

Margret Dörr

Soziale Arbeit
in der Psychiatrie

Reinhardt

UTB



UTB 2696

Eine Arbeitsgemeinschaft der Verlage

Beltz Verlag Weinheim · Basel
Böhlau Verlag Köln · Weimar · Wien
Wilhelm Fink Verlag München
A. Francke Verlag Tübingen und Basel
Haupt Verlag Bern · Stuttgart · Wien
Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft Stuttgart
Mohr Siebeck Tübingen
C. F. Müller Verlag Heidelberg
Ernst Reinhardt Verlag München und Basel
Ferdinand Schöningh Verlag Paderborn · München · Wien · Zürich
Eugen Ulmer Verlag Stuttgart
UVK Verlagsgesellschaft Konstanz
Vandenhoeck & Ruprecht Göttingen
Verlag Recht und Wirtschaft Frankfurt am Main
VS Verlag für Sozialwissenschaften Wiesbaden
WUV Facultas Wien

Margret Dörr

Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Ernst Reinhardt Verlag München Basel

Prof. Dr. *Margret Dörr*, Katholische Hochschule für Soziale Arbeit,
Saarbrücken

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

UTB-ISBN 3-8252-2696-4

ISBN 10: 3-497-01771-X

ISBN 13: 978-3-497-01771-3

© 2005 by Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, Verlag, München

Dieses Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG, München, unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen in andere Sprachen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Einbandgestaltung: Atelier Reichert, Stuttgart

Satz: Ute C. Renda-Becker, Lahnstein

Druck: Ebner & Spiegel, Ulm

Printed in Germany

ISBN 3-8252-2697-2 (UTB-Bestellnummer)

Ernst Reinhardt Verlag, Kemnatenstr. 46, D-80639 München

Net: www.reinhardt-verlag.de Mail: info@reinhardt-verlag.de

Inhalt

Vorwort der Herausgeber	9
1 Begriffserläuterungen und professionsbezogene Verortung	11
1.1 Psychiatrie	11
1.2 Sozialpsychiatrie	13
1.3 Gemeindepsychiatrie	16
1.4 „Psychische Krankheit“ versus „abweichendes Verhalten“	18
1.5 Gesundheit als gesellschaftlicher Zentralwert	22
1.6 Salutogenetische Perspektive	25
2 Strukturelle Merkmale und Arbeitsfelder	28
2.1 Sozialpsychiatrische Reformkultur	29
2.2 (Sozial-)psychiatrische Arbeitsbereiche	34
2.2.1 Voll- und teilstationäre Klinikpsychiatrie	34
2.2.2 Ambulante Maßnahmen und komplementäre Einrichtungen	36
2.3 Sozialpsychiatrische und psychosoziale Dienste	39
2.4 Krisen- und Notfallversorgung	41
2.5 Wohnheime und Übergangswohnheime für psychisch Kranke und Behinderte	44

2.5.1	Übergangs- bzw. Rehabilitationseinrichtungen	45
2.5.2	Betreutes Wohnen	47
2.5.3	Tagesstätten	49
2.6	Berufliche Rehabilitation und Arbeit: Trainingszentren, Werkstätten, Integrationsfirmen	51
2.7	Sozialpsychiatrische Beratungsstellen für ausländische MitbürgerInnen	55
2.8	Angehörige und Selbsthilfe	57
3	Zielgruppen der Sozialen Arbeit in der Psychiatrie	59
3.1	Kinder und Jugendliche	61
3.2	Alte Menschen	65
3.3	Psychiatrische Langzeitpatienten bzw. chronisch psychisch Kranke	68
3.4	Menschen mit Abhängigkeitsproblemen	72
3.5	Psychisch kranke StraftäterInnen – Menschen mit besonderem Rechtsstatus	74
3.6	MigrantInnen	76
4	Leitperspektiven Sozialer Arbeit im sozialpsychiatrischen Versorgungsnetz	79
4.1	Rechtliche und (be-)handlungsleitende Klassifikation als Leitlinien medizinisch- sozialpsychiatrischer Praxis	79
4.2	Empowerment	83
4.3	Lebensweltorientierung	85
4.4	Klinische Sozialarbeit	87
4.5	Soziale Anerkennung	89

