

**Nicht-autorisierte Übersetzung
des englischen UN-Dokuments A/HRC/35/21**
(ohne Gewähr)

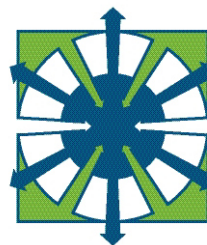
**Bericht des UN-Sonderberichterstatters
über das Recht aller Menschen
auf bestmögliche körperliche und
seelische Gesundheit**

**durch die
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie**

(Köln, Oktober 2017)

DGSP

Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.



Human Rights Council (Menschenrechtsrat)

35. Sitzung

6.-23. Juni 2017

Tagesordnungspunkt 3

**Förderung und Schutz der Menschenrechte, Grundrechte,
politischer, ökonomischer, sozialer und kultureller Rechte,
inklusive des Rechts auf Entwicklung**

Bericht des UN-Sonderberichtstatters über das Recht aller Menschen auf bestmögliche körperliche und seelische Gesundheit

Anmerkung des Sekretariats

Gemäß der Resolution des Menschenrechtsrats 24/6 hat das Sekretariat die Ehre, dem Menschenrechtsrat den Bericht des Sonderberichtstatters über das Recht aller Menschen auf bestmögliche körperliche und seelische Gesundheit zu übermitteln. Um zur Diskussion über seelische Gesundheit als globales prioritäres Gesundheitsziel beizutragen, konzentriert sich der Sonderberichtstatter auf das Recht aller Menschen auf seelische Gesundheit und auf einige zentrale Herausforderungen und Chancen. Dies wird von der Aufforderung begleitet, seelische Gesundheit für alle Altersklassen und in allen gesellschaftlichen Bereichen zum Thema zu machen. Der Sonderberichtstatter ruft zu einem Paradigmenwechsel auf – angesichts wiederholter Menschenrechtsverletzungen in der psychiatrischen Gesundheitsversorgung, von denen allzu häufig Menschen mit intellektuellen, kognitiven und psychosozialen Behinderungen betroffen sind.

Der Sonderberichtstatter formuliert für Staaten und alle Interessenvertreter*innen Empfehlungen zur Weiterentwicklung psychosozialer Gesundheitssysteme, die auf den Menschenrechten basieren und mit ihnen vereinbar sind.

Bericht des UN-Sonderberichterstatters über das Recht aller Menschen auf bestmögliche körperliche und seelische Gesundheit

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|------|---|----|
| I. | Einleitung | 4 |
| II. | Kontext..... | 4 |
| III. | Die globale Last der Hindernisse | 7 |
| A. | Dominanz des biomedizinischen Modells..... | 7 |
| B. | Machtasymmetrien | 8 |
| C. | Einseitige Verwendung von Evidenz bei seelischer Gesundheit | 10 |
| IV. | Den normativen Rahmen für seelische Gesundheit weiterentwickeln | 11 |
| V. | Recht auf einen psychosozialen Rechtsrahmen | 12 |
| A. | Verpflichtungen..... | 12 |
| B. | Internationale Kooperation..... | 13 |
| C. | Teilhabe..... | 14 |
| D. | Nicht-Diskriminierung | 14 |
| E. | Rechenschaftspflicht | 16 |
| F. | Von psychosozialen Angeboten zu weiterer Betreuung und Unterstützung | 16 |
| G. | Informierte Einwilligung und Zwang..... | 19 |
| H. | Zugrundeliegende und soziale Bestimmungsfaktoren seelischer Gesundheit..... | 20 |
| VI. | Paradigmenwechsel | 21 |
| A. | Das Gebot des Menschenrechts und die Auswirkungen auf Förderung und Prävention im Bereich seelischer Gesundheit..... | 21 |
| B. | Behandlung: Von der Isolation in die Gesellschaft | 22 |
| VII. | Ergebnisse und Empfehlungen | 25 |
| A. | Ergebnisse | 25 |
| B. | Empfehlungen | 26 |

I. Einleitung

1. Seelische Gesundheit und emotionales Wohlbefinden sind Schwerpunkte in der Arbeit des Sonderberichterstatters (vgl. A/HRC/29/33). In allen Berichten hat er sich bemüht, seelische Gesundheit als Menschenrecht und Entwicklungsschwerpunkt im Kontext frühkindlicher Entwicklung (vgl. A/70/213) und Jugend (vgl. A/HRC/32/32) sowie als Ziel für nachhaltige Entwicklung (vgl. A/71/304) in den Fokus zu rücken.
2. Im aktuellen Bericht vertieft der Sonderberichterstatter dieses Thema, bietet eine grundlegende Einführung in einige zentrale Herausforderungen und zeigt Möglichkeiten auf, die bei der fortschreitenden Umsetzung des Rechts auf psychische Gesundheit aller Menschen bestehen. Mit Blick auf das Ausmaß und die Komplexität des Themas sowie angesichts sich wandelnder menschenrechtlicher Rahmenbedingungen und mangels einer gesicherten Evidenzbasis möchte der Sonderberichterstatter mit seinem Bericht einen Beitrag zur aktuell wichtigen Debatte leisten, zumal seelische Gesundheit weltweit zu einem vorrangigen Gesundheitsthema avanciert.
3. Der aktuelle Bericht ist das Ergebnis ausführlicher Konsultationen mit Interessenvertreter*innen aus ganz unterschiedlichen Bereichen. Dazu gehören Repräsentant*innen von Behindertenorganisationen, Nutzer*innen und ehemalige Nutzer*innen psychosozialer Versorgungsangebote, Vertreter*innen der Zivilgesellschaft, berufliche Expert*innen für psychische Gesundheit, darunter Repräsentant*innen der psychiatrischen Community und der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Expert*innen aus Wissenschaft und Forschung, Mitglieder der Menschenrechtsmechanismen der Vereinten Nationen und Repräsentant*innen der Mitgliedsstaaten.

Anmerkung zur Terminologie¹

4. Jeder Mensch benötigt sein Leben lang eine Umgebung, die seine seelische Gesundheit und sein psychisches Wohlergehen unterstützt; in dieser Hinsicht sind wir alle potenzielle Nutzer*innen psychosozialer Angebote. Viele Menschen erfahren gelegentlich und kurzfristig psychosoziale Schwierigkeiten und Nöte und benötigen in diesen Phasen zusätzliche Unterstützung. Manche haben kognitive, intellektuelle oder psychosoziale Behinderungen oder sind Menschen mit Autismus. Diese Personen treffen – ungeachtet ihrer Selbstidentifikation oder Diagnose – bei der Ausübung ihrer Rechte aufgrund realer oder empfundener Beeinträchtigungen auf Barrieren. Sie erleiden daher überproportional häufig Menschenrechtsverletzungen in der psychosozialen Versorgung. Auf viele dieser Menschen dürfte eine auf seelische Gesundheit bezogene Diagnose zutreffen oder sie identifizieren sich mit einer solchen, andere wählen alternative Ausdrücke, z. B. „survivor“ [„Überlebende*r“; im englischsprachigen Bereich häufig in Zusammenhang mit z. B. Trauma und Gewalterfahrung genutzter Begriff, Abgrenzung vom Opfer/„victim“; Anm. d. DGSP].
5. Der vorliegende Bericht unterscheidet zwischen Nutzer*innen von Angeboten und Menschen mit Behinderungen. Unterscheidungsmerkmal sind hierbei die Barrieren, die letztere erfahren. Damit soll auf inkludierende Weise anerkannt werden, dass jede*r ein Mensch mit Rechten ist.

II. Kontext

6. Obwohl nachgewiesen ist, dass seelische Gesundheit für die allgemeine Gesundheit unabdingbar ist, gibt es weltweit keine Gleichstellung von seelischer und körperlicher

¹ Vgl. WHO, „Advocacy actions to promote human rights in mental health and related areas“ (2017).

Gesundheit, weder in nationalen Richtlinien und Haushalten noch in der medizinischen Ausbildung und Praxis. Schätzungsweise fließen weltweit weniger als sieben Prozent der Gesundheitsausgaben in die Förderung und den Erhalt psychischer Gesundheit. In einkommensärmeren Ländern werden jährlich weniger als 2 Dollar pro Person für die psychische Gesundheit ausgegeben.² Der Großteil dieser Ausgaben zielt auf eine langfristige Versorgung in Heimen und psychiatrische Kliniken, was sich mit Blick auf eine ganzheitliche Förderung der seelischen Gesundheit aller Menschen als ein nahezu vollständiges Politikversagen bezeichnen lässt.³ Die willkürliche Trennung von körperlicher und seelischer Gesundheit und die daraus resultierende Isolation und fehlende Wahrnehmung seelischer Gesundheit haben zu einer untragbaren Situation beigetragen, die durch nicht ausreichend gedeckte Bedürfnisse und Menschenrechtsverletzungen gekennzeichnet ist (A/HRC/34/32, Abs. 11-21), einschließlich des Rechts auf bestmögliche körperliche und seelische Gesundheit.⁴

7. Vergessene Probleme erzeugen vergessene Menschen. Die Geschichte psychiatrischer und psychosozialer Gesundheitsversorgung ist geprägt von ungeheuerlichen Rechtsverletzungen, wie etwa die im Namen der Medizin durchgeführten Lobotomien. Seit dem Zweiten Weltkrieg und der Einführung der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte sowie anderer internationaler Konventionen ist die Aufmerksamkeit für Menschenrechte im Kontext globaler seelischer Gesundheit und Psychiatrie gestiegen. Dennoch bleibt fraglich, ob die Weltbevölkerung aus der schmerzhaften Vergangenheit gelernt hat.

8. Seit Jahrzehnten folgt die psychiatrische Versorgung einem reduktionistischen biomedizinischen Krankheitsverständnis. Dieses hat dazu beigetragen, Menschen mit intellektuellen, kognitiven und psychosozialen Behinderungen sowie Menschen mit Autismus und solche, deren Lebensweise von vorherrschenden kulturellen, sozialen und politischen Normen abweicht, auszuschließen, sie zu vernachlässigen und Zwang und Misshandlung auszusetzen. Insbesondere der politische Missbrauch der Psychiatrie bleibt eine ernstzunehmende Sorge. Während es an Ressourcen für psychosoziale Angebote mangelt, müsste jede größere Investition von den Erfahrungen der Vergangenheit geprägt sein, um sicherzugehen, dass sich Geschichte nicht wiederholt.

9. Das moderne Verständnis seelischer Gesundheit ist durch Paradigmenwechsel geprägt, die oft durch eine Kombination aus Verbesserungen und Misserfolgen in evidenzbasierter Versorgung und ethischer Achtsamkeit gekennzeichnet sind. Diese Entwicklung begann vor zweihundert Jahren mit der Absicht, die „Irren“ aus den Gefängniszellen zu befreien, und führte zur Einführung von Psychotherapie, Schockbehandlung und Psychopharmaka im 20. Jahrhundert. Das Pendel, wie individuelle Pathologie erklärt wird, schwang zwischen den Extremen „hirnloser Geist“ und „geistlosem Gehirn“. In jüngster Zeit wurde durch die Berücksichtigung auch der Rahmenbedingungen von Behinderung erkannt, dass der enge Blick auf die individuelle Pathologie eine eingeschränkte Sichtweise darstellt. Hierdurch werden Behinderung und Wohlergehen umfassender verstanden und als nicht trennbar von persönlichen, sozialen, politischen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen.

10. Die Suche nach einem Gleichgewicht zwischen den oben genannten Extremen im 20. Jahrhundert erzeugte eine Dynamik, die von Deinstitutionalisierung und der Entwicklung eines ausgewogenen biopsychosozialen Versorgungsmodells gekennzeichnet war. Diese Bestrebungen wurden 2001 in einem Bericht der WHO

² WHO, Mental Health Atlas 2014, S. 9; PLOS medicine editors, „The paradox of mental health: over-treatment and under-recognition“, PLOS Medicine, Vol. 10, Nr. 5 (Mai 2013).

³ WHO, Mental Health Atlas 2014, S. 9.

