

Behandlung im Lebensfeld: Beziehungsorientierte Behandlung

Matthias Heißler

Nach den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts und des Bundesgerichtshofs zur Zwangsbehandlung im Maßregelvollzug und Äußerungen des UN-Sonderberichterstatters über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe, Juan E. Mendéz, gibt es eine zunehmende Debatte (ZINKLER & KOUSSEMOU 2014) darüber, inwieweit grundlegende Menschenrechte in der Psychiatrie zu wenig beachtet werden. Verstärkt wird dieser Eindruck, wenn man das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (im Folgenden UN-BRK, siehe BGBl. II 2008, 1419 ff.) und andere internationale Quellen der Vereinten Nationen, der WHO oder psychiatrischer Vereinigungen heranzieht. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob unsere übliche Art, Psychiatrie zu betreiben, noch im Einklang mit den ethischen und menschenrechtlichen Rahmenbedingungen steht.

Zu menschenrechtlichen und ethischen Vorgaben

Den »Grundsätzen der Vereinten Nationen für den Schutz von psychisch Kranken und die Verbesserung der psychiatrischen Versorgung«, die am 17. Dezember 1991 durch die Resolution 46/119 der Generalversammlung verabschiedet wurden (vgl. WHO 2006, 157 ff.), lässt sich u. a. entnehmen, dass »jeder Patient das Recht (hat), in einer so wenig restriktiven Umgebung und mit so wenig restriktiven beziehungsweise eingreifenden Methoden behandelt zu werden, wie dies ... angemessen ist«, und zwar auch im Hinblick auf die Sicherheit von Anderen (UN-Grundsatz 9 Abs. 1). Ein Patient soll möglichst »in der Gemeinschaft, in der er lebt, behandelt ... werden« (UN-Grundsatz 7 Abs. 1). Maßstab ist die »beste verfügbare psychiatrische Versorgung, die Bestandteil des Systems zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung sein soll« (UN-Grundsatz 1 Abs. 1).

Gemäß *Erklärung der World Psychiatric Association von Madrid über ethische Standards in der psychiatrischen Praxis* (WHO 2006, 166 ff.) – verabschiedet durch die Generalversammlung am 25. August 1996 – ist die Psychiatrie »eine medizinische Disziplin, die die Bereitstellung der besten Behandlungsmethoden für psychische Störungen, die Rehabilitation psychisch kranker Menschen und die Förderung der psychischen Gesundheit zu ihren Aufgaben zählt« (Ziff. 1 der Madrider Erklärung). »Niemand darf wegen einer psychischen Krankheit diskriminiert werden« (UN-Grundsatz 1 Abs. 4). »Diskriminierung aufgrund von Behinderung« bedeutet nach Art. 2 UN-BRK »jede Unterscheidung, Ausschließung oder Beschränkung aufgrund von Behinderung, die zum Ziel oder zur Folge hat, dass das auf die Gleichberechtigung mit anderen gegründete Anerkennen, Genießen oder Ausüben aller Menschenrechte und Grundfreiheiten im politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, bürgerlichen oder jedem anderen Bereich beeinträchtigt oder vereitelt

wird. Sie umfasst alle Formen der Diskriminierung, einschließlich der Versagung angemessener Vorkehrungen.« Als »angemessene Vorkehrungen« definiert Art. 2 UN-BRK »notwendige und geeignete Änderungen und Anpassungen, die keine unverhältnismäßige oder unbillige Belastung darstellen und die, wenn sie in einem bestimmten Fall erforderlich sind, vorgenommen werden, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen alle Menschenrechte und Grundfreiheiten genießen oder ausüben können.« Deshalb wird ein partnerschaftlicher Umgang mit jedem Patienten gefordert: Jeder individuelle Behandlungsplan soll mit dem Patienten diskutiert werden nach dem Prinzip der am besten zur Verfügung stehenden Behandlungs- und Versorgungsform. Ziel ist die Förderung der persönlichen Autonomie des Patienten (z. B. Art. 12 Abs. 2 UN-BRK). Wenn Patienten dafür Unterstützung und Assistenz brauchen, ist ihnen diese selbstverständlich zur Verfügung zu stellen (vgl. im Einzelnen Art. 19 UN-BRK). Das soll behinderten Menschen die »volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft erleichtern« (Art. 19 UN-BRK).

Jeder Patient soll, wenn irgendwie möglich, in der Gemeinde, in der er lebt, in der Nähe von seinen Angehörigen und Freunden behandelt werden. Damit wird zugleich das Selbstbestimmungsrecht des Kranken gewahrt, das aus dem Recht der freien Entfaltung der Persönlichkeit hervorgeht. Wenn eine stationäre Behandlung erforderlich wird, soll diese möglichst freiwillig sein und in der gleichen Weise erfolgen, wie Bürger ansonsten klinisch behandelt werden. Zwangsmaßnahmen dürfen nur als letztes Mittel erfolgen, wenn alle anderen Maßnahmen ausgeschöpft sind. Es muss vorher alles versucht werden, »um eine zwangsweise Einweisung zu vermeiden« (UN-Grundsatz 15 Abs. 1). Das Bundesverfassungsgericht führt hierzu unmissverständlich aus: »Die medizinische Behandlung eines Untergebrachten gegen seinen natürlichen Willen (kurz: Zwangsbehandlung) greift in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit ein (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG). Dieses Grundrecht schützt die körperliche Integrität des Grundrechtsträgers und damit auch das diesbezügliche Selbstbestimmungsrecht. Zu seinem traditionellen Gehalt gehört der Schutz gegen staatliche Zwangsbehandlung (vgl. BVerfGE 79, 174 <201>)« (BVerfG R&P 2011, 169). Dieser Eingriff ist nur erlaubt, wenn ein psychisch kranker Bürger »zur Einsicht in die Schwere seiner Krankheit und die Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen oder zum Handeln gemäß solcher Einsicht krankheitsbedingt nicht fähig ist« (BVerfG R&P 2011, 170). Vor jeder Zwangsbehandlung bzw. Zwangsunterbringung »muss der ernsthafte, mit dem nötigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks ... unternommene Versuch vorausgegangen sein«, eine »auf Vertrauen gegründete Zustimmung« des Patienten zu erreichen – so das Bundesverfassungsgericht (BVerfG R&P 2011, [172]).

Nach diesen ethischen und rechtlichen Standards, die den »Prinzipien zum Schutz von Personen mit psychischen Erkrankungen« der Vereinten Nationen, dem Grundgesetz, der Madrider Erklärung von 1996, der UN-Behindertenrechtskonvention und den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichtes bzw. des Bundesgerichtshofs (z. B. BGH R&P 2012, 206 ff.) entnommen sind, stellt sich die Frage, warum

in Deutschland z. B. *akutes Home-Treatment* noch nicht als elementarer Bestandteil psychiatrischer Versorgung und Alternative zu einer stationären Behandlung mit eventueller erforderlicher Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung eingeführt ist (JOHNSON et al. 2008).

Mobile Kriseninterventionsteams

Im Unterschied zu Deutschland gehört Home-Treatment in England, den skandinavischen Ländern, den Niederlanden, Australien, Neuseeland, USA, Italien und Belgien zu den elementaren Bestandteilen psychiatrischer Standardversorgung.

Kern ist ein mobiles Kriseninterventionsteam, das binnen 24 Stunden im Lebensfeld des Patienten tätig werden kann. Die Teams müssen in der Lage sein, schnelle und verlässliche Hilfe zu gewährleisten. Deshalb ist ein Arzt als beständiges Mitglied eines multiprofessionellen Teams unverzichtbar (BURNS 2013).

Mobile Kriseninterventionsteams oder – wie sie im Englischen heißen – »Crisis-Resolution-Teams« wurden in Sydney/Australien (HOULT 1983) erfunden, haben sich in Birmingham und London bewährt und wurden in North Islington durch eine vergleichende Untersuchung mit South Islington wissenschaftlich »geadelt« (JOHNSON et al. 2005, JOHNSON 2008 b). Nachdem sich herausgestellt hatte, dass Crisis-Resolution-Teams in hohem Maße stationäre Behandlungszeit einsparen, wurden sie flächendeckend in England eingeführt. Bedenken machte damals eher, ob sie im ländlichen Bereich genauso gut wirken wie in der Stadt (14 Mitarbeiter für 140.000 Einwohner). Dies lässt sich nach neueren Erkenntnissen eindeutig bejahen, vor allem wenn man sie dezentral sektoriell organisiert. In England wird zurzeit überprüft, ob diese mobilen Teams verfassungsgemäß sind, weil Suchtpatienten und alte Menschen vom Home-Treatment routinemäßig noch ausgeschlossen werden (Vorwurf der Diskriminierung).

Regionales Budget in Geesthacht

In Geesthacht wurden unter dem Dach eines Regionalen Budgets (seit 10/2008) mittlerweile 4 sektoriell arbeitende »Mobile Kriseninterventionsteams« gebildet, die ohne Ansehen der Diagnose (Patienten mit psychischen Erkrankungen im engeren Sinn, über Suchtkranke bis hin zu alten Menschen, einschließlich Menschen mit dementieller Entwicklung) *den Ort des Lebens zum Ort der Behandlung zur rechten Zeit* (Krise) machen. Neben dem stationären Bereich (ca. 1.000 Fälle/Jahr) hat sich eine auch aufsuchende Institutsambulanz entwickelt (Patienten 2008: 2.800 pro Jahr; 2013: >4.200 pro Jahr), und es gibt flankierend dazu fünf dezentral gelegene Tageskliniken, darunter eine, die sieben Tage in der Woche geöffnet ist, sowie eine psychosomatische Tagesklinik, die einzige im Norden, die in der Zwischenzeit ebenfalls Home-Treatment praktiziert.

