfolgen, achten besonders auf die Machtasymmetrien innerhalb des Dienstes. Viele legen auch hohes Gewicht auf eine sinnvolle Einbindung von Peers und darauf, einen sicheren Raum und eine angenehme Umgebung zu bieten, in der die Krise überwunden werden kann. Alle betonen die Bedeutung der Kommunikation und des Dialogs mit den Menschen, welche die Krise erleben, und betrachten den Menschen selbst als die Expertin oder den Experten, was den eigenen Betreuungs- und Unterstützungsbedarf angeht.

Die Menschen, die von den hier vorgestellten Krisendiensten unterstützt werden, werden zu keinem Zeitpunkt aus dem Gemeinschaftsleben ausgeschlossen. Viele Dienste beziehen die Familie und enge Freunde

aktiv in die Betreuung und Unterstützung der Betroffenen mit ein, sofern diese damit einverstanden sind. Darüber hinaus sind diese Krisendienste gut mit anderen in der Gemeinschaft verfügbaren Ressourcen vernetzt. Sie können die betroffene Person mit dem externen System verbinden und ihr helfen, sich darin zurechtzufinden, um sicherzustellen, dass sie auch nach der Krise unterstützt wird.

Insgesamt beweist der Erfolg dieser Dienste, dass bei der Krisenbewältigung weder Gewalt noch Zwang nötig sind und dass Kommunikation und Dialog, informierte Zustimmung, die Einbindung von Peers, Flexibilität bei der Unterstützung und die Achtung der Rechtsfähigkeit zu einer qualitativ hochwertigen Versorgung und Unterstützung führen, die auf die Bedürfnisse der Menschen eingeht.

2.1.3 Open-Dialogue-Krisendienst Lapland, Finnland

«Open Dialogue» ist eine spezifische Methode für die Arbeit mit Einzelpersonen und Familien, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind. Sie wurde in Westlapland, Finnland, in der Nähe des Polarkreises entwickelt und nutzt Elemente der psychodynamischen Einzeltherapie und der systemischen Familientherapie, wobei der Schwerpunkt auf der zentralen Bedeutung von Beziehungen und der Förderung der Verbundenheit durch die Einbeziehung von Angehörigen und Netzwerken liegt. Der Open-Dialogue-Ansatz durchdringt alle Elemente der psychiatrischen Dienste in Westlapland. Die vorliegende Zusammenfassung dieses Dienstes konzentriert sich auf den Open-Dialogue-Krisendienst.

Primäre Klassifizierung:

Krisendienst

Andere Klassifizierungen:

- Gemeindezentrum für psychische Gesundheit Aufsuchender Dienst
 Peer-Unterstützung Krisendienst Spitalbasierter Dienst Betreutes Wohnen

Verfügbarkeit an verschiedenen Standorten:

- Ja Nein

Evidenz:

- Publierte Literatur Graue Literatur Keine

Finanzierung:

- Staatlicher Gesundheitssektor Staatlicher Sozialsektor Krankenversicherung
 Gebermittel Selbstzahler

Beschreibung des Dienstes

Der Open-Dialogue-Krisen- und Hausbetreuungsdienst ist beim Keropudas-Spital in der Stadt Tornio angesiedelt und wird vom Keropudas-Ambulatorium koordiniert und verwaltet. Er versorgt ganz Westlapland und koordiniert sich mit anderen Ambulatorien und Diensten in der Region. Das Keropudas-Spital ist

ausschliesslich auf die psychische Gesundheit ausgerichtet und bietet mit seiner psychiatrischen Abteilung mit 22 Betten eine stationäre Versorgung für alle Gemeinden Westlapplands. Das Team des Open-Dialogue-Krisendienstes besteht aus 16 Pflegefachpersonen, einem Sozialarbeiter, einem Psychiater, einem Psychologen, einem Ergotherapeuten und einem Sekretär. Auch Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung und Peer-Mitarbeitende sind in die Arbeit der Klinik involviert, die als Teil des öffentlichen Gesundheitswesens von Finnland durchschnittlich 100 neue Personen pro Monat betreut.

Der Krisendienst bietet psychotherapeutische Hilfe für Menschen, die sich in einer psychischen Krise befinden, einschliesslich bei psychotischen Symptomen, und ist 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche, per Telefon, Textnachricht, E-Mail oder persönlich (Walk-in) erreichbar. Der Dienst ist die zentrale Anlaufstelle bei Krisensituationen in Westlappland und ist bestrebt, auf jede Überweisung umgehend zu reagieren, und in jedem Fall spätestens innerhalb von 24 Stunden, es sei denn, die betroffene Person wünscht ausdrücklich eine längere Frist.

Sobald der Kontakt hergestellt ist, organisiert das Teammitglied, das die Erstanfrage erhalten hat, ein fallspezifisches Team, dem Mitarbeitende des Krisendienstes und manchmal auch anderer Dienste wie Sozialarbeitende angehören. Dieses Team arbeitet mit der krisenbetroffenen Person so lange, wie die Unterstützung benötigt wird. Regelmässige Teambesprechungen mit der betroffenen Person finden je nach deren Wunsch bei ihr zu Hause oder in den Räumlichkeiten des Dienstes statt – wenn nötig auch täglich. Zur Konsultation werden auch die Familie und/oder das Unterstützungsnetzwerk der Person hinzugezogen, sofern diese einverstanden ist.

Der Mehrwert des Dienstes liegt vor allem in der Flexibilität, der Mobilität und der Kontinuität der Versorgung durch das Betreuungsteam. Der Dienst hat sich zum Ziel gesetzt, den Einsatz von Medikamenten auf ein Minimum zu reduzieren, vollkommen transparent zu sein und sicherzustellen, dass die Person und ihre Meinung bei allen Diskussionen und Entscheidungen betreffend ihre Betreuung im Zentrum stehen. Open Dialogue versucht, das Potenzial des Klienten zur Selbsterkundung, Selbsterklärung und Selbstbestimmung zu fördern.

Grundprinzipien des Dienstes

Achtung der Rechtsfähigkeit

Ein zentraler Grundsatz des Open Dialogue besteht darin, dass die Person, welche die Dienstleistung in Anspruch nimmt, die Entscheidungen über die Behandlung trifft und das Behandlungsteam ihr vollumfänglich zur Verfügung steht, sie so weit zu unterstützen, wie sie dies wünscht. Indem er die Voraussetzungen für einen echten Dialog schafft, will der Dienst die Würde der Person und die Achtung ihrer Rechtsfähigkeit fördern. Die Teammitglieder wirken darauf hin, eine Situation zu schaffen, in der alle Stimmen gleichermaßen gehört werden. Der therapeutische Betreuungsplan entsteht aus diesem Dialog.

Das Open-Dialogue-Krisenteam ist zudem bestrebt, für die Machtunterschiede in Krisenzeiten sensibel zu sein. Diese können dazu führen, dass die Menschen, die den Dienst in Anspruch nehmen, ihre Bedürfnisse und Präferenzen nicht mehr artikulieren können. Der Dienst behandelt das Thema Macht und die Frage, wie man mit dem Ungleichgewicht umgehen und es minimieren kann, sowohl in der Ausbildung als auch der Begleitung der Teammitglieder. Patientenverfügungen kommen weder im Krisendienst noch im übrigen Finnland zum Einsatz.

Zwangsfreie Praktiken

Der Krisendienst bemüht sich, Zwangsmassnahmen zu vermeiden, indem er versucht, angespannte Situationen zu deeskalieren. Verweigert eine Person die Einnahme von Medikamenten, wird ihr nicht mit einer Spitaleinweisung gedroht, sondern es wird verhandelt, um eine sichere und akzeptable Lösung für diese Situationen zu finden. Die Mitarbeitenden des Dienstes sind im Umgang mit aktueller oder potenzieller Aggression⁹⁵ als Deeskalationsmassnahme geschult. Trotz der Verfahren zur Vermeidung von Zwangsmassnahme werden jedoch gelegentlich Menschen gegen ihren Willen in die stationäre Abteilung des Keropudas-Spitals eingewiesen und dort behandelt, wenn keine andere Möglichkeit übrigbleibt, um die Sicherheit der Menschen zu gewährleisten.

Einbeziehung in die Gemeinschaft

Das Hauptziel des Dienstes besteht darin, Menschen in Krisensituationen zu unterstützen, um einen Spitalaufenthalt zu vermeiden. Daher findet der Grossteil der Arbeit des Krisendienstes in der Gemeinschaft statt. Der Dienst arbeitet eng mit Schulen, Ausbildungseinrichtungen und Arbeitgeber sowie mit anderen Organisationen zusammen, die Unterstützung leisten können. An Sitzungen können Akteure aus verschiedenen Teilen des Unterstützungsnetzwerks der Person teilnehmen, darunter Angehörige, Nachbarinnen und Nachbarn, Freunde, Lehrpersonen, Sozialarbeitende und Arbeitgeber sowie traditionelle Heilerinnen oder Heiler usw..⁹⁶ Die Dienstleistungsnutzenden können auf Wunsch auch einzelne Therapeutinnen oder Therapeuten konsultieren und an wöchentlichen körperlichen Aktivitäten wie Schwimmen, Golf usw. teilnehmen.

Teilhabe

Obwohl Peer-Mitarbeitende im finnischen Gesundheitssystem nicht anerkannt sind, beschäftigt der Open-Dialogue-Krisendienst vier Peer-Mitarbeitende auf Beratungsbasis. Sie sind vor allem in der Ausbildung und im Management tätig, organisieren und moderieren aber auch Selbsthilfegruppentreffen. Sie können mit einzelnen Personen arbeiten und an Sitzungen teilnehmen, gelten aber nicht als vollwertige Mitglieder der fallbezogenen Teams. Seit 2014 hat der Dienst eine neue Form der Schulung entwickelt, an der sowohl Fachleute als auch Peers beteiligt sind. Diese Schulung wird als Möglichkeit angesehen, die Sichtweise der Peers stärker einzubringen.

Recovery-Ansatz

Das Open-Dialogue-Modell vereint Elemente der psychodynamischen Einzeltherapie und der systemischen Familientherapie in einer einzigen Intervention mit der die Dienstleistung nutzenden Person und ihrer Familie. Der Schwerpunkt des Modells liegt auf der zentralen Bedeutung von Beziehungen und Werten sowie dem Verstehen unterschiedlicher Perspektiven und steht damit im Einklang mit dem Recovery-Ansatz. Das Modell stärkt die Selbstbefähigung der Person, welche die Dienstleistung in Anspruch nimmt, indem die Verwendung von Fachsprache vermieden und stattdessen versucht wird, die Erfahrungen der Person zu normalisieren und sinnvoll zu nutzen. Die Person wird in diesem Modell auch ermutigt, aktiv mitzuentcheiden, wie Probleme diskutiert und angegangen werden sollen.

