Ausgrenzung und Zurückweisung psychisch Kranker sind nach wie vor ein Problem

Empowerment – ein Weg zur Entstigmatisierung

Christian G. Huber[a], Julia F. Sowislo[a], Andres R. Schneeberger[a,b], Bettina Flury Bodenmann[a], Undine E. Lang[a]

[a] Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK), Basel, Schweiz
[b] Psychiatrische Dienste Graubünden (PDGR), St. Moritz, Schweiz

Summary

Empowerment – a new pathway toward de-stigmatising mental illness and psychiatry

Despite year-long efforts to de-stigmatise the psychiatric field, the exclusion, rejection, and social distancing of patients with mental illness remains a critical issue in modern society. In addition to the most severely affected, namely people with mental disabilities, those working in the psychiatric profession, along with psychiatric institutions and psychiatric therapy, are still the object of stigma and prejudice in public life. This stigmatization may lead to resignation, the deterioration of psychiatric symptoms, and enhanced passivity. By empowering the psychiatric field and those affected with psychiatric disability, we may be able to reduce stigmatisation and, in collaboration with society and the political sphere, improve the real-life conditions of these patients. Empowerment may reactivate their feelings of usefulness and increase self-efficiency, giving them new hope and confidence in their own skills, along with a more optimistic view of life. We should strive to increase awareness of and access to the leading model of the well-informed and emancipated patient, as well as the efficacy of pharmacological and non-pharmacological treatment modalities, so that such outdated prejudices can be effectively overcome. By means of an integrated psychiatry providing more humanised patient-centred care, we may be able to reduce the stigma affecting psychiatric institutions. Nevertheless, psychiatric professionals and politicians must work in close collaboration to achieve effective and long-lasting improvements as regards the stigmatisation of patients with mental disorders in the communities where they live.

Key words: mental health; stigma; labelling; inclusion

Im vorliegenden Text wird der Lesbarkeit halber in einigen Fällen statt geschlechtsneutraler Bezeichnungen oder Doppelformen die männliche Form von Begriffen verwendet. Dabei ist implizit immer auch die weibliche Form mit gemeint.

Das Wort *Stigma* stammt ursprünglich aus dem Griechischen und bedeutet wörtlich übersetzt Wundmal. Stigmatisierung erfahren verschiedene soziale Gruppen, unter anderem Angehörige ethnischer Minderheiten, Menschen sexueller Minderheiten oder Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen. Besonders Personen mit psychischen Erkrankungen sind oft extremer Entwertung ausgesetzt, die noch stärker ausfällt, wenn die Erkrankung mit Obdachlosigkeit und Substanzmissbrauch verbunden ist. Die Diskriminierung kann im Bereich des Arbeitsplatzes, in der Familie oder bei der Wohnungssuche auftreten.

Sie bedingt, dass neben den alleine schon durch die psychische Erkrankung verursachten negativen Konsequenzen weitere negative Folgen für die Betroffenen entstehen: Die Stigmatisierungserfahrung geht mit erhöhter Ängstlichkeit und Stress [1], einem erniedrigten Funktionsniveau [2], vermindertem Selbstbewusstsein [3] sowie einer niedrigeren Lebensqualität [4] einher. Zusätzlich kann Stigmatisierung durch verminderte Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung und verringerte Behandlungsadhärenz indirekt die psychischen Symptome verstärken: In einer Studie von Wrigley et al. konnte gezeigt werden, dass eher die Erfahrung der Stigmatisierung als die konkreten psychischen Symptome das hilfesuchende Verhalten vorhersagt [5]. Sirey et al. zeigten, dass Patienten mit einer depressiven Störung, die Stigmatisierung erfahren, im Drei-Monats-Follow-up ein erhöhtes Risiko für einen Therapieabbruch aufweisen [6]. In Bezug auf diese negativen Konsequenzen kann Stigmatisierung als «zweite Krankheit» [7] angesehen werden, deren negativer Einfluss sich mit dem Leidensdruck der psychischen Erkrankung summiert.

Auch hinsichtlich der medizinischen Versorgung kann eine strukturelle Stigmatisierung bestehen. Sie äussert sich in fehlender oder unzureichender Behandlung und mangelhafter Aufklärung [8]. Weitere Beispiele für strukturelle Diskriminierung sind Sondergesetze, die psychisch kranke Menschen betreffen, die Speicherung psychiatrischer Diagnosen, das Anwenden von Zwangsmassnahmen und die gerichtliche Entmündigung.

Als *Empowerment* kann das Anliegen der Betroffenen auf eine subjektorientierte personalisierte Psychiatrie verstanden werden, bei der auf Augenhöhe mit Experten verhandelt werden kann. Dies ist auch in anderen medizinischen Disziplinen gerade bei chronischen Erkrankungen üblich. Dabei soll möglichst wenig Bevormundung und Zwang ausgeübt werden. Ressourcen-Orientierung, Selbsthilfemöglichkeiten, Wahlfreiheit in der Behandlung sowie Partizipation

sollen Einschränkungen und die (Re-)Traumatisierung von Patienten verhindern. Die Therapie soll dabei als Angebot und Bereicherung für die Betroffenen und nicht als Restriktion und Behinderung etabliert werden. Statt pädagogisch und erzieherisch in das Leben der Betroffenen einzugreifen oder auf Anliegen der Gesellschaft an die Betroffenen vorauseilend zu reagieren, sollen Chancen und Möglichkeiten geschaffen werden. Die Psychiatrie muss dabei als Anwalt für die Patienten und ihre Anliegen auftreten. Herr Rappaport formulierte bereits 1987 das Empowerment als Gegenbewegung zur «fürsorglichen Belagerung» von psychiatrischen Patienten [9]. Stigmatisierung kann mit Resignation, Zunahme von depressiven und psychotischen Symptomen und Passivität auf Seiten der Betroffenen einhergehen, wohingegen Empowerment Selbstwirksamkeit, Hoffnung und eine aktive, optimistische Lebensgestaltung fördern kann.

