

Ein Sonderfall in Europa

Aktueller Überblick zur sozialpsychiatrischen Praxis in der Schweiz

Von Walter Gekle und Gianfranco Zuaboni

Die Schweiz ist auch in der Psychiatrie ein Sonderfall in Europa. Vier Sprachregionen mit einer meist ambivalenten Orientierung an den gleichsprachigen europäischen Nachbarländern haben auch in der Psychiatrie ihren Niederschlag hinterlassen. Eine weitere schweizerische Eigenheit ist die stark föderal gegliederte Gesundheitspolitik. So kann die Bundesregierung z. B. ein zeitgemässes Kindes- und Erwachsenenschutzrecht (KESR 2013) in Kraft setzen, das viele sozialpsychiatrische Forderungen festschreibt (z. B. umfassende Mitsprache), die Umsetzung aber liegt dann in den Kompetenzen der einzelnen Kantone. Dies führt dazu, dass sich bei der Fürsorgerischen Unterbringung (FU = Zwangseinweisung), die im KESR geregelt ist, die jeweiligen FU-Unterbringungsarten zwischen den Kantonen sehr stark unterscheiden (s. u.).

Rückblick

Die Sozialpsychiatrie in der Schweiz, so wie wir sie heute kennen, hat ihren Ursprung in den frühen 1970er-Jahren, blickt also auf eine ca. 50-jährige Tradition zurück. So wurde beispielsweise 1978 in Bern die Sozialpsychiatrische Universitätsklinik gegründet, deren erster (und letzter) Direktor der Psychiater Prof. Dr. Luc Ciompi war. In diesen Jahren wurden in den urbanen Zentren der Schweiz extramurale, gemeindepsychiatrische Angebote (Ambulatorien, Tageskliniken, Tagesstätten, Arbeitsrehabilitationen) im Sinne einer sektorsierten Versorgung aufgebaut. 1984 gründete Luc Ciompi die Soteria in Bern, die sich einerseits auf das Soteria House von Loren Mosher in Kalifornien bezog, sich andererseits aber auch heute noch in wichtigen Aspekten von diesem unterscheidet. Ebenfalls in den 1980er-Jahren erfolgte an vielen regionalen Spitalzentren die Gründung sogenannter regionaler psychiatrischen Dienste, die ursprünglich lediglich aus einem Ambulatorium bestanden, heute aber zumeist ein grosses Spektrum an Dienstleistungen anbieten: Vom Notfalldienst über Konsiliar- und Liaisondienste und

Tageskliniken, bis hin zu aufsuchenden Angeboten in der Erwachsenen- und der Alterspsychiatrie. Dieses dichte Netzwerk aus sozialpsychiatrischen Angeboten besteht heute noch und hat sich nach und nach bis in die Bergregionen (ein gutes Beispiel dafür ist der Bergkanton Graubünden) ausgedehnt.

Ab den 1990er-Jahren begann sich als eigentliche Gegenbewegung die biologisch ausgerichtete Psychiatrie durchzusetzen. Zusätzlich gerieten die bis dahin vielerorts unabhängigen Universitätskliniken (Psychiatrische Kliniken, Sozialpsychiatrische Kliniken, Psychiatrische Universitätspolikliniken) aus politischen und ökonomischen Gründen unter Fusionsdruck und es entstanden Gebilde wie die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern oder die Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, welche weitgehend unter dem Primat der biologischen Psychiatrie standen und unternehmerisch ausgerichtet wurden. Ähnliches gilt für die weiteren universitären Psychiatrien in Genf, Lausanne und Zürich.

Verkürzt könnte man sagen, dass die Sozialpsychiatrie in der Schweiz zwar die Versorgung in der Fläche gewonnen, dafür aber den Einfluss auf der Ebene



Walter Gekle
Dr. med., Präsident d. Schweizerischen Sozialpsychiatr. Gesellschaft Sektion Deutschschweiz, Chefarzt u. stellv. Direktor Zentrum Psychiatrische Rehabilitation Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Chefarzt Soteria Bern.