5	Methoden und Handlungskompetenzen	92
5.1	Grundlagen professionellen Handelns Sozialer Arbeit im sozialpsychiatrischen Arbeitsfeld	93
5.2	Gesundheitsförderung und Salutogenese	94
5.3	Soziale Beratung und psychosoziale Betreuung	97
5.4	Biografiearbeit als Grundfigur sozialarbeiterischer Intervention	100
5.5	Sozial- bzw. Soziotherapie	103
5.6	<i>Case Management</i>	107
6	Rechtliche und ethische Aspekte Sozialer Arbeit mit „psychisch kranken Menschen“	110
6.1	Gesundheitsfördernde Politik durch Teilhabe behinderter Menschen	111
6.2	Rechtliche Aspekte Sozialer Arbeit in der Psychiatrie	113
6.2.1	Rehabilitation	113
6.2.2	Psychiatrisches Krankengesetz	117
6.2.3	Psychiatrie-Personalverordnung	118
6.2.4	Betreuungsgesetz	119
6.3	Ethische Aspekte Sozialer Arbeit in der Psychiatrie ...	122
7	Historische Aspekte der Psychiatrie in Deutschland	127
7.1	Das „Irrenhaus“ als Ort sozialer Ausgrenzung	128
7.2	Zum frühen Verhältnis von Psychiatrie und Pädagogik	129
7.3	„Heilung“ als Grundfigur medizin-psychiatrischer Disziplin(-ierung)	132

8 Inhalt

7.4	Ideen einer reformierten „Irrenfürsorge“ nach dem Ersten Weltkrieg	135
7.5	Die Funktion der Leitwissenschaft Eugenik im Nationalsozialismus	137
7.6	Frühe Nachkriegsjahre	138
7.7	Anfänge der Formierung einer Psychiatrie-Kritik und Bestandsaufnahme der Psychiatrie-Enquête	141
8	Ausblick	146
	Literatur	149
	Sachregister	164

Vorwort der Herausgeber

I Zur Buchreihe „Soziale Arbeit im Gesundheitswesen“

Gesund sein will jeder Mensch, und gleichzeitig ist Gesundheit ein gesellschaftliches Gut von hohem Rang. Erstaunlicherweise ist aber das, was der Einzelne und die Gemeinschaft dafür aufzuwenden bereit sind, erheblichen Schwankungen unterworfen. Erst im 19. Jahrhundert wurde Gesundheit zu einem öffentlichen Wert – und damit die Gesundheitssicherung zu einer öffentlichen Aufgabe. Gesundheitspflege und -fürsorge differenzierten sich dann im Verlauf des 20. Jahrhunderts zu einer *Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen* aus, die als präventive, kurative, rehabilitative, begleitende und nachsorgende „Gesundheitsarbeit“ wachsende Bedeutung erlangte. Im Kontext von Armut und Krankheit, Behinderung und sozialer Benachteiligung findet sie zu Beginn des 21. Jahrhunderts in ambulanten wie stationären Diensten vielfältigen Ausdruck. Die gesundheitsförderlichen Funktionen und Tätigkeitsbereiche zu präzisieren und ihre sozialarbeiterische Qualität zu steigern, sind – nicht zuletzt gestützt auf die gesundheitspolitische Agenda der Vereinten Nationen – dringliche Anliegen der Profession und Disziplin Sozialer Arbeit. In dieser Reihe bieten ausgewiesene Fachleute eine Grundorientierung in den wichtigsten Gesundheitsfeldern an und tragen damit zur weiteren Professionalisierung bei.

II Zum 8. Band: Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Das Handlungs- und Forschungsfeld der Psychiatrie ist vielschichtig, wenn nicht unübersichtlich, wie bereits der semantische Gehalt von Psychiatrie und in seiner Fortschreibung Sozialpsychiatrie zeigt. Die (sozial-)psychiatrischen Arbeitsbereiche gliedern sich facettenreich in voll- und teilstationäre Klinikpsychiatrie und in vielfältige ambulante Maßnahmen und komplementäre Einrichtungen. Margret Dörr gibt einen Überblick und Einblick in die unterschiedlichen Dienste bis hin zu sozialpsychiatrischen Beratungsstellen für auslän-

dische Mitbürger und zur Angehörigenarbeit. Einen ebenso knappen aber nicht nur beschreibenden Überblick liefert die Autorin zu den *Zielgruppen*. Kinder und Jugendliche, psychiatrische Langzeitpatienten, chronisch psychisch Kranke wie auch Migranten und Migrantinnen werden als Subjekte sichtbar, die erst durch den Kontakt zum Hilfe- und Kontrollsystem den Klienten- bzw. Patientenstatus erlangen.

