

Auf dem Weg zur einer kollaborativen Psychiatrie

Herausforderungen, Möglichkeiten und Grenzen Zum Thema »Sozialpsychiatrische Grundhaltungen in einer deinstitutionalisierten Behandlungs- und Versorgungssituation« sprach **MATTHIAS HEIBLER** auf der DGSP-Jahrestagung 2014 in Bremen. Dabei stellte er Visionen, Ziele und Konzepte einer »kollaborativen« Psychiatrie vor – einer Psychiatrie, eingebettet und verwoben mit allen Akteuren und Strukturen des Sozialraums, einer »Psychiatrie to go«.

Im Kontext eines regionalen Budgets (ca. 7 Mio. Euro) konnten wir im Herzogtum Lauenburg während der letzten sieben Jahre vier mobile Kriseninterventionsteams aufbauen neben fünf Tageskliniken, darunter eine, die sieben Tage pro Woche geöffnet ist. Für die Versorgung des Kreises mit seinen 188 000 Einwohnern brauchen wir nunmehr nur noch eine Station, die durchschnittlich mit 20 Patienten belegt ist (weniger als 8000 stationäre Behandlungstage pro Jahr statt vorher 18 000). Die Verweildauer beträgt mittlerweile weniger als sieben Tage ohne Anstieg von Wiederaufnahmen. Alle anderen Patienten werden über Hometreatment, teilstationär oder ambulant behandelt. Außerdem besteht ein dezentrales Netz von Zuverdienstfirmen und ambulanten Wohnpflegegruppen (Haushaltsgemeinschaften), vor allem für Menschen mit demenzieller Entwicklung. Dies ist der Hintergrund, um Ihnen etwas über sozialpsychiatrische Grundhaltungen in einer weitgehend deinstitutionalisierten Behandlungs- und Versorgungssituation berichten zu können.

Der Mensch lebt nicht allein auf der Welt

»Der Mensch als Person existiert notwendig in sozialen Bezügen« (BVerfG 2010). Jeder Mensch ist Teil seiner Um-Welt, die ihn beeinflusst bzw. auf die er selber einwirkt und die er gestaltet. Mit ihr ist er vielfältig verbunden, sodass sie ihm zur Mit-Welt wird. Jeder Mensch nimmt aus seiner Umwelt Eindrücke wahr, die zum Teil widersprüchlich und extrem gegensätzlich sind. Weil aber Menschen nach Harmonie streben, versuchen sie, widersprüchliche Eindrücke aufzuklären, wegzufiltern bzw. auszulöschen. Und oft – oder vielleicht sogar in der Regel – beginnen sie, Geschichten zu erzählen, die Widersprüchlichkeiten bzw. gegensätzliche Eindrücke aufheben. Nach Michael S. Gazzaniga (2011) gelingt dies Menschen im Allgemeinen ganz gut. Manchmal sind jedoch die Eindrücke so widersprüchlich, so konträr, dass sie sich als Symptome bzw. als Leid ausdrücken. Hierfür ein Beispiel: Herr B., 92 Jahre alt, früher als Rechtsanwalt tätig, zum zweiten Mal verheiratet (seit 50 Jahren), drei Kinder aus erster Ehe, spricht plötzlich nur noch Plattdeutsch, nässt und kotet ein. Er ist verwirrt, wehrt sich gegen seine Frau, die ihn davon abhalten will, aus dem Haus zu gehen.

Er scheint nur noch seine Tochter und seine Geliebte zu erkennen. Er wirkt dement, sodass die Familie nach einem Krankenhausaufenthalt eine Heimunterbringung in die Wege leitet. Ein Sohn will ihn sogar geschloßen unterbringen lassen. Der Hintergrund: Herr B. hat mehrere Geliebte, darunter Frau D., mit der er seit zirka 25 Jahren verbunden ist. Mit Frau D. hat er vor kurzem einen Testamentsentwurf verfasst und sich selbst dabei auch ein bisschen bedacht. Nach mehreren Stürzen musste Frau D. kurzfristig in einem Krankenhaus behandelt werden. Danach hat sie Kontakt zu ihrem Neffen aufgenommen und mit ihm zusammen beschlossen, den Kontakt zu Herrn B. abzubrechen und ihm alle Vollmachten, die sie ihm erteilt hatte, zu entziehen. Ihr Neffe tauchte bei Herrn B. zu Hause auf und informierte ihn über die Entscheidung von Frau D. mit der Bitte, ihm ihre

ein Bild von der Welt zu machen, verloren hatte. Dabei wurde insgesamt das Vermögen von Herrn B., zu abstrahieren, narkotisiert (Emrich 2008). Ohne die Fähigkeit, das Leben als Er-Leben fassen zu können, ohne das Vermögen, sich ein Bild von der Welt zu machen, war er auf seine basalen Fähigkeiten zurückgeworfen, mehr oder weniger zu leben, wie es kommt (»konkreter Lebensmodus«). Im Gespräch warf Frau D. ihm vor, sie auszunutzen. Unsere Klärungsversuche stärkten Herrn B., sodass er peu à peu wieder Lebensmut fasste. Er sprach zunehmend wieder Hochdeutsch und war nach zirka zwei Wochen einigermaßen in der Lage, das Geschehen zu reflektieren. Dabei wurde der Neffe als maßgeblicher Auslöser der Misere »ausgemacht«.