Gianfranco Zuaboni
Dr. rer. medic., Vizepräsident der Schweizerischen Sozialpsychiatrischen Gesellschaft Sektion Deutschschweiz, Leiter Pflegeentwicklung u. Recovery-Beauftragter der Sanatorium Kilchberg AG, Projektleiter Recovery College Bern.



der universitären Lehre und Forschung weitgehend eingebüsst hat. Für ein besseres Verständnis der spezifischen Situation in der Schweiz lohnt es sich, einige aktuelle Themenbereiche der sozialpsychiatrischen Versorgung näher zu betrachten.

Zwangseinweisungen und Zwangsmaßnahmen

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (OBSAN) hat in einem Bericht festgehalten, dass die Häufigkeiten sogenannter Fürsorgerischer Unterbringungen (FU) im Jahr 2016 zwischen den Kantonen stark variieren (OBSAN, 2018). Am höchsten ist die FU-Rate im Kanton Waadt mit 3,31/1000 Einwohnerinnen

und Einwohner. Die niedrigste FU-Rate findet sich im Kanton Glarus mit 0,46, die Kantone Neuenburg (0,42) und Wallis (0,38) weisen noch niedrigere Raten auf, allerdings sind diese wegen schlechter Datenqualität nicht aussagekräftig. Der Landesdurchschnitt liegt bei einer Rate von 1,7 und ist damit ungefähr gleich wie in Deutschland und Österreich (beide 1,75), aber deutlich höher als zum Beispiel in Portugal (0,06) (Dressing und Salze 2004).

In der Schweiz erfolgen 20 % aller Eintritte in die stationäre Psychiatrie via FU (OBSAN 2018). Steinert, Noodthoorn & Mulder (2014) haben für Deutschland (2009) eine Quote von ca. 11 % ermittelt.

Eine schweizerische Besonderheit stellt der Nationale Verein für die Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) (www.anq.ch) dar, der von den Leistungserbringern, den Krankenkassen, den schweizerischen Sozialversicherungen, Vertretern der Kantone (inkl Fürstentum Liechtenstein) sowie der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) gebildet wird. Für den Bereich der Psychiatrie werden jährlich einerseits Daten zur Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten erhoben, andererseits seit 2015 auch Zwangsmaßnahmen in einem Benchmark dargestellt.

So hat jede der 40 teilnehmenden psychiatrischen Kliniken die Möglichkeit, sich selbst bezüglich der Häufigkeit und der Art der durchgeführten Zwangsmassnahmen mit den anderen Institutionen zu vergleichen. Dies hat über die Jahre hinweg zu einem gewissen Rückgang von Zwangsmaßnahmen im stationären Setting geführt.

Stationär vor ambulant

«Ambulant vor stationär» gilt als Prämisse der zeitgemässen psychiatrischen Gesundheitsversorgung, doch aktuell entspricht das Gegenteil der Wirklichkeit. Die Gründe dafür liegen in der Finanzierung: Die Abgeltung für stationäre Behandlungen ist national so geregelt, dass 55 % der Kosten für eine stationäre Behandlung durch die Kantone und 45 % durch die Krankenkassen (KK) getragen werden. Alle ambulanten Leistungen werden allein durch die KK finanziert. 10 % der Kosten (amb.

und stat. bis max. CHF 7000.-/Jahr) werden von den KK den Nutzenden in Rechnung gestellt. Immer wieder geraten Nutzende, die von der Sozialhilfe abhängig sind, durch dieses System in finanzielle Engpässe. Das politische Bekenntnis «ambulant vor stationär» wird vor diesem Hintergrund zum Lippenbekenntnis, da sich die Kantone nicht an den ambulanten Leistungen beteiligen wollen und die KK keine Ausweitung der ambulanten Leistungen wünschen. Daher befinden wir uns in einer Patt-

situation, die eine Weiterentwicklung unserer extramuralen Dienstleistungen blockiert. Die auf Profit verpflichteten Kliniken helfen sich aus dem Dilemma, indem sie immer mehr Betten be-

treiben und so die strukturell defizitären ambulanten und tagesklinischen Bereiche entweder quersubventionieren oder gar schliessen.