Durch diese und andere Elemente im Lebensfeld sind während der letzten sechs Jahre über zehntausend stationäre Krankenhausbehandlungstage »weggeschmolzen«

(statt 18.000 < 8.000 stationäre Behandlungstage). Im Kontext eines Regionalen Budgets ist für die Versorgung des Kreises Herzogtum-Lauenburg mit 188.000 Einwohnern nur noch eine Station erforderlich, die durchschnittlich mit 20 Betten belegt ist.

Die Verweildauer beträgt weniger als sieben Tage, obwohl auch Patienten auf der Station sind, die fast ein Jahr, genau 344 Tage, dort behandelt werden müssen. Solche Kennziffern, behaupten viele, gehen mit verstärkten Wiederaufnahmen einher. Dies ist jedoch – nachweislich – falsch: Die Zahl der Wiederaufnahmen ist während der letzten sechs Jahre nicht gestiegen, sondern um 1 bis 2 % gesunken. Ca. 72 % der Patienten werden seit Jahren nur einmal im Jahr, ca. 15 % zweimal im Jahr, ca. 8 % dreimal und der Rest, ca. 4 %, viermal und mehr stationär behandelt. Die insoweit gemachten Erfahrungen werden auch durch Zinkler bestätigt, der dargelegt hat, dass es zwischen Wiederaufnahmen und Verweildauer keinen zwingenden Zusammenhang gibt (ZINKLER 2008).

Obwohl alle psychisch Kranken des Kreises mit und ohne zwangsweise Einweisung auf die einzig verbliebene Station müssen, ist die Station überwiegend offen.

Die Station hat sich bei der Großküche abgemeldet und versorgt sich ähnlich einem Haushalt selber. Die Patienten kaufen ein und kochen selber, morgens, mittags, abends: ein Stück Soteria- bzw. Windhorse-Kultur auf einer Akutstation.

Während der letzten sechs Jahre gab es stationär zwei Suizide bei etwas mehr als 1.000 Aufnahmen jährlich. Üblich ist – und so war es auch bei uns vorher –, dass pro Tausend Aufnahmen ein bis zwei Patienten pro Jahr sich suizidieren. Weiterhin lässt sich feststellen, dass die Anzahl der Tage, an denen Patienten zwangsweise untergebracht sind, rückläufig ist. Während bis Oktober 2008 vor Etablierung der mobilen Kriseninterventionsteams ca. 100 Patienten jährlich zwangsweise eingewiesen wurden und diese Patienten auch tatsächlich bis zum Ende des richterlichen Beschlusses (meist 2–4 Wochen) auf der Station verblieben, werden seit ca. sechs Jahren nur noch 40–50 % länger als 24 Stunden zwangsweise auf der Station behandelt und dies zudem insgesamt kürzer als vorher) (im Jahr 2008: 95; im Jahr 2009: 57; im Jahr 2010: 59; im Jahr 2011: 53; im Jahr 2013: 49).

	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>
<u>Vorläufige Unterbringung durch SpD</u>	125	97	103	96	118	120
Psych-KG (Klinik)	95	57	59	53	–	49

Warum also soll ein Patient zwangsweise eingewiesen werden, wenn er mit Home-Treatment (über ein mobiles Kriseninterventionsteam) auch zuhause behandelt werden kann? Durch Aufsuchen der Patienten im Lebensfeld lässt sich die Behandlung für den Patienten und seine Bezugspersonen gewaltärmer, angenehmer, effektiver und mit nachhaltigerer Wirkung gestalten. Dieses Behandlungssetting wahrt somit Inklusion in hohem Maße und greift zum Mittel der Exklusion nur noch dann, wenn unbedingt nötig.

Person, Lebensfeld und Krise

Der Mensch lebt nicht allein auf der Welt. »... Der Mensch als Person existiert notwendig in sozialen Bezügen« (BVerfGE 125, 175, 223). Jeder Mensch ist Teil seiner Um-Welt, die ihn beeinflusst bzw. auf die er selber einwirkt und die er gestaltet. Mit ihr ist er vielfältig verbunden, so dass sie ihm zur Mit-Welt wird. Jeder Mensch ist jedoch mehr als er wahrnimmt (Polany, Eagleman). Jeder Mensch nimmt aus seiner Umwelt Eindrücke wahr, die zum Teil widersprüchlich und extrem gegensätzlich sind. Weil aber Menschen nach Harmonie streben, versuchen sie widersprüchliche Eindrücke aufzuklären, wegzufiltern bzw. auszumerzen. Und oft oder vielleicht sogar in der Regel, beginnen sie Geschichten zu erzählen, die als Geschichten Widersprüchlichkeiten bzw. gegensätzliche Eindrücke aufheben. Dies gelingt Menschen in der Regel nach Gazzaniga ganz gut. Manchmal sind jedoch die Eindrücke so widersprüchlich, so konträr, dass ihnen keine passende Lösung einfällt und sie schließlich diese Widersprüchlichkeiten als Symptome bzw. als Leid ausdrücken, gewissermaßen aus Mangel an Alternativen zu antworten.

Beispiel:

Herr M., 92 Jahre alt, ehemals Rechtsanwalt, zum 2. Mal seit ca. 50 Jahren verheiratet, drei Kinder aus erster Ehe, spricht plötzlich nur noch Plattdeutsch, nässt und kotet ein. Er ist verwirrt, wehrt sich gegenüber seiner Frau, die ihn abhalten will aus dem Haus zu gehen. Er scheint nur noch seine Tochter und seine Geliebte zu erkennen. Er wirkt dement, so dass die Familie nach einem Krankenhausaufenthalt eine Heimunterbringung in die Wege leitet. Ein Sohn will ihn sogar geschlossen unterbringen. Hintergrund:

Herr M. hat mehrere Geliebte, darunter Frau D., mit der er seit ca. 25 Jahren verbunden ist. Mit Frau D. hat er vor kurzem einen Testamentsentwurf aufgesetzt und sich dabei auch ein bisschen bedacht. Nach mehreren Stürzen musste Frau D. kurzfristig in einem Krankenhaus behandelt werden. Danach hat sie Kontakt zu ihrem Neffen aufgenommen und mit ihm zusammen (?) beschlossen, den Kontakt zu Herrn M. nach 25 Jahren abzurechnen und ihm alle Vollmachten zu entziehen (Konto-Betreuungsvollmacht, Wohnungsschlüssel, ...). Ihr Neffe tauchte bei Herrn M. auch zu Hause auf und hat ihm den Beschluss von Frau D. vorgetragen mit der Bitte ihm Schlüssel, Scheckkarte und Betreuungsvollmacht auszuhändigen. Mit Frau D. konnte Herr M. danach, auch telefonisch, keinen Kontakt mehr aufnehmen.

Dieses Vorgehen hat Herrn M. so zugesetzt, dass ihm das nicht nur »die Sprache verschlagen hat«, sondern sogar, dass er dabei »seinen Verstand« verloren hat. Er sprach kein Hochdeutsch mehr, erkannte nur noch wenige Familienmitglieder, war verwirrt, nassete und kotete ein.

Im Gespräch mit seiner Frau, seiner Geliebten und seiner Tochter konnten die Ereignisse andeutungsweise rekonstruiert werden. Wir hatten den Eindruck, dass durch das Verhalten von Frau D. und ihrem Neffen (und anderer Umstände), die Widersprüchlichkeiten, »Dis-harmonien«, die »Inkonsistenzen« (Enttäuschung, Wut, Ärger, Intrige, Missverständnis,...)

so groß waren, dass Herr M. die Fähigkeit, sich abstrakt ein Bild von der Welt zu machen, verloren hat. Herr M. hatte nicht mehr die Möglichkeit, widersprüchliche Wahrnehmungen und Erlebnisse zu vereinheitlichen. Die Erlebnisse waren sogar so widersprüchlich, dass sie sich quasi gegenseitig gelöscht haben. Dabei wurde insgesamt das Vermögen von Herrn M. zu abstrahieren, narkotisiert (Emrich, 2008). Ohne die Fähigkeit das Leben als Er-Leben fassen zu können, ohne das Vermögen sich ein Bild von der Welt zu machen, war er auf seine basalen Fähigkeiten zurückgeworfen, mehr oder weniger zu leben, wie es kommt (konkreter Lebensmodus).

Wir boten Herrn M. und seiner Familie an, mit Frau D. Kontakt aufzunehmen und nachzufragen, was passiert ist (Ziel: Reduktion von Disharmonien bzw. Inkonsistenzen). Dies gelang über eine Nachbarin. Frau D. warf Herrn M. vor, sie auszunutzen, wobei nicht geklärt werden konnte, ob tatsächlich oder nur befürchtet (verunsichert, misstrauisch nach Stürzen (Schlaganfall?)). Diese Versuche der Klärung und validierender Umgang mit Herrn M. stärkten zumindest Herrn M., so dass er peu à peu wieder Lebensmut fasste. Er sprach zunehmend wieder Hochdeutsch und war nach ca. zwei Wochen einigermaßen in der Lage das Geschehen zu reflektieren. Der Neffe wurde von Herrn M. und seiner Frau als maßgeblicher Auslöser der Misere »ausgemacht«.