Formen von Stigmatisierung in der Psychiatrie

Die Stigmatisierung psychiatrischer Patienten

Bereits eine psychiatrische Erkrankung alleine kann den Patienten aufgrund von Vorurteilen einer öffentlichen, interpersonellen oder strukturellen Diskriminierung aussetzen oder zur Selbststigmatisierung führen. Bei Patienten mit einer psychischen Erkrankung sind anders als bei stigmatisierten Gruppen wie ethnischen Minderheiten Stigma-assoziierte Merkmale oft nicht direkt sichtbar [10]. Die Stigmatisierung vermittelt sich hier über andere Faktoren.

In einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Kanton Basel-Stadt zeigte sich, dass die psychiatrischen Patienten stärker stigmatisiert werden als zum Beispiel die psychiatrischen Behandlungseinrichtungen [11]. Dabei waren aggressives Verhalten und männliches Geschlecht mit besonders grossem Bedürfnis der Bevölkerung nach sozialer Distanz verbunden [11]. Dass ein Teil des Bedürfnisses nach sozialer Distanz dadurch erklärt werden kann, dass psychiatrische Patienten als gewaltbereit und unberechenbar betrachtet werden, ist bereits aus früheren Arbeiten bekannt [12]. Vor diesem Hintergrund ist es besonders kritisch zu sehen, dass beispielsweise in den USA 50% der Zeitungsartikel, die über psychische Erkrankungen berichten, von Gewalt handeln [13]. Umgekehrt wird durch US-amerikanische Zeitungen bei Berichten über Kriminelle in einem Drittel der Fälle erwähnt, die Beschuldigten seien psychisch krank [13]. Ferner ist bekannt, dass der Anteil der Stigmatisierung an der psychischen Erkrankung systematisch je nach gezeigten konkreten Symptomen oder Verhalten des Patienten variiert. Schomerus et al. führten ein systematisches Review über bis 2010 publizierte Populationsstudien durch und beschrieben, dass Symptome von Alkoholismus gefolgt von Symptomen einer Schizophrenie die grösste Ablehnung hervorrufen, während Depressionssymptome und Angststörungen im Vergleich auf geringere soziale Ablehnung stossen [14]. Forschungsarbeiten bezüglich der relativen Stigmatisierung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, beispielsweise einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ (BPD), sind gegenwärtig noch kaum vorhanden: Markham verglich die Stigmatisierung von Patienten mit einer Borderline-Störung, einer Schizophrenie und einer Depression durch psychiatrische Pflegefachkräfte und konnte zeigen, dass die im Vergleich höchste Stigmatisierung Menschen mit einer Borderline-Störung betrifft [15]. Dabei muss die Stigmatisierung durch psychiatrische Berufsfachkräfte nicht unbedingt die Grundhaltung der Bevölkerung widerspiegeln. Experten in der Betreuung von Borderline-Patienten könnten beispielsweise aufgrund des krankheitsspezifischen maladaptiven Beziehungsmusters und von Gegenübertragungseffekten besonders dazu neigen, Patienten mit einer Borderline-Störung abzulehnen [16].

Die Stigmatisierung von Psychiatern

Auch die Berufsgruppe der Psychiater ist stigmatisiert. Die Allgemeinbevölkerung würde bei psychischen Problemen lieber eine Vertrauensperson, einen Psychologen oder einen Allgemeinarzt aufsuchen, als einen Psychiater zu Rate zu ziehen [17]. Verbreitet ist auch die Fehleinschätzung, Psychiater seien keine Ärzte. Auch die Dauer der Ausbildung, die oft als Kriterium der Qualifikation von Berufsgruppen dient, wird bei Psychiatern regelhaft unterschätzt (Übersicht bei [18, 19]). Ärztliche Kollegen und andere Akademiker schreiben Psychiatern ebenfalls einen eher niedrigen Status zu (Übersichtsarbeiten finden sich bei Sartorius et al. [18], Laux [20] und Sharpley et al. [21]). Den Psychiatern wird häufig vorgeworfen, selbst nicht zur Genesung ihrer Patienten beitragen zu können und zu sehr auf Medikamente zu setzen [17]. In Übereinstimmung mit dem immer noch vorherrschenden Bild vom starken Paternalismus in der Psychiatrie (siehe auch weiter unten «Die Stigmatisierung durch psychiatrische Behandlung») werden Psychiater des Weiteren noch als feindselige Vertreter von Repression wahrge-

Verbreitet ist auch die Fehleinschätzung, Psychiater seien keine Ärzte.

nommen, deren Ziel es ist, regelkonformes Verhalten zu garantieren [22].

Die Stigmatisierung von psychiatrischen Institutionen

Psychiatrische Kliniken werden oft immer noch als grosse, ausserhalb gelegene Institutionen mit geschlossenem, auf Verwahrung ausgerichtetem Charakter wahrgenommen [23, 24]. 25% der Allgemeinbevölkerung in Deutschland glauben, Patienten dürften psychiatrische Kliniken nicht verlassen, und 50% der Deutschen glauben, Zwangsjacken seien in der Psychiatrie noch im Einsatz [23]. Im Gegensatz dazu denken 81% der Amerikaner, dass es nicht richtig ist, psychiatrische Patienten auf geschlossenen Stationen einzusperren [25]. De facto gibt es derzeit keine randomisierten kontrollierten klinischen Studien über die Wahl der Unterbringungspraxis von psychiatrischen Patienten sowie damit verbundene Nutzen-Risiko-Abwägungen [26]. Ein grosser Teil der Stationen in der Schweiz wird geschlossen geführt [27], wobei es sich bei geschlossenen Türen allgemein weniger um eine klinische Notwendigkeit oder ein Erfordernis des Personalschlüssels zu handeln scheint als um ortsabhängige Traditionen [28, 29].