Anders kann es aussehen, wenn jemand unter einer demenziellen Entwicklung leidet: Frau H. wohnt (nachweislich) alleine mit ihrem Ehemann in einer Wohnung. Im Gespräch erzählt sie dagegen, sie wohne mit zwei Männern zusammen: Der eine würde sehr freundlich, ja liebenswürdig mit ihr umgehen, der andere wäre sehr gängelnd und bestimmend. Frau H. hat anscheinend nicht mehr die Fähigkeit, widersprüchliche Eindrücke und Erlebnisse in einer Geschichte widerspruchsfrei erzählen zu können. Bei ihr steht die eine Erfahrung gleichberechtigt neben der anderen.

Dagegen versuchen psychotische Menschen, ihre widersprüchlichen Eindrücke in einer Geschichte zu verpacken, die zwar manchmal für Außenstehende unglaublich klingt, aber den Versuch darstellt, das, was sich im Grunde genommen nicht vereinheitlichen lässt, sich nicht fügt, fügend zu machen – auch wenn dafür Stimmen von außen oder virtuelle Akteure wie die NSA, der BND, die CIA oder Außerirdische notwendig sind. Nichtsdestotrotz enthalten diese unglaublichen Geschichten einen »wahren« Kern. Um diesen wahren Kern aufzuspüren, braucht es allerdings die Hilfe der Bezugspersonen und deren Geschichten sowie einen psychiatrisch Tätigen, der in der Lage ist, anhand der ihm erzählten Geschichten und der dargebotenen Inszenierung ein bisschen zu begreifen, was sich auf der konkreten Beziehungsebene der Menschen miteinander abspielt und schlussendlich ausgedrückt wird. Im Kontext des Lebensfeldes gelingt es zum Beispiel über offene Dialoge und andere Vorge-



... jetzt auch die Psychiatrie

Schlüssel, Scheckkarte und Betreuungsvollmacht auszuhändigen. Mit Frau D. konnte Herr B. danach, auch telefonisch, keinen Kontakt mehr aufnehmen.

Dieses Vorgehen hat Herr B. so zugesetzt, dass ihm das nicht nur »die Sprache verschlagen« hat, sondern dass er dabei »seinen Verstand verloren« hat.

Im Gespräch mit seiner Frau, seiner Geliebten und seiner Tochter konnten die Ereignisse ansatzweise rekonstruiert werden. Wir hatten den Eindruck, dass unter anderem durch das Verhalten von Frau D. und ihrem Neffen die Widersprüchlichkeiten, »Disharmonien«, die »Inkonsistenzen« so groß waren, dass Herr B. die Fähigkeit, sich abstrakt

Foto: zettelwirtschaft, Hamburg



Foto: Twinklill, pixelio.de

hensweisen manchmal die eine Geschichte durch eine andere zu ersetzen, die nicht nur der Patient, sondern alle teilen können.

Im Kontext der Anstalt oder einer Klinik diktiert manchmal der medizinische Alltag oder der Arzt die »alternative« Geschichte. Hier sind wiederum störanfällige und vulnerable Menschen am meisten betroffen, weil sie, verstört durch die Widersprüchlichkeiten, keine Alternativen finden und die medizinische Deutung autoritätshörig und kritiklos übernehmen. Auf der Station können sich psychiatrisch Tätige im Gespräch nur auf die Beschreibungen eines Patienten verlassen. Das Implizite bleibt größtenteils verborgen, weil es im Lebensfeld außen vor ist (Polanyi 1985), und noch schmerzlicher: Es kann zur Antwortsuche (Therapie) nicht mit eingesetzt werden.

Im Unterschied dazu können psychiatrisch Tätige als Teil eines mobilen Kriseninterventionsteams beim Hausbesuch erfahren, wie jemand mit seiner Lebenswelt verbunden ist und wie er im Zusammenspiel mit ihr bestimmte Muster herausfiltert und aus Leben Er-Leben gestaltet. Bei der Antwortsuche werden im Kontakt mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen so lange die verschiedenen Räume im Lebensbereich wie Familie, Tätigkeitsbereiche, Nachbarschaft, kommunaler Raum, Vergangenheit,

Gegenwart, Zukunft etc. an- und ausgeleuchtet und ausprobiert, bis sich passende Antworten finden und die Disharmonien und Inkonsistenzen alltagsverträglich werden. Nur vor Ort lässt sich eine Diagnose stellen, die subjektiv auf dem Zusammenspiel einer Person mit ihrem Lebensfeld gründet – anstelle einer überindividuellen (ICD-)Diagnose, die zu wenig differenziert und personalisiert. Weil die Lebenswelt objektiv unsere Subjektivität bestimmt, können nur Konzepte, die lokal angepasst und verankert sind, Garant sein für eine gute Psychiatrie.

