

# Ein Spannungsfeld, das die Psychiatrie aushalten und gestalten sollte

Von Paul Hoff

## 1. Einleitung

Der Begriff „Fürsorge“ erscheint im Kontext medizinischer Berufsfelder geradezu selbsterklärend, auch in der Psychiatrie. Unabhängig davon, ob eine Fachperson ärztlich, psychologisch, pflegerisch, ergo- oder physiotherapeutisch tätig ist, sie wird den wesentlichen Bestimmungszweck ihrer Arbeit in der gezielten Unterstützung der erkrankten Person sehen, in der Fürsorge also. Natürlich entpuppt sich Fürsorge bei vertiefter Betrachtung als weitaus komplexer, als es zunächst den Anschein hatte. Und doch zwingt uns dieser Begriff, verglichen mit „Autonomie“, bedeutend weniger konzeptuelle Fragezeichen und Fallstricke auf. Autonomie ist, was niemand bestreiten wird, ein zentraler Bezugspunkt psychiatrischen Handelns. Jedoch handelt es sich um einen sperrigen, sich der Scheinsicherheit simpler Definitionen hartnäckig widersetzenden Begriff (Hoff 2017). Die gerade in der akutpsychiatrischen Versorgung häufigen konflikthaften Situationen belegen dies nachhaltig: Was tun, wenn ein Patient unter Verweis auf seine Autonomie die Streichung der Diagnose «Schizophrenie» verlangt, da er sich durch sie persönlich beeinträchtigt, ja diskriminiert fühle, während zugleich die diagnostischen Kriterien dieser Erkrankung in seinem Fall vollständig erfüllt sind? Was tun, wenn eine Patientin zwei Tage nach einem schweren Suizidversuch – ebenfalls unter Berufung auf ihre Autonomie – bei der Freitagsvisite verlangt, das Wochenende allein zu Hause verbringen zu dürfen, in diesem Gespräch aber verhalten, unoffen und misstrauisch wirkt?

Fachpersonen kennen Herausforderungen dieser Art nur zu gut. Können hier, im Kontext konkreter klinisch-psychiatrischer Fragen, theoretische Überlegungen überhaupt hilfreich sein? Nicht wenige prägende Figu-

ren in der Geschichte unseres Faches standen dem Einbezug philosophischer Argumente in die psychiatrische Arbeit mit Skepsis gegenüber, etwa Emil Kraepelin (1856–1926) oder Eugen Bleuler (1857–1939). Einen deutlich differenzierteren, mir vorbildhaft erscheinenden Standpunkt nahm Karl Jaspers (1883–1969) ein: Er kannte gleichsam beide «Welten»: Nach einigen psychiatrischen Jahren an der Universitätsklinik Heidelberg wechselte er zunächst in die Psychologie und später in die Philosophie. Sein psychiatrisches Hauptwerk „Allgemeine Psychopathologie“ (1913), von ihm veröffentlicht im Alter von 30 Jahren, mahnte ein nachhaltig-kritisches Methodenbewusstsein an und sollte genau deswegen die Entwicklung unseres Faches wesentlich beeinflussen. In der unmittelbar nach dem Zweiten Weltkrieg erschienenen vierten Auflage (1946) wies Jaspers der Philosophie innerhalb der Psychiatrie eine *klar eingegrenzte*, jedoch – liest man das folgende Zitat genau – *bedeutsame* Aufgabe zu:

„Der Psychopathologe braucht sich um Philosophie nicht deswegen zu kümmern, weil sie ihn für seine Wissenschaft irgendetwas Positives lehrte, sondern weil sie ihm den inneren Raum frei macht für seine Wissensmöglichkeiten.“ (Jaspers 1946, S. 40)

In diesem Sinn wird hier das Ziel verfolgt, den umfassenden, oft schlagwortartig-unreflektiert verwendeten Begriff der Autonomie inhaltlich zu differenzieren und seine konkrete Relevanz für *jedes* psychiatrische Handeln erkennbar werden zu lassen.

## 2. Eine grosse Herausforderung: Autonomie muss „personalisiert“ werden

Im Unterschied zur heute gängigen Verwendung von „Personalisierung“ als Ausrichtung therapeutischer Stra-



Paul Hoff

Psychiater und Psychotherapeut, bis 2021 stellvertretender Klinikdirektor an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Präsident der Zentralen Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

tegien am präzise erfassten biologisch-genetischen Status des erkrankten Individuums erhält der Begriff im jetzigen Kontext seine ursprüngliche Bedeutung, nämlich die optimale Passung von medizinischen Entscheidungen einerseits und bio-psycho-sozialer Verfassung der betroffenen Person einschliesslich ihres subjektiven Werthorizonts andererseits. Fünf praxisnahe thematische Akzente werden im Folgenden vorgestellt.

