

# Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven

Günther Wienberg

Gut 30 Jahre nach Abschluss der Psychiatrie-Enquete steht die deutsche Reformpsychiatrie am Scheideweg: Kommt es angesichts von zunehmendem Kostendruck und gleichzeitiger sozialer Marginalisierung großer Teile der Klientelen zur desillusionierten Anpassung an den gesellschaftlichen Mainstream? Oder besinnt sich die Gemeindepsychiatrie auf ihren gesellschaftspolitischen Impetus und nutzt die sich verändernden Rahmenbedingungen als Chance, dem gemeindepsychiatrischen Programm neue Attraktivität und Durchsetzungskraft zu geben? Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion versucht dieser Beitrag eine versorgungspolitische Bestandsaufnahme, benennt zentrale gesellschaftliche Herausforderungen für die Psychiatrie und diskutiert die Richtung für die zukünftige Entwicklung in Form von begründeten Thesen.

## 1. Die Psychiatriereform ist eines der erfolgreichsten und nachhaltigsten gesellschaftlichen Reformprojekte in Deutschland

Aufgrund der Verbrechen an den ihr anvertrauten Patienten hatte die Psychiatrie in der Nachkriegszeit jeden Kredit verspielt. Die psychiatrisch Tätigen zogen sich hinter die Mauern der Anstalten zurück und verwalteten mehr als zwei Jahrzehnte klaglos den Mangel und das Elend des psychiatrischen Alltags. Erst Ende der 1960er-, Anfang der 1970er-Jahre entstanden an verschiedenen Orten erste Reforminitiativen.

Plattform und Wegweiser der Psychiatriereform in Deutschland war die Psychiatrie-Enquete, die 1971 vom Deutschen Bundestag in Auftrag gegeben und 1975 dem Parlament übergeben wurde. Schon im Zwischenbericht der Enquete-Kommission wurde festgestellt, dass »... eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen« leben muss (Deutscher Bundestag 1972).

Dies war die Ausgangslage. Die Entwicklung seither ist in vielerlei Hinsicht beispielhaft:

- Die Zahl der psychiatrischen Krankenhausbetten ist von 1972 bis heute von knapp 118 000 auf 54 000 zurückgegangen, obwohl sich die Zahl der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern im gleichen Zeitraum auf heute 217 etwa verfünffacht hat (Salize et al. 2007 a, GMK 2007). Zugleich hat sich das Personal in den Kliniken vervielfacht: Gegenwärtig arbeiten dort je Patient ca. drei- bis viermal mehr Ärzte und Pflegekräfte und bis zu zwanzigmal mehr Fachkräfte anderer Disziplinen (Häfner 2001).

- Tageskliniken gab es zur Zeit der Enquete so wenige, dass die Kommission keine Bestandszahl nennt; gegenwärtig sind es bundesweit über 300 für unterschiedliche Zielgruppen (Bramesfeld 2003).
- Gab es 1980 ca. 1400 niedergelassenen Fachärzte, waren es 2003 mit 5500 etwa viermal so viel (Salize et al. 2007 a). Während 1980 nur 27 Fachambulanzen an psychiatrischen Krankenhäusern existierten, gibt es heute ein flächendeckendes Netz von 434 psychiatrischen Institutsambulanzen an Fachkrankenhäusern und -Abteilungen (Salize et al. 2007 a, GMK 2007).
- Die klinische Psychiatrie verfügt heute über verbesserte pharmakologische sowie zahlreiche störungsspezifische und evidenzbasierte psychosoziale Behandlungsmöglichkeiten.
- Fungierte die psychiatrische Anstalt vor der Enquete auch als Asyl für chronisch Kranke, so gibt es heute ein annähernd flächendeckendes Netz von qualifizierten Wohnheimen für chronisch psychisch beeinträchtigte und suchtkranke Menschen, und das ambulant Betreute Wohnen ist ein Standardangebot.
- Auch Hilfen im Bereich Arbeit/Beschäftigung/Tagesstruktur gab es damals praktisch nur in den psychiatrischen Anstalten. Heute existiert in diesem Bereich eine kaum zu überblickende Fülle von Initiativen, Diensten und Einrichtungen.

Die Behandlung und Rehabilitation psychisch kranker Menschen ist also zu einem großen Teil in die Gemeinden zurückverlagert worden. Wegweisend dabei war zweifellos die Deinstitutionalisierung, d.h. die Ablösung der Versorgung insbesondere chronisch Kranker vom Großkrankenhaus. Hierbei handelt es sich um einen – bei großen regionalen Unterschieden – letztlich bundesweit wirksamen Prozess, der allerdings nur punktuell evaluiert wurde (Kallert et al. 2006).

Die Rückverlagerung von Behandlung und Unterstützung in die Gemeinden hat zu neuen Strukturen und Prozessen der Versorgung geführt:

- Auf der Systemebene gibt es eine Vielzahl von regionalen Gremien zur Kooperation, Vernetzung und Interessenvertretung. Organisierte gemeindepsychiatrische Verbundsysteme der Leistungsanbieter sollen destruktiven Wettbewerb eindämmen und den Kernbereich der gemeindepsychiatrischen Pflichtversorgung (chronisch) psychisch kranker Menschen nutzerbezogen vernetzen.

- Auf der Einzelfallebene wurden neue Schlüsselprozesse der personenorientierten Planung und Steuerung der Hilfen eingeführt, z. B. Behandlungs-/Hilfepflegeplanung und Dokumentation, koordinierende Bezugspersonen, Case Management, Hilfeplankonferenzen etc.

Auch wenn noch viele Erwartungen unerfüllt sind: Es gibt heute mehr Partnerschaft und Kooperation, mehr Selbstbestimmung und Beteiligung von Nutzern. Dies drückt sich u. a. aus in dem auf vielfältige Weise gelebten Dialog von Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und psychiatrischen Professionellen (vgl. Wienberg 2001). Auch die Anstrengungen zur Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen zeigen erste Erfolge in der Bevölkerung, den Medien, der Politik und den im Gesundheitswesen Tätigen.

Schließlich: Die von der Enquete-Kommission geforderte sozialrechtliche Gleichstellung von psychisch Kranken mit körperlich Kranken ist heute de jure verwirklicht, eine Reihe von Anspruchsgrundlagen für psychisch Kranke wurde neu geschaffen. Beispielhaft kommt der sozialrechtliche und sozialpolitische Wertewandel zum Ausdruck in § 1 des 2001 geschaffenen SGB IX. Dort wird als Ziel der sozialstaatlichen Leistungen für behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen definiert: »Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft« – ein Leitmotiv der Gemeindepsychiatrie (Keupp 2005).

So gesehen ist die Psychiatrie-Reform in Deutschland<sup>1</sup> also eine fast beispiellose Erfolgsgeschichte. Aber auch diese Medaille hat eine zweite Seite.

## **2. Die Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung ist in weiten Bereichen nicht mehr als eine Uminstitutionalisierung**

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 (Eikermann & Harter 2006).

Auch in der außerklinischen Versorgung kann nicht ohne weiteres von Deinstitutionalisierung gesprochen werden. Es hat vielmehr eine »große Migration« (Eikermann et al. 2005 a) stattgefunden: von der restriktivsten und teuersten Form der Langzeitunterbringung im psychiatrischen Krankenhaus hin zu weniger aufwendigen und restriktiven Formen der Betreuung in Heimen, Wohngruppen, im Betreuten Wohnen, in Werkstätten für psychisch behinderte Menschen, Tages-

stätten 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). Bundesweit werden etwa 20 % dieser Plätze von dem jeweiligen überörtlichen Sozialhilfeträger außerhalb seines Zuständigkeitsbereiches belegt, d. h., mindestens in diesen Fällen erfolgt die Versorgung gemeindefern (BAGüS & consens 2004). 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 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.

