

## **Anmerkungen zum Reformprozess der Psychiatrie nach 1975 unter den Aspekten „Ambulante Versorgung“ und „Krankheitsverständnis“**

Abendvortrag bei der Tagung „Kostenreduzierung oder Patientenorientierung“  
Evangelische Akademie Loccum, 2.2.2009

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte zu Ihnen heute über einige Aspekte sprechen, die aus vielleicht etwas distanzierterer Sicht als Sie sie haben, die Sie im verantwortungsvollen Tagesgeschäft der Sozialpsychiatrie stehen, entstanden sind.

Ich möchte mich kurz vorstellen: Ich bin Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut. Meine wissenschaftliche Heimat ist die Sprachpsychologie und die Handlungstheorie. Nachdem ich nach 1978 einige Jahre in sozialpsychiatrischen Einrichtungen gearbeitet habe, bin ich über lange Zeit als Hochschul-lehrer in Projekten und in der Lehre mit dem Feld vertraut geblieben

Ich möchte zwei Aspekte behandeln, einmal die Rolle der ambulanten Psychiatrie, zum anderen das Krankheitsverständnis.

1.

Die Stärkung der ambulanten Psychiatrie war erklärtes Ziel des sozialpsychiatrischen Reformprozesses in der BRD. Aus der Psychiatriereform in Italien wie der gemeindepsychiatrisch orientierten Reformdiskussion kamen Anstöße, die zur Einsetzung der Psychiatrieenquete-Kommission 1969/1970 führten, die 1975 in ihrem Bericht über die Lage der Psychiatrie in der BRD in den Empfehlungen auch eine besondere Priorität für den Aus- und Aufbau ambulanter Dienste (S. 409f) setzt. Trotz erfolgreicher Projekte wie der Auflösung der Blankenburger Psychiatrie in Bremen 1988 und der Überleitung der BewohnerInnen in kleine gemeindenaher Wohneinheiten wie dem Aufbau einer gemeindenahen, ambulanten Versorgung, konstatierte kürzlich (Ausgabe vom 13.11.2008) Harro Albrecht in der ZEIT resümierend: „So erlebt die Psychiatrie in Deutschland einen beständigen, verhängnisvollen Niedergang. ... Viele Patienten werden mit Medikamenten so weit psychisch stabilisiert, dass sie die Klinik verlassen können. Dort aber gehen sie verloren.“

Lassen Sie mich dazu drei eher zufällige Blitzlichter hinzufügen:

I.

Eine junge Ärztin aus Bayern (in Niedersachsen ist das sicher alles anders) schreibt am 2.7. im Internetforum des Deutschen Ärzteblattes unter dem Titel „Ambulante Psychiatrie in Deutschland – quo vadis?“<sup>1</sup>: „Habe mir monatelang den Kopf zerbrochen, wie ich als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie mich in D niederlassen kann und ob sich das rentiert. Die entscheidende Frage ist, was macht der ambulante Psychiater in Zukunft?

---

<sup>1</sup> <http://www.aerzteblatt.de/v4/foren/beitrag.asp?id=77952>

Die richtig kranken Patienten brauchen viel und teure moderne Psychopharmaka, eine Korrespondenz mit Angehörigen und Betreuern und ggf. auch noch strukturierende, pflegerische Maßnahmen. Dies ist für einen niedergelassenen Psychiater unrentabel und viel zu aufwendig, da ist das Medikamentenbudget schnell überschritten und die häufigen und intensiven Kontakte können nicht vernünftig abrechnet werden. Solche Patienten müssen von Institutsambulanzen versorgt werden, die von den Psychiatrischen Kliniken in letzter Zeit auch zunehmend ausgebaut wurden.

Psychiatrische Notfälle? Nein, das will man als Niedergelassene nun auch wieder nicht, mitten aus einem Gespräch gerissen werden und losdüsen ist geschäftsschädigend. Außerdem machen das die Notärzte oder der Notdienst in Kooperation mit der Polizei auch ganz gut.

Gesundheitsfürsorgende Maßnahmen? Mal zu einer dementen Oma fahren und ein Betreuungsgutachten veranlassen, sich mit dem Gesundheitsamt rumschlagen? Wenig ergiebig und unrentabel! Das macht der Amtsarzt in Kooperation mit dem Hausarzt.

So jetzt kommen noch die Phobiker und Angst und Panikpatienten und sonstige Neurosen und Persönlichkeitsstörungen. Da kann man ja mit Medikamenten nicht allzu viel ausrichten. Diese bräuchten zusätzlich noch eine Psychotherapie. ...Ich schätze mal, dass dieser Patientenanteil zukünftig vom Hausarzt und Psychologen oder auch vom Hausarzt und Facharzt für Psychotherapie und Psychosomatik versorgt wird, wenn es um mehr psychosomatische Probleme geht. Die Psychiater haben sich hier von den Psychologen und von dem „neuromodischen“ Facharzt für Psychotherapie und Psychosomatik das Wasser abgraben lassen!

Bleiben noch die Soft-Psychiatrie Patienten. Depressive, schizophrene oder bipolar Erkrankte mit weitgehend stabilem Verlauf, die ambulant geführt werden können, nur selten mal vorbeischaun zum kurzen symptombezogenen psychiatrischen Gespräch (15 min) und ein Verlängerungsrezept holen. Vielleicht muss man sie auch mal einweisen.

Allerdings könnte diese Patientengruppe auch von (weitergebildeten) Hausärzten übernommen werden. So doof sind die Hausärztkollegen nämlich nicht, dass sie dafür die Unterstützung eines Facharztes bräuchten.“

2.