Soziale Arbeit in der Psychiatrie impliziert Benennung und Herausarbeitung von *Leitperspektiven* im sozialpsychiatrischen Versorgungsnetz. Dies sind u. a. Empowerment, Lebensweltorientierung, Einzelfallorientierung wie auch Biographie und Zeitlichkeit als Prämissen klinischer Praxis – stets mit Blick auf das lebendige Subjekt im Erkrankungs- und Genesungsgeschehen. Entsprechend hat sich eine gesundheitsfördernde Soziale Arbeit in ihren methodischen Ausformungen an den persönlichen *und* sozioökonomischen Determinanten der psychisch kranken Menschen zu orientieren. Sie reichen von Armut, sozialer Ausgrenzung, traumatischen Gewalt- und Trennungserfahrungen in der frühkindlichen Entwicklung über prekäre soziale Einbindungen bis zum sozialen Abstieg. Eine methodische Grundfigur sozialarbeiterischer Intervention bildet die Biographiearbeit, aber auch die Sozial- bzw. Soziotherapie sowie das Case Management.

Die Frage nach dem „richtigen“ sozialberuflichen Handeln findet ihre Rahmung durch rechtliche Vorgaben und ethische Prinzipien, wobei das Gleichstellungsgesetz und das SGB IX hervorzuheben sind. Die *soziale Integration* ist dabei eine zentrale Aufgabenstellung von Sozialer Arbeit mit dem Ziel der Herstellung sozialer Gerechtigkeit und praktizierter Gleichheit für Menschen mit Behinderung. Der Band zeigt aber auch, dass die Umgangsweisen im Verlauf der Jahrhunderte je nach vorherrschenden Mythen sehr unterschiedlich waren. Sie reichten von sozialer Ausgrenzung („Irrenhaus“) über Fürsorgebemühungen nach dem 1. Weltkrieg, den Vernichtungsfeldzug in der Zeit des Nationalsozialismus (der ideologisch in Schriften zur Euthanasie schon vorbereitet war), die Psychiatriekritik der späten 1960er Jahre (die die kustodialen Versorgungsstrukturen anprangerte), bis zum Auf- und Ausbau eines bedarfsgerechten, ausdifferenzierten Systems sozialer Dienste, in denen der Sozialen Arbeit eine grundlegende Gestaltungsaufgabe zukommt.

Hans-Günther Homfeldt und Albert Mühlum
Trier und Heidelberg, im Mai 2005

1 Begriffserläuterungen und professionsbezogene Verortung

Im Kontext sozial- und gesundheitswissenschaftlicher Perspektiven werden im Folgenden zentrale Begriffe erörtert. Dabei wird eine erste Systematisierung die disziplinäre und professionelle Vielschichtigkeit und Widersprüchlichkeit des Handlungs- und Forschungsfeldes „Psychiatrie“ darlegen. Damit eine vorläufige Verortung Sozialer Arbeit im gesellschaftlichen Feld der „Psychiatrie“ vorgenommen werden kann, wird dieser Blick in professionsimmanenter Sicht entworfen, die zugleich eine Kritik an biomedizinisch-psychiatrische und (psycho-)pathogenetische Perspektiven impliziert. Des Weiteren wird dargelegt, inwiefern die Geschichte der Psychiatrie seit jeher von auseinander strebenden (Glaubens-) Richtungen geprägt ist, die jeweils ein eigenes Krankheitsmodell konstruiert haben. Als Folge entstand eine babylonische Sprachverwirrung, die auch die Versuche einer professionsbezogenen Verortung Sozialer Arbeit erheblich behindern. Als grober Ordnungsversuch wird zum einen die derzeitige Differenzierung zwischen *ambulanten*, *teilstationären* und *stationären* Settings skizziert, zum anderen werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede von „Antipsychiatrie“, „Sozialpsychiatrie“ und „Gemeindepsychiatrie“ erörtert.

