

Personenzentriert, rechtebasiert, recoveryorientiert und gemeindebasiert

Die neuen Leitlinien für die psychosozialen Dienste der WHO

Von Martin Zinkler

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



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

Einführung

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

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

sowie zur Übertragbarkeit auf andere Orte.

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

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

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

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

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

Das Netzwerk in Triest

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

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

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

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

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

Die Friendship Bench, Zimbabwe

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

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

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

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

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

Die CAPS in Brasilien

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

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

Ausblick

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

Literatur

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

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

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

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

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

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

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

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

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