Ich habe mal die im Internet veröffentlichten Forschungsthemen einer psychiatrischen Universitätsklinik aus den Jahren 2004 – 2007 durchgesehen. Diese Klinik (keine aus Niedersachsen) mit Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, für Psychosomatik und Psychotherapie und für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie schreibt zu ihrem Selbstverständnis: „(Das Zentrum für Integrative Psychiatrie) ... ist ein Behandlungszentrum, in dem unter einem gesamtheitlichen Blickwinkel Menschen mit psychischen Leiden untersucht und behandelt werden. Verschiedene Ansätze - psychiatrische, psychosomatische und

psychologische - werden gemeinsam für die von psychischer Erkrankung betroffenen Menschen nutzbar gemacht.“<sup>2</sup>

Die Forschungsthemen, die dieses Programm unterstützen sollen lassen sich folgendermaßen aufschlüsseln, die Themen werden nach der Häufigkeit des Auftretens geordnet: Von 74 Veröffentlichungen befassen sich

16 mit Pharmakotherapie

15 mit Neurophysiologie, ~pathologie

11 mit nosologischen Fragen

9 mit Stammzellenforschung

5. mit Hirnforschung mit bildgebenden Verfahren

4 mit Schlafforschung

4 mit forensischer Psychiatrie

Je 2 mit Verhaltenstherapie und Zwillingsforschung

Je 1 mit Tierversuchen, Emotionspsychologie, Endokrinologie, Neuropsychologie, Casemanagement, biologischen Faktoren der Krankheitsgenese.

Mit gutem Willen könnte man vielleicht 4 Arbeiten der Erforschung ambulanter Settings und psychosozialen Krankheitsverständnis zuordnen - die programmatisch genannte ganzheitliche Perspektive lässt sich hier nicht wiederfinden.

3.

Anfang Dezember war eine ziemlich verzweifelte Studentin bei mir, die für eine Freundin, die bei vorhandener Krankheitseinsicht akut psychotisch war, eine Behandlungsmöglichkeit suchte, die ambulant unterstützend die Situation bewältigen helfen sollte. Der ambulante Facharzt bot eine Erhöhung der Medikamente an, eine Klinik hätte sie auch aufgenommen, ebenfalls mit medikamentöser Therapie und unklaren sogenannten Therapien, die sie ablehnte, weil sie sich in der Klinik noch unbehauster und heimatlos wie ziellos sah, als außerhalb, die Tagesklinik bot tagesstrukturierende Maßnahmen mit relativ sinnfreien Tätigkeiten an, die mit ihr nichts zu tun hatten, die sozialpsychiatrische Beratungsstelle bot ihr übliches Programm an :

- Informations- und Beratungsgespräche, die sie nicht brauchte,
- Krisenintervention, falls notwendig, sofortige Entscheidung über Einleitung von Hilfsmaßnahmen (z. B. stationäre Behandlung), eine kritisch akute Krise war es nicht, Einleitung von Hilfsmaßnahmen wäre gut gewesen, aber das, was sie brauchte, gab es nicht im Angebot
- Eingliederung nach einer stationären psychiatrischen Behandlung war nicht relevant
- Überweisung oder Weitervermittlung an andere soziale/medizinische Institutionen, ja das wäre gut gewesen, aber auch hier die Frage, an welche denn.

Sie aber brauchte einen Ort zum Leben in einer schwierigen Situation, wo sie verstanden und unterstützt würde, keinen Klinik- oder Behandlungsplatz oder eine Medikamentenbehandlung, die sie als bedrohlicher für ihre Identität als die psychotischen Erlebnisanteile fand.

Was ist diesen drei Beispielen gemeinsam? Es wird deutlich, dass wesentliche Anteile der Psychiatriereform noch nicht realisiert sind. Der Deutsche Bundestag

---

<sup>2</sup> <http://www.zip-kiel.de/1willkommen/2aufeinenblick.htm>

hat das in seinem Beschluss „25 Jahre Psychiatrie-Reform – Verstetigung und Fortentwicklung“ vom 4.7.2002<sup>3</sup> nach der Feststellung dessen, was auch positiv erreicht wurde, so formuliert: „Dennoch werden nach wie vor bestehende Mängel insbesondere der ambulanten Behandlung und Rehabilitation beklagt. Konkrete Problembereiche sind:

- Das Fehlen eines flächendeckend gleich guten Aufbaus gemeindeintegrierter ambulanter und komplementärer Versorgungsstrukturen,
- die fehlende Vernetzung, Kooperation und Koordination zwischen den Versorgungsdiensten,
- das Fehlen von leistungsträger- und einrichtungsträgerübergreifenden Gesamtkonzepten,
- Mängel in speziellen Versorgungsbereichen wie der Gerontopsychiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie.“

Und er stellt in Abschnitt B. dann fest: „Das Prinzip „ambulant vor stationär“ ist auch heute noch nicht ausreichend umgesetzt. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, darauf hinzuwirken, die Gleichstellung psychisch Kranker gegenüber körperlich Kranken weiter zu verbessern. Dazu muss insbesondere der Anteil teilstationärer und ambulanter Hilfen als ambulante Komplexleistungen sowohl in der Akutbehandlung als auch in der Rehabilitation weiter erhöht werden. Da die konkrete Umsetzung der Reformziele oftmals Ländersache ist, sind Länder und Gemeinden gefordert, den Grundgedanken der Enquête „Integration und Teilhabe“ weiter umzusetzen. Der Deutsche Bundestag fordert die Entwicklung klarer gesetzlicher Regelungen zur Sicherstellung des individuellen Behandlungsanspruchs und politische Initiativen zur Überprüfung der Umsetzung.“