1.1 Psychiatrie

Jeder Versuch einer systematisch angemessenen Ordnung im Handlungs- und Forschungsfeld „Psychiatrie“ verfängt sich in der disziplinären und professionellen Vielschichtigkeit und Widersprüchlichkeit dieses Feldes. Angesichts der Unübersichtlichkeit und Verschiedenartigkeit der disziplinären Zugänge und der Kontroversen der professionellen Interessen ist das Unterfangen, einen begründeten und fundierten Überblick über das „thematische Feld Psychiatrie“ zu geben, gleichermaßen notwendig wie schwierig. Wenn im

Weiteren der Begriff Psychiatrie verwendet wird, gilt es gleichwohl, den semantischen Gehalt dieses Wortes zu verdeutlichen:

- *Zum Ersten* ist Psychiatrie als Disziplin und Profession der Medizin zu sehen. Als medizinische Wissenschaft und als ärztliche Profession befasst sie sich mit Diagnose, Intervention und Prävention mentaler Krankheiten sowie mit deren Erforschung. Die medizinische Disziplin Psychiatrie versucht, das Phänomen Krankheit physiologisch zu erklären und zu behandeln und auf eine biologisch-naturwissenschaftliche Grundlage zu stellen – obgleich die hierzu notwendigen Methoden äußerst beschränkt bleiben. Der Mensch wird aus dieser Perspektive weitgehend reduziert auf einen Träger gestörter physiologischer Körperprozesse, die es zu diagnostizieren gilt. Aus dieser Sichtweise finden das Subjekt und sein Erleben als Untersuchungsgegenüber geringes Interesse. „Aber der wissenschaftliche Zugriff auf seelisches Leid führt in eine Sackgasse, wenn er nicht die menschliche Annahme von Leid zu seiner Voraussetzung hat.“ (Blasius 1986, 9). Diese Einseitigkeit führte mit dazu, dass die Betroffenen in Hospitälern bzw. Psychiatrien von den so genannten Gesunden abgesondert, etikettiert und unter Verschluss gehalten wurden und, wie im Nationalsozialismus, zwangssterilisiert und getötet werden konnten (Kap. 7). Die Entstehung der Profession „Psychiater“, einschließlich ihrer spezifischen professionellen Praxis, ist daher ohne die medizinische Disziplinbildung Psychiatrie nicht vorstellbar. Gleichzeitig ist ihre Geschichte jedoch nicht von der polizeilichen Ordnungsmacht, im Sinne einer innen- und ordnungspolitischen Verwaltung der „Armen und Irren“, noch von der Sozial- und Fürsorgepolitik plausibel zu trennen.
- Psychiatrie bezeichnet *zum Zweiten* einen konkreten sozialen Ort: Dies sind die psychiatrischen Hospitäler, Kliniken und Landeskrankenhäuser. An diesen Orten fließen die Erkenntnisse aus der Medizin(-forschung) in die Behandlung des Patienten ein. Die Psychiatrie als Klinik ist für die naturwissenschaftliche Medizin gleichsam der systematische Ort des Zusammenwirkens von und der Vermittlung zwischen Theorie und Praxis. Die Organisationsformen „Kliniken“ und „Hospitäler“ stellen daher eine elaborierte Institutionalisierung dar, die wesentlich zur gesellschaftlichen Etablierung der Psychiatrie als medizinische Disziplin und Profession beigetragen haben. An diesen Orten, die wohl bis heute – entgegen der manifesten professionellen Heilungsmetapher – eine der härtesten Formen manifester sozialer Kontrolle und institutioneller Verwahrung darstellen, halten sich Menschen auf, die, aus welchen Gründen auch immer, zu Adressaten klinisch-psychiatrischer Forschung und psychiatrischer Praxis geworden sind.