Evaluation des Dienstes

Mit jährlichen anonymisierten Umfragen wird systematisch direktes Feedback von den Nutzerinnen und Nutzern des Dienstes eingeholt. In einer registerbasierten Kohortenstudie aus dem Jahr 2018 wurden die Outcomes des Open Dialogue im Vergleich zu einer grossen finnlandweiten Kontrollgruppe über einen Zeitraum von etwa 19 Jahren bewertet. Die Dauer der stationären Behandlung, die dauernde Erwerbsunfähigkeit und der Bedarf an neuroleptischen Medikamenten waren in der Open-Dialogue-Kohorte deutlich tiefer.⁹⁷ Ausserdem wurde berichtet, dass die Teilnehmenden des Open Dialogue im Vergleich zu den konventionell Behandelten hinsichtlich der Arbeit bessere Ergebnisse zeigten.⁹⁸ Eine andere nationale Kohortenstudie, die sich über einen Zeitraum von fünf Jahren erstreckte, ergab, dass das Einzugsgebiet Westlappland die niedrigsten Werte in Finnland in Bezug auf die Dauer der stationären Behandlung im Spital und der dauerhaften Erwerbsunfähigkeit aufwies.⁹⁹ Qualitative Studien zeigten ausserdem, dass die Menschen, die den Dienst in Anspruch nehmen, sowie deren Angehörige und die beteiligten Fachleute ihn positiv bewerten.¹⁰⁰

Kosten und Kostenvergleiche

Der Krisendienst ist für die Nutzerinnen und Nutzer kostenlos, allerdings wird geschätzt, dass ein Dialog-Netzwerktreffen von 60 bis 120 Minuten EUR 130–400 kostet (Kurtti M, Western Lapland Health Care District, persönliche Mitteilung, 2021). Da es sich um eine staatlich finanzierte Dienstleistung des Gesundheitssektors handelt, erfolgt die Finanzierung über die Steuereinnahmen der lokalen Gemeinden. Die staatliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten für einige Medikamente und private Psychotherapie, und Neuroleptika werden kostenlos zur Verfügung gestellt. Die lokale Organisation der Finanzierung des Gesundheitswesens in Finnland ermöglicht erhebliche Investitionen in die Ausbildung des Personals.

2.2 Spitalbasierte Dienste

Psychiatrische Dienste in Allgemeinspitäler bieten Behandlung und Pflege in stationären psychiatrischen Abteilungen oder über ambulante oder aufsuchende Dienste. Historisch gewachsen umfassen die spitalbasierten psychiatrischen Dienste in vielen Ländern psychiatrische Kliniken oder Pflegeheime, die von der restlichen Gemeinschaft isoliert waren. Die Menschen verbrachten oft Wochen, Monate oder gar Jahre in solchen Einrichtungen, die häufig mit umfangreichen Zwangsmassnahmen und Menschenrechtsverletzungen einhergingen, darunter Gewalt, Missbrauch und Vernachlässigung, unfreiwillige Einweisung und Behandlung, Isolation und Anwendung von körperlichen, mechanischen und chemischen Zwangsmitteln sowie unmenschliche und erniedrigende Lebensbedingungen.^{8, 106, 107}

Die in diesem Kapitel vorgestellten Dienste weichen von diesem Modell ab und bieten stattdessen eine spitalbasierte Versorgung in Allgemeinspitälern an, die in das allgemeine Gesundheitssystem und in die übrige Gemeinschaft integriert sind. Diese Dienste sind so organisiert, dass die Menschen möglichst wenig Zeit in der stationären Versorgung verbringen und während ihres gesamten Aufenthalts mit ihren Unterstützungsnetzwerken verbunden bleiben. Die Dienste wirken darauf hin, die Menschen über das Spital hinaus mit anderen gemeindenahen Diensten und Hilfen zu verbinden, um ihnen die Rückkehr in ihr Leben und ihre Gemeinschaft zu erleichtern.

Darüber hinaus verfügen alle vorgestellten Dienste über Verfahren zur Vermeidung von Zwangsmassnahmen. Diese Dienste bemühen sich auch, das Recht der Menschen auf eine informierte Zustimmung und die Möglichkeit, selbst über die Behandlung und andere Angelegenheiten zu entscheiden, zu respektieren. So können sie beispielsweise ermutigt werden, Patientenverfügungen oder Krisenpläne zu erstellen oder an anderen Initiativen zur Förderung der Entscheidungsfindung und Autonomie teilzunehmen.

Die schrittweise Abschaffung eigenständiger psychiatrischer Kliniken und Pflegeheime zugunsten gemeindenaher Alternativen ist von entscheidender Bedeutung. Es muss sichergestellt werden, dass die Menschen eine Versorgung und Unterstützung erhalten, die ihren Bedürfnissen entspricht und ihre Menschenrechte achtet. Psychiatrische Dienste, die in Allgemeinspitälern angeboten werden, können bei der Erreichung dieser Ziele hilfreich sein, wenn sie als Teil einer ganzen Reihe von gemeindenahen Diensten und Unterstützungsleistungen erbracht werden. Solche Dienstleistungen, die ohne Zwangsanwendung erbracht werden, können den Willen, die Präferenzen und die Autonomie einer Person respektieren und sie auf ihrem Genesungsweg unterstützen. Die Beispiele in diesem Kapitel zeigen, dass eine qualitativ hochwertige psychiatrische Versorgung und Unterstützung auch in Allgemeinspitälern möglich ist und eine Option für Menschen darstellt, die glauben, dass sie von spitalbasierten Diensten profitieren würden.

2.2.2 Kliniken Landkreis Heidenheim gGmbH, Heidenheim, Deutschland

Die Kliniken Landkreis Heidenheim sind das einzige Allgemeinspital in Heidenheim, einer kleinen ländlichen Stadt in Baden-Württemberg im Südwesten von Deutschland. 2017 wurde Heidenheim zu einer Modellregion für psychische Gesundheit nach § 64b des deutschen Sozialgesetzbuchs (SGB V), wodurch die psychiatrischen Dienste innerhalb eines vereinbarten Jahresbudgets volle Flexibilität erhalten. ¹¹⁹ Diese Innovation ermöglichte dem Spital die Einführung eines flexiblen, nutzerorientierten und gemeindenahen psychiatrischen Dienstes, der als Leuchtturmodell bezeichnet wurde, vor allem aufgrund seiner Fokussierung auf die Prävention von Zwangsanwendung.

Primäre Klassifizierung:

Spitalbasierter Dienst

Andere Klassifizierungen:

- Gemeindezentrum für psychische Gesundheit Aufsuchender Dienst
 Peer-Unterstützung Krisendienst Spitalbasierter Dienst Betreutes Wohnen

Verfügbarkeit an verschiedenen Standorten:

- Ja Nein

Evidenz:

- Publierte Literatur Graue Literatur Keine

Finanzierung:

- Staatlicher Gesundheitssektor Staatlicher Sozialsektor Krankenversicherung
 Gebermittel Selbstzahler

Beschreibung des Dienstes

Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Landkreises Heidenheim wurde 1994 gegründet. Sie versorgt die 130 000 Einwohnerinnen und Einwohner des Landkreises sowie Menschen aus den benachbarten Landkreisen. Der Dienst ist rund um die Uhr an 365 Tagen im Jahr für Menschen mit schwereren psychischen Belastungen da und ist ein wesentlicher Bestandteil des vom Kreisrat koordinierten gemeindepsychiatrischen Verbunds.¹²⁰ Alle Dienste stehen ohne Wartezeiten zur Verfügung, darunter ambulante Dienste, stationäre Dienste, Tageskliniken sowie Home Treatment (Betreuung und Unterstützung zu Hause). Ein flexibler Wechsel von stationärer Behandlung zu Home Treatment oder zu tagesklinischer Versorgung ist jederzeit möglich. Solche Änderungen basieren auf dem Willen und den Präferenzen der Betroffenen und werden mit ihnen, dem klinischen Team, ihren Angehörigen und Unterstützungsnetzwerken besprochen. Da die verschiedenen Dienste eng aufeinander abgestimmt sind und in der Tat von denselben Teams geleitet werden, folgt die Betreuung, auch wenn eine Person zwischen den Diensten wechselt, einem kohärenten Genesungsplan.

Es gibt drei stationäre Abteilungen für Erwachsene, die für Menschen mit den unterschiedlichsten Diagnosen zugänglich sind, und eine Tagesklinik. Der Dienst wird von vier Teams geleitet: Drei sind für die stationären Abteilungen und ein Team ist für die Tagesklinik zuständig. Es gibt kein separates Team für das Home Treatment, da alle vier Teams eigene Behandlungsmöglichkeiten zu Hause anbieten. Es stehen 79 Betten zur Verfügung, und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 21 Tage. Zwei der drei Abteilungen bieten Dienstleistungen für Menschen mit Diagnosen wie Depression, Psychose, Demenz, Persönlichkeitsstörungen und traumabedingten Störungen. Die Nutzerinnen und Nutzer können frei aus dem therapeutischen Angebot wählen. Dieses umfasst Gruppen- und Einzelpsychotherapie, Peer-Unterstützung, soziale Unterstützung sowie Kunst-, Tanz-/Bewegungs- und Ergotherapie. Auf Wunsch können diese Leistungen auch bei Hausbesuchen erbracht werden.

In der dritten stationären Abteilung werden Menschen mit Suchtproblemen und vielen der oben genannten Diagnosen stationär oder tagesklinisch behandelt. Für Menschen mit Alkohol- und Drogenabhängigkeit wird ein strukturiertes Programm angeboten, das Einzel- und Gruppentherapiesitzungen, Selbsthilfegruppentreffen und Ergotherapie umfasst. Für Nutzerinnen und Nutzer der dritten Abteilung ohne Suchtproblematik gibt es ein separates Programm mit Einzel- und Gruppentherapie sowie Kunst-, Tanz-/Bewegungs- und Ergotherapie. Wöchentlich finden auf den Stationen Peer-Support-Sitzungen mit einzelnen Nutzerinnen und Nutzern oder einer kleinen Gruppe von Nutzerinnen und Nutzern, Angehörigen und Unterstützungsnetzwerken statt.

