

Wie sozial ist die Soziale Psychiatrie? Zum Widerspruch von Gemeindepsychiatrie und Psychiatriegemeinde

Prof. Dr. Peter Brieger, München, Ärztlicher Direktor, kbo-Isar-Amper-Klinikum, Akademisches Lehrkrankenhaus der LMU und Stellv. Vorsitzender der Aktion Psychisch Kranke e.V.

Vortrag Maria Laach, 23.4.23

Bernd Eikelmann schrieb 2005 in einer Debatte zum Widerspruch zwischen Gemeindepsychiatrie und Psychiatriegemeinde [1,2]: „Die Gemeindepsychiatrie hat die anfangs in sie gesetzten Hoffnungen nicht erfüllt. Die dort Betreuten bleiben abhängig von Einrichtungen und Therapeuten, sie kommunizieren und verkehren unter ihresgleichen und schaffen es selten oder nie, sich in „normale“ Biografien einzufügen. Das Leben bleibt blass, die Lebensqualität wird eingeschränkt nicht zuletzt durch finanzielle Restriktionen, innere und äußere Distanz zu der Gemeinschaft der Gesunden“. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen leben 10 Jahre kürzer als die Allgemeinbevölkerung [3], es gibt einen engen Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung [4] und ebenso zwischen sozialen Beziehungen und Lebenserwartungen [5].

Woran scheidet also die bessere Integration psychisch erkrankter Menschen? Warum verbleiben sie in der Psychiatriegemeinde? Stigma ist ein wesentlicher Aspekt: Dabei haben Mitarbeitende in den psychiatrischen Hilfesystemen – insbesondere Psychiater*innen und Pflegekräfte – keinesfalls weniger Vorurteile gegen psychisch kranke Menschen als die Allgemeinbevölkerung [6]. Die Tendenz, dass psychiatrische Kliniken die Ordnungsfunktion der Psychiatrien in Frage stellen [7,8], frühzeitig in forensische Kliniken verlegen, wenig aufsuchend tätig sind und wenig Verbindlichkeit in der Behandlung herstellen, hat in den letzten Jahren zu einem erheblichen Anwachsen der forensischen Kliniken und der Heime geführt. Dies ist das Gegenteil von sozialer Psychiatrie. Hier bedarf es klarerer personenzentrierter, regionaler, aufsuchender und verbindlicher Angebote. Wenn allein in Bayern 33.000 stationäre Plätze in der Behindertenhilfe vorhanden sind und die sich teilweise auch aus Bundesländern speisen, die aus politischen Gründen keine „geschlossenen“ Wohnheime haben, die Klienten aber nach Bayern verlegen, dann entstehen hier ebenfalls Graubereiche der Gemeindepsychiatrie [9]. Der absehbare Fachkräftemangel läuft der Qualitätsentwicklung entgegen. Wichtig ist es, die Lebensbereiche in individuellen Bedarfs- und Unterstützungskonzepten abzubilden. Hier sind Wohnen und Arbeiten zentrale Punkte. Auch hat der Aspekt des Einbezugs für Genesungsbegleitung ins psychiatrische Hilfesystem eine wesentliche Qualitätsentwicklung.

Psychiatriegemeinde oder Gemeindepsychiatrie? Entscheidend ist hier die individuelle Sichtweise, die bedarfsgerechte und personenzentrierte Herangehensweise und die Betonung des Subjektes. Dabei muss im Spannungsfeld zwischen Freiheit und Benevolenz beidem Beachtung geschenkt werden. Angesichts der demografischen Veränderungen ist absehbar, dass in den nächsten Jahren hier dramatische Umbauprozesse anstehen: [Mit dem Ausbau hochfrequent aufsuchender, multiprofessioneller Hilfen](#) (z.B. StäB) kann hier eine Qualitätsentwicklung stattfinden, zugleich können stationäre Plätze reduziert werden.

Durch solche Prozesse könnten [die vermeintlichen oder tatsächlichen Grenzen der Psychiatriegemeinde durchlässiger](#) werden.

- [1] Eikermann B, Richter D, Reker T, et al. Pro und Kontra: Gemeindepsychiatrie in der Krise? [For and Against: A Crisis of Community Psychiatry?]. *Psychiatrische Praxis* 2005; 32: 269–271
- [2] Brieger P. Pro und Kontra: Gemeindepsychiatrie in der Krise? Kontra [For and against: a crisis of community psychiatry? Against]. *Psychiatr Prax* 2005; 32: 270–271
- [3] Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2015; 72: 334–341. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.2502
- [4] Chetty R, Stepner M, Abraham S, et al. The Association Between Income and Life Expectancy in the United States, 2001–2014. *JAMA* 2016; 315: 1750–1766. doi:10.1001/jama.2016.4226
- [5] Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLOS Medicine* 2010; 7: e1000316. doi:10.1371/journal.pmed.1000316
- [6] Nordt C, Rössler W, Lauber C. Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophr Bull* 2006; 32: 709–714. doi:10.1093/schbul/sbj065
- [7] Brieger P, Menzel S. Psychiatrie ohne Ordnungsfunktion? – Kontra. *Psychiatr Prax* 2020; 47: 297–298. doi:10.1055/a-1169-2163
- [8] Zinkler M, von Peter S. Ohne Zwang – ein Konzept für eine ausschließlich unterstützende Psychiatrie. *Recht & Psychiatrie* 2019; 37: 203–209
- [9] Brieger P, Henking T, Schmitt-Schäfer T, et al. Geschlossene Heime für Menschen mit geistiger oder seelischer Behinderung – Charakteristika von Bewohnenden anhand von Aktenanalysen. *Der Nervenarzt* 2023; doi:10.1007/s00115-022-01437-5