In den letzten Jahrzehnten gab es immer wieder Versuche, die Stigmatisierung psychiatrischer Institutionen zu verringern. Als Mittel zur Entstigmatisierung wurden Informationskampagnen sowie Änderungen in der Bezeichnung und bezüglich des Behandlungssettings der Institutionen genutzt. Das letztgenannte Vorgehen basierte auf der Überlegung, dass psychiatrische Abteilungen in öffentlichen Krankenhäusern im Vergleich weniger stigmatisiert sein könnten als selbständige psychiatrische Institutionen. Dieser Effekt könnte zustande kommen, indem durch räumliche Nähe von psychiatrischer und somatischer Medizin die Auffassung gefördert wird, dass psychische Erkrankungen keinen besonderen Status haben und den körperlichen Krankheiten ähnlich sind. Andererseits ist auch eine gegenteilige Wirkung denkbar: Wenn psychiatrische Kliniken vom öffentlichen Leben abgesondert sind und dadurch relative Anonymität und Abgeschiedenheit ermöglichen, könnte dies eine Stigmatisierung verringern [30]. Die Datenlage zur Stigmatisierung im Vergleich zwischen verschiedenen psychiatrischen Einrichtungsformen ist bislang recht dünn:

Die Studien können anhand der angewendeten Untersuchungsmethoden aufgeteilt werden; die erste Studiengruppe vergleicht direkt die von Patienten wahrgenommene Stigmatisierung abhängig von der Einrichtungsform. Beispielsweise zeigte eine Studie von Angermeyer et al., dass stationär behandelte Schizophrenie-Patienten auf einer psychiatrischen Abteilung eines Universitätsspitals mehr Stigmatisierung ausgesetzt sind als in einer psychiatrischen Klinik [31]. Im Gegensatz dazu beschreiben Verhaeghe et al. ein umgekehrtes Muster; Patienten in psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern erfuhren in ihrer Untersuchung eine niedrigere Stigmatisierung [30]. Dabei könnten diagnosespezifische Effekte eine Rolle spielen. Chee et al. zeigten, dass Schizophrenie-Patienten sich in einer psychiatrischen Klinik stigmatisierter fühlen, während Patienten mit anderen psychischen Erkrankungen sich in psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern stärker stigmatisiert fühlten [32]. Ein Problem der in den genannten Studien angewandten Methodik ist ihre Anfälligkeit für mögliche Störfaktoren, zum Beispiel für systematische Unterschiede im Schweregrad der Erkrankung oder im sozioökonomischen Status der untersuchten Patientenpopulation.

Die andere angewandte Untersuchungsmethode umgeht dieses Problem, indem Fallvignetten verwendet werden, bei denen alle übrigen Merkmale mit Ausnahme des untersuchten konstant gehalten werden. Bislang wurde nur in einer Studie von Phelan et al. diese Methode genutzt, um Unterschiede in der Stigmatisierung zwischen verschiedenen psychiatrischen Einrichtungen zu erforschen [33]. Die Autoren zeigten, dass fiktive Patienten in Abhängigkeit vom Grad der Nutzung von Therapieangeboten zunehmend von den Befragten abgelehnt wurden; die geringste Ablehnung erfuhren Menschen ohne Therapienutzung, es folgten in aufsteigender Reihenfolge Menschen, die einen Pfarrer, einen Arzt, einen ambulanten Psychiater und eine psychiatrische Klinik konsultieren mussten. Phelan et al. untersuchten jedoch nicht die Unterschiede zwischen den verschiedenen psychiatrischen Einrichtungsformen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es trotz eines aktiven Forschungsfeldes noch zu wenig Wissen über die Unterschiede in der Stigmatisierung zwischen psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern und psychiatrischen Kliniken gibt. Auch die Frage, inwiefern forensisch-psychiatrische Behandlungseinrichtungen im Vergleich stigmatisiert sind, ist bislang unzureichend untersucht.

Die Stigmatisierung durch psychiatrische Behandlung

Labelling durch psychiatrische Behandlung

In der Literatur wird zwischen Stigmatisierung unterschieden, die mit manifesten psychischen Symptomen assoziiert ist, und Stigmatisierung, die mit der

Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung assoziiert ist. Die *«labelling theory»* geht davon aus, dass bestimmte Verhaltenshinweise (z.B. die Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung) eine «Etikettierung» (z.B. als psychisch krank) nach sich ziehen, welche wiederum bestimmte soziale Ansichten aktiviert (z.B. die Bedeutung von «psychisch krank») und somit als letzter Schritt zu Stigmatisierung führt [34]. Eine neuere Ansicht schlägt zusätzlich vor, dass die Inanspruchnahme psychiatrischer Behandlung mit einem eigenständigen Stigma verbunden ist, das sich als öffentliches Stigma oder Selbststigmatisierung realisieren kann. Beispielsweise konnten Tucker et al. zeigen, dass psychische Erkrankung und hilfesuchende Selbststigmatisierung unabhängig voneinander stigmatisierungsbezogene Variablen wie Scham und Selbstanklage vorhersagen [35].