In allen drei Abteilungen kann eine Tagesbehandlung und -betreuung vereinbart werden. Wenn eine Person lieber zu Hause behandelt werden möchte, anstatt stationär aufgenommen zu werden, kann die Behandlung und Unterstützung zu Hause jederzeit beginnen. Sie umfasst tägliche Hausbesuche durch eine Pflegefachperson sowie wöchentliche Hausbesuche durch eine Ärztin oder einen Arzt. Personen, die am Home-Treatment-Programm teilnehmen, können jede andere Behandlung oder Unterstützung, die das Spital anbietet, in Anspruch nehmen, einschliesslich Ergotherapie und Kunsttherapie, zu Hause oder im Spital. Die durchschnittliche Dauer der Behandlung und Unterstützung zu Hause beträgt 28 Tage.

Menschen, die sich für ambulante Dienste entscheiden, können das gesamte Spektrum an Therapie und Unterstützungsangeboten in Anspruch nehmen, sei es in einer Gruppe oder individuell. Vier Therapiehund, die dem Personal gehören, helfen den Menschen, sich in der neuen Umgebung wohlfühlen. Ein Therapiehund begleitet eine der Pflegefachpersonen, die im Home Treatment arbeitet. Die Menschen, die den Dienst in Anspruch nehmen, gehen oft mit dem Hund spazieren.

Grundprinzipien und Werte des Dienstes

Achtung der Rechtsfähigkeit

Obwohl die Kliniken Landkreis Heidenheim dem Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) verpflichtet sind, Zwangseinweisungen vorzunehmen, versucht die Einrichtung, Zwangseinweisungen und -behandlungen durch Partnerschaften mit der Gemeinschaft, den Nutzerinnen und Nutzern und ihren Familien zu vermeiden. Die durchschnittliche Rate der Zwangseinweisungen in der Einrichtung beträgt weniger als ein Fünftel der Rate in Deutschland –1,7 Prozent im Vergleich zu 10,7 Prozent.¹²¹ Zwangseinweisungen werden durch eine unterstützte Entscheidungsfindung auf der Grundlage des eigenen Willens und der eigenen Präferenzen vermieden, insbesondere wenn die Gefahr einer Schädigung besteht.^{122, 123, 124} Die Möglichkeit der Behandlung zu Hause hat ebenfalls zu den niedrigen Raten der Zwangseinweisungen beigetragen. Bezeichnenderweise ist die Einwilligung zur Einnahme von Medikamenten keine Voraussetzung für eine stationäre Behandlung oder Home Treatment.

In Bezug auf die Medikation erhalten die Dienstleistungsnutzenden Unterstützung von einer Sozialarbeiterin bzw. einem Sozialarbeiter, einer medizinischen Fachperson oder einer anderen Person ihrer Wahl, damit sie eine informierte Entscheidung über die Behandlung ohne Medikamente, mit intermittierender Medikation oder mit Dauermedikation treffen können. Dabei werden die Vor- und Nachteile im Kontext ihrer individuellen Situation betrachtet.

Der Dienst unterstützt auch Menschen, die zuvor Zwangsmassnahmen erlebt haben.^{125, 126, 127} Mithilfe des Spitalteams, von Peer-Mitarbeitenden oder Anwältinnen und Anwälten^{126,127} formulieren die Dienstleistungsnutzenden gemeinsame Krisenpläne und Patientenverfügungen, die im deutschen Bürgerlichen Gesetzbuch verankert sind.¹²⁵ Diese werden ins Patientendossier eingefügt, damit sie im Falle einer künftigen Krise sofort verfügbar sind.

Zwangsfreie Praktiken

Die Rate der Zwangsmassnahmen ist im Vergleich zum Landesdurchschnitt extrem niedrig: 2019 waren 2,1 Prozent der Personen, die den Dienst in Anspruch genommen haben, von Zwangsmassnahmen betroffen, verglichen mit einer durchschnittlichen gemeldeten Rate von 6,7 Prozent in Baden-Württemberg im Jahr 2016.¹²⁹ Jede Person, auch im Spital untergebrachte Personen, hat das Recht, Medikamente zu verweigern, und Zwangsmedikation ist selten und erfordert eine richterliche Genehmigung und ein unabhängiges Gutachten. Im Zeitraum 2011–2016 wurde keine Person zur Einnahme von Medikamenten gezwungen, und in den Jahren danach lag die Rate bei einer Person pro Jahr.¹²¹ Schnellwirkende Beruhigungsmittel werden nie ohne Zustimmung eingesetzt. Der Dienst schliesst niemanden ein, und die Stationen bleiben tagsüber geöffnet. Die stationären Abteilungen sind von 20 bis 8 Uhr verschlossen; dies ist eine gesetzliche Vorgabe.

Um die Anwendung von Zwangsmassnahmen zu verhindern, kommen verschiedene Strategien zum Zug. So können beispielsweise Personen, die rechtmässig fixiert werden, von einer Pflegefachperson, einer Therapeutin oder einem Therapeuten, einer Ärztin oder einem Arzt oder einer Sozialarbeiterin bzw. einem Sozialarbeiter persönlich betreut werden; diese können fast ununterbrochen für mehrere Stunden, eine Nacht oder sogar mehrere Tage bei der Person bleiben.¹³⁰ Der Dienst hilft den Nutzerinnen und Nutzern auch, gemeinsame Krisenpläne zu erstellen, um Zwang zu vermeiden.¹²⁶ Das gesamte Spitalpersonal wird anhand des PAIR-Handbuchs (Prävention, Assessment, Intervention and Reflexion) in Deeskalationstechniken und in der Verhinderung von aggressiven Vorfällen und Zwangsmassnahmen geschult.^{131, 132} Bei besonders schweren Krisen kann ein Einsatzteam helfen, das aus zwei Pflegefachpersonen und einer oder einem in der PAIR-Methode^{131, 132} geschulten Ärztin oder Arzt besteht.

Einbeziehung in die Gemeinschaft

Die Behandlung und Unterstützung zu Hause trägt dazu bei, dass Menschen, die unter psychosozialen Problemen leiden, mit ihrer Gemeinschaft verbunden bleiben. Um die Einbeziehung in die Gemeinschaft zu fördern, unterhält der Dienst direkte Verbindungen zu religiösen Gemeinschaften, Selbsthilfegruppen, Unterstützungsgruppen für Obdachlose, Arbeitsämtern und Wohltätigkeitsorganisation, die ältere, isolierte und suchtkranke Menschen unterstützen. Er unterstützt auch die Wohltätigkeitsorganisation «Schritt für Schritt», die Freizeitaktivitäten für Menschen mit psychosozialen Behinderungen anbietet. Der Dienst trifft sich regelmässig mit den örtlichen Gerichten, der Polizei, der lokalen Gesundheitsbehörde und den Sicherheitsbehörden, um diskriminierungsfreie Praktiken und die Zusammenarbeit zu entwickeln. Darüber hinaus hat sie das Schulpräventionsprojekt «Irre Gut» entwickelt – eine Initiative, bei der ein kleines Team, bestehend aus einer Dienstleistungsnutzerin oder einem Dienstleistungsnutzer, einer Person, die als Angehörige betroffen war, und einer Person, die im Bereich der psychischen Gesundheit arbeitet, zum Beispiel einer Pflegefachperson oder einer Sozialarbeiterin oder einem Sozialarbeiter, weiterführende Schulen besucht, um über Stigmatisierung, Prävention, Selbsthilfe und den Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung zu sprechen.¹³³

Teilhabe

Peer-to-Peer-Beratung und -Unterstützung¹³⁴ wird in Form von Einzel- und Gruppensitzungen angeboten, die wöchentlich auf den Stationen des Spitals stattfinden. Die Dienstleistungsnutzenden können ihre Erfahrungen mit Peers und Mitgliedern des Spitalteams austauschen und vertraulichen Rat zu Medikamenten, ihrer Diagnose sowie zu Diskriminierung, der sie möglicherweise ausgesetzt sind, einholen. Die Peer-Support-Mitarbeitenden beraten auch dazu, wie sie Zugang zu Dienstleistungen erhalten und Beschwerden einreichen können. Einige helfen sogar Dienstleistungsnutzenden, die während ihres stationären Aufenthalts ihr eigenes Essen zubereiten wollen. Peer-Mitarbeitende und bestimmte Familienangehörige von Menschen mit psychischen Belastungen treffen sich auch mit dem Leitungsteam des Spitals, um Verbesserungen des Dienstes zu prüfen und zu diskutieren. Der Dienst sammelt zwar nicht systematisch Rückmeldungen von den Dienstleistungsnutzenden, doch gibt es verschiedene Beschwerdeverfahren innerhalb des Krankenhauses, des gemeindepsychiatrischen Verbunds, des öffentlichen Krankenversicherungssystems und der regionalen medizinischen Aufsichtsbehörde.^{135, 136, 137, 138}

Recovery-Ansatz

Die Home-Treatment-Teams verwenden das Open-Dialogue-Modell (vgl. Kapitel 2.1.3), das auch für den stationären Dienst eingeführt wurde, wo es zurzeit integriert wird. Bei diesem Ansatz arbeiten die Dienstleistungsnutzenden mit ihrem Unterstützungsnetzwerk und ihren Angehörigen zusammen, um die Genesungsplanung auf der Grundlage ihrer Wünsche und Präferenzen festzulegen. Es können auch Treffen des Unterstützungsnetzwerks abgehalten werden; diese werden in Fallnotizen und in den persönlichen Notizen der Dienstleistungsnutzenden zusammengefasst. Ein offenes Genesungstreffen¹³⁹ findet einmal im Monat ausserhalb des Spitals in einer Einrichtung wie einem Gemeindezentrum statt. Hier treffen sich Dienstleistungsnutzende, Familienangehörige und Spitalpersonal, um individuelle Wege und Hindernisse auf dem Weg zur Genesung zu besprechen. Die Treffen sind öffentlich zugänglich. Informelle Treffen können auch zum Beispiel in einer Gaststätte stattfinden.

Evaluation des Dienstes

Der Dienst hat sich schrittweise von einer traditionellen Spitalabteilung für Psychiatrie zu einem gemeindenahen Dienst für psychische Gesundheit gewandelt.¹⁴⁰ Das von der Universität Dresden durchgeführte Evaluierungsprojekt eva64¹⁴¹ hat ergeben, dass mit der Einführung der Behandlung zu Hause und der flexiblen tagesklinischen Behandlung die durchschnittliche Bettenbelegung von 95 Prozent im Jahr 2016 auf 60 Prozent im Jahr 2019 und auf 52 Prozent im Jahr 2020 gesunken ist.¹⁴² Es werden weniger Menschen stationär aufgenommen und mehr im Ambulatorium behandelt oder durch den aufsuchenden Dienst zu Hause unterstützt.