⁴ Vgl. auch Human Rights Watch, „Living in hell: abuses against people with psychosocial disabilities in Indonesia“ (März 2016).

bestärkt. Darin wurde zu einem zeitgemäßen öffentlichen Gesundheitswesen aufgerufen, zu einem autonomen Bereich der psychischen Gesundheit sowie zu mehr Schutz der Nutzer*innen psychosozialer Angebote vor Isolation, Stigma und Diskriminierung.⁵ Die Datenlage erbrachte zunehmend Belege dafür, dass im Hinblick auf eine Fortentwicklung in diesem Gesundheitssektor der Status quo – dominiert von biomedizinischen Interventionen inklusive psychopharmakologischer Behandlung und nicht-einvernehmlichen Maßnahmen – nicht länger vertretbar ist. Am wichtigsten war dabei das organisierte Bemühen seitens der Zivilgesellschaft, allen voran die Bewegung von (ehemaligen) Nutzer*innen psychosozialer Angebote und von Menschen mit Behinderungen. Sie machten darauf aufmerksam, dass die traditionellen Angebote der psychosozialen Versorgung nicht bedürfnisgerecht sind und ihre Rechte nicht sicherstellen können. Sie forderten die zentralen Kräfte im Bereich der Menschenrechtsverletzungen heraus, entwickelten alternative Behandlungsmethoden und ein neues Verständnis von seelischer Gesundheit.

11. Der von der Zivilgesellschaft ausgehende Impuls hin zu einem Paradigmenwechsel hat zu Veränderungen der menschenrechtlichen Rahmenbedingungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit beigetragen. Die Verabschiedung des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen im Jahr 2006 legte den Grundstein für diesen Paradigmenwechsel, mit dem Ziel, die Menschenrechtsverletzungen im Bereich psychosozialer Gesundheit zu überwinden. Das Recht auf den bestmöglichen Gesundheitsstandard kann viel zu dieser Veränderung beitragen und bietet die Rahmenbedingungen, um das Recht auf seelische Gesundheit für alle umzusetzen.

12. Nach einem Jahrzehnt verläuft der Fortschritt schleppend. Effektive, akzeptable und messbare Behandlungsalternativen bleiben im Gesundheitssystem eher Randerscheinungen. Die Deinstitutionalisierung ist ins Stocken geraten, Gesundheitsinvestitionen zielen weiter hauptsächlich auf biomedizinische Modelle, und es sind durch die Reform derart viele neue Gesetze zur seelischen Gesundheit dazugekommen, dass die rechtlichen Hebel und der gleiche Rechtsschutz für Menschen mit kognitiven, intellektuellen und psychosozialen Behinderungen unterlaufen wird. In manchen Ländern führte die Abschaffung der psychiatrischen Kliniken die Menschen in die Obdachlosigkeit, ins Krankenhaus oder Gefängnis. Wenn internationale Hilfe verfügbar ist, unterstützt diese häufig die bauliche Sanierung großer Heimeinrichtungen und psychiatrischer Krankenhäuser, was dem Fortschritt zuwiderläuft.

13. Die öffentlich politische Linie vernachlässigt weiterhin die Wichtigkeit der Vorbedingungen mangelhafter seelischer Gesundheit, etwa Gewalt, Ohnmachtserfahrungen, soziale Exklusion und Isolation und den Wegfall von Gemeinschaften, systemische sozioökonomische Benachteiligung sowie nachteilige Bedingungen im Arbeits- und Schulwesen. Konzepte seelischer Gesundheit, die das soziale, ökonomische und kulturelle Umfeld außer Acht lassen, werden Menschen mit Behinderungen nicht gerecht, darüber hinaus verhindern sie aber auch die Förderung der seelischen Gesundheit vieler anderer Menschen in unterschiedlichen Lebensabschnitten.

14. Mit der Einführung der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung und den jüngsten Anstrengungen einflussreicher globaler Akteure wie der WHO, dem Movement for Global Mental Health (MGMH) und der Weltbank kristallisiert sich seelische Gesundheit auf internationaler Ebene als Gebot menschlicher Entwicklung heraus. Die Agenda 2030 und der Großteil ihrer nachhaltigen Entwicklungsziele schließt seelische Gesundheit mit ein: Ziel 3 ist darauf ausgerichtet, gesundes Leben zu sichern und Wohlergehen für alle Altersklassen zu fördern, und Punkt 3.4 beinhaltet die Förderung seelischer Gesundheit

⁵ Vgl. WHO, World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope.

und des Wohlergehens durch eine Senkung der Sterblichkeit durch nicht-übertragbare Krankheiten. Auf welche Weise nationale Bestrebungen den Impuls der Agenda 2030 für seelische Gesundheit aufgreifen, hat bedeutende Auswirkungen auf die tatsächliche Umsetzung des Rechts auf seelische Gesundheit.

15. Die momentane Dynamik und die Möglichkeit für Fortschritt sind einzigartig. Vor dem Hintergrund dieses historisch bedeutsamen Zeitpunkts, wo internationale Prozesse zusammenfließen, möchte der Sonderberichterstatler mit dem vorliegenden Bericht einen Beitrag leisten.

III. Die globale Last der Hindernisse

16. Um das Thema der seelischen Gesundheit global effektiv in den Fokus zu rücken, wird sich häufig alarmierender Statistiken bedient, die das Ausmaß und die ökonomische Belastung durch psychische Störungen verdeutlichen sollen. Obwohl es unstrittig ist, dass weltweit Millionen von Menschen deutlich unterversorgt sind, verortet das Konzept der „Krankheitslast“ die weltweite psychosoziale Krise konsequent in biomedizinischen Modellen. Diese Verortung ist zu eingeschränkt, um psychosoziale Themen auf nationaler und globaler Ebene proaktiv und reaktiv angehen zu können. Der Fokus auf der Behandlung individueller Erkrankungen führt unvermeidbar zu einer Politik, zu Systemen und Versorgungsangeboten, die eingeschränkte, ineffektive und potentiell schädigende Auswirkungen haben. Dies bereitet den Weg für die fortschreitende Medikalisierung der globalen psychischen Gesundheit und hält Entscheidungsträger*innen davon ab, sich mit den allgemeinen Hauptrisiken und Schutzfaktoren mentaler Gesundheit zu befassen. Um die erheblichen Defizite in der rechthebasierten psychosozialen Versorgung für alle zu thematisieren, braucht es eine Beurteilung der „globalen Last der Hindernisse“, die zum aktuellen Zustand bei der seelischen Gesundheit geführt hat.

17. Drei Haupthindernisse, die sich gegenseitig verstärken, werden in den folgenden Abschnitten herausgestellt.

A. Dominanz des biomedizinischen Modells

18. Das biomedizinische Modell betrachtet neurobiologische Aspekte und Prozesse als Erklärung für psychische Erkrankungen und als Grundlage für Interventionen. Es wurde angenommen, dass biomedizinische Erklärungen, z. B. ein „chemisches Ungleichgewicht“, die seelische Gesundheit der physischen sowie der Allgemeinmedizin näherbringen würden und somit bestehende Stigmata schrittweise beseitigen könnten.⁶ Dies ist jedoch nicht geschehen, und viele Konzepte, die dem biomedizinischen Modell zugrunde lagen, haben sich in der Forschung nicht bestätigt. Klassifikationssysteme wie die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten (ICD) und der Diagnostische und Statistische Leitfaden psychischer Störungen (DSM) weiten zunehmend die Parameter individueller Diagnosen aus, oftmals ohne fundierte wissenschaftliche Grundlage.⁷ Kritiker*innen warnen, dass die übermäßige Ausdehnung diagnostischer Kategorien Auswirkungen auf die menschliche Erfahrung hat und hierdurch zu einer verringerten Akzeptanz menschlicher Vielfalt führen könnte.⁸

19. Dennoch stützt sich das Gebiet der seelischen Gesundheit weiterhin stark auf die

⁶ Vgl. Derek Bolton and Jonathan Hill, *Mind, Meaning and Mental Disorder: the Nature of Causal Explanation in Psychology and Psychiatry* (Oxford, Oxford University Press, 2004).

⁷ Vgl. Thomas Insel, „Transforming diagnosis“ (April 2013), abrufbar unter www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml.

⁸ Vgl. Stefan Priebe, Tom Burns and Tom K.S.J. Craig, „The future of academic psychiatry may be social“, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 202, No. 5 (Mai 2013).

medikamentöse Behandlung. Unterstützt vom Psychiatrie- und Pharmaziewesen dominiert das reduktionistische Modell weltweit die klinische Praxis, Richtlinien, Forschungsvorhaben, die medizinische Lehre und die Ausgaben für psychische Gesundheit. Der Großteil der Ausgaben für psychische Gesundheit in Ländern mit niedrigem, mittlerem und hohem Einkommen fördert unverhältnismäßig häufig Angebote und Einrichtungen, die auf dem biomedizinischen Psychiatriemodell basieren.⁹ Außerdem besteht die Neigung, Psychopharmaka als Behandlung der ersten Wahl einzusetzen, obwohl die Datenlage zunehmend zeigt, dass diese nicht so effektiv sind wie ursprünglich angenommen, und dass sie schädliche Nebenwirkungen hervorrufen. Bei Antidepressiva, vor allem bei leichter und mittelschwerer Depression, können festgestellte Erfolge dem Placebo-Effekt zugeschrieben werden.¹⁰ Trotz dieser Risiken werden Psychopharmaka zunehmend in Ländern aller Einkommensklassen eingesetzt.¹¹ Uns wurde glauben gemacht, dass die beste Lösung für Probleme mit der seelischen Gesundheit die Medikation mit Psychopharmaka und biomedizinische Interventionen seien.

20. Als evidenzbasierte Antwort auf das biomedizinische Paradigma hat sich das psychosoziale Modell herauskristallisiert.¹² Es geht über die Betrachtung biologischer Faktoren hinaus (schließt diese jedoch nicht aus), und betrachtet psychologische und soziale Erfahrungen als Faktoren, die sich sowohl positiv als auch negativ auf die seelische Gesundheit und das Wohlergehen auswirken. Das Modell kann kurzzeitige und kostengünstige Maßnahmen enthalten, die in die Regelversorgung integriert werden. Bei richtiger Anwendung können solche Maßnahmen benachteiligte Menschen stärken, Elternschaft und andere Kompetenzen verbessern, Individuen in ihrem Umfeld betrachten, die Qualität zwischenmenschlicher Beziehungen verbessern sowie Selbstwertgefühl und Würde vermitteln. In jedem Gesundheitssystem, das mit dem Recht auf Gesundheit vereinbar sein soll, müssen das biomedizinische und das psychosoziale Modell sowie entsprechende Maßnahmen ausgewogen sein. Dabei soll nicht von der unbegründeten Annahme ausgegangen werden, biomedizinische Maßnahmen seien effektiver.¹³

B. Machtasymmetrien

21. Die Verbreitung und Sicherung von Menschenrechten im Bereich psychischer Gesundheit setzt die Umverteilung von Macht innerhalb der Richtlinien von Kliniken, Forschung und Öffentlichkeit voraus. Entscheidungsmacht über psychische Gesundheit liegt in den Händen biomedizinischer Entscheidungsträger, insbesondere bei Vertreter*innen der biologischen Psychiatrie, unterstützt von der Pharmaindustrie. Dies untergräbt moderne Prinzipien gesamtheitlicher Versorgung, die Steuerung psychischer Gesundheit, innovative und unabhängige interdisziplinäre Forschung sowie die Formulierung rechtsbasierter Prioritäten in psychosozialen Leitlinien. Internationale Organisationen, insbesondere die WHO und die Weltbank, sind ebenfalls einflussreiche Akteure, deren Funktionen und Beziehungen in Wechselwirkung mit denen des psychiatrischen Berufsstands und der Pharmaindustrie stehen und sich mit diesen überlappen.

22. Auf klinischer Ebene führen Machtungleichheiten zu Bevormundung und sogar

⁹ WHO, Mental Health Atlas 2014, S. 32.

¹⁰ Vgl. Irving Kirsch, "Antidepressants and the placebo effect", Zeitschrift für Psychologie, Vol. 222, Nr. 3 (Februar 2015) und David Healy, "Did regulators fail over selective serotonin reuptake inhibitors?", BMJ, Vol. 333 (Juli 2006).

¹¹ Vgl. Ross White, "The globalisation of mental illness", The Psychologist, Vol. 26 (März 2013).

¹² Vgl. Anne Cooke (Hg.), Understanding Psychosis and Schizophrenia, (Leicester, The British Psychological Society, 2014).