Hinsichtlich evidenzbasierter und gemeindenaher Angebote, wie dem Home-treatment, dem Supported Employment und Supported Living konnten in einigen Regionen der Schweiz entsprechende Projekte realisiert werden. Doch auch bei diesen Angeboten erschweren die Finanzierungsmodalitäten eine flächendeckende Implementierung. Demzufolge ist es von der Wohnregion jedes Einzelnen abhängig, ob jemand entsprechende innovative Dienstleistungen nutzen kann oder eben nicht.

Recovery-Orientierung und Peearbeit

In der Schweiz ist es die Stiftung Pro Mente Sana, die die Auseinandersetzung mit Recovery mit ihrem entsprechenden Projekt gefördert hatte. Im Jahre 2006 wurden von der Pro Mente Sana verschiedene Massnahmen umgesetzt, die darauf abzielten, den Recovery-Ansatz und die Peearbeit bekannt zu machen. So wurde der erste Peerausbildungsgang realisiert und die Absolventinnen und Absolventen führten in der Folge in psychiatrischen Institutionen erste Informationsveranstaltungen durch. Die ersten Anstellungen von Peers in psychiatrischen Institutionen erfolgten im Jahre 2009. Doch wie auch in Deutschland kam der eigentliche Entwicklungsschub durch die Etablierung der EX-IN-Ausbildungsgänge für Peers, respektive Genesungsbegleitende, erst

im darauffolgenden Jahr.

Mittlerweile sind in den meisten psychiatrischen Institutionen Peers angestellt. Diese positive Entwicklung geht mehrheitlich auf das Engagement von Pflegefachpersonen zurück, die bereits früh das Potenzial der Peearbeit für die psychiatrischen Dienstleistungen erkannten. Doch nach wie vor werden die Anstellungen von Peermitarbeitenden in vielen Institutionen aus pflegerischen Personalbudgets finanziert. Gründe dafür sind gemäss Nienaber und Gurtner (2022) unter anderem fehlende strukturelle Voraussetzungen zur Refinanzierung der Peearbeit.

2017 wurde bei den Peers eine Befragung durchgeführt, bei welcher der Fokus auf ihre Einsatzgebiete, ihre Rollen und Arbeitsinhalte gelegt wurde. Zu diesem Zeitpunkt hatten ca. 180 Personen die EX-IN-Weiterbildung absolviert, davon waren 125 aktiv als Peers tätig. Es nahmen 54 Peers an der Befragung teil. Fast alle gaben an, im direkten Kontakt mit Nutzenden zu arbeiten. Viele von ihnen waren in der Bildung tätig. Deutlich geringer waren die Einsatzgebiete in Politik, Versorgungsplanung und Forschung. Die meisten Peers waren im stationären Setting einer psychiatrischen Klinik engagiert. Einige wenige waren selbstständig erwerbend. Der Beschäftigungsgrad lag bei vielen unter einer halben Vollzeitstelle und die Arbeitsbedingungen, die Arbeitszufriedenheit und das Gehalt wurden als gut eingeschätzt. Dabei besaßen die meisten auch eine Stellenbeschreibung, die ihrer Tätigkeit entsprach. Als grösste Herausforderung wurde u. a. die Integration ins interprofessionelle Behandlungsteam, die ungenügende Kommunikation und die fehlende Akzeptanz im multiprofessionellen Team bezeichnet. In diesem Zusammenhang hat die Berner Fachhochschule im Bereich Forschung das Projekt «Pioneers» entwickelt, das wichtige Erkenntnisse hinsichtlich des systematischen Einbezugs von Expertinnen und Experten durch Erfahrung in Lehre und Forschung an der Hochschule generierte, die danach auch umgesetzt wurden (Burr et al., 2020).