Ob nun psychiatrische Behandlung selbst zur Etikettierung für psychische Erkrankung führt oder als unabhängige Stigmatisierung wirkt: Die Evidenz für die relative Bedeutung von symptomatischem Verhalten versus Inanspruchnahme der psychiatrischen Behandlung als Ursache für die Stigmatisierung bleibt inkonsistent (eine Übersichtsarbeit findet sich bei Link et al. [34]). Während einige Studien keinen Effekt durch die Inanspruchnahme des psychiatrischen Behandlungsangebots finden konnten [33], berichten andere über signifikante Effekte: Beispielsweise legte Phillips [36] seinen Probanden fiktive Patientenfälle vor, für die entweder die psychiatrischen Symptome geschildert oder eine spezifische psychiatrische Behandlung genannt wurde. Hier wurde die Stigmatisierung mehr durch die Krankheitssymptome erklärt als durch die Tatsache, ob eine psychiatrische Behandlung aufgesucht wird. Dies konnte in weiteren Untersuchungen auch für psychiatrische Berufsfachkräfte bestätigt werden [37]. Allerdings gibt es auch hier Lücken in der Datenlage: In den bisherigen Studien, die fiktive Patientenfälle genutzt haben, wird wenig Information über die Behandlungsinstitution vermittelt, so dass unklar bleibt, wie korrekt die Vorstellung der Befragten von der Behandlungseinrichtung gewesen sein dürfte. Des Weiteren wurden die relevanten Studien vor mittlerweile mehr als zwanzig Jahren durchgeführt. Da sich im Verlauf der Veränderungen in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung die Einstellung bezüglich der psychiatrischen Behandlung verbessert hat, während die Grundhaltung gegenüber Patienten mit psychiatrischen Symptomen relativ stabil geblieben ist [38], kann man nicht unbedingt davon ausgehen, dass die damals erhobenen Befunde auch heute noch gültig sind.

Das Durchführen von Zwangsmassnahmen gegen den Willen eines Patienten kann als extreme Form des Paternalismus verstanden werden.

Der unmündige Patient

Traditionell weist die Psychiatrie ein eher paternalistisches Arztverständnis auf. Dabei geht man davon aus, dass der Arzt durch seine klinische und wissenschaftliche Einschätzung am besten weiss, was für den Patienten gut ist, und die Therapieentscheidungen alleine treffen sollte. Die Verantwortung für die Behandlung liegt daher alleine beim Arzt. Diese Sichtweise tritt in den letzten Jahrzehnten immer mehr in den Hintergrund. So wurde beispielsweise der Begriff der *Compliance* (verstanden als einseitige Regelkonformität des Patienten) zunehmend ersetzt durch den Begriff der *Adhärenz*, der als aktives Verfolgen einer gemeinsam mit dem Patienten getroffenen Therapieentscheidung verstanden wird [39].

Das Durchführen von Zwangsmassnahmen gegen den Willen eines Patienten kann als extreme Form des Paternalismus verstanden werden, die immer noch eine grosse Rolle spielt: Noch 2013 kritisierte die Ethikkommission der deutschen Ärztekammer in einem Positionspapier, dass das Bewusstsein, dass jede Zwangsbehandlung einen gravierenden Grundrechtseingriff darstellt, in der Psychiatrie nicht durchgängig und in ausreichendem Ausmass vorhanden zu sein scheint [40]. Tatsächlich werden Zwangsmassnahmen stations- und teamabhängig an bis zu 88% der Akutpatienten angewandt [41]. Ob ein Patient eine Zwangsbehandlung erfährt oder nicht, liegt dabei nicht nur an der gezeigten Symptomatik, sondern unter anderem auch an der Klinik, in die ein Patient eingewiesen wird [42]. Bedenkenswert ist, dass Zwangsmassnahmen bei bis zu 66% der betroffenen Patientinnen und Patienten als erforderlich erachtet werden [42–48], aber nur 2 bis 10% der stationär aufgenommenen Patienten verbal oder körperlich tätlich werden – und dies geschieht oft erst im aggressionsfördernden Rahmen der Zwangseinweisung [49–52]. Auch eine Rechtfertigung von Zwangsmassnahmen als Schutz vor Suiziden greift zu kurz: 90% der Suizide in psychiatrischen Kliniken ereignen sich bei freiwillig in Behandlung befindlichen Patienten, die nicht als suizidal eingestuft wurden [53, 54].

Obwohl daher in der modernen Psychiatrie der Patient eine emanzipierte, aktive Rolle einnimmt und Massnahmen gegen den Willen der Patienten sowie Zwangsbehandlung selten notwendig sind, wird psychiatrische Behandlung noch oft mit dem Bild

vom unmündigen Patienten verbunden. Auf diesem Wege führt psychiatrische Behandlung auch heute noch zu einer Stigmatisierung der Patienten in der Öffentlichkeit.

Zur weiteren Stigmatisierung trägt die in der Bevölkerung verbreitete Meinung bei, jede Behandlung mit psychotropen Medikamenten mache abhängig, sie würde eher betäuben als heilen und könne Rückfälle nicht verhindern [23, 55, 56]. Verstärkend wirkt hier, dass auch Psychiater selbst oft Medikamenten gegenüber kritisch eingestellt sind – sie würden die Medikamente, die sie verschreiben, nicht immer selbst einnehmen, wenn sie psychisch krank wären [57].

Empfehlungen zum Empowerment als Weg zu einer Entstigmatisierung

Empowerment für Psychiater und psychiatrische Patienten

Psychiater sollten die Allgemeinbevölkerung über die Häufigkeit psychiatrischer Diagnosen aufklären sowie Präventions- und Früherkennungsangebote beispielsweise in Schulen und bei Arbeitgebern bekannt machen. Sie sollten mithelfen, über die neu entstehenden Leitlinien und die vergleichsweise hohen Behandlungserfolge der Psychiatrie [58] zu informieren, und eventuell stigmatisierende Bezeichnungen für Diagnosen überdenken [18]. Psychiater sollten sich stark interdisziplinär verankern, die somatische Abklärung und Anwendung moderner diagnostischer Verfahren in ihren Alltag integrieren und Psychotherapie anbieten, anstatt diese primär psychologischen Kollegen zu überlassen.