¹³ Vgl. Nikolas Rose and Joelle M. Abi-Rached, Neuro: the New Brain Sciences and the Management of the Mind (Princeton, New Jersey, Princeton University Press, 2013) und Pat Bracken, "Towards a hermeneutic shift in psychiatry", World Psychiatry, Vol. 13, Nr. 3 (Oktober 2014).

patriarchalen Ansätzen, die die Beziehungen zwischen psychiatrischem Personal und Nutzer*innen psychosozialer Angebote dominieren. Diese Ungleichheit entmachtet die Nutzer*innen und untergräbt ihr Recht, Entscheidungen bzgl. ihrer Gesundheit zu treffen. Dies führt zu einem Umfeld, in dem Menschenrechtsverletzungen möglich sind und auch tatsächlich geschehen. Gesetze, die es dem psychiatrischen Berufsstand erlauben, Menschen unter Zwang zu behandeln und einzusperren, legitimieren den Missbrauch von Macht. Dieser Machtmissbrauch gedeiht zumindest teilweise, weil gesetzliche Vorschriften oftmals den Berufsstand und den Staat dazu nötigen, Zwangsmaßnahmen anzuwenden.

23. Die Berufstätigen der Psychiatrie sind eine starke Gruppe von Akteuren innerhalb der psychosozialen Steuerung und Lobbyarbeit. Nationale Strategien zur psychischen Gesundheit tendieren dazu, biomedizinische Programmatiken widerzuspiegeln und verschleiern dabei die Positionen und die wichtige Teilhabe der Zivilgesellschaft, (ehemaligen) Nutzer*innen psychosozialer Angebote und Expert*innen verschiedener nicht-medizinischer Disziplinen.¹⁴ In diesem Zusammenhang hat das WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation aus dem Jahr 2005 die damaligen menschenrechtlichen Richtlinien aufgegriffen und zur Entwicklung von Gesetzen zur psychischen Gesundheit beigetragen, die „Ausnahmen“ erlaubten. Diese rechtlichen „Ausnahmen“ normalisierten Zwang in der gängigen Praxis, was den Raum für mögliche Menschenrechtsverletzungen ausweitete. Deshalb ist die Entwicklung zu begrüßen, dass diese Gesetze überarbeitet werden und das Resource Book der WHO formal zurückgezogen wird. Dies ist ein Ergebnis des Rahmens, den das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-Behindertenrechtskonvention, UN-BRK) geschaffen hat.¹⁵

24. Die aktuelle, auf Machtungleichheit basierende Lage im Psychiatriewesen führt bei vielen Nutzer*innen zu Misstrauen und schadet dem Ruf des psychiatrischen Berufsstands. Offene und fortlaufende Diskussionen innerhalb des psychiatrischen Berufsstands über seine Zukunft, auch über ihre Position gegenüber anderen Interessenvertreter*innen, sind unerlässlich.¹⁶ Der Sonderberichtersteller begrüßt und ermutigt zu solchen Diskussionen innerhalb der psychiatrischen Berufsgruppen und mit anderen Akteuren. Er ist davon überzeugt, dass die Suche nach Konsens und Fortschritt von Vorteil für alle ist, auch für die Psychiatrie. Die aktive Mitwirkung des psychiatrischen Berufsstands und seiner Führungskräfte beim Wandel zu rechtskonformen psychosozialen Richtlinien und Angeboten ist essenziell für den Erfolg positiver, globaler psycho-gesundheitlicher Veränderungen.

25. Allgemein anerkanntes Wissen, das auf reduktionistischen biomedizinischen Interpretationen komplexer psychosozialer Probleme beruht, dominiert psychosoziale Richtlinien und Angebote, auch wenn es nicht durch weitere Forschung gestützt wird. Menschen mit psychosozialen Behinderungen werden fälschlicherweise weiterhin als gefährlich betrachtet, obwohl klar erwiesen ist, dass sie gemeinhin eher Opfer als Täter*innen sind.¹⁷ Ebenso wird ihre Fähigkeit zu Entscheidungen in Frage gestellt. Viele dieser Personen werden als unzurechnungsfähig eingestuft und ihres Selbstbestimmungsrechts beraubt. Dieses Stereotyp wird regelmäßig widerlegt, da diese Menschen beweisen, dass sie unabhängig leben können, wenn sie mit geeignetem rechtlichen Schutz und Unterstützung dazu befähigt werden.

¹⁴ Vgl. WHO MiNDbank, abrufbar unter www.mindbank.info/collection/type/mental_health_strategies_and_plans/all.

¹⁵ Vgl. www.who.int/mental_health/policy/legislation/en/.

¹⁶ Vgl. Heinz Katschnig, „Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession“, *World Psychiatry*, vol. 9, Nr. 1 (Februar 2010).

¹⁷ Vgl. Jillian K. Peterson et al., „How often and how consistently do symptoms directly precede criminal behavior among offenders with mental illness?“, *Law and Human Behavior*, Vol. 38, Nr. 5 (April 2014).

26. Verknüpfungen mit der finanzstarken Pharmaindustrie fördern die Ungleichheit. Wo es an staatlichen finanziellen Ressourcen für Forschung und Innovation fehlt, füllt die Industrie die Lücke mit kaum vorhandener Transparenz bei der Zulassung von Medikamenten oder in fragwürdigen Beziehungen zu Gesundheitsexpert*innen und -anbieter*innen. Dies zeigt, wohin das blinde Vertrauen in die auf biomedizinischen Modellen basierenden Richtlinien geführt hat und wie resistent das System gegen Veränderung ist.¹⁸

C. Einseitige Verwendung von Evidenz bei seelischer Gesundheit

27. Die Evidenzbasierung psychosozialer Maßnahmen war schon immer problematisch. Dies gilt auch weiterhin, da die Effizienz bestimmter Psychopharmaka und anderer biomedizinisch-psychiatrischer Maßnahmen aus wissenschaftlicher und experimenteller Sicht zunehmend in Frage gestellt wird.¹⁹ Dass diese Maßnahmen bei der Behandlung bestimmter Krankheiten wirksam sein können, ist unbestritten. Doch es gibt zunehmend Bedenken bzgl. ihrer übermäßigen Verschreibung und Anwendung in Fällen, in denen sie nicht notwendig sind.²⁰ Schon seit langem legen Pharmakonzerne die negativen Ergebnisse von Arzneimitteltests nicht offen, was die Evidenzbasis für ihre Nutzung verfälscht. Dies verwehrt in der Psychiatrie Tätigen und Nutzer*innen den Zugang zu Erkenntnissen, die notwendig sind, um eine informierte Entscheidung zu treffen.²¹

28. Mächtige Akteure beeinflussen die Forschung, was sich in den Richtlinien und den Anwendungen von Forschungsergebnissen niederschlägt. Wissenschaftliche Forschung zu psychischer Gesundheit und zu den Richtlinien leidet unter dem Fehlen einer breit gefächerten Finanzierung. Außerdem stützt sie sich nach wie vor auf neurobiologische Modelle. Insbesondere die akademische Psychiatrie hat immensen Einfluss auf Gesetzgeber hinsichtlich Ressourcenverteilung sowie psychosozialer Richtlinien und Angebote. Die akademische Psychiatrie bezieht sich bei ihrer Forschung hauptsächlich auf biologische Determinanten seelischer Gesundheit. Diese Einseitigkeit bestimmt ebenfalls die Lehre an medizinischen Ausbildungsinstitutionen, was die Weitergabe von Wissen an die folgende Generation von Fachkräften begrenzt und diese daran hindert, die gesamte Bandbreite von Faktoren, die die psychische Gesundheit und deren Verbesserung beeinflussen, zu verstehen.

29. Wegen der einseitigen Fokussierung auf die Biomedizin existiert ein besorgniserregender Verzug zwischen neu aufkommenden Forschungsergebnissen und deren Berücksichtigung beim Entwickeln von Vorschriften und in der Praxis. Seit Jahrzehnten existiert eine größer werdende Evidenzbasis, die auf wissenschaftlichen Forschungsergebnissen beruht und die psychosoziale, recovery-orientierte Leistungen und Unterstützung stärkt, ebenso wie nicht mit Zwangsmaßnahmen verbundene Alternativen zu bestehenden Angeboten. Ohne die Förderung von und Investition in solche Angebote und deren Interessenvertreter*innen werden sie Randerscheinungen bleiben und kaum die Änderungen bewirken können, die sie verheißen.

¹⁸ Vgl. Ray Moynihan, Jenny Doust and David Henry, "Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy", *BMJ*, Vol. 344 (Mai 2012).

¹⁹ Vgl. Peter Tyrer und Tim Kendall, "The spurious advance of antipsychotic drug therapy", *The Lancet*, Vol., Nr. 9657 (Januar 2009); Lex Wunderink et al., "Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy", *JAMA Psychiatry*, Vol. 70, Nr. 9 (2013); Joanna Le Noury et al., "Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence", *BMJ*, Vol. 351 (September 2015); Andrea Cipriani et al., "Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis", *The Lancet*, Vol., 388, Nr. 10047 (August 2016).

²⁰ Vgl. Ray Moynihan, "Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy".

²¹ Vgl. Irving Kirsch et al., "Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration", *PLOS Medicine* (Februar 2008).

IV. Den normativen Rahmen für seelische Gesundheit weiterentwickeln

30. Die Satzung der WHO definiert Gesundheit als einen „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur [als] das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen“. Wie bei allen Aspekten der Gesundheit wird auch die psychische Gesundheit von biologischen, sozialen und psychosozialen Faktoren beeinflusst.²² Von diesem Standpunkt aus können Verantwortungsträger*innen besser dazu befähigt werden, ihre Verpflichtung zum Respekt, zum Schutz und zur Erfüllung des Rechts auf psychische Gesundheit für alle zu erfüllen. Der Großteil der aktuellen Debatten über psychische Gesundheit und Menschenrechte konzentriert sich auf die Informierte Einwilligung im Kontext psychiatrischer Behandlung. Obgleich dieser Diskurs sehr wichtig ist, ist er Ergebnis systemischer Unzulänglichkeiten beim Schutz psychischer Gesundheit und beim Einführen von Behandlungsalternativen, die nicht auf Zwangsmaßnahmen beruhen.

31. Der sich entwickelnde normative Zusammenhang rund um psychische Gesundheit umfasst die enge Verbindung zwischen dem Recht auf psychische Gesundheit und den diesem zugrunde liegenden Bestimmungsfaktoren sowie die Freiheit, über die eigene Gesundheit und den eigenen Körper zu bestimmen. Dies geht einher mit dem Recht auf Selbstbestimmung, mit der Freiheit von nicht-einvernehmlicher Einmischung und dem Respekt vor der Rechtsfähigkeit. Für die Anwendung rechtskonformer Behandlungsmaßnahmen ist Informierte Einwilligung notwendig, und für die Einwilligung ist Rechtsfähigkeit notwendig, die klar von geistiger Leistungsfähigkeit unterschieden werden muss. Das Recht auf Gesundheit umfasst auch das Recht auf Integration und Behandlung innerhalb der Gemeinschaft mit angemessener Unterstützung für eine selbstständige Lebensgestaltung und für die Ausübung der Rechtsfähigkeit (vgl. etwa E/CN.4/2005/51, Abs. 83-86, und A/64/272, Abs. 10).²³ Die Verweigerung der Rechtsfähigkeit führt häufig zu Freiheitsberaubung und zu medizinischen Zwangsmaßnahmen. Dies wirft nicht nur Fragen zum Verbot von Zwangsunterbringung und grausamer, unmenschlicher oder entwürdigender Behandlung auf, sondern betrifft auch das Recht auf Gesundheit.

32. Vor der Verabschiedung des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wiesen diverse nicht-bindende Instrumentarien die Staaten auf ihre Pflichten hin, die Rechte von Menschen mit Behinderungen in Bezug auf Behandlung anzuerkennen (vgl. General Assembly resolutions 37/53, 46/119 and 48/96). Während einige von ihnen wichtige Rechte und Standards anerkannten, erwiesen sich die darin formulierten Schutzmaßnahmen in der täglichen Praxis oft als bedeutungslos (vgl. E/CN.4/2005/51, Abs. 88-90 sowie A/58/181). Das Recht auf Gesundheit garantiert Freiheit von Diskriminierung, unfreiwilligen Behandlungen und Einweisung. Genauso muss dieses Recht auch als Anspruchsgarantie auf Behandlung und Integration in die Gesellschaft verstanden werden. Das Versäumnis, diesen Anspruch und andere Freiheiten zu sichern, ist eine der Hauptursachen für Zwang und Einweisung.

33. Das Komitee der UN-BRK betont vollen Respekt für die Rechtsfähigkeit, das absolute Verbot unfreiwilliger Einweisung aufgrund von Beeinträchtigung sowie die Abschaffung von Zwangsbehandlung (vgl. A/HRC/34/32, Abs. 22-33).²⁴ Das bezieht sich

²² WHO, Mental Health Action Plan 2013-2020 (2013), S. 7.