Sobald also der Ort des Lebens Ort der Behandlung zur rechten Zeit ist, wird Psychiatrie wirksamer.

Institutionen und Milieuthherapie

In Institutionen muss der Einzelne auf einen Teil seiner Persönlichkeit verzichten, weil Zusammenleben und Zusammenarbeiten mit anderen nur durch Verzicht auf allzu individuelle Züge zu erreichen ist. Die Institution ist deshalb, zugespitzt formuliert, die Negation des Einzelnen zugunsten überindividueller Beziehungen, organisiert über Vorschriften und Regeln.

Menschen in psychischen Krisen sind in dem Erfassen überindividueller Muster durch ein Übermaß an Disharmonien und

Inkonsistenzen behindert. Sie sind phänomenologisch auf das konkrete Sein zurückgeworfen. Die Exklusion von psychisch erkrankten Menschen aus ihrem Lebensfeld, einhergehend mit der Verlegung in Institutionen, spitzt deshalb häufig die Symptomatik eher zu, als dass sie sie abmildert.

Das, was Milieuthherapie im Kontext der Klinik war (das nach Asmus Finzen [2002] am meisten unterschätzte therapeutische Wirkprinzip auf der Station), ist der soziale Raum für eine Psychiatrie, die auf Hometreatment setzt. Psychiatrisch Tätige sollten ihre »gute Stube«, den Sozialraum, genauso gut kennen wie ihre Westentasche. Dort befinden sich all die Ressourcen, die wir für unsere Patienten brauchen – Beziehungen, Arbeits- und Tätigkeitsplätze, Wohnungen etc. –, alles Schätze, die später eventuell geeignet sind, vertrackte Situationen zu lösen. Schon bevor ein Fall zu einem Fall wird, können wir Kontakt aufnehmen zu Handwerksbetrieben, zu Mitarbeitern von Firmen, also Beziehungen knüpfen, die wir später nutzen können, wenn unsere Patienten sie brauchen. Damit dies gelingt, muss sich der psychiatrisch Tätige eingehend mit dem Patienten beschäftigen haben, muss er zumindest eine Ahnung haben, was dieser Mensch für Bedürfnisse hat bzw. was dieser Mensch für ein gelingendes »beantwortetes Leben«



DGSP
Deutsche Gesellschaft für
Soziale Psychiatrie e.V.

**Alle reden von ADHS
Wir sprechen über
Ritalin**

Positionspapier

**„Eine Generation wird krank-
geschrieben“.** Die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS), Ritalin und Psychopharmaka

Die Zahl der Fälle, in denen Mediziner bei Kindern ADHS diagnostizierten, ist drastisch gestiegen. Ebenfalls die Behandlung mit dem Wirkstoff Methylphenidat, etwa Ritalin. In ihrer Broschüre warnt die DGSP vor vorschnellen Diagnosen und den möglichen Gefahren durch die Medikation. Sie kritisiert, dass eine pharmakunabhängige Forschung, insbesondere zu den Langzeitwirkungen, fehlt. Die DGSP fordert, dass Ärzte, Eltern und Lehrer die Auffälligkeiten der jungen Patienten als seelischen Notruf verstehen und sich nicht auf die medikamentengestützte Unterdrückung der Symptome beschränken. Ermutigende Beispiele alternativer Konzepte ergänzen das Papier.

Die 40-seitige Broschüre ist erhältlich bei (Schutzgebühr 1 Euro plus Porto):
DGSP, Zeltlinger Straße 9, 50969 Köln,
Tel: (0221) 51 10 02
E-Mail: dgsp@netcologne.de
Kostenloser Download:
www.dgsp-ev.de

braucht. Auf der Suche nach geeigneten Nischen, kann man sich dann fast darauf verlassen, dass einem Menschen begegnen und Gelegenheiten bieten, die sich als passend herausstellen.

Die Voraussetzung, dem Zufall eine Chance zu geben, ist also, das Beet für Zufälle auf beiden Seiten vorbereitet zu haben, aufseiten der Person und aufseiten des sozialen Raumes.

Eine andere Möglichkeit besteht darin, zwischen Menschen im Stadtteil Beziehungen herzustellen, damit der eine dem anderen Freund und Helfer wird. Ein Beispiel: Herr K., ein junger Patient, der im Rahmen einer paranoiden Psychose in unserer Institution antriebs- und interesselos wurde, hat sich später im Stadtteil um eine ältere Frau mit zahlreichen somatischen Beschwerden gekümmert, die nach dem Tod ihres Mannes am Sinn des Lebens zweifelte und suicidal wurde. Während die Frau in Sorge um Herrn K. eine neue Aufgabe gefunden hat, indem sie ihm Frühstück und Mittagessen zubereitete, hat er für sie eingekauft, weil sie dafür körperlich zu schwach war.