Eine kaum überschaubare Vielfalt von Diensten und Einrichtungen dient der Unterstützung der Teilhabe am Arbeitsleben. Nach einer aktuellen Erhebung gibt es in Werkstätten für behinderte Menschen, Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke Menschen, Berufsförderungs- und Bildungswerken, Integrationsfirmen und Tagesstätten mehr als 52 000 speziell ausgewiesene Plätze für chronisch psychisch kranke Menschen. Hinzu kommen etwa 14 000 Personen, die von Integrationsfachdiensten unterstützt werden (GMK 2007). Der Trend zur »Migration« und Reinstitutionalisierung erstreckt sich jedoch über den Rahmen der psychiatrischen Regelversorgung hinaus auf andere Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens:

- Der Maßregelvollzug wird seit Jahren massiv ausgeweitet. Gab es 1986 noch knapp 2700 Plätze im Maßregelvollzug, so stieg die Zahl der untergebrachten Personen auf 10 600 Ende 2005 – ein Anstieg um knapp 300 % (Beneker 2006, GMK 2007). Manche Psychiater sprechen bereits fast zynisch von der Forensik als »Psychiatrie der Zukunft« (Kruse 2005), denn hier seien Behandlungsbedingungen und Nachsorgevorbereitung heute besser als in der Regelpsychiatrie. In diesen Kontext gehört, dass der Landesbeauftragte für den Maßregelvollzug in Nordrhein-Westfalen im Frühjahr 2007 eine Arbeitsgruppe eingesetzt hat, die folgender Hypothese überprüfen soll: »Hunderte von psychisch kranken Patienten werden in Deutschland straffällig und landen auf unbestimmte Zeit im Maßregelvollzug, weil ihre seelischen Störungen zuvor in den allgemeinpsychiatrischen

schen Krankenhäusern entweder nicht erkannt oder nicht lange genug behandelt wurden.« (NW 2007, Dönisch-Seidel et al. 2007)

- Durch eine Reihe fundierter epidemiologischer Studien ist auch für Deutschland belegt, dass wohnungslose Menschen weit überdurchschnittlich häufig von psychischen Störungen betroffen sind. Aktuelle Studien finden eine Punkt-Prävalenz von 73 % bis 88 % bei Männern (Völlm et al. 2004, Längle et al. 2005) und 71 % bei Frauen (Torchalla et al. 2004), am häufigsten sind substanzbedingte Störungen. Legt man die letzte vorliegende Schätzung von 122 000 Wohnungslosen in Einpersonenhaushalten und auf der Straße als (potenzielle) Klientel der Wohnungslosenhilfe zugrunde (BAG 2007), so sind ca. 92 000 von psychischen Störungen betroffen. Kritische Stimmen aus Psychiatrie und Wohnungslosenhilfe haben deshalb die Frage aufgeworfen, ob Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe nicht eigentlich psychiatrische Einrichtungen seien oder – polemischer – die neuen Schlangengruben der Gemeindepsychiatrie (Reker 1999).
- Alarmierend hoch ist die Zahl von Menschen mit psychischen Störungen im Justizvollzug. Eine aktuelle Studie in einer Bielefelder Justizvollzugsanstalt kommt zu Prävalenzraten psychischer Störungen von fast 82 % bei Männern und 86 % bei Frauen. Die Autoren sprechen auch von der »gestörten Mehrheit«. Auch hier spielen substanzbezogene Störungen die größte Rolle, aber auch psychotische Störungen (8 %) und affektive Störungen (17 %) sind sehr häufig. Hochgerechnet auf die ca. 80 000 Menschen, die bundesweit zu jedem Zeitpunkt im Justizvollzug untergebracht sind, ergibt sich, dass hier mindestens so viele Plätze mit psychisch kranken Menschen belegt sind wie in den psychiatrischen Krankenhäusern der Regelversorgung (von Schönfeld et al. 2006). Eine besondere Brisanz liegt darin, dass die Zahl der Menschen im Justizvollzug von ca. 67 000 in 2000 auf 74 000 in 2006 gestiegen ist, ein Zuwachs um 10 % (Statistisches Bundesamt 2007).
- Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe sind – schon aus demografischen Gründen – mit einer erheblichen Zunahme von Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Depressionen und Demenz, konfrontiert. Derzeit leben ca. 677 000 Menschen in Altenpflegeheimen (Statistisches Bundesamt 2007). Nach Studien zur institutionellen Prävalenz mit Daten aus den 1990er-Jahren wurde die Häufigkeit von demenziellen Störungen in Altenpflegeheimen auf knapp 50 % (Jakob et al. 2002) bzw. knapp 60 % (Weyerer et al. 2004) geschätzt. Gegenwärtig wird von mindestens 60 % (Statistisches Bundesamt 2005) bzw. zwei Drittel (Bickel 2006) ausgegangen. Für deren qualifizierte Versorgung sind die Leistungen der Pflegeversicherung nicht ausreichend, und es gibt Hinweise darauf, dass sowohl die Diagnostik als auch die fachärztliche Versorgung in Pflegeheimen erhebliche Mängel aufweist (Fischer 2007).
- Auch an der Schnittstelle zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie wird in den letzten Jahren eine

Zunahme von Kindern und Jugendlichen mit gravierenden psychischen und Verhaltensstörungen verzeichnet. So ist die Zahl der Plätze (stationär und teilstationär) in Fachkrankenhäusern/-abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie von ca. 5700 in 2000 um 21 % auf knapp 6900 Ende 2005 gestiegen (GMK 2007); die Fallzahlen für Hilfen bei (drohender) seelischer Behinderung nach § 35 a KJHG, die nur einen Bruchteil der Jugendhilfeleistungen insgesamt ausmachen, nahmen in Westdeutschland von 1999 bis 2002 um 12 % zu (Pluto et al. 2007) – beides, obwohl die Zahl der unter 18-Jährigen im gleichen Zeitraum abgenommen hat.

- Ein weiterer Aspekt der institutionellen Bewältigung psychischen Leidens ist die Einschränkung der bürgerlichen Freiheitsrechte der Betroffenen. Die Zahl der Unterbringungen nach den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder ist seit den 1990er-Jahren erheblich angestiegen. Dies gilt auch, wenn Unterbringungen in Pflegeheimen unberücksichtigt bleiben, und es gilt sowohl absolut als auch bevölkerungsbezogen. Dagegen blieb der Anteil der Unterbringungen an den jährlichen Aufnahmen in die Allgemeinpsychiatrie relativ konstant. Auffällig sind die z. T. erheblichen Unterschiede in den Unterbringungsraten zwischen den Ländern (Salize et al. 2007 b).

Die These von der Um- oder Reinstitutionalisierung psychischer Problemlagen ist demnach gut begründet, und es spricht nichts dafür, dass heute weniger Menschen mit psychischen Störungen in institutionellen Bezügen versorgt werden als zu Zeiten der Enquete. Dies scheint im Übrigen auch für andere westeuropäische Staaten zu gelten (Priebe et al. 2005).

Zwar sind Dauerhospitalisationen seltener geworden und es leben heute mehr Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Gemeinde, was für viele eine deutliche Verbesserung ihrer Lebens- und Betreuungsqualität bedeutet. Auf der anderen Seite gibt es alte und neue Tendenzen zur Ausgrenzung der »Schwierigen« in gemeindeferne Institutionen am Rande oder außerhalb der psychiatrischen Versorgung, die nicht in der Lage sind, den besonderen Unterstützungsbedarf, der sich aus der psychischen Störung ergibt, angemessen abzudecken.

Besonders problematisch an diesen Entwicklungen ist, dass sie Leitziele der bisherigen Reform wie Gemeindeintegration, Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe konterkarieren. Wie konnte es dazu kommen?

### **3. Die psychiatrische Versorgung ist nach wie vor gekennzeichnet durch mangelhafte Steuerung und problematische Anreizeffekte: Das Geld fließt primär in institutionelle Strukturen und zugunsten leichter erkrankter Menschen**

Trotz aller Kürzungsdebatten: Noch nie wurde in Deutschland so viel Geld für die psychiatrische Versorgung ausgegeben wie heute. Allerdings ist es methodisch außerordentlich schwierig, die durch psychische Störungen bedingten Kosten

zu erheben. Eine Schätzung, die sich auf administrative Daten stützt, kommt für 2002 auf 22,4 Mrd. Euro direkte Kosten (Salize et al. 2007a). Quasi induktiv gingen Melchinger et al. (2006) vor: Sie erhoben im Bezirk Oberbayern (München und Umland) die Aufwendungen von Krankenkassen und Sozialhilfeträgern für direkte Behandlungs- und Unterstützungsleistungen, rechneten sie für das Bundesgebiet hoch und kamen auf Gesamtkosten von jährlich knapp 11 Mrd. Euro, das entspricht etwa 13 Mill. Euro je 100 000 Einwohner. Auf die Krankenkassen entfallen davon 68 %, auf die Sozialhilfe 32 %<sup>2</sup>. Wohin fließt dieses Geld?

### Behandlung

Etwa 58 % der Krankenkassenaufwendungen entfallen auf die teure (teil-)stationäre Versorgung, davon wiederum bereits 11 % auf psychosomatische Kliniken oder Abteilungen – mit steigender Tendenz. Dabei sind die Aufwendungen der Rentenversicherung für die medizinische Rehabilitation (z. B. von Abhängigkeitskranken) nicht eingerechnet. Mit der Ausweitung im Bereich der stationären Psychotherapie/Psychosomatik ist quasi unter der Hand so etwas wie eine Zweiklassen-Psychiatrie entstanden. Denn Erhebungen in psychosomatischen Kliniken zeigen, dass dort – mit Ausnahme von Psychosen – die gleichen Störungen wie in den psychiatrischen Versorgungskrankenhäusern behandelt werden. Kliniken für Psychosomatik und Psychotherapie bzw. Reha-Kliniken behandeln jedoch leichter erkrankte Patienten, die flexibler und mobiler sind. Die Behandlung erfolgt zumeist gemeindefern und ohne Vernetzung mit dem ambulanten und komplementären Hilfesystem am Wohnort. Die dynamische Entwicklung dieses Versorgungssektors wird nicht zuletzt angetrieben von den wirtschaftlichen Interessen privater Klinikbetreiber sowie von Bundesländern, die sich davon mehr Arbeitsplätze in strukturschwachen Regionen erhoffen. So gibt es in Hessen derzeit bereits mindestens so viele Betten in Rehabilitationseinrichtungen für Psychotherapie und Psychosomatik wie in Fachkliniken für Psychiatrie/Psychotherapie! (Speier 2005). Auf diese Weise ist ein Markt entstanden, in dem Kliniken um »attraktive« Patientengruppen konkurrieren, profitorientierte Anbieter expandieren und die Versorgung chronisch kranker und »schwieriger« Menschen unattraktiv erscheint (Berger 2004, Eikelmann & Harter 2006).