²³ Vgl. auch Committee on the Rights of Persons with Disabilities, general comment No. 1 (2014) on equal recognition before the law, Abs. 13.

²⁴ Vgl. auch Convention on the Rights of Persons with Disabilities, arts. 12 and 14, Committee on the

einzig auf die Unangemessenheit verfahrensrechtlicher Schutzmaßnahmen und erfordert geschärfte Aufmerksamkeit für Alternativen, die nicht auf Zwang basieren, und Inklusion, um die Rechte von Menschen mit Behinderungen zu sichern. Innerhalb dieses sich entwickelnden Rechtsrahmens haben nicht alle Menschenrechtsmechanismen dem vom Komitee formulierten absoluten Verbot unfreiwilliger Einweisung und Behandlung zugestimmt. Dazu gehören der Unterausschuss gegen Folter und andere grausame und unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (vgl. CAT/OP/27/2), der UN-Ausschuss gegen Folter (Committee Against Torture, CAT)²⁵ und der UN-Menschenrechtsausschuss²⁶. Dennoch ist ihre Auslegung von Ausnahmen, die die Anwendung von Zwang erlauben, enger geworden. Dies ist ein Zeichen dafür, dass die Debatten zu dieser Thematik weitergeführt werden. Vor allem mit den „United Nations Basic Principles and Guidelines on Remedies and Procedures on the Right of Anyone Deprived of Their Liberty to Bring Proceedings Before a Court“ hat die Arbeitsgruppe für willkürliche Verhaftung die Bestimmungen der UN-BRK im Hinblick auf die Sicherheitsmaßnahmen bezüglich des Verbots willkürlicher Einweisungen unterstützt (vgl. A/HRC/30/37, Abs. 103-107).

34. Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Interpretationen durch internationale Menschenrechtsmechanismen befindet man sich derzeit in einer Sackgasse bei den Verpflichtungen, die sich aus den Anwendungen nicht-einvernehmlicher Behandlungen angesichts der Regelungen der UN-BRK ergeben. Der Sonderberichterstatter hat diese Entwicklungen verfolgt und hofft, dass ein Konsens gefunden werden kann, damit die Veränderung zu Gunsten der Stärkung psychosozialer Richtlinien und Angebote ohne Verzögerung beginnen kann. Er möchte aktiv an diesem Prozess teilnehmen und möglicherweise erneut über den erreichten Fortschritt berichten.

V. Recht auf einen psychosozialen Rechtsrahmen

A. Verpflichtungen

35. Der internationale Pakt für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte bietet einen gesetzlich bindenden Rahmen für das Recht auf den bestmöglichen Standard psychischer Gesundheit. Dieser wird von etablierten gesetzlichen Standards ergänzt, unter anderem von der UN-BRK, der UN-Konvention zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau und der UN-Kinderrechtskonvention. Staaten sind gesetzlich dazu verpflichtet, das Recht auf psychische Gesundheit zu respektieren, zu schützen und durch nationale Gesetze, Regulierungen, Richtlinien, Haushaltsmaßnahmen, Programme und andere Initiativen zu verwirklichen.

36. Das Recht auf psychische Gesundheit umfasst unmittelbare Pflichten und die Anforderung, weitere Verpflichtungen bewusst, konkret und zielorientiert zu verwirklichen.²⁷ Staaten müssen angemessene Indikatoren und Maßstäbe zur Überprüfung des Fortschritts nutzen, auch hinsichtlich der Verringerung und Abschaffung medizinischer Zwangsmaßnahmen. Zu diesen Indikatoren sollten unter anderem Geschlecht, Alter, Hautfarbe und Ethnizität, Behinderung und sozioökonomischer Status zählen. Staaten müssen das Maximum an verfügbaren Ressourcen für psychische Gesundheit einsetzen. Dennoch liegen die weltweiten Ausgaben für psychische

Rights of Persons with Disabilities, general comment No. 1 and guidelines on article 14 of the Convention.

²⁵ Vgl. CAT/C/FIN/CO/7, Abs. 22-23; CAT/C/FRA/CO/7, Abs. 29-30; CAT/C/AZE/CO/4, Abs. 26-27; CAT/C/DNK/CO/6-7, Abs. 40-41.

²⁶ Vgl. general comment No. 35 (2014) on liberty and security of person.

²⁷ Vgl. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, art. 2 (1).

Gesundheit um zehn Prozent unter jenen für physische Gesundheit.

37. Einige Verpflichtungen unterliegen nicht dem Gebot der schrittweisen Verwirklichung und sind umgehend in Kraft zu setzen. Dazu zählen gewisse Freiheiten und Kernverpflichtungen. Zu den Kernverpflichtungen gehören die Ausweitung nationaler öffentlicher Gesundheitsstrategien und der nicht-diskriminierende Zugang zu Versorgungsangeboten.²⁸ In Bezug auf das Recht auf psychische Gesundheit bedeutet dies, dass eine nationale Gesundheitsstrategie zu entwickeln ist, die Zwangsbehandlungen aufhebt und einen gleichberechtigten Zugang zu rechtebasierten und in ausreichendem Maße vorhandenen psychosozialen Versorgungsangeboten ermöglicht.

B. Internationale Kooperation

38. Internationale Abkommen erkennen die Notwendigkeit internationaler Kooperation zur Verwirklichung des Rechtes auf Gesundheit an. Diese Aufgabe wird von der in Entwicklungsziel 17 formulierten Verpflichtung zur globalen Zusammenarbeit für nachhaltige Entwicklung gestärkt. Einkommensstärkere Staaten sind in einem besonderen Maße verpflichtet, Unterstützung für das Recht auf Gesundheit inklusive psychischer Gesundheit in ärmeren Ländern zu leisten. Es besteht eine unmittelbare Verpflichtung, Abstand von einer Entwicklungszusammenarbeit zu nehmen, die diskriminierende psychosoziale Gesundheitssysteme unterstützt, in denen Gewalt, Folter, Diskriminierung und andere Menschenrechtsverletzungen auftreten. Rechtebasierte Entwicklungszusammenarbeit sollte eine ausgewogene Gesundheitsförderung und psychosoziale Maßnahmen und andere Behandlungsalternativen unterstützen, um Individuen in der Gesellschaft effektiv vor diskriminierender, willkürlicher, exzessiver, unangemessener und/oder ineffektiver klinischer Versorgung zu schützen.

39. Angesichts dieser Pflicht ist es besorgniserregend, dass psychische Gesundheit weiterhin in der Entwicklungszusammenarbeit und anderen internationalen Richtlinien zur Finanzierung psychischer Gesundheit vernachlässigt wird. Zwischen 2007 und 2013 floss nur ein Prozent der internationalen Gesundheitsfördermittel in den Bereich psychischer Gesundheit.²⁹ In Zeiten humanitärer Krisen muss in Phasen von Entlastung und Erholung internationale, psychosoziale Unterstützung geleistet werden, um angesichts enormer Not und enormem Elend Resilienz zu stärken. Wo Zusammenarbeit möglich war, hat sie bevorzugt die Verbesserung existierender psychiatrischer Krankenhäuser und Langzeitpflegeeinrichtungen unterstützt, die nicht mit den Menschenrechten vereinbar sind.³⁰

40. Internationale Hilfe und Zusammenarbeit umfasst auch technische Unterstützung für rechtebasierte psychosoziale Richtlinien und Praktiken. Die WHO-Initiative QualityRights ist ein lobenswertes Beispiel für solch eine technische Unterstützung. Der Sonderberichtersteller begrüßt auch die jüngsten Bemühungen der Weltbank und der WHO, psychische Gesundheit ins Zentrum der globalen Entwicklungsagenda zu rücken. Dennoch weist er darauf hin, dass solche globalen Initiativen das gesamte Spektrum der Menschenrechte umfassen müssen. Insbesondere sollten multilaterale Organisationen die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit mit Priorität für die am meisten schutzbedürftigen Menschen voranbringen. Dazu zählen etwa Menschen mit Behinderungen. Eine globale Agenda, die sich auf Angst und Depression (häufige psychische Erkrankungen) fokussiert, spiegelt möglicherweise das Scheitern bei der

²⁸ Vgl. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14 (2000) on the right to the highest attainable standard of health, Abs. 43-45.

²⁹ Seth Mnookin, "Out of the shadows: making mental health a global development priority", World Bank Group and WHO (2016), S. 13.

³⁰ Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 5, Abs. 15.

Inklusion von Menschen wider, die veränderte, rechtbasierte psychosoziale Versorgungsleistungen am nötigsten haben. Solche selektiven Strategien können Praktiken stärken, die auf der Medikalisierung menschlicher Reaktionen basieren und strukturelle Probleme wie Armut, Ungleichheit, Geschlechterrollen und Gewalt unzureichend berücksichtigen.

41. Staaten sind dazu verpflichtet, Menschen vor Schäden durch Dritte, einschließlich des privaten Sektors, zu schützen. Sie sollten darauf hinwirken, dass private Akteure die Verwirklichung des Rechts auf psychische Gesundheit unterstützen und ihre diesbezügliche Rolle und ihre Pflichten verstehen.

C. Teilhabe

42. Die effektive Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit erfordert die Teilhabe insbesondere der ärmsten und am meisten schutzbedürftigen Menschen an Entscheidungsprozessen auf rechtlicher, politischer, gesellschaftlicher und gesundheitlicher Ebene. Um auf Bevölkerungsebene die Teilhabe aller an Entscheidungen über die eigene Gesundheit und das eigene Wohlergehen zu stärken, ist es erforderlich, dass Interessengruppen in verschiedenen Bereichen und auf inklusive Weise eingebunden werden, etwa (ehemalige) Nutzer*innen psychosozialer Versorgungsangebote, politische Entscheidungsträger*innen, Anbieter*innen, im Gesundheitswesen Beschäftigte, Sozialarbeiter*innen, Anwälte*innen, die Polizei, Pflegekräfte, Angehörige und andere gesellschaftliche Gruppen.

43. Gesundheitsprogramme müssen die Menschen und ihre Rechtspositionen dazu befähigen, ihre Autonomie auszuüben und sinnvoll und aktiv in allen sie betreffenden Fragen mitzuwirken, damit sie eigene Entscheidungen treffen können, die ihre Gesundheit einschließlich ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit sowie ihre Behandlung betreffen. Wo nötig müssen sie dabei angemessene Unterstützung erhalten.

44. Teilhabe an psychosozialer Versorgung ist ein relativ neues Phänomen und wird erschwert durch tief verankerte Machtungleichheiten innerhalb der psychosozialen Gesundheitssysteme.³¹ Es ist wichtig, Empowerment von Individuen zu ermöglichen. Dies gilt vor allem für Personen mit besonderen psychosozialen Bedürfnissen. Wege des Empowerment sind u. a. das Fördern von Selbsthilfegruppen, Peer-Unterstützungsnetzwerken, des Dialogs und weiterer nutzer*innengeleiteter Initiativen, aber auch neuer Arbeitsmethoden wie der Ko-Produktion, die repräsentative und sinnvolle Teilhabe an der Entwicklung der Gesundheitsversorgung und der Vorsorge sicherstellt. In dieser Hinsicht ist es wichtig, Beteiligungsmöglichkeiten für die Zivilgesellschaft und die Aktivitäten von Nichtregierungsorganisationen zu schaffen, um das Vertrauen zwischen Leistungserbringer*innen und Rechteinhaber*innen wiederherzustellen.

D. Nicht-Diskriminierung

45. Das internationale Menschenrecht garantiert den diskriminierungsfreien Zugang und die Nutzung von psychosozialen Versorgungsangeboten.³² Ebenso umfasst dieses Recht ein Diskriminierungsverbot bei der Gestaltung und Auslegung grundlegender Gesundheitsbestimmungen. Das Recht auf psychische Gesundheit ist abhängig von Gleichberechtigung und Nicht-Diskriminierung in der Ausübung aller anderen Menschenrechte, die ihrerseits als grundlegende Voraussetzungen betrachtet werden

³¹ Vgl. Judi Chamberlin, "User/consumer involvement in mental health service delivery", *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, Vol. 14, Nr. 1 (März 2005).