Etwas anders, wenn jemand unter einer demenziellen Entwicklung leidet:

Frau H. wohnt nachweislich allein mit ihrem Ehemann in einer Wohnung. Im Gespräch dagegen erzählt sie, dass sie mit zwei Männern in einer Wohnung wohnt: Der eine würde sehr freundlich, ja liebenswürdig mit ihr umgehen, der andere wäre sehr gängelnd und bestimmend.

Frau H., aber auch andere demente Menschen, haben anscheinend nicht mehr die Fähigkeit widersprüchliche Eindrücke und Erlebnisse in einer Geschichte widerspruchsfrei erzählen zu können. Bei ihnen steht die eine Erfahrung und der damit verbundene Eindruck gleichberechtigt neben der anderen. Bei Herrn M. waren die widersprüchlichen Erlebnisse so stark, dass sie sich beim Versuch, sie zu vereinheitlichen, gewissermaßen gegenseitig neutralisiert bzw. ausgelöscht haben, aber im Grunde genommen bestehen blieben und auf eine Klärung hofften. Dagegen haben Menschen mit demenzieller Entwicklung nicht mehr die Fähigkeit, widersprüchliche Erlebnisse in einer Geschichte zu harmonisieren bzw. sinnig zu machen.

Noch ein bisschen anders psychotische Menschen: Viele versuchen ihre widersprüchlichen Eindrücke in einer Geschichte zu verpacken, die zwar manchmal für Außenstehende unglaublich klingt, aber immerhin Versuch ist, das, was sich im Grunde genommen nicht vereinheitlichen lässt, sich nicht fügt, fügt zu machen, auch wenn dafür Stimmen von außen oder virtuelle Akteure wie die NSA, der BND, die CIA oder andere Außerirdische, notwendig sind. Nichtsdestotrotz enthalten diese unglaublichen Geschichten einen »wahren« Kern. Um diesen wahren Kern aufzuspüren, braucht es allerdings die Hilfe der Bezugspersonen und deren Geschichten, und einen psychiatrisch Tätigen, der in der Lage ist, anhand der ihm erzählten Geschichten und der dargebotenen Choreografie, ein bisschen zu begreifen, was sich auf der konkreten Beziehungsebene der Menschen miteinander abspielt und schlussendlich ausgedrückt wird. Die Geschichten sind dabei anschei-

nend die Kittsubstanz, die widersprüchliche bzw. konträre Eindrücke gegenseitig aufheben bzw. vereinheitlichen. Demente Menschen haben oft nicht mehr die Fähigkeit, widersprüchliche Erlebnisse zu vereinheitlichen, sodass unterschiedliche Geschichten, obwohl widersprüchlich nebeneinander stehend, erzählt werden, frei nach Precht, »wer bin ich und wenn ja wie viele.« Schon Emrich und andere haben vermutet, dass schizophrenen Menschen die Vereinheitlichung unterschiedlicher Eindrücke nicht gelingt, die aber nichtsdestotrotz real gegeben sind. Die Überlegungen von Gazzaniga gehen in dieselbe Richtung: Menschen erzählen Geschichten, um sich die Widersprüchlichkeiten der Welt zu erklären. Meist gelingt das ganz gut, manchmal werden die Geschichten jedoch zu utopisch, sodass sie nicht für glaubwürdig gehalten werden.

Im Kontext des Lebensfeldes gelingt es zum Beispiel über offene Dialoge und andere Vorgehensweisen manchmal die eine Geschichte durch eine andere zu ersetzen, die nicht nur der Patient, sondern alle teilen können. Im Kontext der Anstalt oder einer Klinik diktiert manchmal der medizinische Alltag oder der Arzt die alternative Geschichte, die dann als Hospitalismus von sich reden macht. Davon sind wiederum störanfällige und vulnerable Menschen am meisten betroffen, weil sie, verstört durch die Widersprüchlichkeiten, keine Alternativen finden und die medizinische Deutung autoritätshörig und kritiklos übernehmen. Wir sollten also möglichst im Kontext des Lebensfeldes nach alternativen Geschichten als Mantel von Disharmonien, Inkonsistenzen und Widersprüchlichkeiten suchen, weil die alternativen Geschichten im Kontext einer Institution manchmal verheerende Nebenwirkungen haben (Kitt-Substanzen, Kitt-Reaktionen: Wenn noch nicht möglich: Angst. Reaktion darauf: »Anästhesie«, Gefühllosigkeit, sprich Depression oder Tempo machen, um davon zu rennen, zu fliehen, sprich: Manie. Andere Möglichkeit: Einnahme von Drogen, Alkohol, zur Betäubung oder zum Dopen. Oder: Alles zusammen: Klinik der Heterogenität).

Psychiatrisch Tätige als Teil eines mobilen Kriseninterventionsteams können vor allem beim Hausbesuch erfahren, wie jemand mit seiner Lebenswelt verbunden ist und wie er im Zusammenspiel mit ihr bestimmte Muster herausfiltert und aus Leben Er-Leben gestaltet: Neben Narrativen und Dialogen ist die Choreographie eines jeden Lebens vor einer persönlich gestalteten Kulisse zu besichtigen. Die Quelle (Leben im Lebensfeld) des abstrakt formulierten Lebens (Narrative) wird nachvollziehbar. Auf der Station können sich psychiatrisch Tätige im Gespräch nur auf die Beschreibungen eines Patienten verlassen. Das Implizite bleibt größtenteils verborgen, weil es im Lebensfeld außen vor ist (POLANY 1985), und noch schmerzlicher: Es kann zur Antwortsuche (Therapie) nicht mit eingesetzt werden.

Bei der Antwortsuche werden im Kontakt mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen solange die verschiedenen Räume im Lebensbereich wie Familie, Tätigkeitsbereiche, Nachbarschaft, kommunaler Raum, Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft, usw. an-, ausgeleuchtet und ausprobiert, bis sich passende Antworten einfinden und die Disharmonien und Inkonsistenzen alltagsverträglich werden, ähnlich wie das Freud formuliert hat: Aus persönlichem Elend muss allgemeines

Unglück werden, mit oder ohne Medikamente (FREUD 1895). Sobald also der Ort des Lebens Ort der Behandlung zur rechten Zeit ist, wird Psychiatrie wirksamer.

Nur vor Ort lässt sich eine Diagnose stellen, die subjektiv auf dem Zusammenspiel einer Person mit ihrem Lebensfeld gründet (personalisiert, verkörperte Subjektivität, Embodiment nach FUCHS, 2008), anstelle einer überindividuellen (ICD-) Diagnose, die zu wenig differenziert und personalisiert. Weil die Lebenswelt objektiv unsere Subjektivität bestimmt, können nur Konzepte, die lokal angepasst und verankert sind, Garant sein für gute Psychiatrie. Auch wenn »Symptome« über den ICD oder das DSM globalisiert werden, führen vor allem Arrangements vor Ort zu Lösungen, die, wie vieles, fördernd (oder auch verhindernd) in den sozialen Raum hinein strahlen und vice versa. Nur im Lebensfeld der Patienten lassen sich deshalb therapeutische Maßanzüge kreieren, während auf der Station in Unkenntnis des Lebensfeldes nur Therapie von der Stange angeboten werden kann, als Fließbandpsychiatrie.

Institutionen

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

Menschen in psychischen Krisen sind in dem Erfassen überindividueller Muster durch ein Übermaß an Disharmonien und Inkonsistenzen behindert. Sie sind auf das konkrete Sein phänomenologisch zurückgeworfen. Die Exklusion von psychisch kranken Menschen aus ihrem Lebensfeld, einhergehend mit der Verlegung in Institutionen, spitzt deshalb häufig die Symptomatik eher zu als dass sie sie abmildert. Indiziert ist ein auf die Person zugeschnittenes Vorgehen, einen therapeutischen Maßanzug, der aus dem Lebensfeld heraus entworfen und im Lebensfeld im Kontext des sozialen Raumes umgesetzt werden muss, während Verlegung eines Patienten in eine Klinik (Exklusion) die Gefahr der Verkennung birgt, verbunden mit der Entstehung von Paralleluniversen. Sie kennen wahrscheinlich den Witz von einem Mann, der von einem Polizisten in der Nacht gefragt wird, was er unter der Straßenlaterne sucht. Antwort: Einen Schlüssel, den er vor dem Gasthaus verloren hat. Frage: Und warum sucht er hier unter der Straßenlaterne? Weil es hier hell ist!

Konkretes Beispiel:

Ein alter demente Mann wurde von seinem Hausarzt wegen anhaltender Rückenschmerzen auf unsere Innere bzw. Chirurgie eingewiesen. Entsprechende diagnostische Untersuchungen und darauf aufbauende Schmerztherapien brachten jedoch nicht den gewünschten Erfolg. Im Gegenteil. Auf den somatischen Stationen wurde er vor allem nachts so verwirrt und desorientiert, dass es schlussendlich zwischen ihm und den Nachtschwestern zu Hand-

greiflichkeiten kam. Deshalb wurde er zwangsweise auf die psychiatrische Abteilung verlegt. Weil wir davon ausgingen, dass der alte Mann auch auf einer psychiatrischen Station nur noch verwirrter und desorientierter werden könnte, beschlossen wir, ihn zu entlassen und ihn über Home-Treatment zu Hause zu behandeln. Nachmittags suchten wir ihn und seine Frau zu Hause auf. Seine Frau berichtete, dass sie ihren Mann, obwohl dement, auf keinen Fall in ein Heim geben wolle. Sie wären viele Jahre verheiratet und sie wolle sich jetzt nicht mehr von ihrem Mann trennen. Ihr Mann läge tagsüber die meiste Zeit im Ehebett. Dort fanden wir ihn auch vor und konnten feststellen, dass die Matratze sehr durchgelegen war. Daher also die Rückenschmerzen. In Abstimmung mit dem Hausarzt verordneten wir Krankengymnastik bzw. Ergotherapie in Form eines täglichen Spazierganges im zuständigen Viertel. Als Alternative schlugen wir der Frau bzw. dem Hausarzt Tagespflege vor. Seitdem war keine stationäre Behandlung wegen Rückenschmerzen mehr notwendig.