Noch deutlicher wird diese Zielsetzung formuliert in den Vorschlägen **des Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der Psychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland** (2002 vom Psychiatriereferat des BMGS eingerichtet), die 2003 in der Psychosozialen Umschau als Entwurf veröffentlicht wurden<sup>4</sup>, dort heißt es unter der Überschrift *Konsequente Personenorientierung*: „Die vielfältigen Einzelvorschläge des Arbeitskreises folgen konsequent der Personenorientierung aller Hilfen als integrierte Komplexleistungen, die als integrierte Komplexleistungen im Rahmen von vertraglich geregelten Kooperationsbeziehungen zwischen den verschiedenen Anbietern sowie den Leistungsträgern erbracht werden sollen. Alle Hilfen zur Behandlung und Teilhabe (Rehabilitation) sind auf die Bedürfnisse und den Bedarf des Einzelnen abzustimmen und aus einem Guss, d.h. integriert zu erbringen. Diese Leistungen sollen regional und lebensweltnah unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes und der Angehörigen zur Verfügung gestellt werden. Aus den regional vorhandenen Ressourcen sollen jeweils individuell passende Module gebildet werden. Das bedeutet eine Abkehr von den wohnortfernen Einrichtungen hin zu einer ressourcenschonenden, gemeindeintegrierten psychiatrischen Rehabilitation, die – wo auch immer möglich – ambulant teilstationär erfolgen sollte.“

---

<sup>3</sup>

[http://www.dgvt.de/psychiatrie.html?&tx\\_ttnews\[pointer\]=1&tx\\_ttnews\[year\]=2007&tx\\_ttnews\[month\]=04&tx\\_ttnews\[day\]=24&tx\\_ttnews\[tt\\_news\]=871&tx\\_ttnews\[backPid\]=70&cHash=4a539c93ef](http://www.dgvt.de/psychiatrie.html?&tx_ttnews[pointer]=1&tx_ttnews[year]=2007&tx_ttnews[month]=04&tx_ttnews[day]=24&tx_ttnews[tt_news]=871&tx_ttnews[backPid]=70&cHash=4a539c93ef)

<sup>4</sup> Psychosoziale Umschau 3/2003, S. 24

Genau diese Zielsetzung einer Hilfeplanung und -organisation von der Person her würde Strukturen ermöglichen, die der im Beispiel drei genannten suchenden jungen Frau ermöglichte zu finden, was sie braucht, aber noch nicht findet.

Natürlich konstatiere ich gerne auch mit Wienberg (2008)<sup>5</sup>, dass „die Psychiatriereform eines der erfolgreichsten und nachhaltigsten Reformprojekte in Deutschland“ ist. Dafür gibt es viele Belege, die Sie ja auch kennen. So ist z.B. die Zahl der psychiatrischen Krankenhausbetten von 1972 bis heute von knapp 118000 auf 54000 zurückgegangen, obwohl sich die Zahl der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern im gleichen Zeitraum auf heute ca. 220 vervielfacht hat, das Personal in den Kliniken hat sich vervielfacht. Es arbeiten dort je Patient ca. drei- bis viermal mehr Ärzte und Pflegekräfte und bis zu zwanzigmal mehr Fachkräfte anderer Disziplinen, wie Häfner 2001<sup>6</sup> in einem Sammelband zum Thema 25 Jahre Psychiatrie-Enquete zeigte.

Aber auch darauf weist Wienberg (2008, S. 3) hin:

„Auch wenn die Datenlage lückenhaft ist: Es gibt viele Anhaltspunkte dafür, dass die Zahl der institutionalisierten Personen mit psychischen Beeinträchtigungen in den letzten drei Jahrzehnten nicht geringer geworden, sondern sogar gewachsen ist. Zwar ist im Bereich der Akutpsychiatrie der Bettenbestand auf gut 54 000 gesunken. Zwischen 1991 und 2001 stieg die Platzzahl in den Fachkrankenhäusern/-abteilungen für Psychosomatik sowie in den Reha-Kliniken für Psychotherapie, Psychosomatik und Abhängigkeitserkrankungen aber von rund 18 000 auf knapp 30 000, ein Zuwachs von 64 %! Aktuelle bundesweite Zahlen fehlen. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dieser Sektor sich in den vergangenen fünf Jahren weiter ausgedehnt hat (Eikelmann & Harter 2006).

Auch in der außerklinischen Versorgung kann nicht ohne weiteres von Deinstitutionalisierung gesprochen werden. Es hat vielmehr eine »große Migration« (Eikelmann et al. 2005 a) stattgefunden: von der restriktivsten und teuersten Form der Langzeitunterbringung im psychiatrischen Krankenhaus hin zu weniger aufwändigen und restriktiven Formen der Betreuung in Heimen, Wohngruppen, im betreuten Wohnen, in Werkstätten für psychisch behinderte Menschen, Tagesstätten usw. Damit ist zugleich eine schwer überschaubare Grauzone mit wenig Transparenz, teils unklaren Standards und fehlender Evaluation entstanden (Priebe 2003).

Der Heimsektor für chronisch psychisch kranke Menschen ist in den letzten Jahrzehnten erheblich gewachsen. Hinzugekommen ist das ambulant betreute Wohnen, das es zu Zeiten der Enquete kaum gab. Ende 2005 gab es fast 48 000 Plätze in Wohnheimen für psychisch Kranke und suchtkranke Menschen, dies entspricht knapp 0,6 Plätzen je 1000 Einwohner (GMK 2007). ... Im betreuten Wohnen befanden sich Ende 2005 bundesweit ca. 38 000 psychisch kranke und suchtkranke Menschen. Insgesamt ergibt sich die Schätzung von ca. 86 000 Personen, die Leistungen der Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen erhalten. Hinzu kommen mindestens 8300 psychisch kranke oder suchtkranke Personen in Pflegeeinrichtungen nach SGB XI, wobei Zahlen aus Nordrhein-Westfalen fehlen

---

<sup>5</sup> Wienberg, G. (2008). Gemeindepyschiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. Sozialpsychiatrische Informationen 1/2008, S. 2 – 13. Daraus stammen auch die meisten der folgend aufgeführten Daten.