³² Vgl. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14, para. 18; A/61/338, para. 18 and Convention on the Rights of Persons with Disabilities, arts. 25 and 26.

können.³³

46. Vielfältige und bereichsübergreifende Formen von Diskriminierung erschweren weiterhin die Möglichkeiten und Chancen von Individuen auf das Recht psychischer Gesundheit. Das betrifft Frauen sowie Menschen ethnischer und anderer Minderheiten mit Behinderungen. Diskriminierung und Ungleichheit sind Ursache und Auswirkung von schlechter psychischer Gesundheit. Dies geht einher mit langfristigen Folgen für Morbidität, Sterblichkeit und soziales Wohlergehen.³⁴ Diskriminierung, negative Stereotypisierung (inklusive Gender) und Stigmatisierung in der Gesellschaft, in der Familie, Schule und am Arbeitsplatz behindern gesunde Beziehungen, soziale Bindungen sowie unterstützende und inklusive Umgebungen. Diese sind notwendig für die psychische Gesundheit und das Wohlergehen aller. Ebenso beeinflussen diskriminierende Einstellungen Richtlinien, Gesetze und Praktiken und errichten Barrieren für solche Personen, die emotionale und soziale Unterstützung und/oder Behandlung benötigen. In der Folge wird schutzbedürftigen Individuen oder Gruppen, die entweder gesetzlich oder in der Praxis benachteiligt werden, das Recht auf psychische Gesundheit verwehrt.

47. Diskriminierung beeinflusst nach wie vor – de jure und de facto – psychosoziale Versorgungsangebote und versagt Nutzer*innen eine Reihe von Rechten, u. a. das Recht auf Verweigerung von Behandlung, auf Rechts- und Geschäftsfähigkeit und Privatsphäre sowie auf andere Bürgerrechte. Die Rolle der Psychiatrie und anderer psychosozialer Professionen ist dabei besonders wichtig. Es gilt, Maßnahmen zu ergreifen, mit denen die professionelle Praxis bestehende Stigmata und Diskriminierungen abbauen und eine diskriminierungsfreie Haltung wahren kann.

48. Es ist wichtig zu erkennen, welche komplexe Rolle die Diagnose einer psychischen Erkrankung im Leben der Betroffenen spielt. Viele Menschen empfinden diagnostische Kategorien als hilfreich, um Zugang zu Versorgungsangeboten zu erhalten und ihre psychische Gesundheit besser zu verstehen. Andere empfinden sie als nicht hilfreich und stigmatisierend. Psychiatrische Diagnosen sind in der Vergangenheit dazu missbraucht worden, Identitäten und andere Unterschiede zu pathologisieren, unter anderem mit der Tendenz, menschliches Leid zu medikalisieren. Die Pathologisierung lesbischer, schwuler, bisexueller, trans- und intersexueller Personen reduziert ihre Identitäten auf Krankheiten, was zu Stigma und Diskriminierung führt.

49. Das Problem liegt nicht darin, Menschen zu diagnostizieren. Es liegt in den diskriminierenden Praktiken, die die diagnostizierte Person betreffen, die möglicherweise mehr Schaden anrichten als die Diagnose selbst. Menschen leiden häufig mehr unter diskriminierendem und unangemessenem Verhalten in der Versorgung als unter den natürlichen Auswirkungen psychischer Erkrankungen.

50. Diversität muss in einem umfassenden Sinne verstanden werden, in dem sie die Vielfalt anerkennt – die Vielfalt menschlicher Erfahrung und die Vielfalt, wie Menschen Lebenserfahrungen verarbeiten. Das Anerkennen dieser Diversität ist eine Grundvoraussetzung für das Ende von Diskriminierung. Organisationen betroffener Personen und Selbsthilfegruppen, welche als „ungewöhnlich“ geltenden menschlichen Erfahrungen einen Raum bieten, tragen zu einer toleranteren, friedlicheren und gerechteren Gesellschaft bei.

³³ Vgl. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 20 (2009) on non-discrimination in economic, social and cultural rights.

³⁴ Vgl. Kate Pickett and Richard Wilkinson, *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, (London, Penguin Books, 2010).

E. Rechenschaftspflicht

51. Die Rechenschaftspflicht bei der Ausübung des Rechts auf psychische Gesundheit hängt von drei Elementen ab: (a) Beobachtung und Kontrollen; (b) unabhängige und nicht-unabhängige Bewertung, z. B. durch gerichtliche, amtliche, politische und behördliche Institutionen, wie auch von Mechanismen sozialer Rechenschaftspflicht; und (c) Rechtsmittel und Rechtshilfe. Die Rechenschaftspflicht bietet Rechteinhabern die Möglichkeit, nachzuvollziehen und zu verstehen, wie Verantwortliche ihre Pflichten wahrnehmen und wie sie bei Rechtsverletzungen Ansprüche erheben können. Außerdem gibt es den Verantwortlichen die Möglichkeit, ihr Handeln zu erklären und ggf. zu korrigieren.

52. Die Einführung der UN-BRK auf internationaler Ebene und auf nationaler Ebene der Unterzeichnerstaaten, die auch über den Inklusionsprozess Bericht erstatten, bietet eine wichtige neue Möglichkeit zur Rechenschaftspflicht beim Recht auf psychische Gesundheit von Menschen mit psychosozialen, kognitiven und intellektuellen Behinderungen. Auf der anderen Seite sind Strukturen und Maßnahmen zur Wahrnehmung der Verantwortlichkeit auf nationaler Ebene oft nicht zweckmäßig. Besonders besorgniserregend ist die wachsende Verbreitung spezieller Gerichte, welche Zwang legitimieren und Menschen innerhalb des psychosozialen Gesundheitssystems an der Wahrnehmung ihrer Rechte hindern, anstatt Strukturen und Maßnahmen der Verantwortlichkeit zu bieten. Trotz beachtlicher Anstrengungen von diversen nationalen Präventionsmechanismen sind Menschenrechtsverletzungen in der psychosozialen Gesundheitsversorgung weit verbreitet und geschehen straffrei.³⁵ Individuen haben oft begrenzten Zugang zu rechtssichernden Institutionen bzw. unabhängigen Mechanismen für ihre Rechtsvertretung. Das liegt daran, dass sie als nicht rechtsfähig angesehen werden und ihr Wissen um die eigenen Rechte begrenzt ist, weil sie keinen Zugang zu Rechtshilfe haben oder weil einfach keine Übersicht über Beschwerdemöglichkeiten besteht.

53. Die UN-BRK legt fest, dass alle psychosozialen Versorgungsangebote für Menschen mit Behinderungen wirksam von unabhängigen Behörden überwacht werden (Artikel 16.3). Menschenrechte müssen die Basis für die Gestaltung von Überwachungs- und Bewertungsmaßnahmen im Bereich psychischer Gesundheit sein. Der Sonderberichterstatter ermutigt nationale Menschenrechtsinstitutionen dazu, die Umsetzung des Rechts auf psychische Gesundheit und dessen Kontroll- und Förderungsmaßnahmen aufmerksam zu beobachten. Psychiatrieerfahrene Menschen, deren Angehörige und Vertreter*innen der Zivilgesellschaft sollten an der Entwicklung und Implementierung von Kontroll- und Dokumentationssystemen beteiligt werden.

F. Von psychosozialen Angeboten zu weiterer Betreuung und Unterstützung

54. Das Recht auf psychische Gesundheit erfordert betreuende und unterstützende Möglichkeiten, Mittel und Angebote, die verfügbar, zugänglich, angemessen und von guter Qualität sind. Rechtebasierte Versorgung und Unterstützung für psychische Gesundheit sind wesentliche Bestandteile der allgemeinen Gesundheitsversorgung.

Verfügbarkeit

55. Adäquate psychosoziale Versorgungsangebote müssen verfügbar gemacht werden. In vielen Ländern basiert die begrenzte verfügbare mentale Gesundheits- und soziale Versorgung auf einem engen biomedizinischen Modell und entsprechender

³⁵ Vgl. Association for the Prevention of Torture, "Monitoring psychiatric institutions" Jean-Jacques Gautier NPM symposium outcome report (2016), abrufbar unter www.ap.torture.ch/content/files_res/report-jjg-symposium-2016-en.pdf.

Institutionalisierung. Die Ausweitung der Versorgung darf nicht die Ausweitung unangemessener Versorgung mit sich bringen. Damit Versorgung und das Recht auf Gesundheit vereinbar sind, muss es ein umfassendes Paket integrierter und koordinierter Angebote für die Förderung, Prävention, Behandlung, Rehabilitation, Versorgung und Genesung geben. Anstatt die stetige Ausweitung anzustreben, sollten Maßnahmen für die psychische Gesundheit alle Lebensbereiche erreichen. Psychosoziale Versorgungsangebote sollten in die medizinische Grund- und Allgemeinversorgung integriert sein sowie die Früherkennung und Maßnahmen fördern. Die Angebote sollten so gestaltet sein, dass unterschiedliche gesellschaftliche Gruppierungen unterstützt werden.³⁶ Evidenzbasierte psychosoziale Maßnahmen und ausgebildete Gemeindeggesundheitsmitarbeiter*innen, die diese Angebote zur Verfügung stellen, müssen gestärkt werden.³⁷ Die Angebote müssen die Rechte von Menschen mit intellektuellen, kognitiven und psychosozialen Behinderungen und Autismus auf ein unabhängiges und gesellschaftlich integriertes Leben unterstützen, statt sie in unzureichenden Betreuungseinrichtungen zu isolieren.

56. In vielen Ländern herrscht Personalmangel im Sektor der psychosozialen Gesundheit. Diese Länder müssen Anstrengungen unternehmen, um für qualifizierte Arbeitskräfte zu sorgen. Hierzu zählen das Gesundheitspersonal, Allgemeinmediziner*innen, Gemeindeggesundheitshelfer*innen, aber auch Angehörige anderer Berufszweige wie Lehrer*innen, Sozialarbeiter*innen und andere Mitarbeiter*innen im Sozialwesen, die über ausreichende Qualifikation verfügen (inklusive der Menschenrechtserziehung).

Zugänglichkeit

57. Psychosoziale Versorgungsangebote müssen geographisch und finanziell auf Basis von Nicht-Diskriminierung zugänglich sein. In vielen Ländern mit mittleren und geringen Einkommen sind sie vor allem in größeren Städten vorhanden und somit für einen Großteil der (Land-)Bevölkerung unzugänglich. Das Problem ist akut in jenen Ländern, in denen in unangemessener Weise eine Trennung zwischen Wohngebieten und stationären psychiatrischen Einrichtungen (Gemeindeferne) besteht, wie z. B. in Mittel- und Osteuropa, und in denen die Entwicklung rechthebasierter Versorgungsmodelle in der Gesellschaft misslingt.³⁸ Die Integration psychosozialer Gesundheitsversorgung in Allgemeinkrankenhäuser, Erst- und Sozialversorgung sowie die rechtskonforme Nutzung mobiler Technologien kann den Zugang zu Gesundheitsleistungen erleichtern und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erhöhen. Korrekte Informationen zu psychischer Gesundheit müssen der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, und evidenzbasierte Informationen über Behandlungen und ihre Nebenwirkungen müssen ebenfalls verfügbar sein. Dies erfordert eine regelmäßige, vollständige und rechtzeitige Veröffentlichung aller pharmakologischen Informationen aus klinischen Studien. Ein kontextuelles Verständnis der Erfahrung von Leid und Not ist wesentlich, um Zugang zu Systemen von psychischer Gesundheit und Unterstützung zu sichern.

Angemessenheit

58. Psychosoziale Versorgungsangebote müssen die medizinische Ethik und die Menschenrechte respektieren. Es gilt, eine Kultur zu entwickeln, die für Fragen und Belange von Gender und Alter sensibilisiert und so konzipiert ist, dass Vertraulichkeit

³⁶ Vgl. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, arts. 25-26, and J. Jaime Miranda and others, "Transitioning mental health into primary care", *The Lancet Psychiatry*, Vol. 4, Nr. 2 (Februar 2017).

³⁷ WHO, *Mental Health Action Plan 2013-2020*, S. 9.

³⁸ Vgl. Natalie Drew et al., "Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis", *The Lancet*, Vol. 378, Nr. 9803 (November 2011).

gewahrt bleibt und Individuen dazu befähigt werden, selbst über ihre Gesundheit und ihr Wohlergehen zu bestimmen.³⁹ Sie müssen die Prinzipien medizinischer Ethik und Menschenrechte (inklusive „*Primum non nocere*“, „*erstens nicht schaden*“) respektieren, ebenso Entscheidungsfreiheit, Selbstbestimmung, Autonomie, den eigenen Willen, eigene Vorlieben und Würde.⁴⁰ Blindes Vertrauen in pharmakologische Maßnahmen, Zwangsmaßnahmen und stationäre Behandlung sind unvereinbar mit dem Prinzip der Schadensvermeidung sowie den Menschenrechten. In der Psychiatrie Tätige sollten regelmäßig die Möglichkeit haben, sich zum Thema Menschenrechte fortzubilden. Versorgungsangebote müssen kulturell sensibel und zumutbar sein für Menschen mit intellektuellen, kognitiven oder psychosozialen Behinderungen und Autismus sowie für Jugendliche, Frauen, ältere Menschen, Minderheiten, Geflüchtete und Migrant*innen sowie lesbische, schwule, bisexuelle, trans- und intersexuellen Personen. Viele Menschen innerhalb dieser Bevölkerungsgruppen werden unnötigerweise medikalisiert und leiden unter der Anwendung von Zwangsmaßnahmen, basierend auf unzutreffenden und schädlichen Gender-Stereotypen.