Der in den Medien überrepräsentierten Berichterstattung über Gefährdung durch psychisch Kranke – bei Tötungsdelikten um das 217-Fache, bei Vergewaltigung um das 40-Fache, bei Raub um das 28-Fache und bei Körperverletzung um das 4-Fache [59, 60] – müssen realistische Tatsachen entgegengestellt werden. Statistisch gesehen begeht einer von 2000 Patienten mit Schizophrenie und einer von 10 000 Menschen aus der Allgemeinbevölkerung ein Delikt. Bedenkt man, dass Patienten mit Schizophrenie 0,5 bis 1% der Allgemeinbevölkerung ausmachen, verursachen die Patienten also nur einen verschwindenden Anteil der gesamten Gewaltdelikte.

Um der strukturellen Stigmatisierung zu begegnen, ist die politische Ebene stark gefordert, damit eine wirklich «gelebte Gleichheit» erzielt werden kann. Sie muss dafür sorgen, dass es attraktiv wird, beispielsweise ein psychiatriefreundlicher Arbeitgeber oder Vermieter zu sein. Eine Möglichkeit, dieses Vorhaben umzusetzen, könnte die Schaffung eines Labels gegen Stigmatisierung sein. Betriebe, die ihre erkrankten Arbeitnehmer/Mieter beraten, begleiten und psychisch Kranke proaktiv eingliedern (zum Beispiel durch eine Quotenregelung), könnten mit diesem Label ausgezeichnet werden – so würden sie von ihrer psychiatriefreundlichen Einstellung selbst profitieren und zugleich der Stigmatisierung unserer Patienten aktiv entgegentreten.

Empowerment in der Wahrnehmung psychiatrischer Kliniken

Bereits im Rahmen der Psychiatrie-Enquete wurde eine vermehrte Angliederung der Psychiatrien an Allgemeinkrankenhäuser gefördert, um die Entstigmatisierung psychiatrischer Institutionen zu verbessern [61]. Liegedauern wurden reduziert und ambulante Angebote sowie tagesklinische Angebote ausgebaut, um eine heimatnahe, deinstitutionalisierte Behandlung psychiatrischer Patienten zu gewährleisten [61]. Nach dem Motto «ambulant vor stationär» wurden integrierte, personalisierte und ambulante Versorgungsangebote auch in den letzten Jahren weiter ausgebaut und gefördert. Regionale Hilfesysteme sollten ambulante und stationäre Versorgung verzahnen, damit Patienten auf Wunsch wohnortnah und sogar zu Hause behandelt werden können [40].

Im stationären Rahmen wird vielerorts ein «Konzept der offenen Türen» [62–64] realisiert und von der zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer in einer Stellungnahme im *Deutschen Ärzteblatt* 2013 als Gegenmassnahme zu Zwangsmassnahmen und Restriktionen empfohlen [40]. Wissenschaftliche Untersuchungen konnten zeigen, dass diese Massnahmen die Atmosphäre innerhalb der psychiatrischen Kliniken verbessern und normalisieren können [65, 66]. Zur Überprüfung, ob Zwangsmassnahmen von psychiatrischen Kliniken sparsam und verantwortungsvoll eingesetzt werden, wurde von der zentralen Ethikkommission der Bundesärztekammer die Schaffung von Besucherkommissionen angeregt [40]. Die Institutionalisierung von Deeskalationsstrategien und das Training von Ärzten und Pflegenden in entsprechenden Methoden können weiter dazu beitragen, die Anwendung von Zwangsmassnahmen signifikant zu reduzieren. Aus wissenschaftlicher Sicht besteht grosser Bedarf an methodisch guten Untersuchungen, um den Erfolg der geschilderten Massnahmen zu überprüfen und die Grundlagen für weitere Bemühungen

Um der strukturellen Stigmatisierung zu begegnen, ist die politische Ebene stark gefordert.

zu einer menschlicheren Psychiatrie zu schaffen. Die Versorgungsforschung in diesem Bereich sollte daher gezielt gefördert werden [40].

Implementierung einer leitlinienbasierten Therapie

Seit den 1990er Jahren wurden kontinuierlich Leitlinien zu spezifischer Behandlung einzelner psychischer Störungen entwickelt und nationale klinische Behandlungsempfehlungen herausgegeben [67]. Leider können bisher in systematischen Reviews keine nachhaltige Veränderung der Therapie und kein verändertes Patienten-Outcome durch Schaffung von Leitlinien nachgewiesen werden. Zur Qualitätsverbesserung der psychiatrischen Behandlung sollten sicher weitere Bemühungen erfolgen, die Leitlinien auch in die klinische Praxis Eingang halten zu lassen. Die Schwierigkeiten in der Implementation der Leitlinien spiegeln unter anderem die Komplexität der heutigen psychiatrischen Behandlung wider. Sie entsprechen der aus dem klinischen Alltag bekannten Situation, dass wenige klinische Entscheide wirklich die beste Wahl darstellen, oft Kompromisse eingegangen werden müssen und dass für viele spezifische Behandlungssituationen nicht genügend evidenzbasiertes Wissen vorliegt.

Höhere Transparenz über die Wirksamkeit von Medikamenten

In einer aktuellen Metaanalyse konnten Leucht et al. zeigen, dass psychiatrische Medikamente in der Prophylaxe und auch der Akuttherapie internistischen Medikamenten bezüglich ihrer Effektstärke deutlich überlegen oder ihnen zumindest ebenbürtig sind [68]. Während Azetylsalizylsäure oder ACE-Hemmer das Risiko von erneuten kardiovaskulären Ereignissen um etwa 0,7 bis 4% senken, ist für Lithium und Antipsychotika eine Rückfallreduktion um 38 bis 39% nachgewiesen [68]. Auch die Effektivität neuer Antidepressiva und Antipsychotika in der Akuttherapie ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen, während Nebenwirkungsraten und Dosierungen gesenkt werden konnten [69, 70]. Über diese sehr erfolgreichen Befunde und Entwicklungen psychiatrischer Therapie sollte kontinuierlich informiert und aufgeklärt werden.