Eine ganz ähnliche Dynamik, die sich in Zahlen allerdings noch drastischer ausnimmt, spielt sich im Bereich der ambulanten Behandlung ab. Lediglich 13 % der ambulanten Aufwendungen der Kassen entfallen auf Psychiatrie-Ziffern. Dies entspricht 46 Euro je Quartal und Patient oder 30 bis 40 Minuten. Damit ist eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung von z. T. schwer und dauerhaft gestörten Menschen nicht zu erbringen. Etwa 74 % der Aufwendungen oder 350 bis 400 Euro je Quartal und Patient werden für ambulante psychotherapeutische Leistungen aufgewendet (Melchinger et al. 2006). Aktuellen Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zufolge erhalten niedergelassene Psychiater ca.

65 Euro und psychologische sowie ärztliche Psychotherapeuten 468 Euro je Fall und Quartal (BVDN 2007).

Die enorme Ausweitung dieses Leistungsbereiches ist v. a. dem Psychotherapeutengesetz von 1998 geschuldet. Während die Zahl der niedergelassenen Psychiater und Nervenärzte seit Jahren bei knapp 5000 stagniert, örtlich sogar zurückgeht, ist die Zahl der niedergelassenen ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten auf 18 800 Ende 2005 gestiegen! Auffällig ist, dass die Ausgaben für Psychotherapien in der Stadt doppelt so hoch sind wie auf dem Land (was nicht unbedingt für eine bedarfsabhängige Steuerung der Leistungserbringung spricht) und drei Viertel der Ausgaben auf tiefenpsychologische Verfahren entfallen, die bei schwerer und chronisch psychisch kranken Menschen in der Regel nicht indiziert sind oder nicht zur Anwendung kommen (Melchinger et al. 2006, Eikelmann & Harter 2006).

Es könnte eingewendet werden, dass es ja die psychiatrischen Institutsambulanzen gäbe, die gerade für die Versorgung von chronisch kranken, häufig rückfälligen Patienten geschaffen wurden. Zwar steigt das Leistungsaufkommen der Ambulanzen an, insgesamt entfallen auf sie jedoch nur 2 % der ambulanten Aufwendungen der Krankenversicherung für psychische Störungen (Melchinger et al. 2006).

### Soziale Teilhabe

Auch im Bereich der Sozialhilfe fließt mit insgesamt 50 % der Löwenanteil der Aufwendungen in stationäre Leistungen. Etwa 18 % entfallen auf das ambulant Betreute Wohnen (einschließlich Hilfe zum Lebensunterhalt) und nur ca. 11 % auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (Melchinger et al. 2006). Alles in allem also ein deutlicher Trend zur Zwei-Klassen-Versorgung: Das Geld fließt nicht nur überwiegend in den stationären Bereich, sondern dort zunehmend in gemeindeferne Spezialangebote für weniger schwer gestörte Patienten. In der ambulanten Versorgung gilt unübersehbar das inverse care law: Je größer der Hilfebedarf eines Patienten, desto weniger Ressourcen stehen zur Verfügung. Wie wirkt sich die so weit grob skizzierte Versorgungssituation auf die Lebenssituation (chronisch) psychisch beeinträchtigter Menschen aus?

### 4. Die Lebenswirklichkeit vieler Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist gekennzeichnet durch soziale Exklusion

Versteht man unter sozialer Exklusion den Ausschluss aus wesentlichen sozialen Teilsystemen wie Arbeit, Wohnen, Partnerschaft und Familie, Bildung und Kultur, so kommt man um die Feststellung nicht herum, dass die Exklusion von psychisch kranken Menschen in den letzten Jahren zugenommen hat. Leider ist die soziale Lage psychisch kranker Menschen nicht in umfangreichen, repräsentativen Stichproben dokumentiert, deshalb als Schlaglicht einige Daten aus der Patientendokumentation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Bethel:

Berufliche Situation	2005		2006		
	abs.	%	abs.	%	
Berufstätig (Voll- oder Teilzeit)	595	15,4	607	18,1	
Ausbildung, Umschulung, Wehr-/Zivildienst	209	5,4	170	5,1	
beschützt beschäftigt	272	7,0	263	7,8	} ~ 70 %
arbeitslos	1780	46,0*	1508	44,9*	
EU/BU-Rente	689	17,8	542	16,2	
anderweitig ohne berufliche Tätigkeit	321	8,3	266	7,9	
	3866	100	3356	100	

Wohnsituation	2005		2006		
	abs.	%	abs.	%	
allein in Wohnung	1741	46,4	1950	49,3	} ~ 35 %
mit (Ehe-)Partner	865	23,0	910	23,0	
mit Eltern, Kindern, anderen Verwandten	486	12,9	478	12,1	
bei Bekannten, WG, ohne festen Wohnsitz	663	17,7	614	15,5	
	3755	100	3952	100	

\* ca. vier von fünf länger als zwölf Monate

	n	% w	Ø Alter
2005	4300	57,8	38,6
2006	4809	57,3	39,3

Psychisch beeinträchtigte Menschen sind also zu einem hohen Anteil arm und sozial isoliert bzw. marginalisiert. Auch umgekehrt gilt: Arme Menschen bzw. Menschen unterer sozialer Schichten sind häufiger und schwerer von psychischen Störungen betroffen als diejenigen der Mittel- und Oberschicht (Fryers et al. 2007). Dies gilt auch in Deutschland (Lampert et al. 2005). Armut und psychische Erkrankungen hängen also eng zusammen, unabhängig davon, welche Wirkungsrichtung man für diesen Zusammenhang annimmt.

Wenn nun »Gemeindepsychiatrie« mehr meint als wohnortnahe Behandlung und Betreuung, wenn es um gesellschaftliche Teilhabe und gleiche Chancen, um Inklusion psychisch kranker Menschen in die Gemeinschaft aller Bürger geht, dann fällt die aktuelle Bilanz des gemeindepsychiatrischen Programms ernüchternd aus. Anstelle der gesellschaftlichen Teilhabe ist für viele Betroffene die Integration in eine Subkultur getreten. Im günstigen Fall hat sich die Gemeindepsychiatrie unter der Hand in die »Psychiatrie-Gemeinde« verwandelt mit Wohn-, Arbeits- und Freizeitangeboten, die für die Betroffenen nur mehr ein Surrogat des »normalen« Lebens darstellen (Eikermann et al. 2005 a, Eikermann et al. 2005 b). Eine Frau mit Psychiatrieerfahrung nennt die sozialpsychiatrische Subkultur eine »Parallelwelt«:

»Es gibt weder Notwendigkeit noch Anlass, vielleicht auch keine Gelegenheit mehr, außerpsychiatrische Bezüge zu suchen ... Betroffene, aber auch Mitarbeiter, verlieren immer mehr den Kontakt und Bezug zu dem, was außerhalb dieses besonderen Rahmens geschieht. Die Mitarbeiter ..., denen ja eigentlich nur die Funktion

von befristeten »Ersatzspielern« im Leben des Betroffenen zugeordnet war, werden zum dauerhaften Familien-, Partner- oder Freundesersatz. Verhaltensweisen und Spielregeln werden nicht nur entwickelt, sondern auch für das außerpsychiatrische Leben empfohlen, die dort nicht gängig sind und mit Befremden betrachtet werden.« (Prins 2006)

Diese Situation – insbesondere, wenn sie mit Erfahrungen von Stigmatisierung einhergeht – wirkt nachteilig auf die psychische Gesundheit, wodurch eine Abwärtsspirale in Gang kommen kann bis hin zur Totalexklusion in der Obdachlosigkeit.

### 5. Gesellschaftliche Wandlungsprozesse erschweren die soziale Teilhabe und Inklusion von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Die mangelhafte soziale Teilhabe psychisch beeinträchtigter Menschen hat zweifellos ein komplexes Bedingungsgefüge:

- Die psychischen Störungen und damit einhergehenden Funktionseinschränkungen erweisen sich oft auch nach zahlreichen und langwierigen Therapie-, Reha- und Fördermaßnahmen als resistent.
- Konzepte und Eigendynamiken institutionalisierter Hilfen haben nicht selten sekundär behindernde Effekte (s. Hospitalismus). Spätestens dort, wo es um den Selbsterhalt von Diensten und Einrichtungen geht, lassen diese faktisch nur begrenzte Fortschritte ihrer Nutzer zu.
- Die wirtschaftliche Entwicklung mit hoher Sockelarbeitslosigkeit und einer sprunghaften Zunahme untypischer, teils prekärer Beschäftigungsverhältnisse erschwert die Inklusion gerade an ihrer Schlüsselstelle, der Teilhabe am Arbeitsleben.