Der Einbezug von Expertinnen und Experten durch Erfahrung wird auch an weiteren Ausbildungsorten vorangetrieben (Zuaboni & Burr, 2022), doch dieser erfolgt bei Weitem nicht in allen Ausbildungen der in der Psychiatrie tätigen Berufsgruppen. Vergleichbar sieht es bei der Vermittlung des Recovery-Ansatzes

in den Grundausbildungen und den Studiengängen aus, was sich entsprechend auf den Wissensstand auswirkt. Mitunter haben ärztliche und psychologische Berufseinsteigerinnen und -einsteiger bei ihrem Stellenantritt noch nie etwas von Recovery und Peearbeit gehört. Einzelne Institutionen haben inzwischen entsprechende interne Weiterbildungen und Workshops etabliert, um diese Lücke zu schliessen.

Seit 2019 gibt es in verschiedenen Regionen der Schweiz Recovery Colleges (Genf, Bern, Thurgau und St. Gallen). Die Bildungsangebote richten sich an Menschen mit eigenen Krankheitserfahrungen, Angehörige, Fachpersonen und weitere Personen gleichermaßen (Zuaboni et al., 2022). Die Kurse ermöglichen eine Auseinandersetzung zu Themen der psychischen Gesundheit und selbstbestimmten Lebensgestaltung. Diese werden in Koproduktion von Personen mit eigenen Krankheits- und Genesungserfahrungen und Fachpersonen mit einem herkömmlichen Bildungshintergrund erarbeitet und durchgeführt (weitere Informationen: www.recoverycollegebern.ch).

Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) in der Schweiz

2014 wurde von der Schweiz die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) ratifiziert. Als letzte Nation hat die Schweiz im Vergleich mit den Nachbarländern die Ratifizierung vorgenommen. Seit März 2022 liegt nun der Initialstaatenbericht der Vereinten Nationen zur Umsetzung der BRK in der Schweiz vor. In diesem Bericht werden zahlreiche Versäumnisse aufgeführt und es fehlt gemäss der Einschätzung des Ausschusses eine übergeordnete Gesamtstrategie zur Umsetzung der BRK. So macht es den Anschein, dass die offizielle Schweiz das Übereinkommen zwar ratifiziert hat, aber keine Anstalten unternommen hat, die darin enthaltenen Forderungen auch tatsächlich umzusetzen. Nach wie vor werden in Gesetzestexten diskriminierende Bezeichnungen und abwertende Ausdrücke in Bezug auf Menschen mit Behinderungen verwendet. Auch fehlen weitgehend Maßnahmen zur Förderung der Geschlechtergleichstellung in Gesetzgebung und Politik im Bereich der Behinderungen sowie zur Förderung der Rechte von Frauen und Mädchen mit Behinderungen.

Der für die psychiatrischen Institutionen wohl einschneidendste Kritikpunkt

bezieht sich auf den Einsatz von medizinischen Zwangsmaßnahmen und -behandlungen, Fixierungen, Isolationen und Absonderungen. Der Ausschuss empfiehlt der Schweiz alle Formen der medizinischen Zwangsmaßnahmen und -behandlungen, sowie die Anwendung chemischer, physischer und mechanischer Formen der Fixierung, Isolation und Absonderung gesetzlich, politisch und praktisch abzuschaffen (UN-Bericht, 2022). Die Umsetzung dieser Empfehlungen wird jedoch nicht alleine den psychiatrischen Institutionen überlassen werden können. Einerseits lässt sich eine Psychiatrie ohne oder mit nur geringem Zwang in den vorhandenen Strukturen nicht realisieren. Andererseits müssen für die vielfach sozialen Problemstellungen, die zu Einweisungen in die Psychiatrie führen, entsprechende Massnahmen im sozialen Umfeld realisiert werden. Somit ist die Politik gefordert, die Rahmenbedingungen und Gesetze zu schaffen, die eine sozial inkludierende und recovery-orientierte Psychiatrie möglich machen. Dies wäre eine Psychiatrie, die – wie beispielsweise im Stepped-Care-2.0-Modell beschrieben – als ein integrativer Bestandteil der vielfältigen Angebote innerhalb der Gesellschaft agieren würde und den Bedürfnissen und Anforderungen der einzelnen Bürgerinnen und Bürger entsprechend zugänglich wären (Cornish, 2020).