Diagnosenübergreifende Verfügbarkeit von Psychotherapie (auch im Akutbereich)

In einer grossen diagnosenübergreifenden Metaanalyse bei psychiatrischen Erkrankungen wie Demenz, Schizophrenie, Depression, Abhängigkeitserkrankungen, Zwangserkrankungen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen zeigte sich Psychotherapie als der Pharmakotherapie zumindest gleichwertig bis überlegen [58]. Daher sollte Psychotherapie auf allen psychiatrischen Abteilungen und für jeden Patienten leitliniengetreu und regelhaft als Addition zur Pharmakotherapie oder Erstwahlverfahren angeboten werden. «Akutpatienten» dürfen hier nicht ausgeschlossen werden.

Geteilte Therapieentscheidungen (Shared Decision Making)

In der Entscheidung, welche medizinische Therapie durchgeführt werden sollte, müssen typischerweise verschiedene Therapieoptionen und Nutzen-Risiko-Profile abgewogen werden. Welche Entscheidung getroffen wird, hängt dabei von der Expertise des Therapeuten, der Einschätzung der Problemsituation, den in Frage kommenden Interventionen und den erwarteten positiven wie negativen Folgen der Intervention ab. Hier spielt die Sicht der Patienten eine wichtige Rolle, da sie mit ihren individuellen Vorstellungen, Wünschen, Zielen und Möglichkeiten die Erfolgswahrscheinlichkeit der unterschiedlichen therapeutischen Optionen wesentlich beeinflussen. Geteilte Therapieentscheidungen sollten daher gerade in der Psychiatrie die Regel sein. Beide Partner müssen miteinander verhandeln und damit gleichzeitig auch Verantwortung für die Entscheidung übernehmen. Dabei sollte eine ethisch sinnvolle, mit der Evidenz konsistente, mit den Präferenzen des Patienten kongruente und praktisch durchführbare Entscheidung getroffen werden. Geteilte Therapieentscheidungen stellen damit eine optimale symmetrische Lösung dar, die zwischen den Extremen einer autonomen Entscheidung des Patienten und einer paternalistischen Entscheidung des Arztes angesiedelt ist [71]. Wie bei chronischen körperlichen Erkrankungen ist es auch bei psychiatrischen Erkrankungen essentiell, die Erkrankten in ihrem Wissen und in ihren Fähigkeiten zu unterstützen, um sie zu befähigen, ihre Erkrankung individuell zu managen [72–74].

Strukturelle und inhaltliche Annäherung der Psychiatrie an andere medizinische Disziplinen

Eine Integration psychiatrischer Versorgung in primärmedizinische Angebote [75], eine Schulung und Sensibilisierung nicht-psychiatrischer Pflegekräfte, Sozialarbeiter und anderer Gesundheitsberufe für psychiatrische Erkrankungen sowie eine Verstärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit ergänzen die Integration der Psychiatrie in eine moderne medizinische Versorgung und beugen einer Exklusion psychiatrischer Patienten aus somatischer Behandlung vor [76, 77].

Mitspracherecht von Betroffenen auf struktureller und therapeutischer Ebene

Des Weiteren können ein Einbezug von Betroffenen durch Bildung eines Behandlungsbeirates, durch Veranstaltung von trialogisch organisierten Seminaren, durch Beteiligung Betroffener und Selbsthilfegruppen in den Psychiatriekommissionen, durch einen routinemässigen Einsatz von Behandlungsvereinbarungen sowie durch die Mithilfe bei der Erstellung von Patientenverfügungen die Bedürfnisse der Betroffenen besser positionieren. Schon solche strukturellen Massnahmen können helfen, die Stigmatisierung der Erkrankten zu verringern und ihre Position zu stärken.

Schlussfolgerung

Trotz langjähriger Bemühungen zur Entstigmatisierung psychisch Kranker stellen Ausgrenzung, Zurückweisung und soziale Distanz ihnen gegenüber weiter ein aktuelles Problem dar. Ein Empowerment der Psychiatrie und ihrer Patienten kann helfen, Stigmatisierung zu verringern und die Lebensbedingungen unserer Patienten zu verbessern. Um wirksame und überdauernde Verbesserungseffekte zu erreichen, sind dabei gemeinsame Bemühungen von Psychiatrie und Politik notwendig.

Disclosure statement
Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Hinweis auf frühere Veröffentlichungen
Beim vorliegenden Text handelt es sich um eine überarbeitete und erweiterte Fassung eines Manuskripts, das in Teilen in Leading Opinions Neurologie und Psychiatrie. 2014;5:40–5. und JATROS Neurologie und Psychiatrie. 2014;6:36–40. veröffentlicht wurde. Die Übernahme von Textteilen und die Veröffentlichung erfolgt mit Genehmigung des Verlags und der Autoren.