59. Besondere Beachtung sollte Frauen geschenkt werden. Sie leiden überproportional häufig unter einer psychosozialen Praxis, die auf paternalistischen und patriarchalen Traditionen, unzutreffenden und schädlichen Gender-Stereotypen, der Medikalisation weiblicher Gefühle und weiblichen Verhaltens sowie auf Zwang basieren. Frauen, die in ihren Familien, in Gemeinden und Gesellschaften unter Gewalt und Benachteiligungen erleiden und psychische Erkrankungen haben, begegnen in der psychosozialen Umgebung oft Gewalt, Zwang, Erniedrigung und Respektlosigkeit. Es ist nicht hinnehmbar, dass Frauen, die innerhalb ihrer Familie und in anderen Bereichen unter Gewalt gelitten haben, in Versorgungseinrichtungen, die ihre psychische Gesundheit fördern sollten, erneut unter Gewalt leiden. In diesem Fall ist es wichtig zu betonen, dass Verletzungen der Rechte von Frauen in Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit unmittelbare negative Folgen für ihre psychische Gesundheit haben.

Qualität

60. Psychosoziale Versorgungsangebote müssen von guter Qualität sein. Dies erfordert die Anwendung evidenzbasierter Praktiken, um Prävention, Förderung, Behandlung und Genesung zu unterstützen.⁴¹ Die effektive Zusammenarbeit verschiedener Leistungsträger und Menschen, die diese Angebote nutzen, sowie deren Angehörigen und weiteren Unterstützer*innen trägt ebenfalls zur Qualitätssteigerung der Versorgung bei. Der Missbrauch biomedizinischer Maßnahmen, u. a. die unangemessene oder übermäßige Verschreibung von Psychopharmaka und Zwangseinweisungen, beeinträchtigt das Recht auf eine qualitativ hochwertige Versorgung. Die Verbesserung von gemeinschaftsbasierten psychosozialen Versorgungsangeboten zu priorisieren und soziale Ressourcen so zu mobilisieren, dass jede*r im Laufe des Lebens davon profitieren kann, führt zu mehr Qualität in der medizinischen Versorgung.

61. Das Element Qualität führt zwangsläufig dazu, dass Nutzer*innen nicht mehr nur als Versorgungsempfänger*innen, sondern als Bürger*innen mit vollen Rechten wahrgenommen werden. Um diskriminierende Praktiken zu unterbinden, sollten Staaten ihr Angebot psychosozialer Versorgung und Unterstützung überdenken (vgl. A/HRC/34/58).

62. Vor allem Kinder und Erwachsene mit intellektuellen Behinderungen und Autismus leiden häufig unter Institutionalisierung und exzessiven medikamentösen Maßnahmen. Kinder mit Autismus aufgrund ihrer Beeinträchtigung einzuweisen und mit Medikamenten

³⁹ Vgl. Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14, Abs. 12 (c).

⁴⁰ Vgl. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Präambel und Art. 12, 15 und 19.

⁴¹ WHO Mental Health Action Plan 2013-2020, S. 9.

zu therapieren, ist untragbar. Autismus stellt eine besondere Herausforderung für moderne Versorgungs- und Hilfesysteme dar, weil medikamentöse Maßnahmen mit dem Ziel zu „heilen“ sich oft als schädlich erwiesen haben und zu weiteren gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Kindern und Erwachsenen mit dieser Erkrankung führten. Wer diese Menschen unterstützt, sollte nicht nur ihr Recht auf Gesundheit in den Blick nehmen, sondern auch ihre Rechte auf Bildung, Arbeit und ein gleichberechtigtes Leben in der Gesellschaft.

G. Informierte Einwilligung und Zwang

63. Die Informierte Einwilligung ist ein Kernelement des Rechts auf Gesundheit und sowohl Freiheit als auch integrale Schutzmaßnahme, um dieses wahrzunehmen (vgl. A/64/272). Das Recht, in Behandlungen und Klinikaufenthalte einwilligen zu können, geht einher mit dem Recht, sie ablehnen zu dürfen (vgl. E/CN.4/2006/120, Abs. 82). Die Verbreitung paternalistischer Gesetzgebungen zur psychischen Gesundheit und das Fehlen von Alternativen haben die Ausübung medizinischer Zwangsmaßnahmen zur Normalität gemacht.

64. Rechtfertigung für die Anwendung von Zwang sind meist „medizinische Notwendigkeit“ und „Gefährlichkeit“. Diese subjektiven Prinzipien werden nicht von der Forschung gestützt und ihre Anwendung ist offen für Interpretation. Dies wirft Fragen der Willkürlichkeit auf, der immer häufiger mit rechtlich gestützter genauerer Beobachtung begegnet wird. „Gefährlichkeit“ basiert oftmals auf Vorurteilen statt auf Belegen. Zudem existieren überzeugende Argumente dafür, dass erzwungene Behandlungen, etwa mit Psychopharmaka, trotz ihrer häufigen Anwendung nicht wirksam sind. Entscheidungen zum Anwenden von Zwang dürfen nur von Psychiater*innen getroffen werden, die in Systemen arbeiten, in denen es an den klinischen Werkzeugen mangelt, nicht auf Zwang basierende Maßnahmen zu erproben. In vielen Ländern gibt es keine Alternativen. Zwangsmaßnahmen sind dort das Resultat eines systemischen Versagens, die Rechte von Individuen zu schützen.⁴²

65. Zwang in der psychiatrischen Versorgung führt zu Machtungleichheiten in Betreuungsbeziehungen, verursacht Misstrauen, verschärft Stigma und Diskriminierung und bringt viele Menschen dazu, sich aus Angst von den allgemeinen psychosozialen Versorgungsangeboten abzuwenden. In Anbetracht der Tatsache, dass das Recht auf psychische Gesundheit nun im Sinne der UN-BRK umzusetzen ist, ist sofortiges Handeln erforderlich, um Zwang drastisch zu reduzieren und eine gewaltfreie psychiatrische Behandlung und Unterbringung anzustreben. Staaten dürfen rechtlichen Vertreter*innen nicht erlauben, anstelle behinderter Menschen Entscheidungen zu treffen, die deren psychische oder physische Integrität betreffen. Stattdessen sollte für die Betroffenen jederzeit Unterstützung gewährleistet sein, damit diese eigene Entscheidungen treffen können. Dies betrifft auch Notfall- und Krisensituationen.⁴³

66. Der Sonderberichterstatter anerkennt die Sorgen unterschiedlicher Interessenvertreter*innen, vor allem innerhalb der medizinischen Berufsgruppen, die das absolute Verbot aller Formen nicht-einvernehmlicher Maßnahmen betreffen.⁴⁴ Er räumt ein, dass deren drastische Reduzierung bzw. deren vollständige Beseitigung ein herausfordernder Prozess ist, der Zeit beanspruchen wird. Jedoch besteht Einigkeit über

⁴² Vgl. Steve R. Kisely und Leslie A. Campbell, „Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders“, Cochrane database system (Dezember 2014); Hans Joachim Salize und Harald Dressing, „Coercion, involuntary treatment and quality of mental health care: is there any link?“, Current Opinion in Psychiatry, Vol. 18, Nr. 5 (Oktober 2005).

⁴³ Vgl. Guidelines on article 14 of the Convention, Abs. 22.

⁴⁴ Vgl. Melvyn C. Freeman et al., „Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the general comment on article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities“ The Lancet Psychiatry, Vol. 2, Nr. 9 (September 2015).

das inakzeptable häufige Auftreten von Menschenrechtsverletzungen im psychosozialen Bereich und darüber, dass Veränderungen notwendig sind. Statt gesetzliche oder ethische Argumente heranzuziehen, um den Status quo zu rechtfertigen, müssen abgestimmte Bemühungen unternommen werden, diesen aufzuheben. Der Verzicht auf Sofortmaßnahmen, die diesen Wandel herbeiführen, ist nicht mehr akzeptabel und der Sonderberichtersteller schlägt die folgenden fünf wohlüberlegten, zielorientierten und konkreten Maßnahmen vor:

(a) Allgemein anwendbare Alternativen zu Zwangsmaßnahmen mit dem Ziel gesetzlicher Reformen;

(b) Entwicklung einer umfangreichen Palette an nicht auf Zwang basierenden Alternativen in der Praxis;

(c) Entwicklung eines Plans, medizinische Zwangsmaßnahmen drastisch zu reduzieren, mit dem Ziel ihrer Eliminierung unter Beteiligung von Interessenvertreter*innen inklusive Rechteinhaber*innen;

(d) Etablierung eines Austauschs guter Praktiken zwischen und innerhalb von Ländern;

(e) Erhöhung von Forschungsinvestitionen und quantitativer sowie qualitativer Datensammlungen, um den Fortschritt in Richtung dieser Ziele zu überwachen.

H. Zugrundeliegende und soziale Bestimmungsfaktoren seelischer Gesundheit

67. Das Recht auf Gesundheit ist ein inklusives Recht auf Gesundheitsversorgung und die zugrundeliegenden und sozialen Bestimmungsfaktoren von Gesundheit. Öffentliche Gesundheit hat individuelle und kollektive Dimensionen, die essenziell für den Schutz dieser zugrundeliegenden und sozialen Bestimmungsfaktoren sind.⁴⁵ Aufgrund der tiefen Verbindung zwischen psychischer Gesundheit und des physischen, psychosozialen, politischen und ökonomischen Umfelds ist das Recht auf diese Bestimmungsfaktoren eine Grundvoraussetzung für die Sicherheit des Rechts auf psychische Gesundheit. Unter internationalen Menschenrechtsgesetzen müssen Staaten auf Grundlage einer Reihe zugrundeliegender Bestimmungsfaktoren agieren. Zu ihnen gehören Gewalt, unterstützende Familienumfelder und Diskriminierung, um insbesondere das Recht auf Gesundheit von Kindern und Frauen⁴⁶ und Menschen mit Behinderungen⁴⁷ zu schützen. Kurz, um das Recht auf psychische Gesundheit respektieren, beschützen und erfüllen zu können, sind abgestimmte Maßnahmen notwendig, die bestimmte Grundvoraussetzungen für psychische Gesundheit sicherstellen.

68. Verschiedene internationale und regionale Entwicklungen haben dazu beigetragen, Gebote für das Gesundheitswesen und die soziale Gerechtigkeit festzulegen, mit denen die sozialen Bestimmungsfaktoren für Gesundheit angegangen werden können. Der Abschlussbericht der Kommission für soziale Determinanten von Gesundheit leistete hier Pionierarbeit und machte soziale Bestimmungsfaktoren besser sichtbar.⁴⁸ Die Medizin, besonders die Komponente psychische Gesundheit, ist zu einem Großteil eine Sozialwissenschaft. Dieses Verständnis sollte in der Praxis handlungsleitend sein. Um der Evidenz der Bestimmungsfaktoren psychischer Gesundheit voll Rechnung zu tragen,

⁴⁵ Vgl. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, art. 12 (2), and Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No. 14, Abs. 37.

⁴⁶ Vgl. Convention on the Rights of the Child, Art. 24, and Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, Art. 12.

⁴⁷ Vgl. Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Art. 25 (a) und (b).

⁴⁸ Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health (Genf, WHO, 2008).

muss das Recht auf diese Faktoren über Ungerechtigkeiten, Diskriminierung und die körperliche Komponente hinausgehen und die nachgewiesene Bedeutung gesunder, psychosozialer Umgebungen widerspiegeln (vgl. A/70/213 Abs. 55 und A/71/304, Abs. 16 und 19)⁴⁹. Dies verlangt auch danach, Richtlinien zu entwickeln, die den gewaltfreien und respektvollen Umgang in Familien, an Schulen, Arbeitsplätzen, in Gemeinden sowie in Gesundheits- und sozialen Diensten fördern.