<sup>6</sup> Häfner, H. (2001). Die Psychiatrie-Enquete – historische Aspekte und Perspektiven. In: Aktion psychisch Kranke (Hrsg.). 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Bd. 1. Bonn: Psychiatrie-Verlag

und nur speziell für diese Personengruppen ausgewiesene Plätze gezählt wurden (GMK 2007). Insgesamt weisen die Fallzahlen bundesweit eine weiter steigende Tendenz auf – eine Entwicklung, die die zuständigen Träger der Sozialhilfe zu z. T. einschneidenden Strategien der Kostendämpfung veranlassen.“

Wenn man diese Zahlen bewertet, lässt sich nicht feststellen, dass die Zielsetzung ambulant vor stationär wirklich realisiert wurde.

Vielleicht ist es ja ein bisschen nostalgisch, aber ich möchte gern an ein Buch des gemeinde- oder sozialpsychiatrischen Aufbruchs erinnern: „Psychiatrie in der Gemeinde“ von Mosher und Burti<sup>7</sup>. Sie setzten sich durchaus auch polemisch auseinander mit der krankenzentrierten Psychiatrie, dem „verhängnisvollen Komplott zwischen Pharmaindustrie und Psychiatrie“, waren kritisch gegenüber Psychoanalytikern, denen sie „Übung in psychotherapeutischer Sinnlosigkeit“ attestierten“ und wollten „spezifische, psychoziale therapeutische Grundsätze dagegen setzen“. Dabei leugneten sie nicht „die Bedeutung der biologischen Faktoren für störendes oder gestörtes Verhalten“ . (S. 26-28).

Sie entwerfen dagegen ein Modell gemeindenaher Versorgung, das sich nicht um die Klinik als Zentrum gruppiert, sondern als Krisenteam mit 24-Stunden-Krisenintervention des Gemeindepsychiatrischen Zentrums mit einem Haus zur Krisenintervention gestaltet ist (FOLIE , s. Anhang 1).

Mosher und Burti betonen ausdrücklich: „aber damit das System funktionieren kann, muss die Nutzung des Krankenhauses bestraft werden“ (S. 144), was im Rahmen eines Bonussystems gedacht ist.

Weitergedacht auf deutsche Verhältnisse könnte man sagen, dass die C4 (heute W3)-Stellen des Hochschulpsychiatriesystems und Chefarztpositionen nicht mehr an Kliniken gekoppelt sein sollten, sondern z.B. an die Leitung eines gemeindepsychiatrischen Zentrums.

Die Arbeit ist in diesem Modell integriert und nicht partialisiert, die Personenbezüge bleiben konstant. Die Arbeit wird „soweit als möglich klienten-, nutzer-, patientenzentriert gedacht“ (S.31), im Vordergrund stehen die Bedürfnisse der Klienten. „Die gängige Praxis sich auf Symptome zu konzentrieren, um zu einer Diagnose zu gelangen [ich verweise zur Erinnerung an mein zweites Beispiel GT], reißt die Person aus ihren Zusammenhängen, reißt sie aus ihrer Geschichte und nimmt ihr die Kraft. Die Gestalt der Person geht verloren. Da die Praxis im Zoo (Büro, Sprechzimmer) stattfindet und nicht im Dschungel (Gemeinde), verstärkt sie den Druck, Menschen von ihrer Welt zu trennen.

Nur am Rande sei verwiesen auf die Idee der Soteria als Krisenzentrum, die nach einigem Aufblühen in den Institutions- und Finanzierungswirren des deutschen Gesundheitssystems versackt ist – bis auf Zwiefalten seit 1999 und Haar 2003, oder von Kliniken vereinnahmt wurde als Stationen mit integrierten Soteria-Elementen unter anderem in Kliniken in Aachen, Friedberg, Gießen, Hamm, Hannover und Langenfeld<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup> Mosher, R.L. & Burti, L. (1992, amerik. Orig. 1989). Psychiatrie in der Gemeinde – Grundlagen und Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag

<sup>8</sup> <http://www.soteria-netzwerk.de/#umsetzung>, Stand 7.1. 09.; s.a. Aderhold, V.; Stastny, P. & Lehmann, P. (2007). *Soteria – Eine alternative psychosoziale Reformbewegung*. In: P. Lehmann / P. Stastny (Hg.): *Statt Psychiatrie 2*. Berlin, S. 150-165

Zentral für die Arbeit von Mosher und Burti ist daher Kontextualisierung, das Herstellen von Lebensbezügen, aus dem auch ihre radikale Forderung nach ambulantem, gemeindeintegrierten Handeln folgt. Bestimmend dafür ist (S.162):

- Klienten in Krisensituationen in möglichst engem Kontakt zu ihren Lebensbezügen zu halten, sowohl räumlich wie sozial.
- MitarbeiterInnen müssen auf die Nutzer (=Patienten) so zugehen, dass diese die Art ihres Problems bestimmen können.
- Die Bestätigung der subjektiven Erfahrungen der Klienten durch aktive Empathie trägt ebenfalls dazu bei, die Lebensbezüge zu erhalten.
- Die Aufgabe der MitarbeiterInnen besteht darin, im Laufe der Zeit zwischen der objektiven, historischen gesellschaftlichen Realität und der Realität subjektiver Erfahrung des Klienten zu vermitteln. Diese zwei Versionen der Realität müssen wieder miteinander verbunden werden, da ihre Trennung Teil der Problemstellung gewesen ist.

Nur am Rand: Der Ihnen sicher bekannte Luc Ciompi schrieb 1992 im Vorwort zur deutschen Ausgabe: „Ich hoffe und glaube, dass Mosher's und Burti's Buch bald eine Art >Bibel des psychosozial Tätigen< wird.“ Aber Ciompi war ja auch Schweizer.