- *Zum Dritten* ist Psychiatrie als eine soziale Institution zu begreifen und damit als ein in Strukturen geronnenes soziales Denk-, Handlungs- und Beziehungsmuster (Schüle 1987). Institutionen zeichnen sich neben einer Zweckorientierung durch Norm- und Wertorientierung aus. Psychiatrie ist demnach ein gesellschaftliches Ordnungsmuster, das als Antwort auf soziale Fragen entstanden und folglich ein Resultat des Zusammenspiels von gesellschaftlichem Bedarf und Ressourcen ist. Institutionen sind für das Überleben und für eine differenzierte Fortentwicklung der Menschen unerlässlich: Sie garantieren Entlastung und sichern eine konstante Regelung komplizierter interaktioneller Vorgänge. Dabei ist eine Institutionalisierung eng verbunden mit der Herausbildung von Habitualisierungen und Typisierungen, die das Alltägliche ordnen, Routinen ermöglichen und damit bestimmte (implizite) Wissenszusammenhänge zur Verfügung stellen und andere wiederum ausblenden. Institutionalisierungen steuern entscheidend Wissensprozesse und Handlungsverläufe zwischen den Mitgliedern von Organisationen (Alheit/Hanses 2004). Psychiatrie als Ordnungsmuster ist in dieser Fokussierung als gesellschaftliche Organisation psycho-sozialen Leids zu begreifen. Sie ist als soziale Einheit von ihren Gesellschaftsmitgliedern hervorgebracht worden und wird durch diese am Leben erhalten. Dabei können jedoch in Strukturen geronnene Denk-, Handlungs- und Beziehungsmuster den Charakter einer überindividuellen Macht annehmen. Dann dienen sie nicht (mehr) der Entlastung alltäglicher Entscheidungsabläufe, sondern können für die betroffenen Menschen (Patienten und Mitarbeiter) eine Quelle von Leid werden (Leithäuser/Volmerg 1981; Mentzos 1988).

1.2 Sozialpsychiatrie

Im Zuge der kritischen Aufarbeitung der Zeit des Nationalsozialismus, unter anderem seitens der Studentenbewegung im Laufe der 60er Jahre, erfolgte auch Kritik an den psychiatrischen Denk-, Handlungs- und Beziehungsmustern. Die Woge des Protestes richtete ihr Brennglas auf die untragbaren und menschenunwürdigen Verhältnisse in der psychiatrischen Versorgung. Dabei wurden sowohl die „totale Verwaltung“ und die systematische Ausgliederung psychisch kranker Menschen in sozial randständige Institutionen, wie etwa den Landeskrankenhäusern, als auch die einseitig ausgerichtete Vertechnisierung psychischer Probleme durch eine nurmehr biochemisch orientierte und rein individuumzentrierte Medizin an-

geklagt. Insbesondere forderte der psychiatriekritische Diskurs die Befreiung aus den Leid bringenden institutionellen Einbindungen und trat vehement für das Ziel ein, Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Gesellschaft zurückzuholen und mit ihnen gemeinsam zu leben, da nur so Selbstbestimmung wirklich erreicht werden könne (Bosshard et al. 1999).

Entsprechend ist auch der Terminus „Sozial-Psychiatrie“ im Hinblick auf verschiedene inhaltliche Dimensionen zu begreifen (Dörner 1969):

- Zum einen bezeichnet der Begriff eine *theoretische* und *empirische* Wissenschaft, die sich mit psychischer Krankheit bzw. psychischen Leiden als sozialem Prozess befasst und folglich soziale Ursachen, Folgen und Behandlungsmöglichkeiten untersucht. Die soziale Dimension einer psychischen Abweichung oder Erkrankung, also die Bedeutung sozialer Faktoren für die psychische Gesundheit und Krankheit sowie die Prävention, gerät damit in den Mittelpunkt sozialpsychiatrischer Wissenschaft und Forschung. Zur Disziplinentwicklung zählen beispielsweise die psychiatrische Sozialepidemiologie einschließlich transkultureller Vergleiche sowie Studien zum Einfluss von Lebensbedingungen und mitmenschliche Beziehungen auf psychische Gesundheit und Krankheit.
- Zum anderen versteht man darunter eine *therapeutische Praxis*. Die Sozialpsychiatrie wird als ein Teilbereich der psychiatrischen Praxis begriffen, welche „Menschen mit psychiatrischen Störungen in und mit ihrer sozialen Umwelt zu verstehen und behandeln versucht“ (Ciompi 2001, 756). Diese Vertreter der Sozialpsychiatrie setzten insbesondere auf moderne Behandlung. Entsprechend interpretierte Finzen (1977, 35) die Empfehlungen der von der Bundesregierung 1971 eingesetzten Sachverständigenkommission, die 1975 ihre Empfehlungen vorlegte („Psychiatrie-Enquête“), als Hinweis auf einen Gesinnungswechsel, und zwar einen „Schritt von der Verwahrung zur Behandlung“.