### 2.1. Schattierungen des Autonomiebegriffs je nach Kontext

Wird Autonomie in den Kontext der *Moral* gestellt, könnte eine Person von sich sagen: „Ich selbst bestimme, das Gute zu tun.“ Ein anderer Akzent wird gesetzt, verknüpft man Autonomie mit *Freiheit*. Die diesbezügliche Selbstbeschreibung könnte lauten: „Nur ich bestimme, was ich tue.“ Wieder anders liegen die Dinge, wenn Autonomie als *genuines Attribut* einer jeden Person verstanden wird: „Selbstbestimmung ist mein unveräußerliches Recht.“ Unabhängig vom theoretischen Kontext stellt sich die Frage, wie eine praktisch umsetzbare Form von Autonomie ermöglicht, wie Autonomie konkret «hergestellt» wird. Einige Optionen seien herausgegriffen:

- *Prozedurale Konzepte* legen Prozessabläufe fest, die erforderlich

sind, um im medizinischen Alltag ein hohes Mass an Autonomie zu erreichen.

- *Substanzielle Konzepte* fokussieren weniger auf formale Abläufe, sondern auf die mit dem Autonomiebegriff adressierten Inhalte. Das wird häufig das Ziel eines so weit wie möglich selbstbestimmten Lebens sein, auch und gerade bei ungünstigen, chronifizierten Krankheitsverläufen.
- Das Konzept der – aktuell viel diskutierten – *relationalen Autonomie* verfolgt einen markant anderen Ansatz: Hier ist Autonomie kein personen- und situationsunabhängiger, also allgemeingültig-abstrakter Wert. Vielmehr entwickelt sie sich jeweils in der konkreten Beziehung zwischen Patient/-in und Fachperson (Ach und Schöne-Seifert 2013, Dederich und Schnell 2011, Mackenzie und Stoljar 2000). In eine vergleichbare Richtung weist die *narrative Ethik*: Sie sieht die jeweiligen ethischen Grundsätze, die einer individuellen medizinischen Maßnahme zugrunde liegen, als Ergebnis eines Aushandlungsprozesses zwischen den beteiligten Personen. Dabei werden lebensgeschichtlich gewordene – gleichsam „erzählte“, also narrative – Werthaltungen des/der Patienten/-in zu bedeutenden Faktoren in der Entscheidungsfindung erklärt (Carson und Lepping 2009, Mieth 2007). Wiederum in ähnlicher, aber nicht identischer Weise verlegt die *Care-Ethik (Ethics of Care)* die Wurzel ethisch verantwortungsvollen medizinischen Handelns in das Wesen des Betreuungs- und Behandlungsprozesses selbst: Weder abstrakte philosophische Begriffe noch die individuelle Aushandlung des ethischen Rahmens stehen im Vordergrund, sondern die ethische Prinzipien stets schon beinhaltende professionelle Identität der beteiligten Berufsgruppen (Barnes et al. 2015, Conradi und Vosman 2016, Held 2006).
- Dem Konzept der *assistierten Autonomie* kommt in der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) (United Nations 2006) ein zentraler Stellenwert zu. Daher wird es in den letzten Jahren international intensiv (und kontrovers) diskutiert. Die Unterzeichnerstaaten der Konvention,

darunter die Schweiz, Deutschland und Österreich, sind aufgefordert, das Prinzip der Substitution von Entscheidungen – eine mandatierte *andere* Person, nicht die beeinträchtigte Person selbst trifft Entscheidungen – so weit wie möglich, im Idealfall vollständig, durch assistierte Entscheidungen des/der Betroffenen zu ersetzen. Es liegt auf der Hand, welch erhebliche Auswirkungen die Umsetzung dieses Prinzips auf die klinische und rechtliche Praxis der meisten Länder hätte: Zur Diskussion stünden sämtliche „substituierenden“ Rechtsinstitute wie die Beistandschaft (Schweiz), Betreuung (Deutschland) oder Erwachsenenvertretung (Österreich), aber ebenso die heute unter bestimmten – restriktiven – Bedingungen zulässigen medizinischen Zwangsmaßnahmen wie die Klinikeinweisung und nachfolgende Behandlung gegen den Willen der betroffenen Person.