Hinzu kommen längerfristig wirkende, subtilere dabei umso nachhaltigere und tiefgreifendere Veränderungen gesellschaftlicher Lebensformen, die gerade bei psychisch beeinträchtigten Menschen Inklusion erschweren oder ihr entgegenwirken. Dabei handelt es sich um einen Umbruchprozess, bei der zentrale Prämissen des sozialen Zusammenhalts, der kulturellen Normen und der persönlichen Lebensführung zur Disposition stehen. Dieser Prozess lässt sich schlagwortartig mit »Entbettung« (disembedding nach Giddens) bezeichnen und äußert sich einerseits in tiefgreifender Individualisierung und andererseits in explosionsartiger Pluralisierung von sozialen Lebensformen und Deutungsmustern (Keupp 2005). Er ist verbunden mit der Auflösung überkommener Sicherheiten, Normen und Rollenbilder und zugleich mit massiv erhöhten Anforderungen an Flexibilität, Mobilität, multioptionale Offenheit, Komplexitätstoleranz und allseitige Fitness.

Im Unterschied zu neoliberalen Verheißungen handelt es sich dabei um einen zutiefst ambivalenten Prozess, der für die Individuen Chancen auf (mehr) Inklusion, aber auch vermehrte Risiken und Gefahren der Exklusion mit sich bringt. Es liegt auf der Hand, dass Menschen diesen Anforderungen in unterschiedlichem Maße gewachsen sind, und es stellt sich

die Frage, ob die Verabsolutierung dieser Anforderung nicht selbst krankheitsfördernd wirkt. In jedem Fall haben es psychisch verletzte oder beeinträchtigte Menschen erheblich schwerer als andere, diesem Idealbild zu entsprechen, und werden in dem Maße auf der Strecke bleiben, wie es zum herrschenden gesellschaftlichen Leitbild wird.

**6. Bedarf an und Nachfrage von Behandlungs- und Unterstützungsleistungen bei psychischen Störungen nehmen zu, die von der Gesellschaft bereitgestellten Ressourcen dagegen werden nicht in gleichem Maße wachsen**

Wie ein Leitmotiv zieht sich durch die versorgungspolitische Debatte der letzten Jahre, dass die Nachfrage nach Behandlungs- und Unterstützungsleistungen für Menschen mit psychischen Störungen spürbar steigt:

**Behandlung**

Auf der Basis von Krankenkassendaten lässt sich ein deutlicher und stabiler Trend zur Zunahme von psychisch bedingten Erkrankungen feststellen. Eine vergleichende Auswertung der Gesundheitsreporte von fünf großen deutschen Krankenkassen zeigt, dass psychische Störungen bezogen auf die Arbeitsunfähigkeitstage aktuell im Schnitt die vierthäufigste Krankheitsgruppe darstellen, noch vor den Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems. Zwischen 2000 und 2004 liegt der relative Anstieg der Arbeitsunfähigkeits-Tage bei DAK, AOK und TK zwischen 20 und 27 % (Lademann et al. 2006). Unter den Versicherten der Betriebskrankenkassen hat sich der Anteil der Krankheitstage wegen psychischer Störungen seit Beginn der 1990er-Jahre verdoppelt und der Anteil am Krankenstand fast vervierfacht. Bei der DAK stieg die Zahl der Fälle von 1997 auf 2004 um 70 % (BKK 2006, DAK 2006). Die Brisanz dieser Zahlen wird noch dadurch unterstrichen, dass es bei den gesetzlichen Krankenkassen insgesamt eher gegenläufige Trends bei Krankenstand, Arbeitsunfähigkeit etc. gibt.

Diese Entwicklung ist zumindest zum Teil auf eine Zunahme der »wahren« Inzidenz/Prävalenz psychischer Störungen in der Bevölkerung zurückzuführen. Andere Teilursachen können sein, dass psychische Störungen in der medizinischen Primärversorgung heute häufiger entdeckt bzw. zuverlässiger diagnostiziert werden und dass die Scheu Betroffener zurückgegangen ist, wegen psychischer Probleme einen Arzt oder Psychotherapeuten aufzusuchen.

**Soziale Teilhabe**

Auch hier steigen stationär und ambulant die Fallzahlen stetig (s. dazu 2.). Dies ist nicht ausschließlich, aber zu einem Teil demografisch bedingt, weil eine neue Generation chronisch psychisch kranker Menschen im Seniorenalter heranwächst, nachdem die Vorgängergenerationen zu großen Teilen dem Genozid des nationalsozialistischen Regimes zum Opfer gefallen waren. Andere Gründe für die Fallzahlensteigerungen

dürften sein: Immer mehr Leistungen für psychisch kranke Menschen werden an die Sozialhilfe delegiert, weil vorrangige Leistungsträgerzuständigkeiten nicht (mehr) greifen, und immer mehr psychosoziale Notlagen werden in »seelische Behinderungen« umdefiniert, weil andere Unterstützungssysteme wegbrechen.

Angesichts dieser Trends stellt sich die Frage nach einer Um- oder Neuorientierung der Psychiatriereform. Dabei dürfte sich eine Hoffnung auf Problemlösung allerdings verbieten: Mehr Geld, das heißt überproportionale Steigerungen der Aufwendungen für die psychiatrische Versorgung, wird es angesichts des herrschenden sozialpolitischen Mainstreams und der Überschuldung der öffentlichen Hände absehbar nicht geben. Die meisten Behandlungs-Budgets sind heute bereits gedeckelt, Entgelte werden zunehmend pauschaliert, dem schwer abweisbaren Fallzahlenanstieg in der Eingliederungshilfe wird mit unterschiedlichen Strategien der Fallkostensenkung begegnet. Die psychiatrische Versorgung befindet sich in der Kostenfalle.

**7. Der bisher radikalste Schritt der Psychiatrie-Reform steht an: die konsequente Umsteuerung in Richtung auf ambulante, integrierte und durchlässige Behandlungs- und Unterstützungsleistungen**

Die Schlüsselfragen für die nächste Phase der Reform lauten: Wie kann der sozialen Exklusion psychisch beeinträchtigter Menschen wirksam entgegengewirkt werden? Wie können mehr betroffene Menschen qualitativ hochwertig bei gleichbleibenden oder sogar leicht sinkenden Ressourcen behandelt und unterstützt werden?

Wenn die Gemeindepsychiatrie an ihren Leitideen von sozialer Teilhabe und Inklusion festhält, so muss sie ihr Selbstverständnis und ihre Handlungskonzepte noch stärker an den skizzierten gesellschaftlichen Veränderungsprozessen ausrichten. Sie muss nicht nur qualifiziert helfen, sondern muss darüber hinaus

- der Fragmentierung und Funktionalisierung von sozialen Beziehungen entgegenwirken, indem sie Erfahrungen von Gemeinschaft ermöglicht, soziale Netzwerke – auch über die »Psychiatrie-Gemeinde« hinaus – stützt und stiftet und Netzwerkkompetenzen der Einzelnen fördert,
- Räume erhalten und schaffen, in denen soziale Erfahrungen von Respekt, Anerkennung, Geborgenheit und Zugehörigkeit unabhängig von der individuellen Anpassungs- und Leistungsfähigkeit möglich sind,
- Identitätskompetenz fördern im Sinne einer »aufgeklärten Umgangsweise mit bedrohter und gebrochener Identität« (Keupp 2005)<sup>3</sup>.

Die Schlüssel zur Lösung der strukturellen Probleme der psychiatrischen Versorgung liegen in der Überwindung ihrer Fragmentierung und Versäulung sowie bei der Umsteuerung von bisher institutionsbezogenen Ressourcen in personbezogene Unterstützungsleistungen.

### Behandlung

In der Akutbehandlung ist der zentrale Bezugspunkt bis heute das Krankenhaus. Dieses ist bei stetig sinkenden Verweildauern aber immer weniger in der Lage, über die akute Krisenintervention und Stabilisierung der Patienten hinaus die rehabilitative und psychotherapeutische Behandlung in erforderlichem Umfang sicherzustellen. Wirksame Behandlung erfordert gerade in der Psychiatrie häufig Zeit, meist jedoch nur begrenzte stationäre Abschnitte. Soll die Therapie teilstationär und/oder ambulant weitergeführt werden, kommt es wegen der institutionellen Versäulung gegenwärtig in der Regel zu Brüchen in der personellen und institutionellen Kontinuität. Alternativ entsteht hoher Abstimmungsaufwand an der Schnittstelle zwischen den beteiligten Institutionen, der immer weniger finanzierbar ist. Wegen des nicht selten chronisch-rezidivierenden Verlaufs psychischer Störungen muss der Fokus von der einzelnen stationären Episode und deren Kosten auf längere Zeiträume und die Gesamtbehandlungskosten pro Fall gelenkt werden.