Dieser Behandlungsgrundsatz der Sozialpsychiatrie tritt an die Stelle der ausschließlich symptom- und fallorientierten klassischen Psychopathologie. Dazu wird

- die traditionelle psychiatrische Diagnostik kritisiert und somit das ausschließlich medizinische Krankheitsmodell der Psychiatrie infrage gestellt,
- eine Humanisierung in der Begegnung mit den Adressaten gefordert,
- der Versuch unternommen, die psychiatrischen Patienten aus der Etikettierungsfalle zu befreien, indem

- die Betroffenen möglichst in der gewohnten Umgebung zu belassen sind.

Damit wird der Erkenntnis Rechnung getragen, dass psychisches Leiden im Rahmen sozialer Interaktionen (mit) hergestellt wird und sich ausschließlich in sozialen Interaktionen zeigt. Wie jede Erkrankung hat auch eine psychische Erkrankung Auswirkungen auf die soziale Lebenssituation und die Beziehung zu den Menschen, mit denen der Betroffene lebt und arbeitet. Des Weiteren können die sozialen Reaktionsmuster auf Lebensprobleme und -krisen in entscheidendem Maße die Sozialgeschichte einer „Störung“ determinieren. Sie stellen die gesellschaftlichen Kontingenzen dar, die einer Störung einen typischen „Karriereverlauf“ aufprägen, mit anderen Worten, eine negative Verlaufskurve produzieren. Und da psychisch kranke Menschen (und deren Familien) sinnhafte Bezüge zwischen Krankheitserfahrungen und ihrem Leben herstellen und auch ihr künftiges Handeln auf der Grundlage dieser Bedeutungen ausrichten, müssen – auf der Ebene der psychosozialen Wiedereingliederung – Subjektivität und Erfahrung als eigenständige Dimension in das wissenschaftliche und handlungspraktische Wissen (re-)integriert werden.

- Zum Dritten charakterisiert der Begriff eine *soziale Bewegung*, die auf die (Re-)Integration der psychisch Leidenden in deren soziale Realität zielt. Dieser Bewegung geht es darum, marginalisierten Menschen auf der sozialpolitischen Ebene Gehör zu verschaffen, ihr persönliches Leiden wahrnehmbar und öffentlich zu machen und ihre vollen Menschenrechte als Individuen durchzusetzen. Damit ist der moralisch motivierte Kampf um rechtliche Anerkennung insofern initiiert, als nunmehr auch Menschen mit psychischen Störungen bzw. Krankheiten ein Mehr an moralischer Zurechnungsfähigkeit zugestanden werden soll, damit sie als vollwertige Mitglieder eines Gemeinwesens an deren institutioneller Ordnung gleichberechtigt partizipieren können (Honneth 1990). Denn solange der „Trichter des Ausschlusses“ als Paradigma einer Anstaltsbehandlung weiter besteht, solange kann eine wirkliche Änderung der psychiatrischen Praxis nicht erreicht werden (Keupp 1979). Aus diesem Kontext heraus formulierten die sozialpolitisch ausgerichteten Vertreter der Sozialpsychiatrie ihre Kritik an die „Empfehlungen der Expertenkommission“. Sie machten schon früh auf die Irrwege einer totalen sozialpsychiatrischen Versorgungsplanung aufmerksam (Wulff 1980). Überlegungen einer Psychiatrie-Reform müssen an den Individuen und an deren alltäglichen Lebensverhältnissen ansetzen, damit Wege gebahnt

werden, die Betroffenen aus dem Zustand des „sozialen Todes“ herauszuholen.

Insgesamt lässt sich die Sozialpsychiatrie als ein Versuch interpretieren, die Entwicklung des dominanten medizinisch-psychiatrischen Paradigmas zu korrigieren, zu kompensieren oder umzukehren. Dabei ist das starke Aufleben des Interesses an dieser Entwicklung nicht allein dem Einfluss unzufriedener Kliniker und Forscher zu verdanken, sondern ist vor allem dem Druck von Nutzern der psychiatrischen Dienste und deren Familien geschuldet. Denn jene bestanden und bestehen zunehmend darauf, als primär Betroffene angehört und in Entscheidungsprozesse über die „Behandlungen“ einbezogen zu werden.