Der soziale Raum darf nicht verwechselt werden mit den Einrichtungen psychiatrisch Tätiger wie Heime, Werkstätten, Tagesstätten, betreutes Wohnen, Wohngruppen etc. Der Sozialraum meint die Gesamtheit des sozialen und materiellen Raumes, in den eine Person eingebettet ist. Durch zunehmenden Kontakt mit den Bürgern im Sozialraum und durch die Vernetzung dieser Bürger mit uns und untereinander wird der Boden bereitet für Verständnis, für Toleranz und für gemeinsame Projekte. Durch diese Vernetzungsarbeit wächst allmählich eine wohlwollende Stimmung als Voraussetzung für Kooperation auf verschiedenen Ebenen.

Normalisierungsbeschleuniger im Sozialraum

Arbeit, Kollegialität bzw. tätige Gemeinschaft sind die wichtigsten Normalisierungsbeschleuniger. Aufgrund des Fachkräftemangels und der soziodemografischen Entwicklung müsste es in Zukunft mehr und mehr gelingen, auch für psychisch erkrankte Menschen passende Arbeitsplätze auf dem ersten Arbeitsmarkt zu finden, erst recht über Supported Employment, Arbeitsassistenz bzw. einem Vorgehen, das von dem österreichischen Verein ›Spagat‹ entwickelt wurde. Dabei geht es nicht darum, dass behinderte Menschen dieselben Leistungen wie nicht behinderte Menschen erbringen müssen, sondern vor allem um Teilhabe an Arbeit, orientiert an dem individuell Möglichen. Das können 40 Stunden in der Woche sein oder auch nur fünf. Wichtig ist, dass dort

gearbeitet wird, wo alle arbeiten.

Im Sozialraum findet man auch für Patienten in Krisen Alternativen zu einer stationären Behandlung, z.B. Krisenfamilien, Gastfamilien, Crisis-Homes: Der Aufenthalt in einer Gastfamilie »gewährt«, führte schon Wilhelm Griesinger vor 150 Jahren aus, »was die prachvollste und bestgeleitete Anstalt niemals gewähren kann, die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches, soziales Medium, die Wohltat des Familienlebens«. Statt stationärer Therapie mit entsprechenden Nebenwirkungen findet in einer Gastfamilie Mit-Sein im Alltag statt, rund um die Uhr in einer mehr oder weniger entspannten Atmosphäre.

Zunächst war man der Ansicht, man müsste die Familien psychiatrisch ausbilden, bevor man sie auf Patienten »loslässt«. Man musste jedoch feststellen, dass dabei die therapeutische Potenz der Familien zurückging. Differenzierte Studien aus Denver, Madison, Zürich, Lille, Tønder lassen an der Wirksamkeit keinen Zweifel. Die Patienten in den Gastfamilien sind in Bezug auf die Schwere der Erkrankungen vergleichbar mit denen auf der Station. Im »Outcome« sind sie jedoch nicht nur gleichwertig, sondern sogar deutlich besser.

Die Bürger im Sozialraum, in der Nachbarschaft, haben also eine ähnliche, wenn nicht sogar eine bessere therapeutische Potenz als psychiatrisch Tätige auf einer Station. Verkraftet das unser professionelles Ego?

Durch Gastfamilien und über Hometreatment wird der Bedarf an stationären Betten und Heimplätzen zurückgehen. Wenn ein Patient eine Wohnung braucht, können wir ihm diese über »Immobilientherapie« besorgen. Ob in New York, Montreal und anderswo, ob als »Immobilientherapie« oder »housing first« bezeichnet, die Erfahrungen sind hier wie dort dieselben: Sobald jemand eine Wohnung hat, laufen die Dinge besser, unabhängig davon, ob jemand psychotisch, manisch, abhängig oder verwirrt ist.

Und dies steht paradigmatisch für eine andere Psychiatrie, eine Psychiatrie ohne Einrichtungen. Einrichtungen gehören der Psychiatrie nicht. Sie müssen nach über 200 Jahren den Bürgern endlich zurückgegeben werden, ähnlich wie das durch die Säkularisierung vollzogen wurde. Psychiatrie ist lediglich Transformator, Zwischenglied, Anstifterin. Es geht um die kommunale Revitalisierung von Einrichtungen und um die Revitalisierung von Vereinen und GmbHs, damit sie ihrer gemein-nützigen Satzung wieder entsprechen: Psychiatrie als projektiv orientiertes Vorgehen – auf Abruf.

Dies scheint erst einmal eine verrückte Idee zu sein. Vor kurzem habe ich Jeremy

Rifkin zugehört, und dann schien mir die Idee gar nicht mehr so verrückt. Rifkin (2014) prognostiziert die »dritte industrielle Revolution«, und mit Eintritt in diese wird es nach seiner Einschätzung über kurz oder lang mit dem Kapitalismus bergab gehen. Abgesehen davon, dass ich nicht profund überblicke, ob es demnächst mit dem Kapitalismus zu Ende geht, halte ich seine These für bemerkenswert. Rifkin prognostiziert (wie Dörner und Opaschowski) den Anstieg von sozialen Aktivitäten (Dörner [2007] im dritten Sozialraum, Opaschowski [2010] mit der Renaissance der Nachbarschaft, der Entstehung eines neuen »Wir« im Stadtteil oder Dorf),

Was ist »kollaborative« Psychiatrie?