Auf der Station ist es möglich, dass man an Komplexen herumdoktert, die konkret bei der Entstehung der Symptomatik keine Rolle spielten. Nur die Assistenz vor Ort ist Garant, dass das im Mittelpunkt steht, was die Krise ausgelöst hat, mit dem Ziel, darauf passende Antworten zu finden.

Darüber hinaus müssen wir uns vergegenwärtigen, dass viele Therapien trotz großer Versprechungen wenig gebracht haben: Neuroleptika und Antidepressiva müssen mit aller Vorsicht eingesetzt werden, weil sie zum Teil mehr schaden als nützen (Aderhold, Weinmann, Whitacker). Ca. ein Drittel aller Patienten seien sie psychotisch, depressiv oder abhängig kommen immer wieder in unsere Behandlung. Diese Zahlen nach Beine aus 2014 (ACKPA-Tagung in Heidenheim 2014) unterscheiden sich kaum von den Zahlen aus 1960/70. Die Zahl der Zwangsunterbringungen steigt eher an als dass sie abfällt, das Bundesverfassungsgericht musste mahnen, dass Zwangsbehandlungen so wie wir das machen, nicht umgesetzt werden können, der UN-Sonderberichterstatter über Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe rückt Psychiatrie in die Nähe von Folter und man muss schon den Zeigefinger erheben, dass Psychiatrie trotz UN-BRK nicht einfach so weiter macht wie bisher (ZINKLER, HEISLER in Recht und Psychiatrie 3 und 4/2014).

Milieutherapie

Das, was Milieutherapie im Kontext der Klinik war (das nach Finzen am meisten unterschätzte therapeutische Wirkprinzip auf der Station), ist der soziale Raum für eine Psychiatrie die auf Home-Treatment setzt. Psychiatrisch Tätige sollten ihre gute Stube, den Sozialraum, genauso gut kennen wie ihre Westentasche. Eine Voraussetzung ist, dass man psychiatrisch Tätigen erlaubt, sich im Sozialraum erkundend umzusehen. Dort befinden sich all die Ressourcen, die wir für unsere Patienten als Gelegenheiten brauchen – Beziehungen, Arbeits- und Tätigkeitsplätze, Wohnungen, etc. –, alles Schätze, die später evtl. geeignet sind, vertrackte Situationen zu lösen. Schon bevor ein Fall zu einem Fall wird, sollten wir uns deshalb im Sozialraum suchend umschaun, damit wir etwas auf Lager haben, wenn der Ernstfall eintritt.

Im Vorfeld können wir Kontakt aufnehmen zu Handwerksbetrieben, zu Mitarbeitern von Firmen, Beziehungen knüpfen, damit wir Beziehungen später nutzen können, wenn unsere Patienten sie brauchen. Durch diese Gelegenheiten machen wir gewissermaßen Valenzen ausfindig, die die Talente und Fähigkeiten unserer Patienten zu Potenzen werden lassen. Ohne diese Gelegenheiten im sozialen Raum, bleiben die Patienten auf ihre Familien und sich zurückgeworfen, eventuell abgeschnitten und isoliert vom Sozialraum, der für sie neue Perspektiven und Hoffnungen öffnen könnte (Mensch ohne Beziehungen ist ein Mensch ohne Ressourcen: kraft- und saftlos). Jeder Mensch ist Teil eines Netzwerkes von starken und schwachen Beziehungen. Während starke Beziehungen uns Halt geben, finden wir Lösungen häufig in den Beziehungen zu Personen, mit denen wir nur locker verbunden sind. Psychisch Kranke und ihre Familien sind häufig von diesen Quellen abgeschnitten. Der psychiatrisch Tätige hat dann die Aufgabe, das eingeschlafene Netzwerk um die Familie herum zu aktivieren oder aber sein eigenes Netzwerk, die Beziehungen und Gelegenheiten, die ihm in seinem Ressourcenlager zur Verfügung stehen, anzuzapfen bzw. zu aktivieren.

Bei der Suche nach solchen Passungen darf man auch seine »Bauchgefühle« zu Hilfe nehmen (GIGERENZER, 2007). Damit dies allerdings gelingt, muss sich der psychiatrisch Tätige eingehend mit dem Patienten beschäftigt haben, muss er zumindest eine Ahnung haben, was dieser Mensch für Bedürfnisse hat bzw. was dieser Mensch für ein gelingendes »beantwortetes Leben« braucht. Auf der Suche nach geeigneten »Nischen«, kann man sich dann fast darauf verlassen, dass einem Menschen und Gelegenheiten über den Weg laufen, die sich als »passend« herausstellen. Voraussetzung dafür wiederum ist, dass man sich engagiert und reflektierend schon vorab im sozialen Raum umgesehen hat, um potentielle Gelegenheiten zu erschließen.

Die Voraussetzung also, um dem Zufall eine Chance zu geben, ist, dass das Beet für Zufälle auf beiden Seiten vorgebreitet zu haben, auf Seiten der Person und auf Seiten des sozialen Raumes. Passendes fügt sich nicht von selber zusammen bzw. wird einem auch nicht in den Schoß gelegt (nur manchmal), aber es ergeben sich auf der Basis solcher Art skizzierter herumschweifender Tätigkeit im kommunalen Raum bei »frei schwebender Aufmerksamkeit«, plötzlich Möglichkeiten, mit denen man vorher nicht rechnen konnte: Dem Zufall wurde der Weg bereitet, zuzuschlagen. Bei Gigerenzer heißt das dann: »Der Zufall trifft nur einen vorbereiteten Geist« und bei Stefan Zweig: »Wunder ... entstehen nur in der Seele derer, die sie erwarten«.

Eine andere Möglichkeit ist zwischen Menschen im Stadtteil Beziehungen herzustellen, damit der eine dem anderen Freund und Helfer wird. Pribe nennt als Beispiel die Herstellung einer Beziehung zwischen einem älteren Menschen, der depressiv ist, und einem jüngeren Menschen, der unter ADHS leidet. Nachgewiesenermaßen kommt der Kontakt beiden zugute: Der ältere Mensch hat wieder Bedeutung durch den jüngeren, in dem er sich um diesen kümmert und der jüngere profitiert von der Beziehung zu diesem älteren Menschen dadurch, dass er

allmählich konzentrierter und mit mehr Ausdauer seinen Alltag bewältigen kann, mit weniger ADHS Symptomatik.

Weiteres Beispiel:

Herr K., ein junger Patient, der im Rahmen einer paranoiden Psychose bei uns antriebs- und interesselos wurde, hat sich im Stadtteil um eine ältere Frau mit zahlreichen somatischen Beschwerden (Herzinsuffizienz; COPD; Z. n. Lungenembolie) gekümmert, die nach dem Tod ihres Mannes am Sinn des Lebens zweifelte und suizidal wurde (Suizidversuch mit Marcumar). Während sie in der Sorge um Herrn K. eine neue Aufgabe gefunden hat, indem sie ihm Frühstück und Mittagessen zubereitete, hat er für sie eingekauft, weil sie körperlich dafür zu schwach war.

Die Beschränkung auf Hausbesuche bzw. auf Home-Treatment im familiären Bereich, ist manchmal so was Ähnliches wie Therapie von Monaden, während »Connections« in den sozialen Raum, Perspektiven und Hoffnungen wachsen lässt (Christakis, Fowler: Connected). Der soziale Raum ist das Beet, das die Ressourcen unserer Patienten wachsen lassen kann. Er ist die Matrix eines jeden Menschen, die gepflegt und poliert werden muss. Der soziale Raum ist aber nicht zu verwechseln mit den Einrichtungen psychiatrisch Tätiger, wie Heime, Werkstätten, Tagesstätten, betreutes Wohnen, Wohngruppen, etc. Der Sozialraum meint die Gesamtheit des sozialen und materiellen Raumes, in den eine Person eingebettet ist. Durch zunehmenden Kontakt mit den Bürgern im Sozialraum und durch die Vernetzung dieser Bürger mit uns und untereinander wird der Boden bereitet für Verständnis, für Toleranz und für gemeinsame Projekte. Mal stellen wir Kontakt her zu Nachbarn, mal zum Handwerkermeister, mal zu Kollegen, mal zum Chef einer Firma, mal zu einem Pastor, mal zu engagierten Bürgern. Durch diese Vernetzungsarbeit wächst allmählich eine wohlwollende Stimmung als Voraussetzung für Kooperationen auf verschiedenen Ebenen. Insbesondere für *Arbeit* und Beschäftigung:

Arbeit, Kollegialität bzw. tätige Gemeinschaft sind die wichtigsten *Normalisierungsbeschleuniger*. Durch den Fachkräftemangel und durch die soziodemographische Entwicklung müsste es in Zukunft mehr und mehr gelingen, auch für psychisch kranke Menschen passende Arbeitsplätze auf dem ersten Arbeitsmarkt zu finden, erst recht über supported employment, Arbeitsassistenz bzw. einem Vorgehen, das von dem österreichischen Verein »Spagat« entwickelt wurde. Im Unterschied zu aktuellen Vorgehensweisen, geht es dabei nicht darum, dass behinderte Menschen dieselben Leistungen wie nicht behinderte Menschen erbringen müssen, sondern vor allem um Teilhabe an Arbeit orientiert an dem individuell Möglichen. Das können 40 Stunden die Woche sein oder auch nur fünf Stunden. Wichtig ist, dass dort gearbeitet wird, wo alle arbeiten.