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, und die stationäre oder teilstationäre Therapie wird zur zeitlich begrenzten Phase in einem integrierten Gesamtbehandlungsprozess. Die Klinik wird so zum Zentrum für ambulante komplexe Behandlung und verfügt zusätzlich über Behandlungs- und Schutzräume für den Tag oder die Nacht (Kunze & Kistner 2006, Kunze & Priebe 2006, Kunze 2007).

Hiermit wäre auch ein rationellerer Einsatz von therapeutischen Ressourcen verbunden, denn störungsspezifische Therapieprogramme müssten nicht mehr in jedem institutionellen Setting gesondert vorgehalten werden, was bei der Vielzahl heute verfügbarer störungsspezifischer Therapien auch gar nicht mehr möglich ist. Sie würden stattdessen übergreifend realisiert, und Patienten könnten daran unabhängig von ihrem jeweiligen Behandlungsstatus teilnehmen. Dieser Paradigmawechsel hin zum patientenorientierten Prozessmanagement stellt hergebrachte Abläufe und Strukturen radikal infrage. Denn letztlich erfolgt eine Ablösung der therapeutischen Leistungen von der Station, die so zum Ort für vorübergehend geschütztes Wohnen wird. Dementsprechend sind völlig neue Modelle der Klinikorganisation und der Prozesssteuerung zu realisieren (vgl. Kunze & Kistner 2006, Kunze 2007):

»Wenn man in der Klinik anfängt patientenorientiert zu arbeiten, kommt man in Konflikte mit den Zuständigkeiten, Besprechungen und Konferenzen, Stations- und Mitarbeiterzeitplänen, Dokumentationen, Gewohnheiten usw., kurz mit den als Kästchenkette (Schrebergärten) organisierten Abläufen.« (Kunze 2007, S. 151)

Für diesen Paradigmawechsel wären zwei Voraussetzungen enorm hilfreich:

- Die Finanzierung der Behandlung müsste sich vom belegten Bett/Platz und von der Behandlungsepisode lösen und sich

auf die Krankheitsperiode oder auf ein Zeitfenster (z. B. ein Jahr) beziehen. Es ist zu erwarten, dass die Einführung der DRG-Systematik in der somatischen Krankenversorgung auch Veränderungen für die Finanzierung der psychiatrischen Krankenhausbehandlung nach sich ziehen wird. Dabei würden Fallpauschalen nur für die (teil-)stationäre Behandlung falsche Anreizwirkungen haben, weshalb die Psychiatrie zu Recht aus der bestehenden DRG-Systematik herausfällt. Stattdessen wären andere Formen pauschaler Vergütung zu erproben/realisieren, z. B. für die Behandlung eines Patienten je Jahr, unabhängig vom Setting (Frick & Cording 2004, Kunze & Priebe 2004). Eine weitergehende Möglichkeit wären regionale Globalbudgets für Behandlung, wie sie gegenwärtig z. B. in Schleswig-Holstein erprobt werden (Roick et al. 2005).

- Die komplexe ambulante Behandlung müsste so organisiert sein, dass sie von einem multiprofessionellen Behandlungsteam sieben Tage in der Woche für 24 Std. im Lebensumfeld des Patienten verfügbar ist. Im englischsprachigen Raum wird dieses Leistungsspektrum unter dem Begriff home treatment gefasst. Zu Wirksamkeit und Kosten dieses Behandlungsansatzes liegt inzwischen eine beachtliche Evidenz vor. So könne die Zahl der stationären Behandlungstage um mindestens ein Viertel und die Kosten um ca. 40 % gesenkt werden (Wright et al. 2004, Berhe et al. 2005, Johnson et al. 2005, vgl. auch Rössler 2006). Außerdem zeigt sich home treatment hinsichtlich der Reduktion symptomatischer Beeinträchtigungen, der Wiederherstellung von sozialen Kompetenzen sowie der Patienten- und Angehörigenzufriedenheit der stationären Behandlung gleichwertig oder überlegen. In Deutschland wären die psychiatrischen Institutsambulanzen der geeignete Anknüpfungspunkt für die Realisierung. Über Umschichtungen von Mitteln aus der stationären Behandlung könnten diese Dienste und ihr Leistungsspektrum entsprechend ausgebaut werden.

### Soziale Teilhabe

Der Ausgangspunkt ist landauf, landab derselbe: Steigende Fallzahlen und Kosten veranlassen die Sozialhilfeträger zu Kostenbegrenzungen bzw. -reduzierungen. Diesem Trend werden die Leistungsanbieter letztlich nichts Wirkungsvolles entgegenzusetzen haben. Denn die Wiederkehr von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die in den 1970er- und 1980er-Jahren ein historisch beispielloses Wachstum des sozialen Dienstleistungssektors ermöglicht haben – dauerhaft hohes wirtschaftliches Wachstum bei »gesunder« Demografie und gleichzeitigem deficit spending der öffentlichen Hand –, liegt heute im Bereich der Utopie. Darüber hinaus existiert ein die politischen Lager übergreifender Konsens, die »Lasten« des Sozialstaates seien zu hoch und müssten nachhaltig gesenkt werden.

Wenn also (weitere) Einsparungen bzw. die Begrenzung von Kostensteigerungen letztlich unabweisbar sind, kommt es

entscheidend auf eine möglichst intelligente Steuerung der Versorgungsstrukturen und der Mittelverwendung an. Dabei gehen die Leistungsträger sehr unterschiedlich vor. Es kommt ein schwer überschaubarer Mix von plan- und marktwirtschaftlichen Strategien zur Anwendung (vgl. Regus 2006).

Eher marktwirtschaftlich orientierte Steuerungselemente:

- Mehr Wettbewerb durch Aufhebung des Vertragszwangs und Förderung von Trägerpluralität
- Ausschreibungsverfahren und rein preisgesteuerte Vergabe
- Modularisierung von Leistungen, Verpreislichung von Modulen
- Fokussierung der Ergebnisqualität
- »Wilde« Kommunalisierung ohne übergreifende Planungs- und Steuerungselemente.

Eher planwirtschaftlich orientierte Steuerungselemente:

- Preisdiktate, Entgeltdeckelungen/-senkungen
- Verfeinerung der Bedarfsermittlung und der Leistungsbeurteilung
- Pauschalierung von Entgelten bis hin zu Träger- oder Regionalbudgets
- Fokussierung von Struktur- und Prozessqualität
- Bürokratische Dokumentations- und Nachweispflichten
- Zielvereinbarungen zur Angebotssteuerung.

Diese oder andere Steuerungselemente sind nicht per se gut oder schlecht, sie sind vielmehr danach zu bewerten, welche (beabsichtigten und unbeabsichtigten) Wirkungen sie entfalten, und zwar bezogen auf Qualität und Kosten der Leistungen, aber auch bei Nutzern und Mitarbeitern. Da die Strategien variieren und z. T. sogar widersprüchlich sind, ist es derzeit kaum möglich, eindeutige Wirkungszusammenhänge herzustellen.

Dass es gerade in Zeiten hohen Kostendrucks möglich ist, Steuerungsimpulse mit – auch unter Nutzerperspektive – erwünschten Anreizwirkungen zu setzen, zeigt, die 2006 zwischen den überörtlichen Sozialhilfeträgern und der Liga der freien Wohlfahrtspflege abgeschlossene Rahmenzielvereinbarung: Abbau stationärer Plätze um 5 % in zwei Jahren, gezielte Erhöhung des Anteils ambulant Betreuten Wohnens.

Generell wird es weiter darum gehen, mehr Qualität bei gleichbleibenden oder gar sinkenden Entgelten zu realisieren – ein Effekt, der in der Wirtschaft als Produktivitätszuwachs gang und gäbe ist, der sich aber bei personalintensiven personbezogenen Dienstleistungen nicht unbegrenzt vorantreiben lässt. Als bedrohlich für den Fortbestand tragfähiger gemeindepsychiatrischer Unterstützungssysteme könnte sich dabei der Umstand erweisen, dass es den Leistungsanbietern immer noch schwerfällt, die Effizienz und damit Ergebnisqualität ihrer Strukturen und Prozesse überzeugend nachzuweisen (Greve 2006). Ausgehend von der Zielsetzung in § 1 SGB IX sollten Leistungsanbieter den Zusammenhang zwischen Ressourcenverbrauch einerseits und dem Ausmaß sozialer Teilhabe sowie der subjektiven Lebensqualität der Nutzer andererseits konkret belegen können. Hier besteht dringender Forschungsbedarf.