Der Dienst überwacht die Anwendung von Zwangsmassnahmen und unfreiwilliger Behandlung kontinuierlich und stellt seine Daten dem regionalen Melderegister für Zwangsmassnahmen in psychiatrischen Einrichtungen zur Verfügung.¹⁴³ Die Erhebung von Daten über Zwangsmassnahmen in psychiatrischen Kliniken und die Übermittlung dieser Daten an ein zentrales Register ist in Baden-Württemberg seit 2015 Pflicht.¹²¹ Als die Zwangsmedikation in psychiatrischen Kliniken in Deutschland zwischen 2011 und 2013 für einen kurzen Zeitraum gesetzlich verboten wurde, verzeichneten die Kliniken Landkreis Heidenheim weder eine Zunahme anderer Formen von Zwang noch einen Anstieg der Medikation insgesamt, während andere Einrichtungen grössere Schwierigkeiten hatten, mit diesem vorübergehenden Verbot umzugehen.^{129, 143, 144} Auch bei anderen Kriterien wie der Häufigkeit des Freiheitsentzugs, der Häufigkeit von Fixierung und Isolation und der Häufigkeit von Zwangsmedikation liegen die Werte unter dem Durchschnitt.¹²¹ 2018 stellte das baden-württembergische Sozialministerium fest, dass «... die psychiatrische Klinik Heidenheim in Bezug auf den Umgang mit den Zwangsmassnahmen im Rahmen des PsychKHG [Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz] ein Leuchtturmprojekt darstellt».¹⁴⁵

Kosten und Kostenvergleiche

Als Modellregion hat der Dienst einen Vertrag mit allen öffentlichen und privaten Krankenversicherungen abgeschlossen, was zu einem Jahresbudget in Höhe von EUR 9,2 Millionen im Jahr 2019¹⁴² (ca. USD 10,9 Millionen) oder etwa EUR 69.50 (USD 82.50) pro Landkreiseinwohner und Jahr führte. Dieses Budget schaffte Anreize für eine Behandlung und Unterstützung in der Gemeinde anstatt im Spital. Das Budget steigt jährlich im Einklang mit den zwischen den Gewerkschaften und den öffentlichen Gesundheitsdienstleistern vereinbarten Lohnerhöhungen. Der Vertrag ist für die Jahre 2017–2023 befristet und

kann um weitere acht Jahre verlängert werden. Die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen decken alle Behandlungsmöglichkeiten ab. Die Leistungen sind für die Nutzerinnen und Nutzer des Dienstes kostenlos.

Das feste Jahresbudget des Spitals und sein Status innerhalb einer von der Regierung bestimmten Modellregion bedeuten, dass es sich auf eine nachhaltige Finanzierung verlassen kann. Das Spital befindet sich im Besitz des Kreistrats und wurde von der Bevölkerung stark unterstützt, selbst zu Zeiten, als die öffentlichen Finanzen angespannt waren.¹⁴⁶ Seit 2017 konnten die finanziellen Kosten des Spitals zudem erfolgreich eingedämmt werden.¹⁴¹

2.2.3 Soteria Bern, Schweiz

Die Soteria Bern bietet seit 1984 einen stationären Krisendienst in der Stadt Bern als Alternative für Menschen mit so genannten Extremzuständen oder mit der Diagnose Psychose oder Schizophrenie an. In der griechischen Mythologie war Soteria die Göttin der Sicherheit und des Schutzes. Auch die Soteria Bern will ein ruhiges, entspannendes, reizarmes, häusliches und "normales" Umfeld bieten, um so wenig Stress wie möglich zu erzeugen. Mit der Ausweitung des Netzes der Soteria-Häuser in andere Länder wurde eine Reihe gemeinsamer Praktiken und Grundsätze entwickelt für Einrichtungen, die den Namen Soteria tragen.

Primäre Klassifizierung:

Krankenhausbasierter Dienst

Andere Klassifizierungen:

- Gemeindezentrum für psychische Gesundheit Aufsuchender Dienst
 Peer-Unterstützung Krisendienst Spitalbasierter Dienst Betreutes Wohnen

Verfügbarkeit an verschiedenen Standorten:

- Ja Nein

Evidenz:

- Publierte Literatur Graue Literatur Keine

Finanzierung:

- Staatlicher Gesundheitssektor Staatlicher Sozialsektor Krankenversicherung
 Gebermittel Selbstzahler

Beschreibung des Dienstes

Die Soteria Bern hat den rechtlichen Status eines öffentlichen psychiatrischen Fachkrankenhauses und ist mit zwei weiteren psychiatrischen Diensten in Bern integriert,¹⁴⁷ unterscheidet sich aber in ihrem Konzept deutlich von den anderen stationären und ambulanten psychiatrischen Diensten der Stadt. Die Soteria

Bern bietet einen integrierten Versorgungsansatz für Menschen, die eine psychotische Episode durchleben, nach dem Vorbild des ersten Soteria-Hauses, das 1971 in San Francisco, USA, gegründet wurde. Damals wie heute basiert die Soteria auf der Philosophie, dass das "Dabeisein" oder Begleitung während einer Krise, gekoppelt mit einer kleinen und unterstützenden, krankenhaushausfreien, familienähnlichen Umgebung^{147, 148, 149} mit geringer oder keiner Medikation ähnliche oder sogar bessere therapeutische Ergebnisse erzielen als stationäre Methoden. Im Gegensatz dazu kann ein Krankenhausumfeld kontra-therapeutisch sein für Menschen, die eine Psychose erleben, aufgrund der hohen Reizdichte, des wechselnden Personals, der starren Regeln, fehlender Privatsphäre und mangelnder Transparenz, insbesondere bei Behandlungsentscheidungen.

Das Berner Soteria-Haus befindet sich in einem Wohngebiet mit 10 Zimmern für Einzelpersonen und zwei Teammitglieder.¹⁵⁰ Die Bewohnerinnen und Bewohner, die von Einrichtungen in Bern und im Nachbarkanton zugewiesen werden, bleiben in der Regel

von sieben bis neun Wochen und bis zu drei Monaten. Im Durchschnitt wohnen jährlich 60 Personen in der Soteria.¹⁵¹ Zum Team gehören zwei Psychiater und ein Psychologe, Pflegefachpersonen, pädagogische Mitarbeiter und ein Künstler. Menschen mit eigener Erfahrung werden besonders ermutigt, in der Soteria zu arbeiten, und werden in der Schweiz als Menschen mit "persönlicher Krankheitserfahrung" bezeichnet. Die Teammitglieder arbeiten in 48-Stunden-Schichten ohne Unterbrechung, um die Kontinuität und das Eintauchen in das tägliche Leben in der Soteria zu gewährleisten.¹⁵²

Über 90 % der Menschen mit einer Psychose können in der Soteria behandelt werden.¹⁵² Betroffene mit einem hohen Risiko für Suizid einer extremen Selbst- oder Fremdgefährdung werden nicht aufgenommen, es sei denn, dass das Risiko abnimmt.¹⁵³ Heute können Menschen entweder planmäßig oder notfallmäßig aufgenommen werden, und zwar zu jeder Tages- und Nachtzeit.¹⁵⁴ Eine Überweisung durch einen Arzt oder ein Krankenhaus ist nicht immer erforderlich; Einzelpersonen, Familienangehörige oder Therapeuten können sich direkt an Soteria wenden, um eine Aufnahme zu beantragen.¹⁵⁵ Die Familie und relevante andere Beteiligte werden von Anfang bis Ende in den Behandlungsprozess einbezogen und haben monatliche Treffen mit Teammitgliedern.^{156, 157}

Die Betreuung in der Soteria ist in drei Phasen unterteilt. In der ersten Phase der Betreuung geht es um Angstbewältigung und emotionale Entspannung während des akuten psychotischen Zustands im so genannten weichen Zimmer - einer reizarmen ruhigen und angenehmen Umgebung. Die zweite Phase der "Aktivierung und Realitätsanpassung" unterstützt die allmähliche Integration in den normalen Haushaltsalltag, sobald die Krise abgeklungen ist.

In der dritten Phase schließlich erfolgt die schrittweise Wiedereingliederung in die Außenwelt mit der Vorbereitung auf die soziale und berufliche Eingliederung und Planung der Rückfallprävention.

Das tägliche Leben im Haus wird von den Dienstleistungsnutzern zusammen mit den Teammitgliedern organisiert, um eine Realität zu schaffen, die sich nicht nur auf die psychische Gesundheit konzentriert. Psychotherapie, kognitive Therapie und manchmal auch ein eher psychodynamischer Ansatz werden als therapeutische Instrumente eingesetzt. Im Jahr 2018 wurde der Ansatz des Offenen Dialogs eingeführt (wie in Abschnitt 2.1.3 beschrieben) - während einer wöchentlichen "Behandlungskonferenz" reflektiert eine Person über die vergangene Woche mit den Teammitgliedern und konzentriert sich auf die nächsten

Schritte oder Ziele der Behandlung. Nach der Entlassung können sich die Nutzer für eine ambulante Nachbetreuung¹⁵⁰ entscheiden, die von der Soteria angeboten wird, einschließlich einer Tagesstätte vor Ort und umfassender ambulanter Unterstützung zu Hause.¹⁵⁸ Die Soteria bietet außerdem eine betreute Wohnung im Stadtzentrum an, um zwei bis drei Personen während bis zu zwei Jahren beim Übergang in ein unabhängiges Leben zu unterstützen.¹⁵⁹

Grundlegende Prinzipien und Werte des Dienstes

Respekt vor der Rechtsfähigkeit

Die Bewahrung der persönlichen Macht ist ein Schlüsselement des Soteria-Ansatzes und spiegelt eine Ausrichtung mit dem Schutz und der Förderung der Rechtsfähigkeit des Einzelnen. Bei der Aufnahme in die Einrichtung wird stets eine informierte Zustimmung eingeholt. Die internationale Soteria-Treueskala, der Kodex der gemeinsamen Grundsätze

der internationalen Vereinigung der Soteria-Häuser weltweit, verweist auf die "Mitbestimmung bei der Behandlung",^{160, 161} was bedeutet, dass die Entscheidungen über die therapeutischen Ziele aktiv von der Person selbst, in Zusammenarbeit mit dem Behandlungsteam, getroffen werden. Keine Behandlung wird ohne ausdrückliches

Einverständnis verabreicht. Durch das Ausfüllen eines Fragebogens zur Anfälligkeit für psychotische Symptome können Dienstleistungsnutzer ihr eigenes Erklärungsmodell entwickeln, warum sie eine Psychose entwickelt haben und wie ihre Lebenserfahrungen

dazu beigetragen haben könnten. Die Dienstleistungsnutzer füllen auch einen Fragebogen zur Rückfallprävention aus. Es handelt sich dabei im Wesentlichen um eine Patientenverfügung, in der die Betroffenen ihre Frühwarnsymptome vor einer Krise angeben und Personen ihres Vertrauens, hilfreiche Strategien und Krankenhäuser auflisten, die sie bevorzugen würden.