Die Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie

Die Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (SOPSY) wurde in den frühen 1980er-Jahren gegründet und bildet seither ein Sammelbecken für sozialpsychiatrische Anliegen. Die Gesellschaft gliedert sich in drei Sprachsektionen und eine auf nationaler Ebene tätige Zentralgesellschaft (www.sopsy.ch), was wiederum der Mehrsprachigkeit der Schweiz entspricht. Die einzelnen Sprachsektionen haben über die letzten Jahrzehnte hinweg jeweils multiprofessionelle sozialpsychiatrische Zusatzausbildungen angeboten, welche jedoch gerade aufgrund der Multiprofessionalität den Anschluss an die berufsgruppenspezifische Bildungssystematik verloren haben. Die Ausbildungsgänge erreichen nicht die erforderliche Anzahl an

Studierenden, um sie selbsttragend zu betreiben, was zur Einstellung oder zu einer weitgehenden Redimensionierung führte. Um sozialpsychiatrische Positionen der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, sind in den letzten Jahren vor allem von der Sektion Deutschschweiz (www.sozialpsychiatrie.ch) mehrere Positionspapiere zu relevanten Themen

wie Zwangsmaßnahmen, Psychopharmaka, Peearbeit in der Psychiatrie und Obdachlosigkeit entstanden. Die SOPSY engagiert sich für eine starke Vernetzung mit Partnerorganisationen.

Für die kommenden Jahre wird eine zentrale strategische Ausrichtung der Tätigkeit der SOPSY und die Verbreitung der Forderungen der WHO-Leitlinien für eine gemeindenahere und menschenrechtbasierte psychiatrische Versorgung (WHO, 2021) angestrebt. Zu diesem Zweck plant die Gesellschaft, im September 2023 gemeinsam mit Partnerorganisationen eine nationale Konferenz durchzuführen. ●

Literatur

- Burr, C., Rother, K., Elhilali, L., Winter, A., Kozeil, B., Weidling, K., & Zuaboni, G. (2020):** Rollen und Arbeitsinhalte von Peers und Expertinnen und Experten durch Erfahrung in Praxis, Bildung, Entwicklung und Forschung in der Psychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 48(3), 135–142.
- Dressing H. & Salize H.-J. (2004):** Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker in den Mitgliedsländern der Europäischen Union. *Psychiatrische Praxis*, 31, 34–39.
- Cornish, P. (2020):** Stepped Care 2.0: A Paradigm Shift in Mental Health. Springer International Publishing.
- Nienaber, A. & Gurtner, C. (2022):** Es gibt viel zu tun. *Psychiatrische Pflege*, 7(2), 43.
- OBSAN (2018):** Fürsorgerische Unterbringung in Schweizer Psychiatrien. *Bulletin* 02.
- Steinert, T., Noorthoorn, E. & Mulder, C. (2014):** The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. *Frontiers in Public Health*, (2), 141.
- UN-Bericht (2022):** Abschliessende Bemerkungen zum Initialstaatenbericht der Schweiz. Vereinte Nationen.
- World Health Organization (2021):** Guidance on community mental health services: promoting person-centred and rights-based approaches. World Health Organization.
- Zuaboni, G., & Burr, C. (2022):** War es das schon oder geht es erst richtig los? *Psychiatrische Pflege*, 7(1), 13–16.
- Zuaboni, G., Schulz, M. & Löhr, M. (2020):** Recovery Colleges: Gemeinsam psychische Gesundheit und soziale Teilhabe durch Bildung fördern. *Kerbe*, 1, 25–27.