Und im Sozialraum findet man auch Möglichkeiten für Patienten in Krisen als Alternative zu einer stationären Behandlung, zum Beispiel Krisenfamilien, *Gastfamilien* oder Crisis-Homes: Der Aufenthalt in einer Gastfamilie »gewährt«, führte schon W. Griesinger vor 150 Jahren aus, »was die prachtvollste und bestgeleitete

Anstalt niemals gewähren kann, die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches, soziales Medium, die Wohltat des Familienlebens«. Statt stationärer Therapie mit entsprechenden Nebenwirkungen findet in einer Gastfamilie Mit-Sein im Alltag statt und zwar 24 Stunden rund um die Uhr in einer mehr oder weniger entspannten Atmosphäre, ähnlich wie das von Mosher und Ciompi als heilsames Milieu in »Soterias« beschrieben wurde. Soterias in Bern und anderswo sieht man allerdings die institutionelle Verwandtschaft mit Stationen noch deutlich an, während Gastfamilien als »Soterias vor der Haustür« klein, familiär, überschaubar und zusätzlich vernetzt im Stadtteil oder Dorf, also kommunal verankert, sind (Beispiele in und um Ravensburg, Stuttgart, Schwäbische Alp ...).

Allerdings muss man sich fragen, ob *die Gastfamilie als »Soteria vor der Haustür«* tatsächlich mit gutem Gewissen als Alternative zur Station taugt?

Bei der Umsetzung des Konzepts »Gastfamilie« war man der Ansicht, man müsste die Familien psychiatrisch ausbilden, bevor man sie auf Patienten loslässt. Man musste jedoch feststellen, dass dabei die therapeutische Potenz der Familien zurückging und hat diese Versuche an allen Zentren wieder eingestellt. Danach wurden die Ergebnisse wieder besser.

Differenzierte Studien aus Denver, Madison, Zürich, Lille, Tonder lassen an der Wirksamkeit keinen Zweifel. Die Patienten in den Gastfamilien sind in Bezug auf die Schwere der Erkrankungen vergleichbar mit denen auf der Station. Im »Outcome« sind sie jedoch nicht nur gleichwertig, sondern sogar, deutlich besser! Die Bürger im 3. Sozialraum, in der Nachbarschaft, haben also ähnliche, wenn nicht sogar eine bessere therapeutische Potenz als psychiatrisch Tätige auf einer Station. Mit-Sein im Alltäglichen übertrifft also in seiner unbeabsichtigten Wirksamkeit das Management einer Station. Der Mensch wagt wieder, selbstvergessen zu leben. Verkraftet das unser professionelles Ego?

Durch Gastfamilien und über Home-Treatment wird der Bedarf an Betten und Heimplätzen zurückgehen. Wenn ein Patient eine Wohnung braucht, können wir ihm diese über »Immobilientherapie« besorgen, erst recht, wenn ein Patient keine Wohnung mehr hat. Assistenz wird als flexibles System um ihn im Alltag organisiert (supported housing). Übrigens wird »Immobilientherapie« in New York, Montreal und anderswo als »housing first« bezeichnet. Die Erfahrungen sind aber hier wie dort dieselben: Sobald jemand eine Wohnung hat, gehen die Dinge besser, abgesehen davon, ob jemand psychotisch, manisch, abhängig oder verwirrt ist.

Altenhilfe

Im Bereich der Altenhilfe kann man sehen, was dabei herauskommt, wenn Bürger sich zusammenschließen und mit Profis und Politikern neue Formen der Versorgung ausprobieren:

Kein Mensch will im hohen Alter noch auf eine psychiatrische Station, wenn ihm das bisher in seinem Leben erspart geblieben ist. Er und seine Angehörigen schämen

sich und fürchten Stigmatisierung. Außerdem reagieren gerade alte Menschen, insbesondere mit demenzieller Entwicklung, sehr vulnerabel auf Veränderungen des Alltäglichen. Häufig bringen schon geringe Veränderungen im Alltag die gerade noch ausbalancierte Alltagsroutine aus dem Gleichgewicht mit schwerwiegenden Folgen wie Desorientiertheit, Verwirrtheit oder Delir ähnlichen Symptomen.

Diese Gefahr haben als erste, Frauen auf dem Land, als Land-Frauen belächelt, in ihrem ganzen Ausmaß erkannt und bis in letzter Konsequenz zu Ende gedacht und Klaus Dörner wurde ihr Sprachrohr. Auf dem Dorf kann schon der Wegfall eines Tante Emma Ladens oder der Wegzug von jüngeren, die den Alten bisher Mobilität zur Verfügung gestellt haben, bei Eintreten einer entsprechenden Erkrankung eine Katastrophe auslösen, sprich zur Krankenhauseinweisung mit anschließender Heimunterbringung führen. Weil diese Umstände tragisch und empörend sind und unter die Haut gehen, sahen sich die Land-Frauen, zum Aufstand genötigt: Sie setzen ihre Bürgermeister unter Druck, besetzten leerstehende Räume und wandelten leere Schulen, Gaststätten oder Kindergärten in tagesstrukturierende Angebote oder rund um die Uhr betreute Haushaltsgemeinschaften für ihre »Alten« um, gewissermaßen eine basisdemokratische Revolution, vergleichbar mit der Occupy-Bewegung. Mittlerweile hat diese emanzipatorische Bürger-Bewegung auch die Städte erreicht. Während in den Dörfern der engere Kontakt und die Nachbarschaft die Empörung über die untragbaren Zustände schneller zum Handeln führte, verzögerte die städtische Anonymität zunächst den Zusammenschluss. Außerdem haben die Angehörigen nicht nur vor Ort Lobbyarbeit geleistet. Sie haben sich auch in Talkshows gesetzt, haben Bücher geschrieben und haben bundesweit Politiker animiert, ihre Sache zu einer Sache für die Allgemeinheit zu machen. Dadurch kamen auch entsprechende Gesetze zustande, die die Arbeit der Angehörigen bei der Betreuung eines dementen Menschen während der letzten Jahre leichter gemacht haben.

Über 90 % der Bürger wollen auch dann, wenn sie krank oder dement werden, nicht in ein Heim. Als Alternative haben vor allem Angehörige, aber auch Vereine wie »Daheim« in Gütersloh oder »Alt und Jung« in Bielefeld ambulante Wohnpflegegruppen bzw. Haushaltsgemeinschaften gegründet. Im Kreis Gütersloh z. B. verfügen mittlerweile alle Dörfer und Stadtteile bis auf drei – über mindestens eine Haushaltsgemeinschaft.

Während Heime Einrichtungen sind, nach denen man sich ausrichten muss, nimmt man in Wohngruppen die Leistungen eines Pflegedienstes in Anspruch, der sich nach den persönlichen Bedürfnissen des Mieters ausrichten muss, unermesslich überlebenswichtig, gerade dann, wenn ich dement werde: Nach einer Untersuchung der Uni Bochum und dem Statistischen Bundesamt ist die mediane Überlebenszeit in Heimen nur halb so hoch (29 Monate) als zu Hause (56 Monaten).

Jedoch dürfen diese ambulanten Wohnpflegegruppen in der Regel keine Gebäude sein, die zu diesem Zweck gebaut werden, sondern Gebäude, die als Wohnungen oder Praxen oder ähnlichem bei ihrer Errichtung noch nicht ahnten, dass sie später als Wohngruppe dienen werden. Ansonsten werden sie über kurz oder

lang zu Einrichtungen mit Ewigkeitswert, deren Zimmer belegt werden müssen. Wenn Vereine solche Häuser mieten dann also quasi nur als Projekt, das nach einer gewissen Zeit dem zuständigen Stadtteil oder Dorf zu übergeben ist, damit es von den Bürgern vor Ort in den Dienst genommen und entsprechend genutzt werden kann, also von Bürgern für einzelne Bürger in Not als *Projekt* für den Stadtteil oder das Dorf.

Wenn notwendig stellt sich also Psychiatrie *in den Dienst* der Bürger und ihren Bedürfnissen, jedoch nicht als Betreiber von Einrichtungen, sondern als *Dienstleister*, der Projekte kreiert, nicht um sie zu besitzen, nicht als Eigentum, sondern als *Leihgabe*, als *Übergangs-Objekte* bis die Bürger des zuständigen Stadtteils oder Dorfes sie in Eigenregie übernehmen, die Projekte inklusiv werden oder – untergehen, weil überflüssig.

Und dies steht paradigmatisch für eine andere Psychiatrie, eine Psychiatrie ohne Einrichtungen. Einrichtungen gehören der Psychiatrie nicht. Sie müssen nach über 200 Jahren den Bürgern endlich zurückgegeben werden, ähnlich wie das durch die Säkularisierung vollzogen wurde. Psychiatrie ist lediglich Transformator, Zwischenglied, Anstifterin. »Geschäftsführer« ist der Stadtteil oder das Dorf. Es geht um die kommunale Revitalisierung von Einrichtungen und um die Revitalisierung von Vereinen und GmbHs, damit sie ihrer gemein-nützigen Satzung wieder entsprechen: Psychiatrie als projektiv orientiertes Vorgehen – auf Abruf. Dies scheint erstmal eine verrückte Idee zu sein. Vor kurzem habe ich Rifkin zugehört und dann schien mir die Idee gar nicht mehr so verrückt.