## 2.2. Auch das Prinzip der Autonomie gilt nicht absolut

Prinzipienethische Ansätze, die sich auf antike, sprich: hippokratische Wurzeln berufen können, sind heute international breit akzeptiert. So unterscheiden Beauchamp und Childress (2019) diese vier medizinethischen Prinzipien: Respekt vor der Autonomie des/der Patienten/-in, Vermeidung von Schaden, Erzielung von Nutzen, Verteilungsgerechtigkeit hinsichtlich zur Verfügung stehender Ressourcen. Zwar wird die Autonomie oft an erster Stelle genannt, jedoch bedeutet dies nicht, dass sie ein „privilegiertes Prinzip“ sei, das ausnahmslos gelte und durch kein anderes Prinzip eingeschränkt werden dürfe. Vielmehr besteht die anspruchsvolle Aufgabe medizinischer Fachpersonen gerade in der *personenzentrierten Abwägung* einzelner Prinzipien. Dabei kann etwa das Prinzip des Nutzens in einer bestimmten Situation durchaus stärker gewichtet werden als dasjenige der Autonomie. Pointiert sprechen Lepping und Raveesh (2014) vom Risiko, durch eine unkritische Überbetonung des Autonomieprinzips dem/der Patienten/-in im Einzelfall sogar einen klaren Schaden zuzufügen, was das gleichrangige Prinzip des Nichtschadens verletzen würde. Im folgenden Abschnitt wird dies konkretisiert.

## 2.3. Sich hinter der Patientenautonomie „verstecken“: Ein medizinethisches No-Go für psychiatrische Fachpersonen

In psychiatrischen Behandlungen kann es zu schwierigen Konfliktsituationen kommen. Selbstverständlich ist dabei die Position des/der Patienten/-in ernst zu nehmen, zu respektieren. Jedoch bedeutet dies keineswegs, mit ihm/ihr stets einer Meinung zu sein. Mitunter ist das genaue Gegenteil der Fall: Sieht die Fachperson bei einer bestimmten, von dem/der Patienten/-in strikt abgelehnten Therapiemaßnahme einen grossen Nutzen (und entsprechend ein grosses gesundheitliches Risiko bei der Nicht-Anwendung), so ist es *ethisch geboten*, aktiv dieses Konfliktfeld zu betreten und einen möglicherweise schwierigen Dialog zu eröffnen. Prägnanter: Die Feststellung „Der/die Patient/-in will es so, also machen wir es so“ ist in ihrer Simplizität ein veritable medizinethischer „Kurzschluss“, der das Wesen der Autonomie grundlegend verkennt, ja Autonomie mit Willkür verwechselt. Dasselbe Thema adressieren Hohendorf und Bruns (2015) im Kontext der Suizidprävention, wenn sie „das Recht des Suizidalen auf den Widerspruch des Behandlers“ hervorheben.

## 2.4. Die therapeutische Beziehung als „Ort“, an dem Autonomie zur Geltung kommt

Die Bedeutung einer tragfähigen, dialogischen und von wechselseitigem Respekt geprägten therapeutischen Beziehung kann kaum überschätzt werden (Hoff et al. 2020). Ihren Kernbestand hat Karl Jaspers prägnant, fast schon radikal so charakterisiert: „Im Umgang des Arztes mit dem Patienten ist [...] die Situation der Autorität gegeben, die wohltätig wirksam sein kann. Wenn in seltenen Fällen die echte Kommunikation erreicht wurde, so ist diese sogleich wieder verloren, sofern nicht auf Autorität restlos verzichtet wird. [...] Die Haltung der Autorität ist wie die des Naturforschers ein Glied, aber nie das Ganze in der Stellung des Arztes zum Kranken.“ (Jaspers 1946, S. 673) Natürlich war Jaspers klar, dass er ein Idealbild zeichnet, an dem die psychiatrische Versorgungsrealität immer wieder zu scheitern droht. Seine Forderung aber war und ist konzeptuell bedeutsam und praxisrelevant, gerade

wenn es um Autonomie geht: Die mit der Rolle als Fachperson notwendig verbundene Autorität dürfe nur als Ressource, nicht aber als Machtinstrument eingesetzt werden.