Die unterstützte Entscheidungsfindung wird durch die Soteria-Philosophie des "Dabei-Seins" erleichtert, was bedeutet, dass der Schwerpunkt darauf liegt, Zeit mit der Person zu verbringen, bis sie selbständig eine Entscheidung treffen kann. Diese Philosophie bezieht sich auf alle Aktivitäten, wie z. B. die Wahl der Mahlzeiten, den Umgang mit den Auswirkungen von Medikamenten, wann und wie man das Haus verlässt, und wie man Zugang zu finanzieller Unterstützung und Wohnraum erhält.

Keine Zwangsmassnahmen

Die Soteria Bern ist ein freiwilliger Dienst, d.h. es nehmen nur Personen teil, die bereit sind, diesen Dienst zu besuchen. Ein Kernprinzip der Soteria ist, dass "alle psychotropen Medikamente freiwillig und ohne Zwang eingenommen werden".¹⁶² Das Personal ist zwar nicht speziell in zwangsfreien Techniken geschult, jedoch werden Zwangsmaßnahmen und Gewalt niemals angewendet. In der Soteria gibt es keine Isolationsräume, aber ein "weiches Zimmer" wird benutzt, wenn sich eine Person in einer akuten Psychose befindet, so dass sich die Teammitglieder auf die Deeskalation der Krise konzentrieren können, indem sie der Person eine sichere Umgebung bieten, in der sie sich sicher fühlen und ausruhen kann. Wenn kein Arbeitsbündnis hergestellt werden kann oder wenn die Behandlung aus irgendeinem Grund nicht fortgesetzt werden kann, kann die Person alternative Vorkehrungen für sich selbst treffen oder vom Soteria-

Team an eines der örtlichen psychiatrischen Krankenhäuser überwiesen werden. Dies ist selten und geschieht im Durchschnitt zwei- bis dreimal pro Jahr.¹⁶³

Teil der Gemeinschaft

Die Durchführung alltäglicher Aktivitäten in einem therapeutischen Umfeld und die Genesung in einer "normalen" Umgebung wird für Psychoseerfahrene als wichtiges therapeutisches Mittel angesehen. Daher werden alle Aufgaben, die für ein unabhängiges Leben in der Gemeinschaft wichtig sind, wie z. B. Putzen und Kochen, von den Bewohnern übernommen. Die

zweite und dritte Phase der Behandlung und die spätere ambulante Unterstützung sind speziell darauf ausgerichtet, den Patienten den Anschluss an die Gemeinschaft zu ermöglichen. Die Soteria ist nur 20 Minuten zu Fuß vom Stadtzentrum gelegen. Familie und Freunde haben ständigen Zugang zum Haus, und die Bewohner können kommen und gehen. Es gibt also keine Barrieren oder das Gefühl der Isolation von der Gemeinschaft. Die Teammitglieder besprechen auch mit jedem Bewohner seine zukünftigen Projekte, wie z. B. eine Beschäftigung oder ein unabhängiges Leben. Die Mitarbeiter erleichtern die Verbindung zu Diensten und Organisationen, helfen den Bewohnern, positive Beziehungen in der Gemeinschaft aufzubauen, oder sie helfen sogar bei der Anpassung von Arbeitsverhältnissen, damit die Bewohner ihre Arbeit weiterhin behalten können, was grundlegend für die Genesung ist".¹⁵⁸

Teilhabe

Die Soteria bringt aktuelle Bewohner mit ehemaligen Bewohnern durch Peer-Support-Treffen zusammen. Ein Teammitglied mit eigener Psychiatrieerfahrung stellt Verbindungen zwischen Dienstleistungsnutzern und Peer-Netzwerken her und moderiert eine Cannabis- und Psychosegruppe sowie eine Genesungsgruppe. Eine Gruppe von ehemaligen

Bewohnern und eine Peer-Selbsthilfegruppe treffen sich jeden Monat. Es gibt auch Pläne, Menschen mit eigener Psychiatrieerfahrung an der Entscheidungsfindung auf höchster Ebene in Soteria Bern teilhaben zu lassen.

Der Recovery-Ansatz

Der Recovery-Ansatz wird ausdrücklich als eines der acht Kernprinzipien von der Soteria Bern genannt und ist ein integraler Bestandteil der Praktiken und der zugrunde liegenden Philosophie. Der Genesungsansatz von der Soteria konzentriert sich auf die Entwicklung der Hoffnungen und Ziele einer Person, anstatt sich nur auf die Symptome zu konzentrieren. Eine Betrachtungsweise, dass Sinn in einer Krise zu finden ist, hilft dabei, die Gefühle, Handlungen und Gedanken in den akuten Phasen der Psychose zu normalisieren. Mit Unterstützung erstellen die Bewohner individuelle Genesungspläne in Bezug auf Gesundheit, Wohnen, Arbeit, Finanzen und Freizeit, die systematisch ihre Hoffnungen, Sorgen, Ziele und Strategien für den Umgang mit schwierigen Situationen umzugehen und gesund zu bleiben erfassen. Schliesslich sind die Leitprinzipien von der Soteria Bern auf das Genesungsmodell ausgerichtet, indem das nicht-medizinische Personal die persönliche Kraft der Bewohnerinnen und Bewohner, die Einbindung ihrer sozialen Netzwerke und ihre gemeinschaftliche Verantwortung unterstützen.

Bewertung der Dienstleistungen

Die Soteria sammelt systematisch Rückmeldungen von Dienstleistungsnutzern, um das Dienstleistungsangebot zu verbessern. Jeder Nutzer füllt vor der Entlassung einen Fragebogen aus, der von der Nationalen Vereinigung für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken erstellt wurde (ANQ).¹⁶⁴ Die Fragen beziehen sich unter anderem auf die Qualität des Fachpersonals von Soteria und die Informationen, die den Bewohnern gegeben wurden in Bereichen wie Medikation, Entlassungsvorbereitung und ob die Bewohnerinnen und Bewohner ausreichend Gelegenheit haben, Fragen zu stellen und ob sie mit den Antworten zufrieden sind. Die jüngsten ANQ-Daten zu den wichtigsten Qualitätsindikatoren für die stationäre Behandlung hat die Soteria im Vergleich zu anderen teilnehmenden Spitälern als "überdurchschnittlich zufrieden" eingestuft.^{165, 166} Frühere interne Evaluationen zeigten auch die Zufriedenheit der Nutzer in Bezug auf den Behandlungserfolg, den Umgang mit dem Personal, die erhaltene Unterstützung und die Einbeziehung externer Unterstützungsnetze.¹⁶⁷ Jährliche Umfragen unter Fachleuten zu psychiatrischen Diensten bewerten die Soteria durchweg über dem schweizerischen Durchschnitt. Mehrere Forschungsstudien haben ergeben, dass die Soteria mindestens so wirksam ist wie die herkömmliche stationäre Behandlung, allerdings mit einem wesentlich geringeren Einsatz von Medikamenten wie Antipsychotika.^{168, 169, 170}

Kosten und Kostenvergleiche

Die Soteria Bern hat den rechtlichen Status einer öffentlichen psychiatrischen Klinik, die durch das Schweizer Gesundheitssystem und von der Krankenkasse finanziert wird, die für alle Einwohner der Schweiz obligatorisch ist.¹⁷⁰ Die Soteria erhält 673 Schweizer Franken pro Tag (740 US\$, entsprechend dem Wechselkurs von Februar 2021) für jede Person, die den Dienst in Anspruch nimmt, zugewiesen; 55% vom Kanton Bern und 45% von den Versicherungsträgern. Im Jahr 2020 lagen die Kosten für einen Aufenthalt in der Soteria Bern 6-8% unter denen vergleichbarer psychiatrischer Kliniken in der Stadt Bern für Menschen mit psychotischen Episoden. Diese Kosteneinsparungen stimmen mit den Ergebnissen des Soteria House in den USA überein.^{169, 171}

Zusätzliche Informationen und Ressourcen

- Website: Soteria, Bern, Schweiz www.soteria.ch
Das internationale Soteria-Netzwerk, <https://soteria-netzwerk.de/>
- Videos: Einhornfilm, Teil 1 - Soteria Bern - Akut (englische Untertitel 1/3)
<https://www.youtube.com/watch?v=fMoJvwMZrk>
Einhornfilm, 2 Teil - Soteria Bern - Integration (Englische Untertitel 2/3)
<https://www.youtube.com/watch?v=8ilj7BcS7XU>
Einhornfilm, Teil 3 - Soteria Bern - Gespräch (Englische Untertitel 3/3)
https://www.youtube.com/watch?v=Ggvb_ObrVS8
- Kontakt: Walter Gekle, Medizinischer Leiter, Soteria Bern,
Chefarzt und stellvertretender Direktor,
Zentrum für psychiatrische Rehabilitation,
Universitäre Psychiatrische Dienste, Bern, Schweiz.
E-Mail: Walter.gekle@upd.ch

Literaturverzeichnis

- ¹ Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/en/, accessed 18 January 2021).
- ² Decision WHA72(11). Follow-up to the political declaration of the third high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable Diseases (pages 49-52, para 2). In: Seventy-second World Health Assembly, Geneva, 20-28 May 2019 Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHA72/2019/REC/1; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72-REC1/A72_2019_REC1-en.pdf#page=1, accessed 31 January 2021).
- ³ Political Declaration of the High-Level Meeting on Universal Health Coverage “Universal health coverage: moving together to build a healthier world”. In: UN High-Level Meeting on Universal Health Coverage, 23 September 2019. New York: United Nations, General Assembly; 2019 (<https://www.un.org/pga/73/wp-content/uploads/sites/53/2019/07/FINAL-draft-UHC-Political-Declaration.pdf>, accessed 21 December 2020).
- ⁴ Investing in mental health: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87232/9789241564618_eng.pdf, accessed 22 December 2020).
- ⁵ Mental health atlas 2017. Geneva: World Health Organization; 2018 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272735/9789241514019-eng.pdf?ua=1>, accessed 21 December 2020).
- ⁶ WHO QualityRights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://iris.who.int/handle/10665/70927>, accessed 20 January 2021).
- ⁷ Šiška J, Beadle-Brown J. Transition from institutional care to community-based services in 27 EU Member States: Final report. Research report for the European Expert Group on Transition from Institutional to Community-based Care. 2020 (<https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2020/05/eeg-di-report-2020-1.pdf>, accessed 1 September 2020).
- ⁸ Mental health, human rights and standards of care. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/373202/mental-health-programme-eng.pdf, accessed 1 September 2020).
- ⁹ Winkler P, Kondráťová L, Kagstrom A, Kuřera M, Palánová T, Salomonová M et al. Adherence to the Convention on the Rights of People with Disabilities in Czech psychiatric hospitals: a nationwide evaluation study. *Health Hum Rights*. 2020;22:21-33.
- ¹⁰ Freedom from coercion, violence and abuse. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329582>, accessed 21 January 2021).
- ¹¹ Lindsley CW. The top prescription drugs of 2011 in the United States: antipsychotics and antidepressants once again lead CNS therapeutics. *ACS Chem Neurosci*. 2012;3:630-1. doi: 10.1021/cn3000923.
- ¹² Ilyas S, Moncrieff J. Trends in prescriptions and costs of drugs for mental disorders in England, 1998-2010. *Br J Psychiatry*. 2012;200:393-8. doi: 10.1192/bjp.bp.111.104257.