Auch Wienberg (2008) hat in seinem Übersichtsartikel zu „Gemeindepsychiatrie heute“ dies aufgegriffen, wenn er konstatiert: „Der bisher radikalste Schritt der Psychiatrie-Reform steht an: die konsequente Umsteuerung in Richtung auf ambulante, integrierte und durchlässige Behandlungs- und Unterstützungsformen.“ Und weiter: „Im Zentrum muss deshalb künftig die ambulante komplexe psychiatrische Krankenhausbehandlung stehen mit fließenden Übergängen zur tagesklinischen und stationären Behandlung. Die Behandlung wird von der ambulanten Perspektive aus gesteuert...“ Er referiert weiterhin die Erfolge des home treatment nach dem Mosherschen Modell, „das sich hinsichtlich der Reduktion symptomatischer Beeinträchtigungen, der Wiederherstellung von sozialen Kompetenzen sowie der Patienten- und Angehörigenzufriedenheit gleichwertig oder überlegen gezeigt hat.“ (S. 8)

Modellversuche in Deutschland haben dies bestätigt, z.B. im Modellverbund „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische/psychosomatische Versorgung“ des BMG<sup>9</sup> (Bericht 2001). Dort wird aber darauf hingewiesen, dass „die institutionszentrierten Finanzierungsstrukturen des gegliederten Sozialsystems mit den darin enthaltenen Zuständigkeitsregelungen zwischen den Leistungs- und Kostenträgern im Widerspruch stehen zu den komplexen und variierenden Anforderungen an eine personenzentrierte Hilfeplanung und –erbringung“ (S.5) (z.B. Behandlung, Rehabilitation, Eingliederungshilfe, Pflegeleistung, Sozialhilfe). Die Hoffnung, dass sich mit dem SGB IX von 2001, das die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen behandelt, die Situation verbessern würde, hat sich leider nur zum geringen Teil erfüllt, auch wenn es in der Begründung zu §10 als Anliegen der Reform bezeichnet wird, „dass die insgesamt erforderlichen Leistungen aus der Sicht der leistungsberechtigten Bürgerinnen und Bürger wie

---

<sup>9</sup> Modellverbund „Ambulante psychiatrische und psychotherapeutische/psychosomatische Versorgung“ des BMG. (2001). Aspekte der Implementation von Umstrukturierungskonzepten in der psychiatrischen Versorgung. Köln: BMG 569/96

aus einer Hand erscheinen. So resümiert Mroczynski (2002)<sup>10</sup> : „Eine Vereinheitlichung der Leistung der verschiedenen Rehabilitationsträger erfolgt aber nur ansatzweise, da die Leistungsvoraussetzungen sich weiterhin aus den einzelnen Teilen des Sozialgesetzbuches ergeben ... Die Möglichkeit einer Komplexleistung wird nur für die Früherkennung und Frühförderung geschaffen“ (S. 139). Der Autor diskutiert die Schwierigkeiten der Abgrenzung zwischen Akutversorgung und Rehabilitation am Beispiel des betreuten Wohnens und resümiert (S. 148f): „Eine sachgerechte Lösung ließe sich im betreuten Wohnen, und auch in vielen anderen Bereichen der Versorgung, nur erreichen, wenn verschiedene Leistungen der medizinischen Rehabilitation und der Teilhabe am Leben der Gemeinschaft miteinander in eine Komplexleistung integriert werden könnten“.

Schauen wir uns – wiederum etwas nostalgisch – noch einmal den dazu passenden Absatz der Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrisch und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich von 1988 an (immerhin 13 Jahre nach der Enquete von 1975 und als Ergebnis des Modellprogramms): „Schließlich gibt die Expertenkommission eine Änderungsempfehlung zur Zuständigkeitsaufteilung zwischen örtlichem und überörtlichem Sozialhilfeträger. Die bestehenden exklusiven Zuständigkeitsregelungen wirken sich in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter deutlich nachteilig aus, da die in diesem Bereich besonders gebotene Durchlässigkeit der verschiedenen Versorgungsformen gegeneinander und die entsprechende Betreuungskontinuität während des Krankheits- und Rehabilitationsverlaufs zusätzlich und unnötig erschwert und in der Praxis oft unmöglich gemacht wird“ (S.52), dann erscheint das Erreichte doch zu wenig.

Ich wiederhole mich: Es ist viel erreicht worden, aber manches Grundsätzliche harrt nach wie vor der Umsetzung. Oder wie Keupp es 2005<sup>11</sup> formuliert hat: „Die Lektüre [der] einführenden Grundprinzipien des Sozialgesetzbuches [IX] könnten den Eindruck erwecken, als hätte die Psychiatriereformbewegung ihren Gang durch die Institutionen abgeschlossen. ... Das ist gut so und auch ein bemerkenswerter Erfolg der Reformbewegung. Hier liegt aber auch genau das Problem ... >utopischer Überschüsse<“, [damit meint er Formulierungen, wie sie z.B. in §4 für die Leistungen der Teilhabe spezifiziert werden: *die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.*] „Sie deklarieren einen normativen Zustand so, als wären sie in ihm schon angekommen und unter dem Deckmantel des schönen Scheins wird die hässliche Fratze der Realität gar nicht mehr sichtbar und mir scheint, dass die aktuelle Situation ... von Menschen mit psychosozialen Lebensproblemen ... wenig Anlass für eine zufrieden stellende Bilanz liefert.“

Vielleicht ist ja unter wachsendem Kostendruck mittlerweile auch eine neue Situation entstanden, die zu neuem Nachdenken zwingt, und für die Stärkung des ambulanten Bereichs wie integrierter Komplexleistungen Entwicklungen möglich macht. Wie notwendig das ist, zeigt auch das Ergebnis einer Expertise

---

<sup>10</sup> Mroczynski, P. (2002). Die Bedeutung des SGB IX für die psychiatrische Versorgung. *Recht und Psychiatrie*, 20. Jg, Heft 3, S. 139 - 149

<sup>11</sup> Keupp, H. (2005). Psychosoziales Arbeiten in einer Gesellschaft im Umbruch. *Psychoneuro* 2005: 31(1): 35 - 41



von Melchinger (2008)<sup>12</sup>, der anhand umfangreichen Datenmaterials im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu Strukturfragen der ambulanten Versorgung, u.a. in seinen Folgerungen schreibt (S.67): „Die Integration von sozialen und psychologischen Hilfen in ein ganzheitliches Behandlungsprogramm für psychisch Kranke bleibt als elementare Forderung der Psychiatriereform häufig unerfüllt.“

## II.

Ich gehe nun auf meinem zweiten Aspekt ein: Krankheitsverständnis, der oben mit dem Begriff der Kontextualisierung schon angesprochen war.