Und nun eine (weniger verrückte) Idee, die hier und da auch schon umgesetzt wird: Stellen Sie sich vor, dass von Bürgern aktivierte Stadtteile durch mobile Kriseninterventionsteams unterstützt werden. Und was wäre nun, wenn sich aus der Arbeit der Bürger eine andere Psychiatrie, eine kollaborative Psychiatrie entwickelte?

Das Wort »kollaborativ« wurde aus dem Englischen ins Deutsche übertragen und heißt so viel wie gemeinsam an einer Sache für die Gemeinschaft arbeiten. Wenn Psychiatrie kollaborativ wird, arbeiten Angehörige

ist nicht länger ein auf Professionelle beschränktes Wissen, sondern wird mit Bürgern, Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen geteilt. Entsprechend dem Entwicklungsstand einer Region kann dann geplant, ausgebaut und umgesetzt werden. Solche Modelle fallen nicht vom Himmel. Jedoch sind sowohl Angehörige als auch Psychiatrie-Erfahrene seit Jahren konkret an der Begleitung und Versorgung der Patienten beteiligt, sind somit mittlerweile gleichberechtigt und gleichwertig und partizipieren zunehmend auch an politischen Prozessen. Auf ihre Erfahrungen kann man beim Aufbau eines entsprechenden lokalen Netzes zurück-



Visionen ... to go

Foto: fotokiosk-hamburg.de

den Aufstieg von »Social Commons«, kollaborativen Gemeingütern. Verbote dafür ist die Allmende, die es als nachhaltige Form des Wirtschaftens schon seit Menschengedenken gibt und die jetzt wiederbelebt wird, beispielsweise in Form von Genossenschaften und in der rasanten Zunahme der »Share Economy«. Statt um Besitz geht es zukünftig mehr ums Teilen, sodass *Besitz* zunehmend an Bedeutung verliert. Weil Besitz korrumpiert und großer Besitz noch mehr korrumpiert, wenn nicht sogar total, wäre es auch gut, wenn der Besitz der Psychiatrie wieder in die Hand der Bürger in den Stadtteilen und Dörfern zurückgeht, um Missbrauch infolge »Markt-Dopings« (Dörner 2008) zu verhindern.

rige, Psychiatrie-Erfahrene und engagierte Bürger gemeinsam an einem Projekt. Vorstufen sind Psychoseminare bzw. der Dialog. Um psychisch erkrankte Menschen adäquat begleiten zu können, bilden Bürger mit Profis gemeinsame Teams. Sie begleiten die Patienten im Alltag und erkunden die verschiedenen Möglichkeiten im sozialen Raum. Über Immobilienberatung lässt sich für jeden Patienten eine Wohnung finden. Über Arbeitsassistenten oder Supported Employment begleiten sie Menschen an einem Arbeitsplatz, bis dieser kollegialer Teil der Belegschaft ist. Weil bekanntermaßen Profis nicht integrieren können (Dörner), bekommt jeder Patient einen Bürger als »Psycho-Paten« zugeteilt, der diesen Teil der Arbeit übernimmt.

Das Wissen um psychiatrische Versorgung

greifen. In England und anderen Ländern ist das seit Jahren üblich. Patienten und Angehörige sind nicht mehr die passiven Objekte psychiatrischer Versorgung, von Profis verplant und organisiert. Sie haben sich von Konsumenten zu Prosumenten gewandelt. Gemeinsam mit den Profis arbeiten sie kollaborativ an der Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung vor Ort.

Konkret können für ein Standardversorgungsgebiet von 150 000 bis 200 000 Einwohnern drei bis fünf mobile Kriseninterventionsteams unter Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und engagierten Bürgern gebildet werden, die jeweils einen Sektor von zirka 40 000 Einwohnern ohne Ansehen der Diagnose psychiatrisch versorgen. Sobald jemand in eine Krise gerät,

kommen die Mitarbeiter des mobilen Kriseninterventionsteams in das Lebensfeld und versuchen (wie geschildert), mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen passende Antworten zu finden. Wenn eine Assistenz rund um die Uhr notwendig ist, kann zwischen Station, Krisenfamilie, Krisenwohnung oder Haushaltsgemeinschaft im Stadtteil gewählt werden. Bei Konflikten am Arbeitsplatz nimmt man Kontakt mit den Kollegen bzw. Vorgesetzten auf und versucht als Außenstehender, Situationen zu klären und Lösungen mit aufzuzeigen.