- ¹³ Moore TJ, Mattison DR. Adult utilization of psychiatric drugs and differences by sex, age, and race. *JAMA Intern Med.* 2017;177:274-5. doi: 10.1001/jamainternmed.2016.7507.
- ¹⁴ Gardner C, Kleinman A. Medicine and the mind - the consequences of psychiatry's identity crisis. *N Engl J Med.* 2019;381:1697-9. doi: 10.1056/NEJMp1910603.
- ¹⁵ Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Pnjas, 28 March 2017 (A/HRC/35/21). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/35/21>, accessed 22 December 2020).
- ¹⁶ State of Victoria, Royal Commission into Victoria's Mental Health System, Interim Report, ParL EFERENCES Paper No. 87 (2018–19). Melbourne: Royal Commission into Victoria's Mental Health System; 2019 (https://s3.ap-south-east-2.amazonaws.com/hdp.au.prod.app.vic-rcvmhs.files/4215/8104/8017/Interim_Report_FINAL_.pdf, accessed 19 January 2021).
- ¹⁷ "They stay until they die". A lifetime of isolation and neglect in institutions for people with disabilities in Brazil. New York: Human Rights Watch; 2018 (https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/brazil0518_web2.pdf, accessed 3 March 2020).
- ¹⁸ Turnpenny A, Petri G, Finn A, Beadle-Brown J, Nyman M. Mapping and understanding exclusion: institutional, coercive and community-based services and practices across Europe. Project report. Brussels: Mental Health Europe; 2018 (<https://kar.kent.ac.uk/64970/1/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>, accessed 22 December 2020).
- ¹⁹ Living in hell. Abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia. In: Human Rights Watch. New York: Human Rights Watch; 2016 (<https://www.hrw.org/report/2016/03/20/living-hell/abuses-against-people-psychosocial-disabilities-indonesia>, accessed 18 January 2021).
- ²⁰ Psychiatric hospitals in Uganda. A human rights investigation. Budapest: Mental Disability Advocacy Centre; 2014 (http://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/psychiatric_hospitals_in_uganda_human_rights_investigation.pdf, accessed 18 January 2021).
- ²¹ Funk M, Drew N, Ansong J, Chisholm D, Murko M, Nato J. Strategies to achieve a rights based approach through WHO QualityRights. In: Stein MA, Mahomed F, Sunkel C, Patel V, editors. *Mental health, human rights and legal capacity*. Cambridge: Cambridge University Press; (in press)
- ²² Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241563949>, accessed 4 September 2020).
- ²³ The Universal Declaration of Human Rights (Resolution 217A (III)), 10 December 1948. New York: United Nations, General Assembly; 1948 (<http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>, accessed 18 January 2021)
- ²⁴ International Covenant on Civil and Political Rights, adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. Geneva: United Nations, General Assembly; 1976 (<https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>, accessed 18 January 2021)
- ²⁵ International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. Geneva: United Nations, General Assembly; 1976 (<https://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>, accessed 18 January 2021).

- ²⁶ Minkowitz T. CRPD advocacy by the World Network of Users and Survivors of Psychiatry: The emergence of an user/survivor perspective in human rights. SSRN Electronic Journal. 2012. doi: 10.2139/ssrn.2326668
- ²⁷ Committee on the Rights of Persons with Disabilities, General Comments. In: United Nations Human Rights Office of the High Commissioner (OHCHR) [website]. Geneva: OHCHR; n.d. (<https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/GC.aspx>, accessed 22 December 2020).
- ²⁸ Resolution A/HRC/RES/36/13, mental health and human rights, adopted by the Human Rights Council on 28 September, 2017. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (A/HRC/34/32; <https://undocs.org/A/HRC/RES/36/13>, accessed 22 December 2020).
- ²⁹ Resolution A/HRC/32/18, mental health and human rights, adopted by the Human Rights Council on 1 July 2016. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2016 (<https://undocs.org/A/HRC/RES/32/18>, accessed 31 January 2021).
- ³⁰ Resolution A/HRC/RES/43/13, mental health and human rights, adopted by the Human Rights Council on 19 June 2020. Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/A/HRC/RES/43/13>, accessed 31 January 2021).
- ³¹ Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights (A/HRC/34/32). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/A/HRC/34/32>, accessed 31 January 2021).
- ³² Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Dainius Pijras, 15 April 2020 (A/HRC/44/48). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2020 (<https://undocs.org/en/A/HRC/44/48>, accessed 20 February 2020)
- ³³ Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 12 December 2017 (A/HRC/37/56). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2017 (<https://undocs.org/en/A/HRC/37/56>, accessed 5 September 2020).
- ³⁴ Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities, Catalina Devandas Aguilar, 11 January 2019 (A/HRC/40/54). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2019 (<https://undocs.org/en/A/HRC/40/54>, accessed 5 September 2020).
- ³⁵ Framework on integrated, people-centred health services. Report by the Secretariat to the Sixty-ninth World Health Assembly, Geneva, 23-28 May 2016. Geneva: World Health Organization; 2016 (A69/39; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1&ua=1, accessed 2 September 2020).
- ³⁶ Slade M. Personal recovery and mental illness. A guide for mental health professionals. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
- ³⁷ Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law (CRPD/C/GC/1), 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 22 December 2020).
- ³⁸ Legal capacity and the right to decide. WHO QualityRights Core training: mental health and social services. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329539>, accessed 18 January 2021).

- ³⁹ Supported decision-making and advance planning. WHO QualityRights Specialized training. Course slides. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329647>, accessed 18 January 2021).
- ⁴⁰ Strategies to end seclusion and restraint. WHO QualityRights Specialized training. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/329605>, accessed 21 January 2021).
- ⁴¹ Gooding P, McSherry B, Roper C. Preventing and reducing ‘coercion’ in mental health services: an international scoping review of English-language studies. *Acta Psychiatr Scand.* 2020;142:27–39. doi: doi.org/10.1111/acps.13152.
- ⁴² Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Guidelines on article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The right to liberty and security of persons with disabilities (para 12). Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2015 (www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/GC/GuidelinesArticle14.doc, accessed 9 February 2017).
- ⁴³ Funk M, Drew N. Practical strategies to end coercive practices in mental health services. *World Psychiatry.* 2019;18:43-4. doi: 10.1002/wps.20600.
- ⁴⁴ Mental health, disability and human rights. WHO QualityRights Core training: for all services and all people. Course guide. Geneva: World Health Organization; 2019 (Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/329546/9789241516709-eng.pdf>, accessed 08 February 2021).
- ⁴⁵ Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak, 28 July 2008 (A/63/175). New York: United Nations, General Assembly; 2008 (<https://undocs.org/A/63/175>, accessed 18 January 2021).
- ⁴⁶ Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Juan E. Méndez, 1 February 2013 (A/HRC/22/53). Geneva: United Nations, Human Rights Council; 2013 (<https://undocs.org/A/HRC/22/53>, accessed 22 December 2020).
- ⁴⁷ Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n°1 (2014), Article 12: Equal recognition before the law, para 42 (CRPD/C/GC/1), 31 March–11 April 2014. Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2014 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/1>, accessed 22 December 2020).
- ⁴⁸ Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n°3 (2016) on women and girls with disabilities, paras 53-43 (CRPD/C/GC/3). Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2016 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/3>, accessed 22 December 2020).
- ⁴⁹ Newton-Howes G, Savage M, Arnold R, Hasegawa T, Staggs V, Kisely S. The use of mechanical restraint in Pacific Rim countries: An international epidemiological study. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2020;29:e190. doi: 10.1017/S2045796020001031.
- ⁵⁰ Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical harm and death in the context of coercive measures in psychiatric patients: a systematic review. *Front Psychiatry.* 2019;10:400. doi: 10.3389/fpsyt.2019.00400
- ⁵¹ Rose D, Perry E, Rae S, Good N. Service user perspectives on coercion and restraint in mental health. *BJPsych Int.* 2017;14:59–61. doi: 10.1192/s2056474000001914.
- ⁵² Sashidharan SP, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;28:605-12. doi: 10.1017/S2045796019000350

- ⁵³ Rains LS, Zenina T, Casanova Dias M, Jones R, Jeffreys S, Branthonne-Foster S et al. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry*. 2019;6:403-17. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30090-2.
- ⁵⁴ Hammervold UE, Norvoll R, Aas RW, Sagvaag H. Post-incident review after restraint in mental health care - a potential for knowledge development, recovery promotion and restraint prevention. A scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2019;19:235. doi: 10.1186/s12913-019-4060-y.
- ⁵⁵ Zinkler M, Von Peter S. End coercion in mental health services - toward a system based on support only. *Laws*. 2019;8:19. doi: 10.3390/laws8030019.
- ⁵⁶ Kogstad RE. Protecting mental health clients' dignity - the importance of legal control. *Int J Law Psychiatry*. 2009;32:383-91. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.09.008
- ⁵⁷ Sunkel C. The UN Convention: a service user perspective. *World Psychiatry*. 2019;18:51-2. doi: 10.1002/wps.20606.
- ⁵⁸ Murphy R, McGuinness D, Bainbridge E, Brosnan L, Felzmann H, Keys M et al. Service users' experiences of involuntary hospital admission under the Mental Health Act 2001 in the Republic of Ireland. *Psychiatr Serv*. 2017;68:1127-35. doi: 10.1176/appi.ps.201700008.
- ⁵⁹ Newton-Howes G, Mullen R. Coercion in psychiatric care: systematic review of correlates and themes. *Psychiatr Serv*. 2011;62:465-70. doi: 10.1176/ps.62.5.pss6205_0465.
- ⁶⁰ Strout T. Perceptions on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs*. 2010;19:416-27. doi: 10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x
- ⁶¹ Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2019;10:491. doi: 10.3389/fpsy.2019.00491.
- ⁶² Lasalvia A, Zoppi S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2013;381:55-62. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61379-8.
- ⁶³ Gerace A, Muir-Cochrane E. Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: an Australian survey. *Int J Ment Health Nurs*. 2019;28:209-25. doi: 10.1111/inm.12522.
- ⁶⁴ Sugiura K, Pertega E, Holmberg C. Experiences of involuntary psychiatric admission decisionmaking: a systematic review and meta-synthesis of the perspectives of service users, informal carers, and professionals. *Int J Law Psychiatry*. 2020;73:101645. doi: 10.1016/j.ijlp.2020.101645.
- ⁶⁵ Coffey M, Cohen R, Faulkner A, Hannigan B, Simpson A, Barlow S. Ordinary risks and accepted fictions: how contrasting and competing priorities work in risk assessment and mental health care planning. *Health Expectations*. 2017;20:471-83. doi: 10.1111/hex.12474.
- ⁶⁶ Lorant V, Depuydt C, Gillain B, Guillet A, Dubois V. Involuntary commitment in psychiatric care: what drives the decision? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42:360-5. doi: 10.1007/s00127-007-0175-2
- ⁶⁷ Champagne T, Stromberg N. Sensory approaches in inpatient psychiatric settings: Innovative alternatives to seclusion and restraint. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2004;42:34-44.