Der Begriff „Kontextualisierung“ deutet hin auf einen Zugang zu psychischen Veränderungen, der sich bezieht auf die Art und Weise, wie Menschen sich selbst, die Welt um sie herum und die Bezüge zwischen sich und der Welt einschließlich der zu den Mitmenschen strukturieren, wie sie dieser Vielfalt Bedeutung verleihen und versuchen, Bedeutungssysteme stabil zu halten. Das gilt besonders für die Teilsystemen, die den Bezug zum Ich als dem das Handeln organisierenden Kern herstellen. Hörmann (1982<sup>13</sup>) hat das unter einem ganz anderen Aspekt in der Sprachpsychologie als Sinnkonstanz bezeichnet, wie situative und personbezogene Aspekte zum Verstehen von etwas stimmig gemacht werden.

Explizit für die Psychiatrie möchte ich an zwei Arbeiten erinnern, die sich aus unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen Diskussionslinien dem Problem des Verstehens psychischer Veränderungen genähert haben:

1. Hans Rudi Fischer: Sprache und Lebensform<sup>14</sup>. Fischer geht von der Sprachtheorie Wittgensteins aus, der auch selbst schon Überlegungen zur Geisteskrankheit angestellt hatte. Fischers These in Auseinandersetzung mit den Konzepten *Grammatik* und *Lebensform* von Wittgenstein und mit Bezug auf Batesons Kontextualitätsbegriff ist: „... dass das Charakteristische der Schizophrenie (als das klassische Paradigma der Geisteskrankheit) eine **geänderte Grammatik** ist; eine Veränderung *sprachlich-kognitiver* Muster der Person in Form eines veränderten *Glaubenssystems*, dem auf der Verhaltensebene eine **andere** – als die kulturell etablierte – Lebensform korrespondiert“ (S. 5, Hervorhebungen im Original). Sie kennen vermutlich alle als zentralen Ausgangspunkt des späten Wittgenstein das Sprachspiel. Er geht davon aus, dass es keine sinnvolle lexikalische Bedeutung eines Wortes gibt, sondern dass die Bedeutung eines Wortes oder Satzes verstehen heißt, seinen Zweck, seine Rolle im jeweiligen Spiel zu verstehen. Spiel ist dabei jede sprachliche Handlung der Selbst- oder Fremdverständigung. Der Begriff der Lebensform ist bei Wittgenstein schillernd, und ohne vertiefende Wittgensteinexegese, die hier nicht geleistet werden kann, mag es genügen Fischers Zusammenfassung zur

---

<sup>12</sup> Melchinger, H. (2008). Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung. Medizinische Hochschule Hannover – Zentrum für psychologische Medizin (Gutachten im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung)

<sup>13</sup> Hörmann, H. (1982). Meinen und Verstehen. Frankfurt: Suhrkamp

<sup>14</sup> Fischer, H.R. (1987). Sprache und Lebensform – Wittgenstein über Freud und die Geisteskrankheit. Frankfurt: Athenäum.

Kenntnis zu nehmen: „Lebensformen bilden als historisch-kulturelle Formen gesellschaftlichen Handelns das pragmatische Fundament von Sprache. Begriffe erfüllen eine lebensformrelative Funktion. Damit wird die Partizipation an derselben Lebensform zur Grenze von Verstehen. ... Erst die Kultur gibt den Rahmen für das Verstehen von Sprachspielen ab (S. 43/49) Und weiter – für unseren Kontext wichtig: “Wenn die vorgelegte Interpretation des Lebensformbegriffs schlüssig ist, dann wird die Teilhabe an einer Lebensform zur Voraussetzung eines Verständnisses der Menschen.“ (S. 50) Übereinstimmung in der Lebensform sieht Wittgenstein als die Voraussetzung dessen an, was wir als ein Verstehen anderer Menschen beschreiben. Wir können andere nicht verstehen, wenn ihr Denken, Handeln und Fühlen uns völlig fremd sind. Wir können dann unsere Handlungsweisen, die eng mit unserem Weltbild, unserer Sprache, unserem Denken und Handeln verflochten sind, nicht bei ihnen ausmachen, insofern findet der Anker unseres Verständnisses, der Rekurs auf ein gemeinsames Bezugssystem keinen Grund; entsprechen greifen dann unsere Begriffe nicht und wir können uns nicht in ihrer Welt orientieren. Dass wir nicht verstehen, heißt aber nicht, dass es nicht verstehbar wäre, aber dafür wäre ein Wechsel des Kontextes nötig. Diese Transkontextualisierung wäre eine therapeutische Leistung, eine Rekonstruktion der Lebensform eines Patienten, die dann auch die Verständigungsmöglichkeit und einen gemeinsame Handlungskontext wieder herstellt. Traditionelle Klinikumgebungen, aber auch andere therapeutische Kontexte leisten das häufig nicht, sondern verlangen im Gegenteil eine Anpassung der Patienten an die Lebensform Klinik, die dann auch nur als oberflächliches, anpassendes Funktionieren gelingen, aber keine Veränderung der patienteneigenen Lebensform, bzw. mögliche Übergänge herstellen kann. Wittgenstein und Fischer mögen mir diese verkürzte Darstellung verzeihen, aber sie soll ja auch nur zeigen, wie anders ein Zugang aus einem veränderten Störungsverständnis gedacht werden könnte und Anregung geben, vielleicht selbst noch einmal in die Ausgangstexte hineinzuschauen.