Rifkin prognostiziert die 3. Industrielle Revolution und mit Eintritt in diese wird es nach seiner Einschätzung über kurz oder lang mit dem Kapitalismus bergab gehen. Abgesehen davon, dass ich nicht tief überblicke, ob es demnächst mit dem Kapitalismus zu Ende geht, prognostiziert er wie Dörner und Opaschowsky den Anstieg von sozialen Aktivitäten, Dörner im 3. Sozialraum, Opaschowsky mit der Renaissance der Nachbarschaft ein neues »Wir« im Stadtteil oder Dorf und Rifkin den Aufstieg von sozialen Commons, kollaborativen Gemeingütern auf Deutsch. Vorbote dafür ist die Allmende, die es als nachhaltige Form des Wirtschaftens schon seit Menschengedenken gibt und die jetzt wiederbelebt wird, z.B. in Form von Genossenschaften und in der rasanten Zunahme der Share Economy. Statt um Besitz geht es zukünftig mehr um's Teilen, sodass »Besitz« zunehmend an Bedeutung verliert. Weil Besitz korrumpiert und großer Besitz noch mehr korrumpiert, wenn nicht sogar total, wäre es auch gut, wenn der Besitz der Psychiatrie wieder in die Hand der Bürger in den Stadtteilen und Dörfern zurückgeht, um Missbrauch infolge Marktdoping zu verhindern. Der Verkauf der großen Anstalten an Private hat diese Entwicklung nur beschleunigt. Ein Gebiet wie die Psychiatrie kann sich einen Missbrauch von Bürgern, einhergehend mit der vermehrten Umwandlung von Gesunden in Kranke auf Dauer nicht erlauben.

Jetzt eine weniger verrückte Idee, die hier und da auch schon umgesetzt wird:

Stellen Sie sich vor, dass von Bürgern aktivierte Stadtteile durch *mobile Kriseninterventionsteams* unterstützt werden:

Wie schon die Enquete ausgeführt hat, sollte unbedingt verhindert werden, dass alte Menschen ihr vertrautes Lebensfeld verlassen müssen. Mobile Kriseninterventionsteams in Kooperation mit dem Hausarzt, mit einem Pflegedienst und Ergotherapeuten, erlauben intensive Behandlungen vor Ort, ähnlich wie auf einer Station, jedoch inklusiv, ohne dass der alte Mensch durch eine exklusive Intervention zusätzlich verwirrt und desorientiert gemacht wird. Engagierte Angehörige und Bürger bilden mit den Profis im Mix Teams, deren besondere Wirksamkeit u. a. durch Klie nachgewiesen wurde. Des Weiteren kann in ambulanten Wohnpflegegruppen, in denen eine Begleitung und Therapie rund um die Uhr gewährleistet ist, im Verbund mit mobilen Kriseninterventionsteams sehr intensive und umfangreiche Behandlungen durchgeführt werden. Auch Reha-Maßnahmen gewinnen an Effektivität und Nachhaltigkeit, wenn sie vor Ort, z. B. im Kontext einer solchen ambulanten Wohnpflegegruppe geplant und durchgeführt werden können. Wenn das Engagement der Bürger mit den Möglichkeiten von Mobilien Kriseninterventionsteams kombiniert wird, fängt der Stadtteil Feuer und Therapie »inklusive« beginnt sich auszubreiten wie ein Flächenbrand. Wer will mit 70,80 noch auf eine psychiatrische Station, wenn ihm das bisher in seinem Leben erspart geblieben ist?

Und was wäre nun, wenn die Arbeit der Bürger im Bereich der Altenhilfe zur Blaupause werden würde für eine andere Psychiatrie, eine kollaborative Psychiatrie?

Das Wort kollaborativ wurde aus dem Englischen ins Deutsche übertragen und heißt so viel wie gemeinsam an einer Sache für die Gemeinschaft arbeiten. Wenn Psychiatrie kollaborativ wird, arbeiten Angehörige, Psychiatrie-Erfahrene und engagierte Bürger gemeinsam an einem Projekt. Vorstufen sind Psychoseseminare bzw. der Trialog. Um psychisch kranke Menschen adäquat begleiten zu können, bilden Bürger mit Profis Teams. Sie begleiten die Patienten im Alltag und erkunden die verschiedenen Möglichkeiten im sozialen Raum. Wenn im Stadtteil keine passenden Möglichkeiten ausfindig zu machen sind, gründen sie auch Zuverdienstfirmen. Über Immobilientherapie lässt sich für jeden Patienten eine Wohnung finden. Über Arbeitsassistenz oder Support Employment begleiten sie Menschen an einem Arbeitsplatz bis dieser kollegialer Teil der Belegschaft ist. Weil bekanntermaßen Profis nicht integrieren können, bekommt jeder Patient gewissermaßen einen Bürger als Psycho-Paten zugeteilt, der diesen Teil der Arbeit übernimmt.

Wenn Psychiatrie kollaborativ wird, organisieren Bürger, Psychiatrieerfahrene und Profis auf kommunaler Ebene die Versorgung psychisch Kranker aller Altersgruppen. Die notwendige Information kann ohnehin jeder mittlerweile frei verfügbar aus dem Internet herausholen, zum Beispiel über die Tagungsbeiträge der »Aktion psychisch Kranker« oder »Schattenblick«. Das Wissen um psychiatrische Versorgung, ist nicht länger ein auf Profi beschränktes Wissen, sondern wird mit Bürgern, Angehörigen und Psychiatrie-Erfahrenen geteilt. Entsprechend dem Entwicklungsstand einer Region kann dann entsprechend geplant, ausgebaut und umgesetzt werden.

Solche Modelle fallen nicht vom Himmel. Jedoch sind sowohl Angehörige als auch Psychiatrie-Erfahrene seit Jahren konkret in der Begleitung und Versorgung der Patienten beteiligt, sind somit mittlerweile gleichberechtigt und gleichwertig und zunehmend auch an politischen Prozessen beteiligt. Auf ihre Erfahrungen kann man beim Aufbau eines entsprechenden lokalen Netzes zurückgreifen. In England und anderen Ländern ist das seit Jahren üblich. Patienten und Angehörige sind nicht mehr die passiven Objekte psychiatrischer Versorgung, von Profis verplant und organisiert. Sie haben sich von Konsumenten zu Prosumenten gewandelt. Gemeinsam mit den Profis arbeiten sie kollaborativ an der Weiterentwicklung psychiatrischer Versorgung vor Ort.

Konkret können für ein Standardversorgungsgebiet von 150-200.000 Einwohnern drei bis fünf mobile Kriseninterventionsteams unter Beteiligung von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen und engagierten Bürgern gebildet werden, die jeweils einen Sektor von ca. 40.000 Einwohnern ohne Ansehen der Diagnose psychiatrisch versorgen. Sobald jemand in eine Krise gerät, kommen die Mitarbeiter des mobilen Kriseninterventionsteams dann in das Lebensfeld und versuchen, wie geschildert, mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen passende Antworten zu finden. Dabei verfügen die Mitarbeiter über ein Ressourcenlager im umgebenden Sozialraum, sodass sie auch Gelegenheiten auf Lager haben, um vertrackte Situationen lösen zu können. Wenn eine Assistenz rund um die Uhr notwendig ist, kann zwischen Station, Krisenfamilie, Krisenwohnung oder Haushaltsgemeinschaft im Stadtteil gewählt werden. Bei Konflikten am Arbeitsplatz nimmt man Kontakt mit den Kollegen bzw. Vorgesetzten auf und versucht als Außenstehender Situationen zu klären und Lösungen mit aufzuzeigen.

Gerade durch die Beteiligung der Bürger stellt der Stadtteil eine tragende und haltende Kultur als Matrix für das Wohl und die unvermeidlichen Krisen ihrer Bewohner bereit. Durch die Behandlung im Lebensfeld, durch die größere Wirksamkeit der Interventionen, durch Krisenfamilien und andere Alternativen, wird der Bedarf an stationären Betten und Heimplätzen erheblich zurückgehen, ähnlich wie an manchen Stellen in Italien und England. Wie in Triest, Birmingham oder in Geesthacht reichen dann 20–30 stationäre Betten für ca. 200.000 Einwohner.

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

Kollaborativ ist aber nicht genug. Damit wurde schon begonnen (z. B. in Bremerhafen, Hamburg, Geesthacht, ...).

Was im Austausch über konkrete Krankheiten und Assistenz beginnt, strebt nach Mitsprache auf politischer und organisatorischer Ebene. Die Angehörigen alter Menschen machen das beim Um- und Aufbau eines neuen Hilfesystems für alte Menschen seit Jahren vor, zum Beispiel auf Stadtteilebene: Nicht die Psychiatrie allein hat die Weisheit mit Löffeln gegessen. Wie schon begonnen, vor allem im Bereich der Altenpflege, werden die Bürger in Zukunft mehr und mehr ihre Wünsche und Vorstellungen einer guten Versorgung an die Politik und an die

psychiatrisch Tätigen herantragen. In dem Maße, wie es einer Psychiatrie gelingt, diese Vorstellungen mit den Bürgern vor Ort zu teilen und zu realisieren, wird sie zukunftsfähig. Die Psychiatrie wird kollaborativ, bevor sie kollaboratives Gemeingut wird, lokal unterschiedlich und an die Gegebenheiten und Bürger angepasst.