Gerade durch die Beteiligung der Bürger stellt der Stadtteil eine tragende und haltende Kultur als Matrix für das Wohl und die unvermeidlichen Krisen ihrer Bewohner bereit. Durch die Behandlung im Lebensfeld, durch die größere Wirksamkeit der Interventionen, durch Krisenfamilien und andere Alternativen wird der Bedarf an stationären Betten und Heimplätzen erheblich zurückgehen, ähnlich wie an manchen Orten in Italien und England. Wie in Triest, Birmingham oder in Geesthacht reichen dann zwanzig bis dreißig stationäre Betten für zirka 200 000 Einwohner.

Weil sowohl Bürger als auch Psychiatrie-Erfahrene als auch Angehörige zusammen mit den Profis die psychiatrische Versorgung sicherstellen, kann man eine solche Psychiatrie als kollaborative Psychiatrie bezeichnen.

Psychiatrie als »kollaboratives Gemeingut«

Was im Austausch über konkrete Krankheiten und Assistenz beginnt, strebt nach Mitsprache auf politischer und organisatorischer Ebene. Wie schon begonnen, vor allem im Bereich der Altenpflege, werden die Bürger in Zukunft mehr und mehr ihre Wünsche und Vorstellungen einer guten Versorgung an die Politik und die psychiatrisch Tätigen herantragen. In dem Maße, wie es einer Psychiatrie gelingt, diese Vorstellungen mit den Bürgern vor Ort zu teilen und zu realisieren, wird sie zukunftsfähig. Psychiatrie und psychiatrische Versorgungsplanung wird nicht länger von einer Handvoll Profis gemacht. Psychiatrie wird kollaboratives Gemeingut, ähnlich wie das von Rifkin prognostiziert wird und von Klaus Dörner und Horst Opa-schowski schon seit einigen Jahren vorhergesagt wird. Dabei wird Psychiatrie aus der Gefangenschaft einer Spezialdisziplin herausgelöst und abgelöst durch eine Kultur der gegenseitigen Unterstützung in Notlagen des Lebens.

Als Vorbereitung für solche Kollaborationen vonseiten der Profis braucht es allerdings den Übergang von einer *konventionellen* Psychiatrie in eine *Postpsychiatrie*.

In einer konventionellen Psychiatrie müs-

sen die Patienten ihr Lebensfeld verlassen, um Hilfe in einer Klinik nachzusuchen. Ihr Verhalten und ihre Symptome verlieren an Sinn, werden sinnlos.

In einer Postpsychiatrie verlassen die Profis ihren Kontext, nämlich die Klinik, während die Patienten in ihrem Lebensfeld verbleiben können. Dadurch können sie erfahren, dass Symptome und Verhalten nicht sinnlos sind, sondern im Kontext des Lebensfeldes Sinn machen. Der Sinn wird rehabilitiert.

Der Ort des Lebens wird zum geeigneten Ort der Behandlung zur rechten Zeit. Und: Nur im Lebensfeld, vor Ort, in der Begegnung der psychiatrisch Tätigen mit den Patienten und deren Bezugspersonen wird der zerlegende Facettenblick institutioneller Ordnungen (Psychologie, Soziologie, Medizin, Ergotherapie, Krankenpflege, Subspezialisierungen etc.) wieder von einer komplexen Sicht auf komplexe Dinge abgelöst, weil es im konkreten Alltag der Betroffenen nicht auseinanderdividiert werden kann (Transdisziplinarität; Münch 1995). »Es wird [...] immer wichtiger, in der Praxis das von der Wissenschaft in Einzeldisziplinen differenzierte Wissen wieder zusammenzufügen [...].« Die Umsetzung von Wissen in praktisches Handeln ist jedoch keine Eins-zu-eins-Relation. Das spezialisierte Wissen muss vielmehr in der Praxis transdisziplinär wieder zusammengesetzt werden, um überhaupt aufgeklärt handeln zu können (Münch, S. 146 ff.).

Der ökonomische Rahmen

Um das umzusetzen, fehlen jetzt noch zwei Dinge: ein *Entgelt-* und ein *Steuerungssystem*. Schon die Enquete hat ausgeführt, dass der Mensch nicht allein als medizinisches Objekt von Hilfen gesehen werden darf, sondern im Kontext seines Lebens Hilfe erhalten muss. Ein Entgeltsystem, das isoliert eine Person fördert und dabei noch den stationären Kontext bevorzugt, vernachlässigt die möglichen Ressourcen, die im Lebensfeld aktiviert werden können. Wir brauchen also nicht nur ein Entgeltsystem, bezogen auf eine Person, sondern auch ein Entgeltsystem, das das Beet, auf dem eine solche Person wächst, monetär düngt. Wir brauchen eine überindividuelle Pauschale mit der Verpflichtung, alle psychisch erkrankten Bürger einer Region zu versorgen. Ob dabei jemand ambulant, teilstationär oder stationär behandelt wird, ist weniger wichtig, weil die Hilfe problemlos dort platziert werden kann, wo sie am ehesten greift, im Unterschied zum jetzigen Entgeltsystem, wo stationär am meisten Geld vorhanden ist, auch wenn die Hilfe im stationären Bereich häufig »danebengeht«. Aus dem Topf einer überindivi-

duellen Pauschale lassen sich auch unkompliziert die Leistungen von Angehörigen, Psychiatrie-Erfahrenen und engagierten Bürgern entlohnen.