2. Auf einem ganz anderen Hintergrund finden wir ähnliche Überlegungen bei Erich Wulff in seinem Buch *Wahnsinnslogik*<sup>15</sup>. Wulff hat schon zuvor 1998 in einer Arbeit, an die Gunter Kruse 2004<sup>16</sup> dankenswerterweise in den Sozialpsychiatrischen Informationen erinnert hat, den Unsinn nosologischer Normierung polemisch herausgestellt. Über das Prinzip des (damals noch) DSM III schreibt er, dass man eben nur vereinbarungsgemäß sagen könne, es handle sich um die und die Krankheit. „Dem kann ich aber nicht viel mehr entnehmen, als dass dies eben nur vereinbarungsgemäß besagt, dass die und die Erscheinungen und der und der Krankheitsverlauf zu ihr gehören und andere nicht. ... Dies bedeutet aber gerade: Die Diagnose erlaubt keine weiteren Schlussfolgerungen über diejenigen hinaus, die aus den Einzelmerkmalen, den (Krankheits-)Erscheinungen, dem bisherigen (Krankheits-)Verlauf, die vereinbarungsgemäß zur Diagnose führten, nicht auch schon hätten gezogen werden können. ... Der taxono-

<sup>15</sup> Wulff, E. (1995). *Wahnsinnslogik*. Bonn: Edition das Narrenschiff

<sup>16</sup> Kruse, G. (2004). Erich Wulff neu gelesen – Sozialpsychiatrischer Krankheitsbegriff? *Sozialpsychiatrische Informationen* 3/2004, S. 4 – 10.

mische Eifer hat also nicht den geringsten therapeutischen Wert“ (S.8), da er – wie Wulff später ausführt – den Menschen eben nicht als Lebewesen sieht, das mit seiner Außenwelt in einer Austauschbeziehung steht, die auf seiner psychosomatisch-somatopsychischen Konstitution beruht und den Charakter eines körperlichen wie psychischen Stoffwechsels hat. Diese Austauschbeziehung zu verstehen, hat er dann in Wahnsinnslogik weiterentwickelt. Das Buch lebt von vielfältigen Fallbeschreibungen, die ich natürlich hier nicht nacherzählen kann, die ich aber sehr der Lektüre empfehle. Der zentrale Denkansatz in seinem Buch ist die Hypothese, dass eine wahnhaftige Veränderung des Bezuges zur Welt entsteht als „zwangsläufige Folge der Aufkündigung – und der regressiven Wiedereinsetzungsversuche – der Spielregeln von Intersubjektivität“ (S. 201). Das ist denkbar als selbstvollzogener Akt des Subjekts, z.B. im Versuch die oben eingeführte Sinnkonstanz zu erhalten, oder aber auch als ein Geschehen, das jemandem ohne sein Zutun durch den Entzug von Alltagsrationalität widerfahren kann, z.B. in einer Haftpsychose. Aber genauso ist denkbar, dass ein somatisch ausgelöster Vorgang die Informationsverarbeitung stört und Kognition, Fühlen und Wollen nicht mehr synchronisiert sind. Mehr als Fischer, dem es eher um eine philosophische Theorie psychischer Störung ging (obwohl er auch mit Fallbeispielen arbeitet), ist Wulff natürlich ganz Therapeut und beschreibt Therapie als Entdeckungsreise, die erst dann beginnen kann, wenn Patient und Therapeut sich wechselseitig als Adressaten und Quelle von möglicherweise sinnvollen Botschaften akzeptieren. Beide brauchen einen kleinen Fleck möglicher intersubjektiver Verständigung von dem ausgehend die gemeinsame Wiedereroberung der Intersubjektivität und daraus resultierender Handlungsoptionen gelingen kann.

Dieses Finden eines gemeinsamen Ortes gelingt manchmal sehr viel leichter über eine Szene, z.B. in psychodramatischer Rekonstruktion als in Sprache, da die Szene den Menschen sehr viel ganzheitlicher in seiner Welt erkennbar macht als eine rein sprachliche Interaktion<sup>17</sup>.

An einem Beispiel möchte ich das doch veranschaulichen, was Wulff als „sinnbesetzten Annäherungsversuch“ beschreibt:

„ ... *Eine akut wahnkranke und halluzinierende Patientin hatte sich ihr Gesicht mit Lippenstift und Wimperntusche grell angemalt. Vor der Stationsrunde, an der alle Patienten und Therapeuten teilnahmen, forderte eine Krankenschwester sie auf, das doch abzuwaschen. Die Patientin geriet in Erregung, versetzte der Schwester eine Ohrfeige und murmelte etwas von Blutsbrüderschaft. Die Schwester begriff, dass die Patientin sich durch das Anmalen zu einer >Indianerin< hatte machen wollen, die >Blutsbrüderschaft< , d.h. menschliche Nähe sucht, und malte sich nun entsprechend selber an. Die Erregung der Patientin klang daraufhin sofort ab, ihre wahnhaften Ängste verschwanden und sie bewegte sich wieder normal. Mit dieser, von der Krankenschwester und der Gruppe anerkannten symbolischen Wunscherfüllung war auch die ganze schizophrene Episode für sie vorüber. Wenn solche punktuellen, direkten ... Interventionen in der*

---

<sup>17</sup> Wulff, E. & Terbuyken, G. (1997c). Das Gespräch: Psychodrama und Psychiatrische Klinik – Eine gestörte Beziehung. Jahrbuch für Psychodrama, psychosoziale Praxis & Gesellschaftspolitik 1995. Opladen: Leske + Budrich, S. 191-204

*Krankheitsphase gelangen, so stellte sich fast immer ein enges Vertrauensband zwischen Therapeuten und Patienten her, dass dann auch fest genug war, ein therapeutisches Bündnis für eine längerfristige Psychotherapie zu tragen. Hier hatte die Patientin auf einer regressiven Ebene einen sinnbesetzenden Annäherungsversuch gemacht, sie hatte eine archaische kulturelle Bedeutung (Gesichtsbemalung) versuchsweise mit einem subjektiven Sinn (Nähe, Blutsbrüderschaft) erfüllt; durch die schließliche Anerkennung durch die Schwester und die ganze Gruppe war dies gutgegangen. Das machte weitere Annäherungen im Alltagsbereich, auch ohne regressiv-archaische Rückgriffe möglich.“ (S. 195)*