Psychiatrie und psychiatrische Versorgungsplanung wird nicht länger von einer Handvoll Profis gemacht. Psychiatrie wird kollaboratives Gemeingut, ähnlich wie das von Rifkin prognostiziert wird und von Dörner und Opaschowski schon seit einigen Jahren vorher gesagt wird. Dörner spricht von der Aktivierung des 3. Sozialraumes, Opaschowsky von der Renaissance der Nachbarschaft und einem neuen »Wir«, das durch die Zusammenarbeit von Psychiatrie-Erfahrenen, Angehörigen, engagierten Bürgern und Profis als tragendem Grund entsteht. Dabei wird Psychiatrie aus der Gefangenschaft einer Spezialdisziplin herausgelöst und abgelöst durch eine Kultur der gegenseitigen Unterstützung in Notlagen des Lebens.

Als Vorbereitung für solche Kollaborationen von Seiten der Profis braucht es allerdings den Übergang von einer konventionellen Psychiatrie in eine Post-Psychiatrie.

In einer *konventionellen Psychiatrie* müssen die Patienten ihr Lebensfeld verlassen und Hilfe in einer Klinik nachzusuchen. Ihr Verhalten und ihre Symptome verlieren dadurch an Sinn, werden sinnlos.

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

Der Ort des Lebens wird dadurch zum geeigneten Ort der Behandlung zur rechten Zeit.

Ohne den Zwischenschritt »Post-Psychiatrie« bleibt jedoch alles beim Alten. Und: Nur im Lebensfeld, vor Ort, in der Begegnung der psychiatrisch Tätigen mit den Patienten und deren Bezugspersonen wird der zerlegende Facettenblick institutioneller Ordnungen (Psychologie, Soziologie, Medizin, Ergotherapie, Krankenpflege, Subspezialisierungen, ...) wieder von einer komplexen Sicht auf komplexe Dinge abgelöst, weil es im konkreten Alltag der Betroffenen nicht auseinanderdividiert werden kann (Transdisziplinarität (MÜNCH, 1995)). Der Alltag der Patienten ist nicht spezialisiert. »Es wird ... immer wichtiger, in der Praxis das von der Wissenschaft in Einzeldisziplinen differenzierte Wissen wieder zusammenzufügen«... Die Umsetzung von Wissen in praktisches Handeln ist jedoch keine Eins-zu-Eins-Relation. Das spezialisierte Wissen muss vielmehr in der Praxis transdisziplinär wieder zusammengesetzt werden, um überhaupt aufgeklärt handeln zu können (MÜNCH, S.146 ff) und damit im Lebensfeld der Patienten durch psychiatrisches Vorgehen Leben lebbar wird bzw. als Lebenskunst praktiziert werden kann.

Um das umzusetzen fehlen jetzt noch zwei Dinge: Ein *Entgelt-* und ein *Steuerungssystem*:

Schon die Enquete hat ausführt, dass der Mensch nicht als medizinisches Objekt von Hilfen allein gesehen werden darf, sondern im Kontext seines Lebens Hilfe erhalten muss. Dies kann jedoch nur dann organisiert werden, wenn ein entspre-

chendes *Entgeltsystem* dafür vorgesehen ist. Ein Entgeltsystem, das isoliert eine Person fördert und dabei noch den stationären Kontext bevorzugt, vernachlässigt die möglichen Ressourcen, die im Lebensfeld aktiviert werden können. Wir brauchen also nicht nur ein Entgeltsystem bezogen auf eine Person, sondern wir brauchen auch ein Entgeltsystem, das das Beet, auf dem eine solche Person wächst, monetärer dünkt. Wir brauchen eine überindividuelle Pauschale mit der Verpflichtung, alle psychisch kranken Bürger einer Region zu versorgen. Diese überindividuelle Pauschale kann dann lokal an eine entsprechende Kopffzahl gebunden werden. Ob dabei jemand ambulant, teilstationär oder stationär behandelt wird, ist weniger wichtig, weil die Hilfe dort problemlos platziert werden kann, wo sie am ehesten greifen kann, im Unterschied zum jetzigen Entgeltsystem, wo stationär am meisten Geld vorhanden ist, auch wenn die Hilfe im stationären Bereich häufig daneben geht. Aus dem Topf einer überindividuellen Pauschale lassen sich auch unkompliziert die Leistungen von Angehörigen, Psychiatrie-Erfahrenen und engagierten Bürgern entlohnen.

Gerade für Umstrukturierungsprozesse ist nach den bisherigen Erfahrungen eine überindividuelle Gesamtpauschale, aus der die notwendigen Leistungen für die einzelnen Bürger entgolten werden, unentbehrlich. Eine solche Gesamtpauschale sorgt für einen einheitlichen Raum, der nahtlos von der Lebenswelt des Patienten in die Station übergeht – und umgekehrt. Unter dem Dach einer Gesamtpauschale lassen sich rigide Strukturen aufbrechen und neue, besser wirksamere etablieren. Wir brauchen ein Stück weit Deregulierung abgesichert durch die Übernahme der Gesamtverantwortung für ein definiertes Versorgungsgebiet.

Die Hebelwirkung einer solchen überindividuellen Gesamtpauschale ist also zweifach:

Sie sorgt 1. für Flexibilität, die u. a. für die Umstrukturierung des Krankenhauses und des kommunalen Bereiches, also des gesamten Versorgungsgebietes, notwendig ist und

sie wirkt 2. indirekt, perspektivisch auf den Sozialraum ein und aktiviert insbesondere den 3. Sozialraum co-therapeutisch. Dadurch wird eine präventive Wirkung auf den Einzelnen und seine Familie, aber auch insgesamt auf das Gemeinwesen entfaltet.

Dieser ökonomische Rahmen bewirkt auch, dass die einzelnen therapeutischen Strukturen und Elemente untereinander ausbalanciert werden, damit sie so wirken, wie sie wirken sollen. Z. B. ist bekannt und durch (schwedische) Untersuchungen bestätigt, dass jedes im Krankenhaus freiwerdende Bett durch andere Patienten belegt und eben nicht abgebaut wird. Ohne Verbindung zum stationären Bereich, kommt es deshalb durch Home-Treatment-Teams zu einer Verdoppelung der Psychiatrie, wie das in den Niederlanden zu besichtigten ist. Im kriminologisch-vollzugsrechtlichen Diskurs wurde dieses Phänomen bereits als Sogwirkung leerer (Gefängnis-)Zellen beschrieben (vgl. RÜPPEL 2010, 120 ff.).

All die oben skizzierten Entwicklungen lassen sich also mit einer überindividuellen Pauschale besser in Gang bringen. Deshalb haben wir während der nächsten sechs bis sieben Jahre die Aufgabe, alles in Bewegung zu setzen, um ein Entgelt-

system zu schaffen, das Hilfen für den Einzelnen in seinem sozialen Raum in Lebens-Not refinanziert.

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

Dabei kann man Anleihen machen beim *prophetischen Pragmatismus* von Cornel West. West setzt dabei auf zwei Elemente: erstens Propheten und zweitens den Pragmatismus.

Er glaubt an »Lichtgestalten«, die Orientierung geben und gangbare Wege zum Besseren vorausahnen können, zumindest vor (schon mal begangenen Fehlern) Sackgassen warnen können. Solche »Propheten« gibt es auch im Bereich der Psychiatrie, wie zum Beispiel Pörksen, Dörner, Priebe, Kruckenberg, Bock, Mosher, Ciompi, usw. Diese Lichtgestalten haben auch die Aufgabe, Leiden, Demütigungen und Formen der Diskriminierung zu benennen, offen zu machen, herauszuposaunen und die Finger in die Wunden zu legen bei Fehlentwicklungen. »Eine Gesellschaft, die nicht aktiv gegen Demütigungen ankämpft, ist keine anständige Gesellschaft mehr ... Es geht heute nicht nur um einen Mangel an Haben, dringlicher scheint das Problem eines Mangels an Sein: an Anerkannt-Sein. Wer Anerkennung erfährt, dem wird eine Ahnung zuteil, was ein sinnerfülltes Leben ist. Prophetischer Pragmatismus ist Arbeit an einer Kultur der Anerkennung« (West in Manemann u.a.: Prophetischer Pragmatismus).

Es gibt allerdings noch andere Hotspots: z. B. Gelingende Praktiken, sogenannte best practise Modelle und im Kontrast dazu miserable Beispiele. Dazu ist der Flickenteppich der psychiatrischen Landschaft in Deutschland bestens geeignet, ergänzt durch europäische und außereuropäische Formen der Versorgung.

Prophetisches Potenzial für die Psychiatrie gewinnt gerade wieder die Philosophie. Während Wissenschaft und Forschung im analytischen Kleinkram versinken, schaffen philosophische Überlegungen das, was zusammengehört transdisziplinär wieder zusammenzuführen, verbunden mit neuen Einblicken und Ausblicken, wie zum Beispiel bei Fuchs mit seinem Buch »Das Gehirn ein Beziehungsorgan« oder bei Ulrich mit seinem Buch »Psychiatrie. Biologische Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft«.