VI. Paradigmenwechsel

A. Das Gebot des Menschenrechts und die Auswirkungen auf Förderung und Prävention im Bereich seelischer Gesundheit

69. Es wird begrüßt, dass die WHO die Bedeutung rechtebasierter Strategien anerkennt, die die psychische Gesundheit ganzer Bevölkerungsgruppen fördern und schützen.⁵⁰ Individuelle und soziale Faktoren, kulturelle Werte und soziale Alltagserfahrungen in Familien, an Schulen, am Arbeitsplatz und in Gemeinschaften haben Einfluss auf die psychische Gesundheit jedes Menschen. Die Tatsache, dass Kinder beträchtliche Zeit in Schulen und die meisten Erwachsenen am Arbeitsplatz verbringen, bedeutet, dass rechtebasierte Maßnahmen eine gesunde, sichere und befähigende Umgebung fördern müssen, die frei von Gewalt, Diskriminierung und anderen Formen von Missbrauch sind. Gleichzeitig beeinflusst die seelische Gesundheit einer Person das Leben innerhalb dieser Umgebungen und bestimmt wesentlich die Gesundheit von Gemeinschaften und Bevölkerungen. Auf die Bevölkerung bezogene Ansätze zur Förderung psychischer Gesundheit ermöglichen die Veränderung von Gesundheitssystemen über individuelle Anpassungen hinaus. Der Abbau struktureller Barrieren und Ungleichheiten, also sozialer Determinanten, die sich negativ auf psychische Gesundheit auswirken können, kann so ermöglicht werden.

70. Es besteht die beinahe universelle Bereitschaft, für Krankenhäuser, Betten und Medikation zu bezahlen, anstatt eine Gesellschaft aufzubauen, in der sich jede*r entfalten kann. Bedauerlicherweise sind Prävention und Förderung vergessene Bestandteile von Maßnahmen für die psychische Gesundheit. Die schädliche Annahme, guter Wille und Opferbereitschaft allein würden ausreichen, damit Bevölkerungen seelische Gesundheit erreichen, hat diese Passivität bisher entschuldigt.

71. Die Verpflichtung, soziale Bestimmungsfaktoren zur Förderung psychischer Gesundheit zu sichern, erfordert bereichsübergreifende Maßnahmen, um ein dauerhaftes Engagement aller relevanten Ministerien zu gewährleisten. Strategien zur Suizidprävention etwa konzentrieren sich gewöhnlich auf Hochrisikogruppen und behandeln klinische Depression als biomedizinisches Phänomen. Vielversprechender wären demgegenüber bereichsübergreifende Programme, die soziale und umfeldbedingte Bestimmungsfaktoren von Suizid anhand populationsbasierter Ansätze behandeln. Mobbing in der Schule ist ein weiteres Phänomen, das als globale und nationale Priorität im Gesundheitswesen betrachtet werden muss. Länder sollten zuerst und vor allem bei der emotionalen und psychosozialen Umgebung ansetzen, also bei Beziehungen statt bei Individuen.

72. Eine Umgebung, die Menschenrechte respektiert, schützt und verwirklicht und frei ist von allen Gewaltformen, inklusive geschlechtsspezifischer Gewalt, ist wesentlich für eine effektive Gesundheitsförderung. Öffentliche Gesundheit und psychosoziale Maßnahmen

⁴⁹ Vgl. auch WHO, "Investing in mental health: evidence for action" (2013) and "Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors", discussion paper (2012).

⁵⁰ Vgl. WHO Mental Health Action Plan 2013-2020.

sind essenzielle Komponenten eines rechtebasierten, psychosozialen Gesundheitssystems, kein Luxus. Relevante Maßnahmen müssen Individuen zu einer größeren Selbstbestimmung über ihre Gesundheit befähigen und diese verbessern.

Elend in Kindheit und Jugend

73. Studien haben die schädlichen Auswirkungen von Elend und Trauma in der Kindheit auf die psychische Gesundheit und soziale Entwicklung gezeigt.⁵¹ Ungesunder Stress, gewalttätige Familienmitglieder oder andere nahestehende Personen, Heimunterbringung von kleinen Kindern, Mobbing, sexueller, physischer und emotionaler Kindesmissbrauch und der Verlust der Eltern beeinflussen negativ die Entwicklung des Gehirns sowie die Fähigkeit, gesunde Beziehungen zu führen. All dies beeinträchtigt die Fähigkeit von Kindern, ihr Recht auf Gesundheit auszuleben, bis ins Erwachsenenalter (vgl. A/HRC/32/32, Abs. 67- 73, und A/70/213, Abs. 67).

74. Der Sonderberichtersteller hebt hervor, welche gravierenden Auswirkungen eine Heimunterbringung auf kleine Kinder hat, vor allem auf ihre psychische Gesundheit und ihre ganzheitliche Entwicklung.⁵² Versorgungsangebote für Kinder im Bereich psychischer Gesundheit werden unzureichend finanziert, und es fehlen Qualitätsstandards für die Versorgung und das Personal. Dies erzeugt eine Umgebung, in der Missbrauch von Kindern mit Behinderungen oder Schwierigkeiten in der emotionalen und sozialen Entwicklung häufig sind, allen voran bei Kindern in Heimunterbringung. Es gibt in der ganzen Welt viele Beispiele innovativer Angebote und Praktiken hinsichtlich psychischer Gesundheit von Kindern, und es existieren überzeugende Studien bezüglich ihrer Effektivität bei der Förderung psychischer Gesundheit und der Prävention von Verschlechterungen psychischer Erkrankungen.⁵³ Allerdings dienen diese guten Praktiken oft nur als Pilotprojekte. Dies ist der Tatsache geschuldet, dass der politische Wille fehlt, sie zu vervielfältigen und in die gängige Praxis der Kinderversorgung zu integrieren.

75. In Anbetracht der Tatsache, dass psychosoziale Versorgungsangebote oft unterfinanziert sind, führt die daraus resultierende niedrige Qualität zu einer übermäßigen Medikamentengabe, zu Gewalt und anderen Verletzungen von Kinderrechten. Dies muss eingestellt oder grundlegend verändert werden. Noch wichtiger ist es, partizipatorische Programme zu organisieren, um Elend in der Kindheit entgegenzuwirken, Kinder als Rechteinhaber*innen anzuerkennen, ihre sich entwickelnden Fähigkeiten zu respektieren und Kinder und Familien zu befähigen, ihre seelische Gesundheit und ihr Wohlergehen zu verbessern.

B. Behandlung: Von der Isolation in die Gesellschaft

76. Das Recht auf psychische Gesundheit stellt für Staaten einen wirkungsvollen Wegweiser in Richtung eines Paradigmenwechsels dar, der auf Genesung und Unterstützung in der Gesellschaft basiert, soziale Inklusion fördert und eine Bandbreite an rechtebasierten Behandlungsmöglichkeiten sowie psychosozialer Unterstützung bietet, sowohl auf Ebene der Grundversorgung als auch auf Ebene fachärztlicher Versorgung.

⁵¹ Vgl. Department of Economic and Social Affairs, "Mental health matters: social inclusion of youth with mental health conditions" (2014).

⁵² Vgl. WHO and the Gulbenkian Global Mental Health Platform, "Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities" (2015) und United Nations Children's Fund, "Ending the placement of children under three in institutions: support nurturing families for all young children" (2012).

⁵³ Vgl. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions, "Textbook of child and adolescent mental health" (2015).

77. Reduktionistische biomedizinische Behandlungsansätze, die Kontexte und Beziehungen nicht adäquat einbeziehen, können nicht länger als mit dem Recht auf Gesundheit vereinbar betrachtet werden. Während die biomedizinische Komponente weiterhin wichtig bleibt, ist ihre Dominanz inzwischen kontraproduktiv, da sie Bürger*innen entmündigt und Stigma und Exklusion verstärkt. In vielen Teilen der Welt ist gemeinschaftsnahe Versorgung nicht verfügbar, nicht zugänglich, nicht akzeptabel und/oder von unzureichender Qualität (oftmals auf Behandlung mit Psychopharmaka begrenzt). Die größte Dichte von Psychiatrien und Betten, die nicht zur allgemeinen Gesundheitsversorgung gehören, besteht in Ländern mit höherem Einkommen. Dies sei ein warnender Hinweis für Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen, den Weg in Richtung rechthebender psychosozialer Versorgung einzuschlagen.⁵⁴

Seelische Gesundheit etablieren und einbinden

78. Das Recht auf Gesundheit macht es erforderlich, dass psychosoziale Gesundheitsversorgung stärker der Grundversorgung und der Allgemeinmedizin angenähert wird und seelische und physische Gesundheit auf professioneller, politischer und allgemeiner Ebene stärker mit körperlicher Gesundheit zu verbinden. Dies führt nicht nur zur Integration psychosozialer Versorgung in die allgemeine und für jede*n zugängliche Gesundheitsversorgung. Es gewährleistet auch, dass Personengruppen, die normalerweise von der allgemeinen Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sind – etwa Menschen mit Behinderungen – gleichberechtigt Versorgung und Unterstützung erhalten. Inklusion bringt außerdem sozioökonomische Vorteile mit sich.⁵⁵ Seelische Gesundheit betrifft jede*n, und Versorgungsangebote sollten bei Bedarf für alle auf Ebene der Grundversorgung sowie auf fachärztlicher Ebene verfügbar und zugänglich sein.

Essenzielle psychosoziale Maßnahmen

79. Auch wenn Psychopharmaka hilfreich sein können, reagiert nicht jede*r gut auf sie. Oftmals sind sie auch nicht notwendig. Wenn wirksame psychosoziale Maßnahmen und Interventionen im öffentlichen Gesundheitswesen nicht verfügbar sind und deshalb Psychopharmaka verschrieben werden, die nicht notwendig sind, ist das nicht mit dem Recht auf Gesundheit vereinbar. In den meisten Fällen leichter und mittelschwerer Depressionen etwa sollten „Beobachten und Abwarten“ („watchful waiting“), psychosoziale Unterstützung und Psychotherapie die primären Behandlungsmethoden sein.

80. Obwohl das Recht auf Gesundheit die Pflicht mit sich bringt, psychosoziale Maßnahmen und Unterstützung zu gewährleisten, werden diese leider als Luxus statt als essenzielle Behandlungsmethoden betrachtet. Deshalb fehlen dafür nachhaltige Investitionen, obwohl ihre Wirksamkeit nachgewiesen ist.⁵⁶ Solche Maßnahmen sind wesentlich, beeinflussen sie doch die Gesundheit positiv und schützen Individuen vor potenziell schädlicher, invasiver Medikalisierung. Dazu können einfache, kostengünstige, kurzfristige Maßnahmen innerhalb normaler gemeindenaher Versorgungsangebote gehören. Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Allgemeinmediziner*innen, Hebammen und Entbindungspfleger, Sozialarbeiter*innen und Gemeindegesundheitspfleger*innen müssen über psychosoziale Kenntnisse verfügen, um Zugang, Integration und Nachhaltigkeit zu gewährleisten.⁵⁷ Psychosoziale Maßnahmen, nicht Medikamente,

⁵⁴ Vgl. WHO Mental Health Atlas 2014, Abb. 4.1.1.

⁵⁵ Vgl. Lena Morgon Banks und Sarah Polack, „The economic costs of exclusion and gains of inclusion of people with disabilities. Evidence from low and middle income countries“, London School of Hygiene and Tropical Medicine (2015), part B, sect. 3.

⁵⁶ Vgl. John Hunsley Katherine Elliott und Zoé Therrien, „The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety and related disorders“, Canadian Psychology, Vol. 55, Nr. 3 (August 2014).

⁵⁷ Vgl. Clair Le Boutillier et al., „Staff understanding of recovery-orientated mental health practice: a

sollten die primären Behandlungsansätze für die meisten Menschen mit psychosozialen Problemen sein.