Literatur

1 Hinshaw SP, Stier A. Stigma as related to mental disorders. Annu Rev Clin Psychol. 2008;4:367–93.
2 Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, Sirey JA, Salahi J, Struening EL, et al. Stigma as a barrier to recovery: adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. Psychiatr Servs. 2001;52:1627–32.
3 Link BG, Struening EL, Neese-Todd S, Asmussen S, Phelan JC. Stigma as a barrier to recovery: The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. Psychiatr Serv. 2001;52:1621–6.
4 Depla MF, de Graaf R, van Weeghel J, Heeren TJ. The role of stigma in the quality of life of older adults with severe mental illness. Int J Geriatr Psychiatry. 2005;20:146–53.
5 Wrigley S, Jackson H, Judd F, Komiti A. Role of stigma and attitudes toward help-seeking from a general practitioner for mental health problems in a rural town. Aust N Z J Psychiatry. 2005;39:514–21.
6 Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ, et al. Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. Am J Psychiatry. 2001;158:479–81.
7 Finzen A. Psychose und Stigma. Bonn: Psychiatrie Verlag; 2000.
8 Lepping P. Consent in psychiatry – an ethical review. Psychiatr Bull. 2003;27:285–9.
9 Rappaport J. Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. Am J Community Psychol. 1987;15:121–48.
10 Rüsch N, Berger M, Finzen A, Angermeyer MC. Das Stigma psychischer Erkrankungen – Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen. In: Berger M (Hrsg.). Psychische Erkrankungen – Klinik und Therapie. München, Jena: Verlag Urban und Fischer; 2004. p. 1–14.
11 Sowislo J, Lange C, Walter M, Borgwardt S, Lang UE, Huber CG. Stigmatization as related to psychiatric patients and psychiatric services. 2015 (in preparation).
12 Marie D, Miles B. Social distance and perceived dangerousness across four diagnostic categories of mental disorder. Aust N Z J Psychiatry. 2008;42:126–33.
13 Olafsdottir S. Medicalizing mental health: a comparative view of the public, medical, private and professional construction of mental illness. Dissertation. Indiana University, ProQuest, 2007, 406 pages.
14 Schomerus G, Lucht M, Holzinger A, Matschinger H, Carta MG, Angermeyer MC. The stigma of alcohol dependence compared with other mental disorders: A review of population studies. Alcohol Alcohol. 2011;46:105–12.
15 Markham D. Attitudes towards patients with a diagnosis of borderline personality disorder: Social rejection and dangerousness. J Ment Health. 2003;12:595–612.
16 Bourke ME, Grenyer BFS. Psychotherapists' response to borderline personality disorder: A core conflictual relationship theme analysis. Psychother Res. 2010;20:680–91.
17 Dichter MA. Deciding to discontinue antiepileptic medication. Hosp Pract. 1992;27:16, 21.
18 Sartorius N, Gaebel W, Cleveland HR, Stuart H, Akiyama T, Arboleda-Florez J, et al. WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psychiatry. 2010;9:131–44.
19 Williams ER, Guthrie E, Mackway-Jones K, James M, Tomenson B, Eastham J, et al. Psychiatric status, somatisation, and health care utilization of frequent attenders at the emergency department: a comparison with routine attenders. J Psychosom Res. 2001;50:161–7.
20 Laux G. Common attitudes toward the psychiatrist and psychotherapist. Nervenarzt. 1977;48:331–4.
21 Sharpley CF, Rowland SE. Palliative vs direct action stress-reduction procedures as treatments for reading disability. Brit J Educ Psychol. 1986;56:40–50.
22 von Sydow K. Die Wirksamkeit der Systemischen Therapie, Familientherapie. Göttingen: Hogrefe; 2007. p. 182.
23 Angermeyer MC. Public image of psychiatry. Results of a representative poll in the new federal states of Germany. Psychiatr Prax. 2000;27:327–9.
24 Gibson R. The psychiatric hospital and reduction of stigma. In: Fink PJ, Tasman A (eds.). Stigma and mental illness. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1992. p. 185–8.
25 Borinstein AB. Public attitudes toward persons with mental illness. Health Aff. 1992;11:186–96.
26 Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. Cochrane Database Syst Rev. 2006:CD002084.
27 Neuenschwander M, Meyer PC, Hell D. Trend and influencing factors of "open rate" in psychiatric admission units. Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2003;154:20–7.
28 Rittmannsberger H, Sartorius N, Brad M, Burtea V, Capraru N, Cernak P, et al. Changing aspects of psychiatric inpatient treatment. A census investigation in five European countries. Eur Psychiatry. 2004;19:483–8.
29 Haglund K, van der Meiden E, von Knorring L, von Essen L. Psychiatric care behind locked doors. A study regarding the frequency of and the reasons for locked psychiatric wards in Sweden. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2007;14:49–54.
30 Verhaeghe M, Bracke P, Bruynooghe K. Stigmatization in different mental health services: A comparison of psychiatric and general hospitals. J Behav Health Serv Res. 2007;34:186–97.
31 Angermeyer MC, Link BG, Majcher-Angermeyer A. Stigma perceived by patients attending modern treatment settings: Some unanticipated effects of community psychiatry reforms. J Nerv Ment Dis. 1987;175:4–11.