## 2.5. Autonomie: Weitere zukünftige Handlungsfelder

### Voraussetzungen („advance directives“)

Psychiatrische Patientenverfügungen, in denen Betroffene ihre Betreuung- und Behandlungspräferenzen für den Fall einer Wiedererkrankung benennen können, sind mittlerweile breit verfügbar, finden aber in vielen Ländern, auch in der Schweiz, weitaus seltener Anwendung als erhofft. Hier besteht Nachholbedarf bezüglich der Implementierung sowie der Weiterbildung und Forschung. In der Praxis stellen sich zahlreiche praktische und ethische Fragen: Wie ist sicherzustellen, dass eine Patientenverfügung dann, wenn sie gebraucht wird, zuverlässig zur Verfügung steht? Wie wird beurteilt, ob eine Patientenverfügung noch dem aktuellen mutmaßlichen Willen der betroffenen Person entspricht? Wie gehen wir mit Voraussetzungen um, in denen unter bestimmten Bedingungen auch medizinische Zwangsmaßnahmen befürwortet werden („Odysseus-Verträge“, Lack et al. 2016)?

Das aus dem englischsprachigen Raum stammende Konzept „Advance Care Planning“ (ACP) wird zunehmend auch in der Psychiatrie diskutiert. Im Unterschied zu dem meist nur einmaligen Akt des Verfassens einer Patientenverfügung wird die planende Auseinandersetzung mit der eigenen Gesundheit bzw. Krankheit als kontinuierlicher, in dialogische Beziehungen zu Fachpersonen eingebetteter Prozess gesehen (Coors et al. 2015, Krones und Obrist 2020). In der Schweiz will das jüngst gemeinsam vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) und von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) entwickelte Programm „Gesundheitliche Vorausplanung“ (GVP) aktiv zur „Normalisierung“ (anstelle einer Tabuisierung) des Themas in der Bevölkerung beitragen. Auf diese Weise sollen bereits bestehende Perspektiven gebündelt und, vor allem, eine landesweite Wirksamkeit in Spitälern, Praxen und Heimen erzielt werden.

### Nachhaltiger Diskurs über medizinische Zwangsmaßnahmen

Die Anwendung von Zwang, etwa im Rahmen der Einweisung in eine psychiatrische Klinik, stellt auf den ersten Blick den maximal denkbaren Widerspruch zum Prinzip der Autonomie dar. Gleichwohl gibt es Situationen, in denen eine Zwangsmaßnahme – ausschliesslich im Sinne einer ultima ratio – das kleinere Übel darstellt. Dieses Thema belastet alle Beteiligten und fordert das berufliche Selbstverständnis psychiatrischer Fachpersonen stark heraus (Hoff 2019). Nicht zuletzt aus diesem Grund muss die Psychiatrie aktiv einen kritischen Diskurs über die Anwendung von Zwang generieren und aufrechterhalten. Mittlerweile existieren zu diesem Bereich in vielen Ländern medizinethische Richtlinien (in der Schweiz: SAMW 2015). Sie können ihre Funktion aber nur dann erfüllen, wenn sie im psychiatrischen Behandlungsalltag, in den Stations-teams, präsent sind, angewandt und kritisch hinterfragt werden.

### Partizipation von Betroffenen

Der Einbezug betroffener Personen in medizinische Entscheidungen sollte heute – als konkrete Konsequenz des Autonomieprinzips – zur Selbstverständlichkeit geworden sein. Auch jenseits der Ebene des Einzelfalls können neuere Entwicklungen im Umgang mit psychisch erkrankten Personen den Autonomiegedanken weiter stärken: Der Fokus früherer Jahrzehnte auf die Erfassung psychopathologischer Symptome wurde durch den *Einbezug der funktionellen Ebene*, also der Funktionsfähigkeit und Lebensqualität im Alltag trotz allfällig noch vorhandener Symptome, maßgeblich ergänzt. Der einst zentrale medizinethische Begriff „Compliance“, die (oft stillschweigende) Akzeptanz ärztlicher Anordnungen durch den/die Patienten/-in, erfuhr eine Weiterentwicklung hin zu Konzepten, die stärker auf die Überzeugung im Dialog setzen, auf ein *Arbeitsbündnis* zwischen Patient/-in und Fachperson („Adherence“, „Alliance“). Schließlich machte der traditionelle Blick auf Krankheiten als reine Defizienzzustände einer differenzierteren Sicht Platz: Bei allen psychischen Erkrankungen, auch den chronischen, stehen krankheitsbedingten Einschränkungen *persönliche Ressourcen* gegenüber, die gezielt

zu Elementen des Behandlungsprozesses gemacht werden können. Die Konzepte „Recovery“ und „Empowerment“ sind genau diesen Zielen verpflichtet (Amering 2013, Rössler und Lauber 2013).