Psychische Notlagen und Recovery

81. Der Paradigmenwechsel im Bereich psychischer Gesundheit setzt die Förderung integrierter und bevölkerungsbasierter Angebote voraus. Dennoch werden psychische Notlagen weiterhin auftreten und rechthebasierte Behandlungsmaßnahmen erforderlich sein. Die Eingriffe, mit denen schwerwiegende Fälle behandelt werden, sind vielleicht das, was der biomedizinischen Tradition am meisten vorzuwerfen ist. Zwang, Medikalisierung und Exklusion, Überbleibsel traditioneller psychiatrischer Versorgungsbeziehungen, müssen durch ein modernes Verständnis von Recovery und evidenzbasierte Angebote ersetzt werden, um die Würde wiederherzustellen und damit Rechteinhaber*innen wieder zu ihren Familien und in ihre Gemeinschaften zurückkehren können. Menschen können auch von den schwersten psychischen Erkrankungen genesen und ein erfülltes Leben führen – und tun dies auch.⁵⁸

82. Es gibt keine allgemeine Definition von Recovery. Oft wird sie als persönliche Reise zur Wiedererlangung eines sinnerfüllten Lebens und zu größerer Resilienz beschrieben. Der Recovery-Ansatz, wenn er in Übereinstimmung mit den Menschenrechten angewendet wird, hat dazu beigetragen, Machtungleichheiten aufzubrechen, zum Empowerment von Individuen beizutragen und sie zu Akteur*innen statt zu passiven Versorgungsempfänger*innen zu machen. Hier wurden mit evidenz- und recovery-basierten Unterstützungsangeboten enorme Fortschritte erzielt. Sie machen Menschen wieder Hoffnung und geben ihnen das Vertrauen in die Versorgung und auch in sich selbst zurück.

83. Peer-Beratung ist, wenn sie nicht beeinträchtigt wird, ein wesentlicher Bestandteil recovery-basierter Versorgung.⁵⁹ Sie gibt Hoffnung und bestärkt Menschen, voneinander zu lernen, etwa in Peer-Unterstützungsnetzwerken, Recovery-Colleges, Vereinen und Peer-geführten Krisenhäusern. Der Offene Dialog ist eine erfolgreiche psychosoziale Behandlungsmethode und hat in Lappland medikamentöse Notfallbehandlung vollständig ersetzt.⁶⁰ Andere, nicht auf Zwang basierende Modelle sind Einrichtungen für psychische Krisen („mental health crisis units“), Heime für kurzzeitige Pflege („respite houses“), Entwicklungsmodelle für soziale Inklusion, persönliche Ombudspersonen, Empowerment-Psychiatrie und Familienkonferenzen. Die Soteria-Behandlung ist ein bewährtes, recovery-basiertes Modell, das in vielen Ländern angewendet wird.⁶¹ Die zunehmende Verfügbarkeit von alternativen Therapieformen und Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten zur Anwendung nicht-konsensueller Maßnahmen sind wesentliche Indikatoren, um Fortschritte in Richtung der Durchsetzung von Gesundheitsrechten zu bewerten.

systematic review and narrative synthesis”, *Implementation Science*, Vol. 10 (Juni 2015).

⁵⁸ Vgl. Richard Warner, “Does the scientific evidence support the recovery model?”, *The Psychiatrist*, Vol. 34. Nr. 1 (Januar 2010).

⁵⁹ Vgl. Sarah Carr, “Social care for marginalised communities: balancing self-organisation, micro-provision and mainstream support”, University of Birmingham, policy paper Nr. 18 (Februar 2014).

⁶⁰ Vgl. Jaako Seikkula et al., “Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: treatment principles, follow-up outcomes and two case studies”, *Psychotherapy Research*, Vol. 16, Nr. 2 (März 2006).

⁶¹ Vgl. Tim Calton et al., “A systematic review of the Soteria paradigm for the treatment of people diagnosed with schizophrenia”, *Schizophrenia Bulletin*, Vol. 34, Nr. 1 (Januar 2008).

VII. Ergebnisse und Empfehlungen

A. Ergebnisse

84. Seelische Gesundheit wurde häufig vernachlässigt. Wenn finanzielle Mittel dafür eingesetzt werden, dominieren ineffektive und schädliche Modelle, Haltungen und Missverhältnisse. Dies führte zur aktuellen Situation mit in grober Weise unerfülltem Bedarf an rechtebasierter psychosozialer Förderung und Versorgung. Menschen aller Altersklassen leiden bei Problemen mit der seelischen Gesundheit zu oft entweder unter fehlenden Versorgungs- und Unterstützungsangeboten oder unter ineffektiven und schädlichen Angeboten.

85. Dass aktuell Menschenrechtsverletzungen in Systemen psychosozialer Versorgung nicht in den Blick geraten, ist inakzeptabel. Da seelische Gesundheit zunehmend politische Priorität erlangt, ist es jetzt wichtig, Fehlentwicklungen zu analysieren, um Verbesserungen den Weg zu ebnen und zu einem Konsens darüber zu gelangen, wo investiert werden soll und wo nicht.

86. Eine Bewertung der weltweiten Last durch Hindernisse deutet in alarmierender Weise darauf hin, dass diese möglicherweise größer ausfällt als die Belastung durch alle Formen „psychischer Erkrankungen“. Die Krise im Bereich seelischer Gesundheit sollte nicht als Krise der individuellen Situation gehandhabt werden, sondern als Krise der sozialen Hindernisse, die individuelle Rechte einschränken. Die politische Linie für die psychische Gesundheit sollte eher das „Machtungleichgewicht“ als das „chemische Ungleichgewicht“ zum Ziel haben.

87. Dringend erforderliche neue Ansätze sollten insbesondere solche innovationspolitischen Maßnahmen priorisieren, die auf der Bevölkerungsebene ansetzen. Dabei sollten soziale Faktoren kritisch betrachtet werden, und das vorherrschende medizinische Modell, das versucht, Individuen im Hinblick auf ihre „Störungen“ zu heilen, sollte fallengelassen werden.

88. Aktuell zeigt sich eine einzigartige Gelegenheit, den Sektor der seelischen Gesundheit voranzubringen. Die internationale Anerkennung psychischer Gesundheit als globales Gesundheitsgebot in der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung ist ein begrüßenswerter Fortschritt. Das Recht auf die Rahmenbedingungen für seelische Gesundheit bietet eine Richtschnur, wie rechtebasierte Richtlinien und Investitionen ausgestaltet sein sollten, um Würde und Wohlergehen aller Menschen sicherzustellen. Um eine Gleichstellung körperlicher und seelischer Gesundheit zu erreichen, muss seelische Gesundheit in die Grundversorgung und die allgemeine medizinische Versorgung integriert werden, unter Beteiligung aller Interessenvertreter*innen bei der Entwicklung öffentlicher Richtlinien, die zugrundeliegende Bestimmungsfaktoren betreffen. Effektive psychosoziale Maßnahmen sollten in den Kommunen verstärkt werden, und die herrschende Kultur von Zwang, Isolation und übermäßiger Medikation sollte eingestellt werden.

89. Überall auf der Welt, auch in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, existieren bereits vielversprechende Initiativen, die den Status quo in Frage stellen. Damit diese Praktiken in Gemeinschaften Form annehmen können, ist es ein wirkungsvolles Mittel, mit Hilfe entschlossener politischer Führung und Ressourcen den Raum für deren Implementierung zu schaffen, um notwendige Veränderungen voranzubringen.

90. Durch einen inklusiven und partizipatorischen Prozess und einen offenen

Dialog möchte der Sonderberichterstatter Leitlinien zu Menschenrechten und seelischer Gesundheit entwickeln, die alle Interessenvertreter*innen dabei unterstützen können, rechtebasierte psychosoziale Richtlinien in ihrem jeweiligen Arbeitsfeld zu implementieren.

B. Empfehlungen

91. Der Sonderberichterstatter fordert die Verantwortungsträger dazu auf, sich mit der weltweiten Last durch Hindernisse auseinanderzusetzen und rechtebasierte Neuerungen auf dem Gebiet seelischer Gesundheit in öffentliche Richtlinien einzubinden. Dies schließt Staaten ein, die Vorkämpfer internationaler politischer Bemühungen sind; Führungskräfte des psychiatrischen Berufsstands, die ihre Ansätze zur notwendigen Veränderung konstruktiv betrachten; Leiter*innen von psychosozialen Versorgungseinrichtungen, die durch ihr eigenes Beispiel den Wandel fördern; und kommunale Vertreter*innen, die Neuerungen an der Basis vorantreiben. Diese Vorkämpfer müssen partnerschaftlich mit Beteiligten zusammenarbeiten, zu denen auch Personen mit intellektuellen, kognitiven und psychosozialen Behinderungen und Autismus zählen.

92. Um dem Ungleichgewicht zugunsten biomedizinischer Ansätze in der psychosozialen Versorgung zu begegnen, empfiehlt der Sonderberichterstatter, dass:

(a) Staaten Sofortmaßnahmen ergreifen, um inklusive und tatsächlich partizipatorische Rahmenbedingungen für die Gestaltung und Entscheidungsfindung der öffentlichen Politik zu schaffen, unter Einbeziehung von u.a. Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, Nutzer*innen von Versorgungsangeboten, von der Zivilgesellschaft sowie von Menschen, die in Armut und in höchst vulnerablen Situationen leben;

(b) Staaten und andere relevante Interessenvertreter*innen, darunter auch universitäre Einrichtungen, ihre Prioritäten bei der Erforschung seelischer Gesundheit neu ausrichten, um unabhängige, qualitativ hochwertige und partizipatorische sozialwissenschaftliche Forschung und Forschungsplattformen zu fördern und alternative, nicht auf Zwang basierende Versorgungsmodelle zu erschließen;

(c) Staaten mit universitären Einrichtungen kooperieren, um den Wissenslücken im Bereich rechte- und evidenzbasierter seelischer Gesundheit in der medizinischen Aus- und Fortbildung entgegenzuwirken.

93. Um sicherzustellen, dass soziale und andere zugrundeliegende Bestimmungsfaktoren für die Förderung allgemeiner seelischer Gesundheit bedacht werden, schlägt der Sonderberichterstatter vor, dass Staaten

(a) die Förderung und Prävention seelischer Gesundheit in öffentlichen Richtlinien priorisieren und Investitionen innerhalb der relevanten Ministerien anpassen;

(b) Sofortmaßnahmen zur Entwicklung öffentlicher Richtlinien ergreifen, die mit den Zielen für nachhaltige Entwicklung übereinstimmen und seelische Gesundheit sowie die ganzheitliche Entwicklung in der frühen Kindheit und Jugend betreffen und Förderung und psychosoziale Maßnahmen priorisieren;

(c) Richtlinien und Gesetze erlassen zur Prävention von Gewalt in allen

Umgebungen, in denen Menschen leben, lernen und arbeiten;

(d) Sofortmaßnahmen ergreifen gegen schädliche Gender-Stereotypen und gegen geschlechtsspezifische Gewalt sowie Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit ermöglichen;

(e) sofortige Schritte zur Abschaffung der körperlichen Züchtigung zu ergreifen und die Unterbringung in Institutionen von Kindern, auch von solchen mit Behinderungen, zu vermeiden.

94. Um zu gewährleisten, dass internationale Zusammenarbeit das Recht auf seelische Gesundheit und die Agenda 2030 gewährleistet, sollten Staaten sowie multilaterale und internationale Institutionen:

(a) die finanzielle Unterstützung für alle isolierten, stationären psychiatrischen Institutionen, großen psychiatrischen Krankenhäuser und andere isolierte Einrichtungen und Versorgungsangebote beenden;

(b) das Recht auf seelische Gesundheit in Gesundheits-, Armutsbekämpfungs- und Entwicklungsstrategien und in Maßnahmen einbinden und es explizit in allgemeine und vorrangige Gesundheitsrichtlinien und -programme einbeziehen;

(c) globale seelische Gesundheit bei allen Kontrollmaßnahmen für die Ziele nachhaltiger Entwicklung fördern, inklusive hochrangiger politischer Foren.

95. Um sicherzustellen, dass psychosoziale Versorgungsangebote das Recht auf psychische Gesundheit für alle garantieren, sollten Staaten:

(a) sicherstellen, dass Nutzer*innen in die Gestaltung, Implementierung, Bereitstellung und Evaluation psychosozialer Versorgung, Systeme und Richtlinien eingebunden sind;

(b) Investitionen in institutionelle Versorgung beenden und in gemeindenahe Versorgung umleiten;

(c) in psychosoziale Versorgung investieren, die in die Grund- und gemeindenahe Versorgung integriert ist, um Nutzer*innen zu stärken und ihre Autonomie zu respektieren;

(d) Investitionen in alternative psychosoziale Versorgungsangebote und Unterstützungsmodelle erhöhen;

(e) ein Grundpaket angemessener, (auch kulturell) akzeptabler und hochwertiger psychosozialer Maßnahmen als Kernkomponenten einer universellen Gesundheitsversorgung entwickeln;

(f) konkrete, zielgerichtete Maßnahmen ergreifen, um medizinischen Zwang drastisch zu reduzieren und psychiatrische Zwangsbehandlungen sowie Zwangseinweisungen zu beenden;

(g) technische Unterstützung der Quality Rights-Initiative der WHO nutzen, um die Qualität psychosozialer Versorgung zu bewerten und zu verbessern.