32 Chee CY, Ng TP, Kua EH. Comparing the stigma of mental illness in a general hospital with a state mental hospital. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40:648–53.
33 Phelan JC, Bromet EJ, Link BG. Psychiatric illness and family stigma. Schizophr Bull. 1998;24:115–26.
34 Link BG, Cullen FT, Frank J, Wozniak JF. The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. Am J Sociol. 1987:1461–500.
35 Tucker JR, Hammer JH, Vogel DL, Bitman RL, Wade NG, Maier EJ. Disentangling self-stigma: Are mental illness and help-seeking self-stigmas different? J Couns Psychol. 2013;60:520.
36 Phillips DL. Rejection: A possible consequence of seeking help for mental disorders. Am Sociol Rev. 1963:963–72.
37 Schroder D, Ehrlich D. Rejection by mental health professionals: A possible consequence of not seeking appropriate help for emotional disorders. J Health Soc Behav. 1968:222–32.
38 Angermeyer MC, Matschinger H, Schomerus G. Has the public taken notice of psychiatric reform? The image of psychiatric hospitals in Germany 1990–2011. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013;48:1629–35.
39 Cramer JA, Rosenheck R, Xu W, Thomas J, Henderson W, Charney DS. Quality of life in schizophrenia: a comparison of instruments. Department of Veterans Affairs Cooperative Study Group on Clozapine in Refractory Schizophrenia. Schizophr Bull. 2000;26: 659–66.
40 Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer; Zwangsbehandlung bei psychischen Erkrankungen. Dtsch Arztebl. 2013;110:A 1334–8.
41 Husum TL, Bjorngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. BMC Health Serv Res. 2010;10:89.
42 Steinert T, Martin V, Baur M, Bohnet U, Goebel R, Hermelink G, et al. Diagnosis-related frequency of compulsory measures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007;42:140–5.
43 Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. Am J Psychiatry. 1994;151:1584–91.
44 Sebit MB, Siziya S, Acuda SW, Mhondoro E. Use of seclusion and restraint in psychiatric patients in Harare Hospital Psychiatric Unit, Zimbabwe: gender differences. Cent Afr J Med. 1998;44:277–80.
45 Cannon ME, Sprivulis P, McCarthy J. Restraint practices in Australasian emergency departments. Aus N Z J Psychiatry. 2001;35:464–7.
46 Needham I, Abderhalden C, Dassen T, Haug HJ, Fischer JE. Coercive procedures and facilities in Swiss psychiatry. Swiss Med Wkly. 2002;132:253–8.
47 Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev. 2000:CD001163.
48 Sailas E, Wahlbeck K. Restraint and seclusion in psychiatric inpatient wards. Curr Opin Psychiatry. 2005;18:555–9.
49 Steinert T, Vogel WD, Beck M, Kehlmann S. Aggression by psychiatric patients in the clinic. A one-year study of four state hospitals. Psychiatr Prax. 1991;18:155–61.
50 Spiessl H, Krischker S, Cording C. Aggression in the psychiatric hospital. A psychiatric basic documentation based 6-year study of 17 943 inpatient admissions. Psychiatr Prax. 1998;25:227–30.
51 Ruesch P, Miserez B, Hell D. A risk profile of the aggressive psychiatric inpatient: can it be identified? Nervenarzt. 2003;74:259–65.
52 Ketelsen R, Zechert C, Driessen M. Cooperative model between psychiatric hospitals aiming at quality management of coercive measures. Psychiatr Prax. 2007;34 (Suppl 2):208–11.
53 Wolfersdorf M, Lehle B, Adler L. Bipolar affective disorders and suicide during psychiatric in-patient treatment. Arch Suicide Res. 2005;9:261–6.
54 Wolfersdorf M, Niehus EM. Depressive inpatients and suicidal behavior: a comparison of suicidal and non-suicidal depressives. Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 1993;144:575–83.
55 Hugo CJ, Boshoff DE, Traut A, Zungu-Dirwayi N, Stein DJ. Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2003;38:715–9.
56 Ozmen E, Ogel K, Aker T, Sagduyu A, Tamar D, Boratav C. Public opinions and beliefs about the treatment of depression in urban Turkey. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005;40:869–76.
57 Steinert T. Which neuroleptic would psychiatrists take for themselves or their relatives? Eur Psychiatry. 2003;18:40–1.
58 Huhn M, Tardy M, Spineli LM, Kissling W, Forstl H, Pitschel-Walz G, et al. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. JAMA psychiatry. 2014;71:706–15.
59 Schanda H. Mental health care at the turn of the millennium – on the way toward two-class psychiatry. Fortschr Neurol Psychiatr. 2001;69:195–202.
60 Hansson L, Stjernsward S, Svensson B. Perceived and anticipated discrimination in people with mental illness – an interview study. Nord J Psychiatry. 2014;68:100–6.
61 Deutscher Bundestag. Enquete 1975 – Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland: Zur psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. 1975.
62 Sollberger D, Lang UE. Psychiatry with open doors: Part 2: Therapeutic challenges. Nervenarzt. 2014;85:319–25.
63 Sollberger D, Lang UE. Psychiatry with open doors: Part 1: Rational for an open door for acute psychiatry. Nervenarzt. 2014;85:312–8.
64 Lang UE. Innovative Psychiatrie mit offenen Türen. Deeskalation und Partizipation in der Akutpsychiatrie. Berlin, Heidelberg: Springer; 2013.
65 Blaesi S, Gairing SK, Walter M, Lang UE, Huber CG. Safety, Therapeutic Hold, and Patient's Cohesion on Closed, Recently Opened, and Open Psychiatric Wards. Psychiatr Prax. 2013.
66 Jungfer HA, Schneeberger AR, Borgwardt S, Walter M, Vogel M, Gairing SK, et al. Reduction of seclusion on a hospital-wide level: Successful implementation of a less restrictive policy. J Psychiatr res. 2014;54:94–9.
67 Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. Health Technol Assess. 2004;8:iii–iv, 1–72.
68 Leucht S, Kissling W, Davis JM. The PANSS Should Be Rescaled. Schizophr Bull. 2010;36:461–2.
69 Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. Lancet. 2009;373:746–58.
70 Leucht S, Cipriani A, Geddes JR, Salanti G, Davis JM. Efficacy of antipsychotic drugs for schizophrenia – Authors' reply. Lancet. 2013;382:1874–5.
71 Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. Psychotherapy and psychosomatics. 2008;77:219–26.
72 Montori VM, Gafni A, Charles C. A shared treatment decision-making approach between patients with chronic conditions and their clinicians: the case of diabetes. Health Expect. 2006;9: 25–36.
73 Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. Jt Comm J Qual Improv. 2001;27:63–80.
74 Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, et al. Illness management and recovery: a review of the research. Psychiatr Serv. 2002;53:1272–84.
75 WHO and the Calouste Gulbenkian Foundation. Integrating the response to mental health disorders and other chronic diseases in health care systems. World Health Organization. 2014:50.
76 Rebello TJ, Marques A, Gureje O, Pike KM. Innovative strategies for closing the mental health treatment gap globally. Curr Opin Psychiatr. 2014;27:308–14.
77 van Ginneken N, Tharyan P, Lewin S, Rao GN, Meera SM, Pian J, et al. Non-specialist health worker interventions for the care of mental, neurological and substance-abuse disorders in low- and middle-income countries. Cochrane Database Syst Rev. 2013;11:CD009149.

Korrespondenz:
Professor Dr. med.
Undine E. Lang
Universitäre Psychiatrische
Kliniken (UPK) Basel
Wilhelm Klein-Strasse 27
CH-4012 Basel
Schweiz
undine.lang[at]upkbs.ch