Philosophie liefert leitende Ideen. Gestaltende Kraft haben dagegen schon Gesetze wie die Menschenrechte in Form der UN-BRV, die »Prinzipien« und auch das Grundgesetz. Jedoch werden diese Vorschriften nicht so umgesetzt, wie sie schwarz auf weiß geschrieben sind. Gerade in der Kluft zwischen gesetzlichen Vorschriften und Realität, zwischen Soll und Sein, sieht West das Potential und den Hebel für konkrete Veränderungsprozesse, die es zu nutzen gilt, wie z. B. jüngst durch das Bundesverfassungsgericht im Falle der Zwangsmedikation und dem Aussetzen einer entsprechenden Grundlage. Dieser Umstand wurde z. B. von Zinkler in Heidenheim genutzt, der als einer der weniger darüber nicht klagte. Und siehe da: Man kommt auch ohne den üblichen Zwang aus.

Weil kein Mensch weiß, was in Zukunft geschehen wird und wie sich bestimmte Veränderungen auswirken werden, schwört West auf den Pragmatismus. Unter

Pragmatismus versteht er nicht den Empirismus. Empirismus bezieht sich nach seiner Ansicht auf Zahlen und Fakten, die in der Vergangenheit gründen, jedoch ohne Kontakt zur Zukunft. Er propagiert die Zeitdiagnose. Zeit-diagnose – das ist, in Abgrenzung von einer Analyse, eine Symptomatik, die versucht, anhand gegenwärtiger Vor- bzw. Anzeichen eine provisorische Beschreibung, ein Szenarium der Gegenwart zu entwerfen. Anders als die Analyse, die häufig nur noch eine vergangene Gegenwart beschreibt, ist die Zeitdiagnose aktuell. Eine Zeitdiagnose zehrt von sich wechselseitig erhellender Plausibilität, die sich am Ende zu einem verketteten Netzwerk zusammenschließt. Dadurch wird der Pragmatismus zu einem zukunftsorientierten Instrument, der versucht, das Denken als eine Waffe einzusetzen, um effektives Handeln zu ermöglichen.

Empirismus und Analyse sind vergangenheitsfixiert. »*Our's is in the trying*«.

Der Empirismus wiederholt vergangene Fakten, der Pragmatismus steht für zukünftige Möglichkeiten. West sieht keine andere Alternative, als bestimmte Vorhaben auszuprobieren (Experimentalismus) mit der Notwendigkeit im Danach zu reflektieren, wie sich Projekte entwickelt haben. Er vergleicht das mit dem Jazz: Wir brauchen sowohl die Fähigkeit, Themen – also Strukturen und Umgangsweisen – zu variieren, zu verändern, zu erfinden, aber auch, wenn alles nicht hinhaut, das Ganze wieder rückgängig zu machen (permanente Revision). Dies kann einhergehen mit einer besonderen Tragik, die er mit dem Blues vergleicht: Trotz allen Bemühens und bester Absicht gehen unsere Projekte manchmal nach hinten los. Diese Tragik ist, wie der Blues, unvermeidlich und muss bei allem was wir tun mit berücksichtigt werden, auch um die notwendige Tiefe eines jeden Vorhabens auszuleuchten.

Dieses Ausprobieren, Testen, Reflektieren, Kontrollieren, Ausbauen oder Rückgängigmachen im kommunalen Raum bedarf einer permanent zu praktizierenden demokratischen Praxis. Das kann nur in kleinen überschaubaren Einheiten gelingen, wie in einem Dorf oder einem Stadtteil. Das Ganze ist mit Strukturen wie der Allmende vergleichbar. Und solche sozialen Gebilde, bilden nach Rifkin zukünftig zunehmend auch die wirtschaftlichen Keimzellen der Gesellschaft. Und im Kontext dieser sozialen Gebilde, in Dörners 3. Sozialraum, wird zukünftig auch psychiatrische Versorgung kollaborativ zwischen engagierten Bürgern, Angehörigen, Nachbarn, Patienten und Psychiatrie-Erfahrenen organisiert werden. Während Psychiatrie kollaborativ wird, wird sie sich im nächsten Schritt selbst zu einem kollaborativen Gemeingut entwickeln.

Der nächste gangbare Schritt auf diesem langen Weg ist die Umwandlung der Psychiatrie in eine Post-Psychiatrie. Dies können wir während der nächsten Jahre erreichen, vor allem in den nächsten sechs bis sieben Jahren. Bis 2021/22 müssen wir alles tun, um ein Entgeltsystem in unsere Hand zu bekommen, das uns ermöglicht, im Lebensfeld genauso tätig zu sein und arbeiten zu können, wie im stationären Bereich. Um dies zu erreichen bedarf es jedoch auch der »Empörung«, die uns nach Hessel phasenweise abhanden gekommen ist.

Nichtdestotrotz sind psychiatrisch Tätige unterwegs zu neuen Ufern: Psychiatrie to go. Die Entdeckungsreise beginnt post-psychiatrisch. Post-Psychiatrie als Zwi-

schenstadium zu einer kollaborativen Psychiatrie mit anthropologischer Färbung ist jedoch nicht das Tor zu einem psychiatrischen Paradies. Aber Post-Psychiatrie kann das Ausfalltor zu einer kommunal integrierten Psychiatrie sein. Damit kann Inklusion beginnen.

Literatur:

- ADERHOLD, V. (9 2010): Neuroleptika zwischen Nutzen und Schaden – ein minimale Anwendung von Neuroleptika ein update. Von www.meinungsvbbrechen.de/?tagvolkmar-aderhold. abgerufen
- ADERHOLD, V./ALANEN, Y./HESS, D./HOHN, P. (Hrsg.) (2003): Psychotherapie der Psychosen. Integrierte Behandlungsansätze aus Skandinavien. Giesen.
- AEBI, E./CIOMPI, L./HANSEN, H. (1993): Soteria im Gespräch. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Basener, D. (2012): Ich Möchte Arbeiten: das Modell Spagat Vorarlberg. Hamburg: 53° Nord Agentur und Verlag.
- BIRKENHEIER, C./HAGEN, A. (2005): Integration psychisch Kranker in Gastfamilien. Völklingen: Eigenverlag VITAL e. V.
- BUDDE, W./FRÜCHTEL, F./HINTE, W. (Hrsg.) (2006): Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis. Wiesbaden (Verlag für Sozialwissenschaften).
- CHRISTIAKIS, N./FOWLER, J. H. (2009): Connected! Die Macht sozialer Netzwerke und warum Glück ansteckend ist. Frankfurt a. M. (Fischer Verlag).
- DÖRNER, K. (2007): Leben und Sterben, wo ich hingehöre . Neumünster (Paranus Verlag).
- DÖRNER, K. (2008): Helfende Berufe im Markt-Doping. Neumünster (Paranus Verlag).
- EAGLEMAN, D. (2012): Inkognito Frankfurt/Main (Campus Verlag). Frankfurt/Main (Campus Verlag).
- EMRICH, H. (2008): Psychiatrische Anthropologie. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- FINZEN, A. (2002): Warum werden unsere Kranken eigentlich wieder gesund. Resonieren über das Heilen. Bonn (Edition das Narrenschiff im Psychiatrie Verlag).
- FREIESLEBEN, M. (2005): Entlastungsfamilien und Kontaktfamilien – semiprofessionelle und Laienhilfemodelle in Dänemark. Vortrag auf der 20. Bundestagung Familiepflege. Jena.
- FUCHS, T. (2008): Das Gehirn – ein Beziehungsorgan. Eine phänomenologisch-ökologische Konzeption. Stuttgart (Kohlhammer).
- GAZZANIGA, M. (2011): Who is in charge? Free Will and the science of the Brain. New York (Ecco). New York (Ecco).
- GIGERENZER, G. (2007): Bauchentscheidungen . München (Bertelsmann Verlag).
- GOLDSTEIN, K. (1934): Der Aufbau des Organismus. HAAG. Martinus Nijhoff.
- GRANOVETTER, M. (1973): The strength of weak Ties. American Journal of Sociology 8 , S. 1360–1380.
- KLIE, T. (2002): Wohngruppen für Menschen mit Demenz. Vinzenz Verlag.
- KROLL. (1998): Mit Soteria auf Reformkurs. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- LANKERS, D. (2010): Leben Demenzkranke zu Hause länger als im Heim? Inaugural-Dissertation, Ruhr Universität Bochum.
- LÖTSCHER, K./BRIDLER, R. (2013): Psychiatrische Akutbehandlung in Gastfamilien. In W. Rössler, & W. Kawohl, Soziale Psychiatrie (S. 255-264). Suttgart: Kohlhammer.
- MANEMANN, J./ARISANKA, Y./DRELL, V./HAUK, A. M. (2013): Prophetischer Pragmatismus. München: Wilhelm Fink Verlag.
- MÜNCH, R. (1995): Dynamik der Kommunikationsgesellschaft. Frankfurt/Main (suhkamp).
- OPASCHOWSKI, W. H. (2010): Wir. Hamburg (Moormann Verlag).
- POLANY, M. (1985): Implizites Wissen. Frankfurt/M (Suhkamp Verlag).

PRECHT, R. (2007): Wer bin ich. Und wenn ja, wie viele? München (Goldmann).

RIFKIN, J. (2014): Die Null Grenzkosten Gesellschaft. Frankfurt/ New York: Campus Verlag.

ULRICH, G. (1997). Biomedizin. Stuttgart (Schattauer Verlag).

ULRICH, G. (2013): Psychiatrie. Biologische Naturwissenschaft und Geisteswissenschaft. Tübingen: dgvt-Verlag.