- ⁶⁸ Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altenor A, Altenor RJ et al. Pennsylvania State hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv.* 2005;56:1115–22. doi: 10.1176/appi.ps.56.9.1115.
- ⁶⁹ Scottish Recovery Network. The role and potential development of peer support services. Glasgow: Scottish Recovery Network; 2005 (<https://www.scottishrecovery.net/wp-content/uploads/2005/12/Peer-support-briefing.pdf>, accessed 30 December 2020).
- ⁷⁰ Pitt V, Lowe D, Hill S, Prictor M, Hetrick SE, Ryan R et al. Consumer-providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;3. doi: 10.1002/14651858.CD004807.pub2
- ⁷¹ Puschner B. Peer support and global mental health. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2018;27:413-4. doi: 10.1017/S204579601800015X.
- ⁷² Byrne L, Happell B, Reid-Searl K. Recovery as a lived experience discipline: a grounded theory study. *Issues Ment Health Nurs.* 2015;36:935-43. doi: 10.3109/01612840.2015.1076548.
- ⁷³ Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G et al. Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry.* 2014;13:12-20. doi: 10.1002/wps.20084.
- ⁷⁴ Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General Comment n°5 (2017) on living independently and being included in the community (CRPD/C/GC/5). Geneva: Committee on the Rights of Persons with Disabilities; 2017 (<https://undocs.org/CRPD/C/GC/5>, accessed 30 December 2020).
- ⁷⁵ Person-centred recovery planning for mental health and well-being: self-help tool: WHO QualityRights. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329598>, accessed 18 January 2021).
- ⁷⁶ Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry.* 2011;199:445–52. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.
- ⁷⁷ Slade M, Wallace G. Recovery and mental health. In: Slade M, Oades L, Jarden A, editors. *Wellbeing, recovery and mental health.* Cambridge: Cambridge University Press; 2017:24-34.
- ⁷⁸ Chamberlin J. A working definition of empowerment. *Psychiatr Rehabil J.* 1997;20:43-6
- ⁹⁵ MAPA (Management of Actual or Potential Aggression). In: Crisis Prevention Institute [website]. Sale: Crisis Prevention Institute; 2020 (<https://www.crisisprevention.com/en-GB/Our-Programs/MAPA-Management-of-Actual-or-Potential-Aggression>, accessed 6 May 2020).
- ⁹⁶ von Peter S, Aderhold V, Cubellis L, Bergström T, Stastny P, J. S et al. Open Dialogue as a human rights-aligned approach. *Front Psychiatry.* 2019;10:387. doi: 10.3389/fpsy.2019.00387.
- ⁹⁷ Bergström T, Seikkula J, Alakare B, Mäki P, Köngäs-Saviaro P, Taskila JJ et al. The family-oriented Open Dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: nineteen-year outcomes. *Psychiatry Res.* 2018;270:168-75. doi: 10.1016/j.psychres.2018.09.039.
- ⁹⁸ Seikkula J, Aaltonen J, Alakare B, Haarakangas K, Keränen J, Lehtinen K. Five-year experience of first-episode non-affective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies. *Psychother Res.* 2006;16:214-28. doi: 10.1080/10503300500268490.
- ⁹⁹ Kiviniemi M. Mortality, disability, psychiatric treatment and medication in first-onset schizophrenia in Finland: the register linkage study [thesis]. Oulu: University of Oulu; 2014.

- ¹⁰⁰ Tribe RH, Freeman AM, Livingstone S, Stott JCH, Pilling S. Open dialogue in the UK: qualitative study. *BJPsych Open*. 2019;5:e49. doi: 10.1192/bjo.2019.38.
- ¹⁰⁶ Cohen A, Minas H. Global mental health and psychiatric institutions in the 21st century. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2017;26:4-9. doi: 10.1017/S2045796016000652.
- ¹⁰⁷ Living in Chains. Shackling of People with Psychosocial Disabilities Worldwide. New York: Human Rights Watch; 2020 (https://www.hrw.org/sites/default/files/media_2020/10/global_shackling1020_web_1.pdf, accessed 19 February 2021).
- ¹¹⁹ Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477): § 64b SGB V Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Menschen. Bundesrepublik Deutschland; 1989 (<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/64b.html>, accessed 18 January 2021).
- ¹²⁰ Trittner G. Gemeindepsychiatrischer Verbund wird gegründet. *Heidenheimer Zeitung*. 27 March 2012 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/gemeindepsychiatrischer-verbund-wird-gegruendet-31541396.html>, accessed 31 December 2020)
- ¹²¹ Flammer E, Steinert T. The case register for coercive measures according to the law on assistance for persons with mental diseases of Baden-Wuerttemberg: conception and first evaluation. *Psychiatr Prax*. 2019;46:82-9. doi: 10.1055/a-0665-6728.
- ¹²² Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin. Berlin: Bundesärztekammer; 2016: (https://www.zentrale-ethikkommission.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Zeko/SNEntscheidung2016.pdf, accessed 31 December 2020).
- ¹²³ Zinkler M, De Sabbata K. Unterstützte Entscheidungsfindung und Zwangsbehandlung bei schweren psychischen Störungen - ein Fallbeispiel. *Recht Psychiatr*. 2017;35:207-12.
- ¹²⁴ Zinkler M. Supported decision making in the prevention of compulsory interventions in mental health care. *Front Psychiatry*. 2019;10:137. doi: 10.3389/fpsy.2019.00137.
- ¹²⁵ Borasio GD, Heßler HJ, Wiesing U. Patientenverfügungsgesetz. Umsetzung in der klinischen Praxis. *Deutsches Ärzteblatt*. 2009;160:1952-7.
- ¹²⁶ Henderson C, Swanson JW, Szmukler G, Thornicroft G, Zinkler M. A typology of advance statements in mental health care. *Psychiatr Serv*. 2008;59:63-71. doi: 10.1176/ps.2008.59.1.63.
- ¹²⁷ Zinkler M. Umgang mit gewaltbereiten Patienten und Anwendung von Zwangsmaßnahmen in der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik am Klinikum Heidenheim. Heidenheim; 2018 (<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum-wAssets/docs/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/Konzept-Umgang-mit-Gewalt-und-Zwangsmassnahmen-Nov-16.pdf>, accessed 31 December 2020).
- ¹²⁹ Zinkler M. Germany without coercive treatment in psychiatry - a 15 month real world experience. *Laws*. 2016;5:15. doi: 10.3390/laws5010015.
- ¹³⁰ Zinkler M, Waibel M. Auf Fixierungen kann in der klinischen Praxis verzichtet werden - ohne dass auf Zwangsmedikation oder Isolierungen zurückgegriffen wird [Inpatient mental health care without mechanical restraint, seclusion or compulsory medication]. *Psychiatr Prax*. 2019;46:225. doi: 10.1055/a-0893-2932.

- ¹³¹ Mayer M, Vaclav J, Papenberg W, Martin V, Gaschler F, Özköylü S. Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege: Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie. third ed. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG; 2017.
- ¹³² Mayer M. PAIR - Das Training zur Aggressionshandhabung: Präsentation eines Trainingsprogramms zur Prävention von Aggression und Gewalt in psychiatrischen Settings. 2007 ([https://www.researchgate.net/publication/280931328_PAIR - Das Training zur Aggressionshandhabung Präsentation eines Trainingsprogramms zur Pravention von Aggression und Gewalt in psychiatrischen Settings](https://www.researchgate.net/publication/280931328_PAIR_-_Das_Training_zur_Aggressionshandhabung_Presentation_eines_Trainingsprogramms_zur_Pravention_von_Aggression_und_Gewalt_in_psychiatrischen_Settings), accessed 31 December 2020).
- ¹³³ Kummer S. Gute Bewertung für Psycho-Prävention. Heidenheimer Zeitung. 29 April 2016 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/gute-bewertung-fuer-psycho-praevention-31651066.html>, accessed 31 December 2020).
- ¹³⁴ Kummer S. Beratung für psychisch Kranke auf Augenhöhe. Heidenheimer Zeitung. 21 June 2016 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/beratung-fuer-psychisch-krank-auf-augenhoehe-31660370.html>, accessed 31 December 2020).
- ¹³⁵ Lob- und Beschwerdemanagement im Klinikum Heidenheim. In: Klinikum Heidenheim [website]. Heidenheim: Klinikum Heidenheim; n.d. (<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum/patienten/ihr-aufenthalt/Lob-und-Beschwerdemanagement.php>, accessed 31 December 2020).
- ¹³⁶ Informations-, Beratungs- und Beschwerdestelle (IBB-Stelle). In: Landratsamt Heidenheim [website]. Heidenheim: Landratsamt Heidenheim; n.d. ([https://www.landkreis-heidenheim.de/Landratsamt/Organisationseinheit/SozialeSicherheitundIntegration/ HilfenfrMenschenmitBehinderung/Informations-Beratungs-undBeschwerdestelleIBB/index.htm](https://www.landkreis-heidenheim.de/Landratsamt/Organisationseinheit/SozialeSicherheitundIntegration/HilfenfrMenschenmitBehinderung/Informations-Beratungs-undBeschwerdestelleIBB/index.htm), accessed 31 December 2020).
- ¹³⁷ Lob oder Kritik - Geben Sie uns Ihr Feedback. In: AOK Die Gesundheitskasse [website]. Stuttgart: AOK Die Gesundheitskasse; n.d. (<https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/beschwerde/>, accessed 31 December 2020).
- ¹³⁸ Hilfe bei ärztlichen Behandlungsfehlern. In: Landesärztekammer Baden-Württemberg [website]. Stuttgart: Landesärztekammer Baden-Württemberg; n.d. (<https://www.aerztekammer-bw.de/20buerger/40behandlungsfehler/index.html>, accessed 31 December 2020).
- ¹³⁹ Bock T, Priebe S. Psychosis seminars: an unconventional approach. Psychiatr Serv. 2005;56:1441- 3. doi: 10.1176/appi.ps.56.11.1441.
- ¹⁴⁰ yhuis PW, Zinkler M. Offene Psychiatrie und gemeindepsychiatrische Arbeit [Opendoor psychiatry and community mental health work]. Nervenarzt. 2019;90:695-9. doi: 10.1007/s00115-019-0744-0.
- ¹⁴¹ Zwischenergebnisse zur Evaluation von Modellvorhaben für sektorenübergreifende Versorgung psychisch kranker Menschen nach §64b SGB V (EVA64) beim DKVF vorgestellt. In: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden [website]. Dresden: Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden; 2019 (<https://www.uniklinikum-dresden.de/de/das-klinikum/universitaetscentren/zegv/news/eva64-dkvf>, accessed 31 December 2020)
- ¹⁴² Zinkler M. Modellvorhaben nach §64b SGB V in der Corona-Pandemie: Versorgung, Struktur und Zwangsmaßnahmen. Recht Psychiatr. (in press).
- ¹⁴³ Weitz H-J. Bericht der Ombudsstelle beim Ministerium für Soziales und Integration nach § 10 Abs. 4 PsychKHG. 2018 ([https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads Medizinische Versorgung/Ombudsstelle Landtagsbericht-2018.pdf](https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/Ombudsstelle_Landtagsbericht-2018.pdf), accessed 31 December 2020).