1.3 Gemeindepsychiatrie

Ausgehend von den USA hat sich im Zuge der *Mental-Health-Bewegung* (50er und 60er Jahre) die Idee einer *Community Psychiatry*, einer gemeindenahen Versorgung psychisch Kranker, entwickelt. Einen wesentlichen Einfluss in Deutschland hatten – im Zuge der Debatte um die Sozialpsychiatrie – Mosher und Burti (1992) mit der radikalen Umsetzung ihrer demokratischen Prämisse im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen. Sozialepidemiologische Gemeindestudien hatten auf den engen Zusammenhang zwischen sozialen Lebenslagen und psychischen Leiden aufmerksam gemacht. Auf der Grundlage, dass eine soziale Gemeinschaft auch für die in ihr lebenden psychisch Kranken Verantwortung übernehmen müsse, folgt daher konsequent, dass es eine Aufgabe der Gemeinschaft ist und bleiben muss, sich um das Wohlergehen und die Integration der erkrankten Menschen zu bemühen (Mosher/Burti, 1992; Mosher et al. 1994). Entsprechend sollen psychische Störungen dort behandelt werden, wo sie entstehen und sichtbar werden, d. h. im Lebensumfeld und in der sozialen Umgebung des Patienten und nicht in spezialisierten Institutionen oder gar hinter Anstaltsmauern (Misek-Schneider 1999, 385 ff).

Die Frage nach seelischer Gesundheit und Umwelt wird schlüssig in einen allgemeinen sozio-historischen Rahmen gestellt. Hierzu gehören die Überwindung der individuumzentrierten Auffassung von seelischer Gesundheit und die Einbeziehung der sozialen, öko-

nomischen und ökologischen Aspekte von Gesundheit und Krankheit. Bei der Frage nach Entstehung, Verhütung und Behandlung psychischer Erkrankungen müssen die sozialen Beziehungen, die Arbeits-, Wohn- und sonstigen Lebensverhältnisse sowie die kulturellen Prägungen und Gewohnheiten unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen in einem Gemeinwesen gleichermaßen berücksichtigt werden (Rappaport 1977). Folglich stehen die Lebensbedingungen im Gemeinwesen im Zentrum gemeindepsychiatrischer Überlegungen, sodass die Verhütung und Behandlung seelischen Leidens zum einen auf überlokaler Ebene und zum anderen auf der Ebene der Kommunen und Wohnquartiere (einschließlich Hausgemeinschaft und Familie) anzusiedeln ist. Ein wesentliches Ziel aus dieser Sicht einer Gemeindepsychiatrie ist die Überwindung des im Gesundheitssystem vorherrschenden „Reparaturmodells“ und die Entwicklung einer wirksamen Strategie der langfristigen Gesundheitssicherung. Dies ging einher mit einem radikalen Perspektivenwechsel: zum einen von Therapie und Rehabilitation zur Prävention seelischer Krankheit, zum anderen zur Auseinandersetzung mit den Bedingungen seelischer Gesundheit und damit zur Lebensqualität.

Nach Kardorff (2001) bedarf es der Entwicklung von Strategien, um die Idee der Psychiatrie in der Gemeinde umzusetzen. Zentrale Stichworte hierbei sind: Deinstitutionalisierung, Sektorisierung, Kontinuität und Koordination, Orientierung an den Bedürfnissen und Prävention (Priebe 1986). Diese strukturellen Veränderungen zielen darauf ab, die Würde der Betroffenen zu wahren und sie zu einer selbstständigen Lebensführung zu befähigen. Voraussetzung ist zum einen die Gleichbehandlung von körperlich und psychisch kranken Menschen, zum anderen der Vorrang von ambulanten vor teilstationären und stationären Versorgungsformen. Mit diesen Rahmenbedingungen wird angestrebt, differenzierte wohnortnahe Angebote bereitzustellen, die in einem eng kooperierenden Verbundsystem vernetzt sind, um dadurch weitest gehende Behandlungskontinuität zu gewährleisten und Hospitalisierungseffekte zu vermeiden. Eine regionale Versorgungsverpflichtung soll gewährleisten, dass die Verantwortlichkeit und die koordinierte Planung innerhalb des Versorgungsgebietes sichergestellt werden. Die notwendige Einheit von medizinischer, psychosozialer und beruflicher Rehabilitation soll durch multiprofessionelle Teams und interdisziplinäre Kooperation abgesichert werden. Zugleich wurde die ver-