Bezogen auf die Mitarbeitenden zieht der Produktivitätsdruck zunehmend Phänomene nach sich wie Personalabbau und Arbeitsverdichtung, Flexibilisierung von Arbeitszeiten und -orten, Befristung von Arbeitsverträgen, geringere Bezahlung, Dequalifizierung etc. Auch dies ist aus der »freien« Wirtschaft lange bekannt, für die Sozialwirtschaft jedoch noch relativ neu und führt bei den Betroffenen nicht selten zu zunehmendem Stress, wachsenden Gesundheitsproblemen, Angst um den Arbeitsplatz, Motivationsverlust, Vereinzelung und unkritisch angepasstem Verhalten (vgl. Dinkhoff-Awiszus 2006, Schernus 2006). Der konstruktive Umgang damit stellt hohe Anforderungen an Führungskräfte nach innen.

Nach außen liegt eine strategische Herausforderung für die Leistungserbringer darin, sich nicht in unproduktive Konkurrenz hineintreiben und am Markt zerreiben zu lassen, sondern sich zusammenzutun und bisher ungenutzte Effizienzpotenziale zu erschließen. Das gilt fachlich, z. B. in der personenzentrierten Hilfeplanung, in Hilfeplankonferenzen und trägerübergreifendem Case Management. Es gilt aber auch betriebswirtschaftlich, z. B. über Anbieterverbände, Fusionen etc. – das Motto lautet also: Kooperation statt Konkurrenz, Verbund statt Vereinzelung (Greve 2006). Dies schließt Wettbewerb, z. B. bezüglich Nutzerzufriedenheit, Wirtschaftlichkeit etc. keineswegs aus.

Bei dieser Strategie geht es keineswegs nur um den Selbsterhalt von Diensten, Einrichtungen und Trägern, sondern sie ist eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung dafür, dem Ziel der Inklusion von schwer und chronisch psychisch beeinträchtigten Menschen näherzukommen. Nur die vernetzte und verbundförmige Organisation von Unterstützungsleistungen vor Ort ermöglicht auch schwer beeinträchtigten Menschen ein Leben außerhalb von Institutionen und damit soziale Teilhabe. Denn sie sind nicht in der Lage oder bereit, als Kunden am Sozialmarkt aufzutreten, sich ihren individuellen »Warenkorb« an Unterstützungsleistungen selbstbestimmt zusammenzustellen und verschiedene Leistungsanbieter zu koordinieren.

### **8. Soziale Teilhabe/Inklusion ist nicht ohne die aktive Solidarität der Zivilgesellschaft und ohne die Eigenverantwortung der betroffenen Menschen selbst zu verwirklichen**

#### **Die Solidarität der Zivilgesellschaft organisieren**

Professionalisierung und Institutionalisierung wurden in Deutschland mit den Bismarck'schen Sozialgesetzen ab 1880 das herrschende Prinzip zur Lösung der »sozialen Frage« (Dörner 2005). Vorher wurde die soziale Unterstützung armer, kranker, behinderter, unproduktiver und störender Personen weitgehend frei und solidaritätsgesteuert im sozialen Nahraum von Familie, Nachbarschaft, Gemeinde und Kommune sichergestellt. Im Zuge der Industrialisierung wurden die Bürger von dieser Tätigkeit zunehmend »freigestellt«. Statt Zeit wurde ihnen Geld (Steuern, Beiträge) zur Lösung der sozialen Probleme abverlangt. Dieser gesellschaftliche

Prozess hatte zweifellos für alle Beteiligten – Hilfebedürftige, Bürger und die Gesellschaft insgesamt – segensreiche Konsequenzen, und so dauerte die Erfolgsstory gut 100 Jahre. Seit den 1980er-Jahren erodiert die ökonomische und politische Basis dieser Lösung jedoch zunehmend, zugleich steigen die ökonomischen »Lasten«, z. B. durch die Zunahme chronisch kranker und dementer Menschen (Dörner 2005).

Bis heute wird in der Politik die Vorstellung aufrechterhalten, dass das Prinzip durch planwirtschaftliche Eingriffe (Kontrolle, Rationierung) und/oder marktwirtschaftliche Elemente (Wettbewerb) gerettet werden könne. Es mehren sich jedoch die Stimmen, die das Prinzip selbst infrage stellen und die die »Resozialisierung sozialer Unterstützung« als einzigen Ausweg aus der Ökonomisierungsfalle sehen: Bürger geben weniger Geld, dafür wieder mehr Frei-Zeit, von der viele ohnehin zu viel haben.

Hierin nun liegen eine Chance und zugleich eine Herausforderung für die Gemeindepesychiatrie. Die Chance besteht darin, mit dem Ausweg aus der Ökonomisierungs- und Professionalisierungsfalle zugleich mehr Teilhabe und Inklusion zu verwirklichen. Die Herausforderung ist, die Grenzen der eigenen Professionalität und die Endlichkeit der alten (institutionellen) Lösungen rigoros anzuerkennen. Dies bedeutet, einen Gutteil der Verantwortung für Teilhabe und Inklusion an die solidarische Bürgergesellschaft zurückzugeben und die Abkehr von einem Kernbestandteil des eigenen beruflichen Selbstverständnisses: »Alle zukünftigen Formen des Helfens haben einen Bürger-Profi-Mix darzustellen, was insbesondere für die Gesundheits- und Sozialprofis die Notwendigkeit eines Paradigmawechsels bedeutet: vom profi- zum bürgerzentrierten Konzept des Helfens« (Dörner 2006).

Dabei geht es freilich nicht darum, sich einseitig zu entlasten, sondern in der Mitverantwortung dafür zu bleiben, dass das Gemeinwesen seinen Teil derselben auch übernimmt und übernehmen kann, dass Bürgersolidarität trägt. Hierfür sind Kompetenzen und Arbeitsformen wie Gemeinwesenarbeit, Nachbarschaftshilfe und soziales Quartiersmanagement (wieder) nutzbar zu machen.

Es geht auch nicht darum, realer Exklusion eine naive Sozialutopie entgegenzusetzen, die sich auf moralische Appelle an den Gemeinsinn beschränkt, sondern es geht darum, Gemeinsinn zu stiften und Bürgersolidarität zu organisieren, um das praktische Bohren dicker Bretter in Nachbarschaft, Gemeinde und Kommune. Das Prinzip »Hilfe zur Selbsthilfe« ist nicht nur auf die einzelne Person zu beziehen, vielmehr muss nun die Bürgergesellschaft insgesamt, vor allem auf der kommunalen Ebene, befähigt, motiviert, unterstützt und begleitet werden (Regus 2006).

Das Potenzial engagierter und zum Engagement bereiter Bürger ist groß und wächst tendenziell. Zwar sind die meisten Engagierten Vertreter einer gut situierten Mittelschicht, zunehmend gibt es jedoch auch freiwillig Engagierte aus materiell schlechter gestellten Gruppen (Arbeitslose, Migranten). Bei Letzteren ist die (wenn auch geringfügige) ma-

terielle Anerkennung eine legitime Form der Unterstützung (Keupp 2007).

In dem Maße, wie es der Gemeindepesychiatrie gelingt, ihre Unterstützungssysteme im Gemeinwesen zu verankern und einen Teil der Aufgaben an die Zivilgesellschaft zurückzugeben, wird sich eine weitere Chance ergeben: die synergetische Vernetzung mit anderen Hilfesystemen, die – nolens volens – in die gleiche Richtung agieren, seien es Jugend-, Alten-, Wohnungslosen- oder Behindertenhilfe. Denn vom Ziel der gesellschaftlichen Teilhabe her gesehen, sind die Gemeinsamkeiten und Überschneidungen zwischen diesen Feldern größer als aus rein fachlicher Perspektive.

Bei der Überwindung des Profi- und Institutionszentrismus sind grundsätzlich zwei einander ergänzende Suchbewegungen zu berücksichtigen:

- Wie lassen sich bestehende soziale Räume/Aktivitäten stärker für psychisch beeinträchtigte Menschen öffnen/nutzen: vom Waschsalon um die Ecke über den Mittagstisch einer sozialen Initiative im Viertel über Aktivitäten der örtlichen Kirchengemeinde bis hin zu Veranstaltungen und Vereinigungen in Sport, Kultur und Politik?
- Wie lassen sich Bürger (mit oder ohne Bezahlung), aber auch Organisationen für die persönliche Begleitung und Unterstützung von psychisch beeinträchtigten Menschen gewinnen? Dass sich bürgerschaftliches Engagement auch für persönliche Unterstützungsleistungen mobilisieren und nutzen lässt, zeigen schon heute viele Beispiele: Familienpflege, Job- und Ausbildungspatenschaften, ausgelagerte WfbM-Arbeitsplätze in Betrieben des allgemeinen Arbeitsmarktes etc.