- ¹⁴⁴ Flammer E, Steinert T. Auswirkungen der vorübergehend fehlenden Rechtsgrundlage für Zwangsbehandlungen auf die Häufigkeit aggressiver Vorfälle und freiheitseinschränkender mechanischer Zwangsmaßnahmen bei Patienten mit psychotischen Störungen [Consequences 227 R of the temporary lack of admissibility of involuntary medication in the state of Baden Württemberg; not less drugs, but longer deprivation of liberty]. *Psychiatr Prax.* 2015;42:260-6. doi: 10.1055/s-0034-1370069
- ¹⁴⁵ Besuchskommission nach §27 PsychKHG. Stuttgart: Baden-Württemberg Ministerium Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren; 2018 (<https://kliniken-heidenheim.de/klinikum-wAssets/docs/psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/Besuchskommission-2018.pdf>, accessed 31 December 2020).
- ¹⁴⁶ Klinikum bekennt sich zu kommunaler Trägerschaft. Heidenheimer Zeitung. 24 January 2020 (<https://www.hz.de/meinort/heidenheim/datenpanne-klinikum-gab-versehentlich-klarnamen-heraus-42883034.html>, accessed 31 December 2020).
- ¹⁴⁷ Soteria-Gedanke. In: Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria [website]. Bremen: Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria; n.d. (<https://soteria-netzwerk.de/entstehung-des-soteria-gedankens>, accessed 4 October 2019).
- ¹⁴⁸ Ciompi L. The Soteria-concept. Theoretical bases and practical 13-year-experience with a milieu therapeutic approach of acute schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1997;99:634-50.
- ¹⁴⁹ Mosher LR, Menn A. Soteria: an alternative to hospitalization for schizophrenia. *New Dir Ment Health Serv.* 1979;1:73-84. doi: 10.1002/yd.23319790108.
- ¹⁵⁰ Ciompi L. An alternative approach to acute schizophrenia: Soteria Berne, 32 years of experience. *Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother.* 2017;168:10-3. doi: 10.4414/sanp.2017.00462.
- ¹⁵¹ Soteria Bern - psychiatric hospital. In: Hospital Comparison Switzerland [website]. Zurich: Hospital Comparison Switzerland; 2017 (<https://which-hospital.ch/quality-ratings.php?fc=2&hid=53>, accessed 1 January 2021).
- ¹⁵² Einhornfilm. Part 1 - Soteria Berne - Acute (english subtitles 1/3) [video]: Einhornfilm; 2013 (<https://www.youtube.com/watch?v=fMoJvwMZrk>, accessed 30 December 2020).
- ¹⁵³ Soteria Bern - Konzept - Integrierte Versorgung. In: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [website]. Bern: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (<https://www.igsbern.ch/wAssets/docs/soteria/KonzeptIntegrierteVersorgung.pdf>, accessed 1 January 2021).
- ¹⁵⁴ Ciompi-Lausanne L. mov58 [video]. Brussels: colloque communautés thérapeutiques Bruxelles; 2015 (https://www.youtube.com/watch?v=EIUL7x_pPgQ, accessed 30 December 2020).
- ¹⁵⁵ Aufnahme. In: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [website]. Berne: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (<https://www.igsbern.ch/de/soteria/aufnahme.php>, accessed 6 October 2019).
- ¹⁵⁶ Soteria Angebot. In: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [website]. Berne: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (<https://www.igsbern.ch/de/soteria/angebot.php>, accessed 6 October 2019).
- ¹⁵⁷ Parizot S, Sicard M. Antipsychiatry n° 10. *L'information psychiatrique.* 2014;90:777-88.
- ¹⁵⁸ Einhornfilm. Part 2 - Soteria Berne - Integration (english subtitles 2/3) [video]: Einhornfilm; 2013 (<https://www.youtube.com/watch?v=8ilj7BcS7XU>, accessed 30 December 2020).

- ¹⁵⁹ Soteria Bern - Konzept Wohnen & Co. In: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern [website]. Bern: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; 2018 (https://www.igsbern.ch/wAssets/docs/soteria/Konzept_Wohnen_und-Co.pdf, accessed 13 January 2021).
- ¹⁶⁰ Soteria Fidelity Scale. Bremen: Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria; 2019 (<https://soteria-netzwerk.de/wp-content/uploads/2019/04/Soteria-Fidelity-Scale-Version-15.04.19.pdf>, accessed 1 January 2021).
- ¹⁶¹ Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria [website]. Internationale Arbeitsgemeinschaft Soteria; n.d. (<https://soteria-netzwerk.de/>, accessed 30 December 2020).
- ¹⁶² Ingle M. How does the Soteria House heal? [website]. Cambridge: Mad in America; 2019 (<https://www.madinamerica.com/2019/09/soteria-house-heal/>, accessed 1 January 2021).
- ¹⁶³ Ciompi L, Hoffmann H. Soteria Berne: an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic. *World Psychiatry*. 2004;3:140-6.
- ¹⁶⁴ Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics] (ANQ) [website]. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; n.d. (<https://www.anq.ch/de/>, accessed 19 February 2021).
- ¹⁶⁵ Nationaler Vergleichsbericht 2018. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken; 2019 (https://www.anq.ch/wp-content/uploads/2019/09/ANQpsy_EP_Nationaler-Vergleichsbericht_2018.pdf, accessed 7 July 2020).
- ¹⁶⁶ Messergebnisse Psychiatrie, Soteria 2014. In: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [website]. Bern: Nationaler Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken [Swiss National Association for Quality Development in Hospitals and Clinics]; 2014 (https://www.anq.ch/de/fachbereiche/psychiatrie/messergebnisse-psychiatrie/step3/measure/35/year/2019/nr/24679/?no_cache=1&tx_anq_anqpublicarea%5BsuchEingabe%5D=soteria&cHash=d08375155cd588986d5eb3f7183e2e09#skalen, accessed 7 July 2020).
- ¹⁶⁷ Internal evaluation of Soteria House Berne 2015-2017. In: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern. Berne: Interessengemeinschaft Sozialpsychiatrie Bern; n.d. (<https://www.igsbern.ch/de/behandlung/soteria-3.html#section-40>, accessed 31 December 2020).
- ¹⁶⁸ Ciompi L, Dauwalder H-P, Maier C, Aebi E, Trutsch K, Kupper Z et al. The pilot project 'Soteria Berne': clinical experiences and results. *Br J Psychiatry*. 1992;161:145-53. doi: 10.1192/S0007125000297183.
- ¹⁶⁹ Calton T, Ferriter M, Huband N, Spandler H. A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2008;34:181-92. doi: 10.1093/schbul/sbm047.
- ¹⁷⁰ Soteria Berne: an alternative treatment of acute schizophrenia. In: Luc Ciompi - Psychiatrist and Author [website]. Berne: Luc Ciompi - Psychiatrist and Author; 2018 (<http://www.ciompi.com/en/soteria.html>, accessed 1 January 2020).
- ¹⁷¹ Übersicht stationäre Spitaltarife 2020 Kanton Bern. In: Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion. Bern: Kanton Bern Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion; 2020 (https://www.gef.be.ch/gef/de/index/gesundheit/gesundheit/spitalversorgung/spitalfinanzierung/superprovisorischetarife.asse-tref/dam/documents/GEF/SPA/de/Spitalversorgung/Tarife/Tarifuebersicht_2020.pdf, accessed 1 January 2021).

Wer wir sind

Die Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana ist die nationale Fachorganisation für psychische Gesundheit. Sie wurde im Jahr 1978 gegründet und setzt sich für die Interessen und Rechte von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ein. Die Stiftung engagiert sich in der Früherkennung, vertritt die Belange der Betroffenen in Politik und Gesellschaft und bietet Dienstleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit an. Dabei orientiert sie sich an den Leitlinien der *WHO Guidance on community mental health services* und der UNO-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK).

Pro Mente Sana ist eine gemeinnützige Stiftung. Sie ist parteipolitisch und konfessionell unabhängig. Die Finanzierung ihrer Dienstleistungen erfolgt mehrheitlich über Beiträge von Institutionen wie Bund, Kantone und Gemeinden sowie Spenden.

Schweizerische Stiftung Pro Mente Sana
Fondation Suisse Pro Mente Sana
Fondazione Svizzera Pro Mente Sana

Hardturmstrasse 261
8005 Zürich

Telefon 044 446 55 00
Beratung 0848 800 858 (Normaltarif)
kontakt@promentesana.ch
www.promentesana.ch

IBAN CH16 0070 0110 0000 6618 6