## 3. Warum ein erweitertes Verständnis von Psychopathologie die Debatte um Autonomie und Fürsorge bereichern kann

Für prägende Figuren in der Ideengeschichte der Psychiatrie, etwa Karl Jaspers (1883–1969) oder Werner Janzarik (1920–2019) war die Psychopathologie weit mehr als ein technisches Hilfsmittel zur Beschreibung und reliablen Erfassung von Symptomen. Ihr sei, so vor allem Jaspers (1946), die Funktion einer methodenkritischen Klammer zuzuweisen, die der Mehrdimensionalität der Psychiatrie gerecht werde, ohne sich in unverbindlichen Allgemeinplätzen – postmodern ausgedrückt: in einem „anything goes“ – zu verlieren. Sie habe heterogenen Perspektiven ihre jeweilige Eigenständigkeit zu belassen, etwa dem subjektiv-qualitativen, in biographische Linien eingebetteten Erleben der Person und den empirisch-quantitativen, auf überindividuelle Gesetzmässigkeiten ausgerichteten Neuro- und Sozialwissenschaften. Zugleich habe sie den notwendigen Bezug herzustellen auf das *allen* psychiatrischen Konzepten gemeinsame Zentrum, auf die psychisch erkrankte Person nämlich. Mit Blick auf einen solch umfassenden Anspruch sprach Janzarik (1979) sogar von der Psychopathologie als Grundlagenwissenschaft. Davon ist sie heute allerdings weit entfernt. Die Psychopathologie ist deutlich in die Defensive geraten, wird oft auf die Funktion der deskriptiven Symptomerfassung reduziert und nicht selten – wohl wegen des Wortteils *patho* – kritisiert, weil sie einem enggeführten medizinischen Modell psychischer Erkrankungen verpflichtet sei. Die Umsetzung ihrer ursprünglichen Intention, als integrierende Kraft die beträchtlichen (und ständig wachsenden) „Zentrifugalkräfte“ psychiatrischer Subdisziplinen aufzufangen – etwa diejenigen der Bildgebung, Neurophysiologie oder molekularen Neurobiologie –, um so die Identität des Faches Psychiatrie mit der Personzentrierung als Kern zu stärken, schei-

nen ihr im 21. Jahrhundert nur wenige zuzutrauen (Hoff 2022, 2023).

Gerade für den Kontext der Autonomie ist dies von Nachteil. Denn würde die Psychopathologie wieder zu einem, plakativ ausgedrückt, Synonym für *systematisches Nachdenken über Psychiatrie*, so brächte uns dies dem Ziel näher, das Abstraktum Autonomie in überzeugender Weise an die Praxis heranzuführen, umfassender als heute konkret anwendbar zu machen in der täglichen diagnostischen und therapeutischen Arbeit.

#### 4. Résumé

- Autonomie und Fürsorge sind Kernbegriffe, die das psychiatrische Handeln prägen, sei es in Prävention, Diagnostik, Therapie, Forschung oder Lehre. Sie müssen «gepflegt» werden im Sinne eines aktiv geförderten Diskurses. Keinesfalls dürfen sie zu leeren Worthülsen erstarren. Diese konzeptuellen Auseinandersetzungen gehören zu den genuinen Aufgaben der Psychiatrie: Sie dürfen (und können) nicht vollständig an externe wissenschaftliche Bereiche, etwa an Philosophie, Ethik oder Recht, delegiert werden.
- Das Autonomiekonzept darf von psychiatrischen Fachpersonen nicht unkritisch verkürzt und dazu missbraucht werden, Verantwortung voreilig auf den/die Patienten/-in zu verlagern, um der eigenen Auseinandersetzung mit heiklen ethischen Fragen aus dem Weg zu gehen.
- Die Prinzipien der Autonomie und der Fürsorge geraten vor allem in der Akutpsychiatrie nicht selten in Konflikt. Dennoch sind diese beiden Begriffe, zu Ende gedacht, keine grundsätzlichen Antipoden. Sie verweisen notwendig aufeinander; in einem bestimmten Sinn bedingen sie sich sogar gegenseitig: «Keine Autonomie ohne Fürsorge, keine Fürsorge ohne Autonomie». Es ist die tragfähige und respektvolle therapeutische Beziehung, die es in diesem unvermeidlichen und anspruchsvollen Spannungsfeld ermöglicht, die personenzentrierte Balance zu finden, auf die unsere Patientinnen und Patienten Anspruch haben. ●