In beide Richtungen ist die Gemeindepesychiatrie über beachtenswerte Beispiele und Initiativen bis heute nicht wirklich hinausgekommen. Dies wird sich erst ändern, wenn diese Aufgaben zum selbstverständlichen und hochrangigen Bestandteil des beruflichen Selbstverständnisses und des Alltagshandelns psychiatrischer Profis wird. Um diesen nicht neuen, angesichts der gesellschaftlichen Herausforderungen aber erheblich unterentwickelten Teil ihrer Arbeit gut und wirksam tun zu können, brauchen Mitarbeitende Orientierung, Unterstützung und geeignete Qualifizierungsangebote. Dies stellt neue und hohe Anforderungen an Anbieter von Aus-, Fort- und Weiterbildungen.

#### **Eigenverantwortung und Selbsthilfe nachhaltig stärken**

Das SGB IX definiert Selbstbestimmung und Teilhabe als Oberziel der Hilfen für Menschen mit Behinderungen. Selbstbestimmung ist nur dann sozial eingebettet, wenn sie die Übernahme von (Mit-)Verantwortung für das eigene Leben und den aktiv handelnden Beitrag zu seiner Gestaltung einschließt.

»Hilfe zur Selbsthilfe« gehört somit zu Recht zum Credo aufgekärter psychosozialer Professionalität. Ebenso selbstverständlich gehören Ressourcenorientierung, partnerschaftliche Zusammenarbeit »auf Augenhöhe«, »verhandeln statt behan-

deln«, Empowerment etc. zumindest zum selbstverständlichen Sprachgebrauch psychiatrischer Profis. Ähnlich wie beim Thema »Solidarität der Zivilgesellschaft« besteht jedoch auch im individuellen Fall die Tendenz zur »doppelten Buchführung«: auf der einen Seite griffige Slogans und programmatische Konzepte, auf der anderen Seite die oft ernüchternd defizitorientierte, objektivierende und entmündigende Realität der Alltagspraxis, zu der institutionelle und bürokratische Zwänge ebenso beitragen wie Trägheitsmomente im professionellen Selbstverständnis und Qualifizierungsmängel.

Tatsächlich liegt eine kaum auflösbare Spannung zwischen Rechten auf der einen und der Angewiesenheit auf Hilfe/Bedürftigkeit auf der anderen Seite. Haben wir es mit »Sorgenkindern« zu tun oder mit »eigenverantwortlichen Bürgern«, die Rechte und Pflichten haben? Geht es um Fürsorge oder um Selbstsorge? Und ist die Anforderung an professionelle Helfer, Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten und sich damit »überflüssig« zu machen, nicht letztlich von einer profunden Paradoxie? Oder ist es eher so, dass die Förderung von Eigenverantwortung und Selbsthilfekompetenzen zu den anspruchsvollsten professionellen Aufgaben in der Psychiatrie überhaupt gehören? Sicher ist: An die Stelle von Slogans und Programmen müssen noch mehr konkrete und überprüfbare Praxiskonzepte treten: Wie fördert/fordert man »Eigenverantwortung« und »Selbsthilfe« von Nutzern im Alltag konkret, und woran ist der Erfolg dieser Bemühungen zu messen? Welche Arbeitsformen sind erprobt und evaluiert, und wie könnten professionelle Mindeststandards zur Förderung/Forderung von Eigenverantwortung und Selbsthilfekompetenzen in unseren Einrichtungen und Diensten aussehen?

Es gibt bereits eine Reihe von praktizierten Ansätzen und Methoden. Zum Beispiel:

- Systematische Beteiligung von Nutzern an der Behandlungs- und Hilfeplanung
- Psychoedukative Formen der Zusammenarbeit mit Betroffenen, Angehörigen, Familien, einschl. Selbstkontrollprogrammen bei substanzbezogenen Störungen
- Behandlungsvereinbarungen
- Unterstützung von und Zusammenarbeit mit Interessenvertretungen von Nutzern und Angehörigen, »Dialog«
- Unterstützung von und Mitwirkung bei unabhängigen Beschwerdestellen usw.
- Nutzer(bei)räte.

Die Verbreitung solcher und anderer Ansätze ist jedoch höchst unterschiedlich und ihre Wirksamkeit ist nicht durchgängig belegt. Es ist deshalb eine wichtige Zukunftsaufgabe der professionellen Psychiatrie, neue Ansätze zu entwickeln, bestehende weiterzuentwickeln, sie zu evaluieren und systematisch in die Regelversorgung zu implementieren.

»Solidarität der Zivilgesellschaft organisieren«, »Eigenverantwortung und Selbsthilfe nachhaltig fördern« – das sind vielleicht keine besonders originellen Rezepte, um der zunehmenden materiellen Not der Gemeindepsychiatrie neue Tugenden entgegenzusetzen. Vielmehr gehören diese und

ähnliche Postulate inzwischen zum Standardrepertoire von kritischen Analysten des Sozialstaates, vom neoliberalen Lager bis hin zu den Kirchen (z. B. Rat der EKD 2006). Die Breite des Konsenses nährt Skepsis und verweist auf ein Risiko: Die Forderung nach mehr Selbstverantwortung und -hilfe – des Einzelnen und der Civitas – könnte lediglich als Lückenbüßer für leere Kassen und Ratlosigkeit dienen. Rechte ohne Ressourcen zu besitzen, ist aber ein »grausamer Scherz« (Keupp 2005). Mehr Eigenverantwortung und mehr Selbst- und Bürgerhilfe werden ohne eine neue und neu qualifizierte Professionalität nicht zu realisieren sein. Diese wird auch in Zukunft Geld kosten – und so wird sich Gemeindepsychiatrie weiter in einem verschärften Verteilungskampf behaupten müssen.

### Anmerkungen

- 1 Die Entwicklung der Psychiatrie in Ostdeutschland wird hier nicht gesondert nachgezeichnet, denn sie folgte zeitversetzt der westdeutschen: Sie befand sich zum Zeitpunkt der Vereinigung etwa in dem Status wie die bundesdeutsche Psychiatrie vor der Enquete und adaptierte weitgehend die westdeutschen Versorgungsstandards und -strukturen – einschließlich deren Defizite.
- 2 Die Diskrepanz der Schätzungen der direkten Gesamtkosten ist frappierend und durch die unterschiedlichen Datenquellen, Kostenarten und Gegenstandsbereiche der Studien bedingt. In diesem Zusammenhang kommt es aber nicht auf die absolute Höhe, sondern auf den relativen Anteil der unterschiedlichen Kostenarten an.
- 3 »Wo aber Vertreibung aus gewachsenen Lebensverhältnissen, aus dem Erwerbssystem, aus der Heimat, aus dem gewohnten Wohnmilieu stattfindet, wo der Mensch ... kein inneres und äußeres Zuhause (mehr) hat, da wird lernender und wissender Umgang mit bedrohter und gebrochener Identität zur Lebensfrage.« (ebd. S. 39)

### Literatur

- BAG/Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (2007): Schätzung der Zahl der Wohnungslosen. Pressemitteilung
- BAGüS & consens (2004) Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2001 und 2002, unveröffentl. Typoskript
- BENEKER C (2006) Engpass in der Forensik – zu wenige Ärzte, immer mehr Inhaftierte. *Ärzte Zeitung* v. 09.06.
- BERGER M (2004) Bettenführende Abteilungen für Psychotherapeutische Medizin und ihre Auswirkungen auf die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung. *Nervenarzt* 8, 832–840
- BERHE T, PUSCHNER B, KILIAN R, BECKER T (2005) »Home treatment« für psychische Erkrankungen – Begriffsklärung und Wirksamkeit. *Nervenarzt* 76, 822–831
- BICKEL H (2006) Herausforderung Demenz: Zünder an der demografischen Zeitbombe? Präsentation bei der Tagung »Leben mit Demenz«, Ev. Akademie Tutzing
- BKK Bundesverband (2006) BKK Gesundheitsreport 2005 (Online-Version)
- BRAMESFELD A (2003) Wie gemeindenah ist die psychiatrische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland? *Psychiat Prax* 30, 256–265