Eine kleine Episode aus eigener Erfahrung mag das ergänzen: Eine Patientin lag in Ihrem Zimmer unter dem Bett und eine Schwester wollte sie herausziehen und die Situation drohte zu eskalieren. Mir schien diese „Höhle“ unter dem Bett für die Patientin ein sicherer Ort zu sein, an dem Kommunikation möglich war. Also kroch ich zur Verwunderung der Schwester zu ihr unter dem Bett und es kam zu einer intensiven Kommunikation, an deren Ende die Patientin mir aus ihrer Höhle auch wieder in die „normale“ Klinikwelt folgte.

Wenn man diese nur beispielhaft genannten Annäherungsmöglichkeiten an ein Krankheitsverständnis vergleicht mit der aktuellen Behandlungsleitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde<sup>18</sup>, heißt dort es in 5.1. zu den Zielen von Psychotherapie: „Ziele psychologischer Behandlungsverfahren bei schizophrenen Erkrankungen sind die Verminderung der individuellen Vulnerabilität, die Verringerung von ungünstigen Einflüssen äußerer Stressoren, die Verbesserung der Lebensqualität, die Verringerung von Krankheits-Symptomen und die Förderung und Verbesserung von Fähigkeiten zur Kommunikation und Krankheitsbewältigung.

Psychotherapie sollte den biologischen Faktoren bei der Schizophrenie Rechnung tragen und auf die Bewältigung der Krankheit und ihrer Folgen (Akzeptanz einer rezidivierend verlaufenden Erkrankung, Selbstmanagement, Problembe- wältigung) abstellen. Dabei sind die individuellen Ressourcen in den Mittelpunkt zu stellen.“

Und selbst wenn unter 1. als ätiopathologisches Grundkonzept das „Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell“ dargestellt und die Psychoedukation prominent genannt wird, ist das in der Behandlungsleitlinie erkennbare Krankheitsverständnis weit von dem entfernt, was durch die vorgestellten Arbeiten möglich erscheint und zu anderen Interventionsformen führen könnte, die eben nicht klinisch, sondern lebensweltlich gedacht sind und an der grundlegenden Prämisse der Verstehbarkeit von psychischen Veränderungen, so schwierig sie auch sein mag, orientiert sind.

An einer einzigen Stelle in der Behandlungsleitlinie wird so etwas am Rande an- gesprochen. Bei 3.4. unter den Therapiezielen in der postakuten Stabilisierungs- phase wird genannt: „Verständnisarbeit der individuellen Bedeutung der Erkrankung (Sinnggebung)“ und unter 6.5 (95) heißt es auch: „Eine ambulante wohnortnahe Behandlung ist einer stationären Behandlung vorzuziehen“.

---

<sup>18</sup> Kurzfassung im Internet: <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/038-009.htm>, Stand 9.1.09, Letzte Überarbeitung November 2005

Vielleicht finden wir hier ja die Sinninseln in einem Meer pharmakologischer und funktionaler Hinweise, von denen aus sich zwischen Betroffenen und Medizinsystem eine Verständigung über die Grenzen hinweg weiterentwickeln lässt.

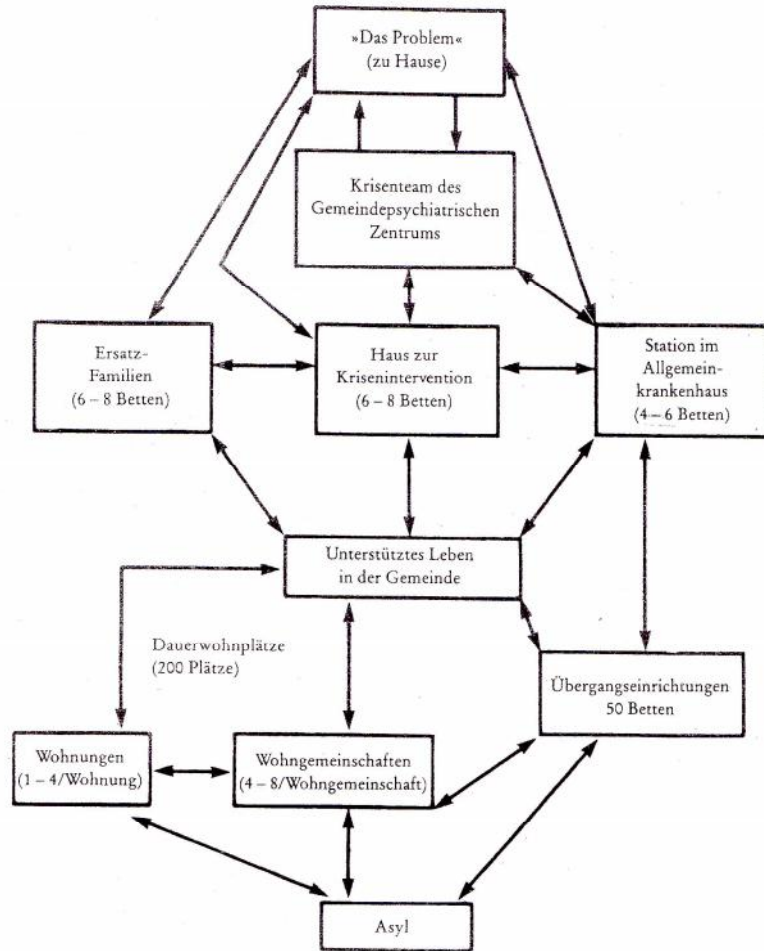


Abbildung 8.1: Das gemeindeintegrierte Versorgungssystem Wohnbetreuung/100 000 Einwohner