#### Literatur

Ausführliche Literaturangaben finden Sie auf der Kerbe-Homepage unter [www.kerbe.info](http://www.kerbe.info)

# Welches Menschenbild zeigt sich im Hilfesystem?

Von Wolfgang Bayer und Fritz Bremer

## Einleitung

Vor drei Jahren wurde die letzte Stufe des BTHG umgesetzt. Genauso lange ist das neue SGB IX in Kraft und bildet die rechtliche Grundlage für einen großen Teil der Angebote der Sozialpsychiatrie. Die Eingliederungshilfe ist, wie schon zuvor, neben den Behandlungsangeboten, die zweite wesentliche Unterstützung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zur Förderung umfassender Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Drei Jahre, keine lange Zeit. Während dieser Jahre hat sich die gesellschaftliche Situation in einem Ausmaß und Tempo verändert, das wir nicht gewohnt waren. Die Corona-Pandemie führte uns vor Augen, wie wenig gefestigt die bis dahin scheinbar selbstverständlichen Forderungen der UN-BRK nach Inklusion, Sicherung der Rechte von Menschen mit Behinderung, umfassender Teilhabe - auch in der Arbeit der Sozialpsychiatrie tatsächlich waren. Allerorten wurden Unterstützungsangebote wegen der unwägbareren gesundheitlichen Risiken begrenzt, geschlossen, Kontakte unterlassen. Es dauerte ziemlich lange, bis sich die Erkenntnis durchsetzte, dass mit diesem Sicherheitsdenken und -handeln die Menschenrechte der Menschen mit Behinderungen massiv verletzt wurden und die Einschränkungen dem Ziel der Inklusion diametral entgegenstanden. Und weiter: der furchtbare Angriffskrieg gegen die Ukraine mit den u.a. massiven Folgen für die Energieversorgung, die Wirtschaft und die soziale Landschaft, die dramatische Zuspitzung der Folgen des Klimawandels und schließlich der auch in Deutschland anwachsende politische Populismus und die damit neu erstarkenden rechten bis rechtsradikalen Haltungen (Zick et. al. 2023) verhindern bis heute eine neue und ernsthaftere Diskussion über Inklusion und die Lebenslage von Menschen mit Beeinträchtigungen.

Was bedeutet dies alles für das sozialpsychiatrische Unterstützungssystem,



**Wolfgang Bayer**

Diplompädagoge u. Sozialmanager (Univ.), 40 Jahre Berufstätigkeit in der Sozialpsychiatrie; heute freiberuflich tätig in Lehre, Fortbildung u. Beratung

**Fritz Bremer**

Sonderschullehrer, Diplompädagoge, Autor, Mitarbeit in der Entwicklung gemeindefördernder sozialpsychiatrischer Arbeit, Mitbegründer Zeitschrift „Brückenschlag“.

welche Haltungen und welches Menschenbild zeigen sich in der aktuellen Praxis?

## Eindrücke und Beobachtungen – was uns bewegt

Ein erster Blick in die sozialpsychiatrische Praxis erweckt zunächst den Eindruck, alles sei in bester Ordnung. Fast überall in Deutschland existiert ein differenziertes System sozialpsychiatrischer Unterstützungsangebote – in den Feldern Behandlung, Wohnen, Arbeit und Beschäftigung, Begleitung und Beratung. Begegnungsstätten und das Primat der Unterstützung in der eigenen Wohnung sind Standard und vielfach standardisiert. Behandlungs- und Eingliederungsangebote werden, vermutlich nicht überall ausreichend, aber doch relativ stabil finanziert.

Die Verantwortung für Mängel, Versorgungslücken und die klar erkennbare Tatsache, dass Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf<sup>1</sup> von diesem System heute genauso wenig oder nur ein wenig besser wie vor 40 Jahren erreicht werden, wird reflexartig den jeweils Anderen oder dem gegliederten Leistungsträgersystem zugeschrieben. Ernsthaftes

<sup>1</sup>Siehe dazu die Systemsprengerdebatte der 1990er Jahre