- BVDN/Berufsverband Deutscher Nervenärzte (2007) Psychiatrische Institutsambulanz – Positionspapier
- DAK (2006) DAK-Gesundheitsreport 2005 (Presse-Mitteilung, online)
- Deutscher Bundestag (1972) Zwischenbericht der Enquete-Kommission zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (BT-Drucksache 7/4201)
- DINKHOFF-AWISZUS G (2006) Einsam oder gemeinsam? Das Sozialpsychiatrische Team in Zeiten der Individualisierung. *Soz Psychiat* 2, 30–33
- DÖNISCH-SEIDEL U, VAN TREECK B, GEELEN A, SIEBERT M, RAHN E, SCHERBAUM N, KUTSCHER S-U (2007) Zur Vernetzung von forensischer Psychiatrie und Allgemeiner Psychiatrie. *R&P* 25, 184–188
- DÖRNER K (2005) Das Menschenbild in der psychiatrischen Versorgung. *Gemeindenaher Psychiat* 26, 73–87
- DÖRNER K (2006) Kirche ohne Diakonie verliert die Erde – Diakonie ohne Kirche verliert den Himmel. *epd-Dokumentation* 13/06
- EIKELMANN B, HARTER C (2006) Entwicklung und Nutzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland – 10 Jahre auf einen Blick. *Nervenheilk* 25, 278–285
- EIKELMANN B, REKER T, RICHTER D (2005 a): Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker – Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts. *Fortschr Neurol Psychiat* (online)
- EIKELMANN B, ZACHARIAS-EIKELMANN B, RICHTER D, REKER T (2005 b): Ziel ist Teilnahme am »wirklichen« Leben. *Deutsches Ärztebl* 102, 1104–1110
- FISCHER T (2007) Aktenlage ungenügend – Demenzdiagnostik in Pflegeheimen. *Mabuse* 169, Sept./Okt., 27–31
- FRICK U, CORDING C (2004) Finanzierungsformen für die psychiatrische Versorgung: Konzepte, Evidenz und Erfordernisse. *Psychiat Prax* 31, 163–165
- FRYERS T, MELZER D, JENKINS R (2003) Social inequalities and the common mental disorders. A systematic review of the evidence. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38, 229–237
- GMK/Gesundheitsministerkonferenz der Länder, Hg. (2007) Psychiatrie in Deutschland – Strukturen, Leistungen, Perspektiven. Typoskript
- GREVE N (2006) Abwehrkämpfe werden wir verlieren! Vernetzt die Zukunft (mit-)gestalten: Verbundleistungen als gemeindepsychiatrischer Qualitätsstandard. *Soz Psychiat* 30 (2), 34–37
- HÄFNER H (2001) Die Psychiatrie-Enquete – historische Aspekte und Perspektiven. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Bd. 1. Bonn, Psychiatrie-Verlag
- JAKOB A, BUSSE A, RIEDEL-HELLER SG, PAVLICEK M, ANGERMEYER MC (2002) Prävalenz und Inzidenz von Demenzerkrankungen in Alten- und Altenpflegeheimen im Vergleich mit Privathaushalten. *Z Gerontol Geriat* 35, 474–481
- JOHNSON S, NOLAN F, PILLING S (2005) Randomized controlled trial of acute mental health care by a crisis resolution team: the North Islington crisis study. *BMJ online*
- KALLERT TW, LOOKS P, LEIBE M, HOFFMANN K, FRANZ M (2006) Enthospitalisierungsprozesse in deutschen psychiatrischen Großkrankenhäusern. Eine kritische Übersicht zur durchgeführten Begleitforschung. *Fortschr Neurol Psychiat* 74, 309–328
- KEUPP H (2005) Psychosoziales Arbeiten in einer Gesellschaft im Umbruch. *Psychoneuro* 31, 35–41
- KEUPP H (2007) Wege aus einer erschöpften Gesellschaft – eine Empowermentperspektive. *Verhaltensther & Psychosoz Prax* 39, 525–540
- KRUSE G (2005) Forensik – die Psychiatrie der Zukunft. *Sozialpsychiat Inform* 35 (2), 31–35
- KUNZE H, KISTNER W (2006) »Eine Herzensangelegenheit« – Die Psychiatrie auf dem harten Weg zum patientenorientierten Prozessmanagement. Vortrag auf der Tagung »Unternehmen Psychiatrie« am 13.06.2006 in Kassel, Typoskript
- KUNZE H, PRIEBE S (2006) Integrierte Versorgung – Perspektiven für die Psychiatrie und Psychotherapie. *Psychiat Prax* 33, 53–55
- KUNZE H (2007) Personenbezogene Behandlung in psychiatrischen Kliniken und darüber hinaus – Gute Praxis und Ökonomie verbinden. *Psychiat Prax* 34, 145–154
- LADEMANN J, MERTESACKER H, GEBHARDT B (2006) Psychische Erkrankungen im Fokus der Gesundheitsreporte der Krankenkassen. *Psychotherapeutenjournal* 2, 123–129
- LÄNGLE G, EGERTER B, ALBRECHT F, PETRASCH M, BUCHKREMER G. (2005): Prevalence of mental illness among homeless men in the community. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 40, 382–390
- LAMPERT T, SCHNEIDER S, KLOSE M, JACOBI F (2005) Schichtspezifische Unterschiede im Vorkommen psychischer Störungen. *Publ Health Forum* 49, 7–8
- MELCHINGER H, RÖSSLER W, MACHLEIDT W (2006) Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung – Ist die Verteilung der Ressourcen am Bedarf orientiert? *Nervenarzt* 77, 73–80
- NW/Neue Westfälische (2007) Durch den Rost gefallen. Nr. 82, 4
- PLUTO L, GRAGERT N, VAN SARTEN E, SECKINGER M (2007) Kinder- und Jugendhilfe im Wandel. Verlag Deutsches Jugendinstitut, München
- PRIEBE S (2003) Zukunft psychiatrischer Versorgung – Träume und Alpträume. *Psychiat Prax* 30, Suppl 1, S48–S53
- PRIEBE S, BADESCONYI A, FIORITTI A, HANSSON L, KILIAN R, TORRES-GONZALES F, TURNER T, WIERSMA D (2005) Reinstitutionalisation in mental health care: comparison on service provision from six European countries. *BMJ* 330, 123–126
- PRINS S (2006) Leitlinien der psychiatrischen Arbeit in Bielefeld – aus Sicht der Nutzer. Unveröffentl. Typoskript, Bielefeld
- Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland (2006) Befähigung zu Eigenverantwortung und Solidarität – Eine Denkschrift. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh
- REGUS M (2006) Gegenwartsprobleme und Zukunftsherausforderungen der Gemeindepsychiatrie. *Sozialpsychiat Inform* 36 (3), 2–6
- REKER T (1999) Warum beschäftigt sich die Psychiatrie mit »den Wohnungslosen«? *Sozialpsychiat Inform* 29 (3), 2–5
- RÖSSLER W (2006) Psychiatrische Versorgung nach Maß? *Die Psychiatrie* 3, 128–134
- ROICK C, DEISTER A, ZEICHNER D, BIRKER T, KÖNIG H-H, ANGERMEYER MC (2005) Das Regionale Psychiatrie-Budget: Ein Ansatz zur

- effizienten Verknüpfung stationärer und ambulanter Versorgungsleistungen. *Psychiatr Prax* 32, 177–184
- SALIZE HJ, RÖSSLER W, BECKER Th (2007 a) Mental health care in Germany. *Eur Arch Clin Neurosci* 257, 92–103
- SALIZE HJ, SPENGLER A, DRESSING H (2007 b) Zwangseinweisungen psychisch Kranker – wie spezifisch sind die Unterschiede in den Bundesländern? *Psychiatr Prax* 34, Suppl. 2, S196–S202
- SCHERNUS R (2006) Soltauer Impulse – zu Sozialpolitik und Ethik am Beispiel psychiatrischer Arbeitsfelder. *Gemeindenaher Psychiatrie* 27 (4), 55–64
- SPEIER R, Arbeitsgemeinschaft Ärztliche Leitungen der Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie (2005) Kritische Stellungnahme zum IGSF-Gutachten Psychotherapeutische Medizin (Psychosomatik) in Hessen. *Nervenarzt* 7, 909–912
- V. SCHÖNFELD C-E, SCHNEIDER F, SCHRÖDER T, WIDMANN B, BOTTHOFF U, DRIESSEN M (2006) Prävalenz psychischer Störungen, Psychopathologie und Behandlungsbedarf bei weiblichen und männlichen Gefangenen. *Nervenarzt* 77, 830–841
- TORCHALLA I, ALBRECHT F, BUCHKREMER G, LÄNGLE G (2004) Wohnungslose Frauen mit psychischer Erkrankung – eine Feldstudie. *Psychiatr Prax* 31, 228–235
- VÖLLM B, BECKER H, KUNSTMANN W (2004) Psychiatrische Morbidität bei alleinstehenden wohnungslosen Männern. *Psychiatr Prax* 31, 236–240
- WEYERER S, SCHÄUFELE M, SCHRAG A, ZIMMER A (2004) Demenzielle Störungen, Verhaltensauffälligkeiten und Versorgung von Klienten in Einrichtungen der Altentagespflege im Vergleich zu Heimbewohnern: Eine Querschnittsstudie in acht badischen Städten. *Psychiatr Prax* 31, 339–345
- WIENBERG G (2001) Vom Objekt zum Subjekt – aus Sicht eines psychiatrischen Professionellen. In: AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) 25 Jahre Psychiatrie-Enquete, Bd. 1. Bonn, Psychiatrie Verlag
- WRIGHT C, CATTY J, WATT H, BURNS T (2004) A systematic review of home treatment services. Classification and sustainability. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39, 789–796

#### **Anschrift des Verfassers**

*Günther Wienberg*  
*Bodelschwinghsche Anstalten*  
*TA Bethel*  
*Geschäftsführung*  
*Königsweg 1*  
*33617 Bielefeld*