Die Hebelwirkung einer solchen überindividuellen Gesamtpauschale ist zweifach: Sie sorgt erstens für Flexibilität, die unter anderem für die Umstrukturierung des Krankenhauses und des kommunalen Bereiches, also des gesamten Versorgungsgebietes, notwendig ist, und sie wirkt zweitens indirekt perspektivisch auf den Sozialraum ein und aktiviert insbesondere den dritten Sozialraum kotherapeutisch.

Dieser ökonomische Rahmen bewirkt auch, dass die einzelnen therapeutischen Strukturen und Elemente untereinander ausbalanciert werden. Beispielsweise ist bekannt und durch (schwedische) Untersuchungen bestätigt, dass jedes im Krankenhaus frei werdende Bett durch andere Patienten belegt und eben nicht abgebaut wird. Ohne Verbindung zum stationären Bereich kommt es deshalb durch Hometreatment-Teams zu einer Verdoppelung der Psychiatrie, wie das in den Niederlanden zu beobachten ist. In einem System auseinanderdriftender Sektoren wirkt eine überindividuelle Pauschale sektorenübergreifend als Klammer, die zusammenfügt, was zusammengehört, und dem Entstehen von Parallelstrukturen und Abschiebetendenzen (Forensik, Obdachlosigkeit, Psychosomatik ...) in einer definierten Region einen Riegel vorschiebt.

Deshalb haben wir während der nächsten sechs bis sieben Jahre die Aufgabe, alles in Bewegung zu setzen, um ein Entgeltsystem zu schaffen, das Hilfen für den Einzelnen in Lebens-Not in seinem sozialen Raum refinanziert.

Prophetisches Potenzial

Bleibt die Frage, wie sich eine kollaborative Struktur, die vor Ort die Versorgung plant und die Geschicke in den Händen hält, auf rationalem Kurs halten lässt.

Einen Ansatz bietet der »prophetische Pragmatismus« von Cornel West (Manemann et al. 2013). West setzt auf zwei Elemente: erstens Propheten und zweitens Pragmatismus. Er glaubt an »Lichtgestalten«, die Orientierung geben und gangbare Wege zum Besseren voraussehen können, zumindest aber vor schon mal begangenen Fehlern und Sackgassen warnen können. Solche »Propheten« gibt es auch im Bereich der Psychiatrie, wie z.B. Kruckenberg, Pörksen, Dörner, Priebe, Bock, Mosher, Ciompi und andere. Diese Lichtgestalten haben auch die Aufgabe, Leiden, Demütigungen und Formen der Diskriminierung offenzulegen, he-

rauszuposaunen und bei Fehlentscheidungen die Finger in die Wunden zu legen. Es gibt allerdings noch andere Hotspots: beispielsweise gelingende Praktiken, so genannte Best-Practice-Modelle, und im Kontrast dazu miserable Beispiele. Zur Anschauung ist der Flickenteppich der psychiatrischen Landschaft in Deutschland bestens geeignet, ergänzt durch europäische und außereuropäische Beispiele der Versorgung.

Prophetisches Potenzial für die Psychiatrie speist sich gerade wieder einmal aus der Philosophie. Während Wissenschaft und Forschung im analytischen Kleinkram versinken, schaffen philosophische Überlegungen das, was zusammengehört, transdisziplinär wieder zusammenzuführen und neue Einblicke und Ausblicke zu geben; so zum Beispiel Thomas Fuchs in seinem Buch »Das Gehirn – ein Beziehungsorgan« oder Gerald Ulrich in »Psychiatrie. Biologische Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft«.

Philosophie liefert leitende Ideen. Gestaltende Kraft haben Gesetze wie die UN-Behindertenrechtskonvention und auch das Grundgesetz. Jedoch werden diese nicht so umgesetzt, wie sie schwarz auf weiß geschrieben sind. Gerade in der Kluft zwischen gesetzlichen Vorschriften und der Realität, zwischen Soll und Sein, sieht Cornel West das Potenzial und den Hebel für konkrete Veränderungsprozesse, die es zu nutzen gilt, wie beispielsweise jüngst durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Aussetzung der Zwangsmedikation geschehen. Diese Entscheidung wurde von Martin Zinkler in Heidenheim produktiv genutzt; als einer der wenigen klagte er nicht darüber, sondern zeigte, dass man stationär auch ohne den üblichen Zwang auskommen kann.

Weil kein Mensch weiß, was in Zukunft geschehen wird und wie sich bestimmte Veränderungen auswirken werden, schwört West auf den Pragmatismus. Unter Pragmatismus versteht er nicht den Empirismus. Empirismus bezieht sich nach seiner Ansicht auf Zahlen und Fakten, die in der Vergangenheit gründen, ohne Kontakt zur Zukunft. Dagegen propagiert er die *Zeitdiagnose*. Zeitdiagnose – das ist, in Abgrenzung zu einer Analyse, eine Symptomatik, die versucht, anhand gegenwärtiger Vor- bzw. Anzeichen eine provisorische Beschreibung, ein Szenarium der Gegenwart zu entwerfen. Dadurch wird der Pragmatismus zu einem zukunftsorientierten Instrument, der versucht, das Denken als eine Waffe einzusetzen, um effektives Handeln zu ermöglichen.

West sieht keine andere Alternative, als bestimmte Vorhaben auszuprobieren (»Experimentalismus«) mit der Notwendigkeit, im Danach zu reflektieren, wie sich Projekte entwickelt haben. Dieses Ausprobieren, Tes-

ten, Reflektieren, Kontrollieren, Ausbauen oder Rückgängigmachen im kommunalen Raum bedarf einer permanent zu praktizierenden demokratischen Praxis. Das kann nur in kleinen, überschaubaren Einheiten gelingen, wie in einem Dorf oder einem Stadtteil. Das Ganze ist mit Strukturen wie der Allmende vergleichbar. Solche sozialen Gebilde bilden nach Jeremy Rifkin zukünftig zunehmend auch die wirtschaftlichen Keimzellen der Gesellschaft. Und im Kontext dieser sozialen Gebilde, in Dörners drittem Sozialraum, wird zukünftig auch psychiatrische Versorgung kollaborativ zwischen engagierten Bürgern, Angehörigen, Nachbarn, Patienten und Psychiatrie-Erfahrenen organisiert werden. Wenn Psychiatrie kollaborativ wird, wird sie sich im nächsten Schritt selbst zu einem kollaborativen Gemeingut entwickeln.

Psychiatrisch Tätige sind unterwegs zu neuen Ufern: Psychiatrie to go. Die Entdeckungsreise beginnt postpsychiatrisch. Zwar ist Postpsychiatrie als Zwischenstadium zu einer kollaborativen Psychiatrie mit anthropologischer Färbung nicht das Tor zu einem psychiatrischen Paradies. Aber Postpsychiatrie kann das Ausfalltor zu einer kommunal integrierten Psychiatrie sein. Damit kann Inklusion beginnen. ■

Dr. Matthias Heißler ist Psychiater und leitender Arzt der Psychiatrischen Abteilung im Johanniter-Krankenhaus in Geesthacht.
E-Mail: heissler@johanniter-krankenhaus.de

Literatur:

BUNDESVERFASSUNGSGERICHT-ENTSCHEIDUNG (BVerfGE) 125, 175 (223), 9. Februar 2010.
DÖRNER, K. (2007): Leben und sterben, wo ich hingehöre. Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem. Neumünster: Paranus-Verlag.
DÖRNER, K. (2008): Helfende Berufe im Markt-Doping. Wie sich Bürger- und Profi-Helfer nur gemeinsam aus der Gesundheitsfalle befreien. Neumünster: Paranus-Verlag.
EMRICH, H. (2008): Psychiatrische Anthropologie. Würzburg: Königshausen & Neumann.
FINZEN, A. (2002): Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund? Rasonieren über das Heilen. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
FUCHS, T. (2008): Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart: Kohlhammer-Verlag.
GAZZANIGA, M.S. (2011): Who's in charge? Free will and the science of the brain. New York: Ecco.
MANEMANN, J./ARISAKA, Y./DRELL, V./HAUK, A.M. (2013): Prophetischer Pragmatismus. Eine Einführung in das Denken von Cornel West. Paderborn u.a.: Wilhelm-Fink-Verlag.
MÜNCH, R. (1995): Dynamik der Kommunikationsgesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp-Verlag.
OPASCHOWSKI, H.W. (2010): Wir. Warum Ichlinge keine Zukunft mehr haben. Hamburg: Murmann-Verlag.
POLANYI, M. (1985): Implizites Wissen. Frankfurt am Main: Suhrkamp-Verlag.
RIFKIN, J. (2014): Die Null-Grenzkosten-Gesellschaft. Frankfurt am Main/New York: Campus-Verlag.
ULRICH, G. (2013): Psychiatrie. Biologische Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft. Tübingen: dgvt-Verlag.

Teilhaben!

Mit den Publikationen der Lebenshilfe




Foto: Bernd Lammel

JANUAR 2015 • PSYCHIATRIE UND SOZIALPSYCHIATRIE

Teilhabe

DIE FACHZEITSCHRIFT DER LEBENSHILFE

IN DIESEM HEFT

WISSENSCHAFT UND FORSCHUNG

Interessenskonflikte: Befragung von Menschen mit Lernschwierigkeiten
Benfische Qualifizierung

INFOTHEK


Lesertipps
Buchbesprechungen
Bibliografie
Vereinskalender


RECHTSDIENST DER LEBENSHILFE

EDITORIAL

RECHTSDIENST DER LEBENSHILFE

AUS DEM LOCAL





Lebenshilfe

www.lebenshilfe.de