

Vorwort des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e. V. 9

Michael Konrad, Birgit Görres

Vorwort der DGPPN 14

Iris Hautb

**Vorwort des Instituts für Sozialpsychiatrie
Mecklenburg-Vorpommern e. V. 16**

Harald J. Freyberger

**Vorwort des Landesverbands Sozialpsychiatrie
Mecklenburg-Vorpommern e. V. 18**

Sandra Rieck, Andreas Speck

GRUNDLAGEN

**Fast alles geht auch ambulant – ein Funktionales Basismodell
als Standard für die gemeindepsychiatrische Versorgung 22**

Ingmar Steinhart, Günther Wienberg

**Evidenzbasierte Psychiatrie im Sozialraum – Update der S3-Leitlinie
»Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« 45**

Uta Gühne, Thomas Becker, Steffi Riedel-Heller

**Weichenstellungen –
Noch ambulant oder doch besser stationär behandeln? 63**

Steffi Koch-Stoecker

PRAXISMODELLE

Multiprofessionelle mobile gemeindepsychiatrische Teams in der Praxis **84**

Matthias Heißler

Mobile Multiprofessionelle Teams aus der Sicht eines niedergelassenen Arztes **100**

Norbert Mönter

Sektorengrenzen überwinden – Integrierte Versorgung im Gemeindepsychiatrischen Verbund **116**

Nils Greve, Thomas Floeth

Genesungsbegleiter und ihre Wirkung in der ambulanten Psychiatrie **132**

Gyöngyvér Sielaff, Reiner Ott, Thomas Bock

Praxis der Genesungsbegleitung in der psychiatrischen Klinik **150**

Angelika Lacroix, Gisbert Eikmeier

Alternative stationäre Behandlungskonzepte – Soteria & Co. **164**

Martin Voss

Stationäre Behandlung und (Akut-)Psychotherapie als komplementäre Ressourcen mobiler multiprofessioneller Teams **178**

Urban Hansen, Tilman Steinert

Früherkennung und Frühintervention in der Großstadt – Erfahrungen aus der Früherkennungsambulanz **191**

Linus Wittmann, Mary Sengutta, Anne Karow

Prävention als Auftrag, Menschen psychische Erkrankung zu ersparen und zu ermöglichen **203**

Thomas Bock, Gwen Schulz und Gyöngyvér Sielaff

Der Sozialraum trägt mit – Behandlung und Pflege psychisch kranker alter Menschen in der Gemeinde	219
--	------------

Bernd Meißnest

Das Ende der Reha-Kette? – Zukunft der beruflichen Teilhabe	234
--	------------

Katarina Stengler, Thomas Becker

Supported Employment – Erst platzieren, dann trainieren	246
--	------------

Holger Hoffmann

Wahlfreiheit beim Wohnen: Forschungsstand und praktische Erfahrungen	261
---	------------

Dirk Richter, Ingmar Steinhart

UND WIE WEITER?

Von den Modellen zur Regelversorgung: Strategien zur regionalen Umsetzung des Funktionalen Basismodells	278
--	------------

Raoul Borbé, Ingmar Steinhart, Günther Wienberg

Neue Praxis braucht neue Theorie – der Capabilities-Approach	299
---	------------

Dieter Röh, Andreas Speck, Ingmar Steinhart

Autorinnen und Autoren	316
-------------------------------	------------

This page intentionally left blank.

Vorwort des Dachverbands Gemeindepsychiatrie e. V.

Michael Konrad, Birgit Görres

Vierzig Jahre nach der Psychiatrie-Enquete wird immer noch nicht umfassend gemeindepsychiatrisch gearbeitet. Die Unkenrufe, es habe sich seither nicht wirklich etwas verändert in der Psychiatrie, sind jedoch übertrieben, da sie die aufgebauten ambulanten und lebensweltorientierten Hilfen der Gemeindepsychiatrie meist nicht thematisieren. Immer noch ist der öffentliche Blick auf Psychiatrie geprägt durch die stationäre »Versorgung«. Doch auch hier hat sich einiges verändert. Wer in den 1970er-Jahren eine psychiatrische Anstalt betrat – und etwas anderes gab es damals mit wenigen Ausnahmen nicht – fand noch Stationen mit vierzig Betten, Wachsälen und Langzeitstationen vor. Die akuten Patienten wurden bei der Aufnahme nach dem Modell der somatischen Behandlung für drei Tage ins Bett gesteckt, die chronisch erkrankten Patienten jahrzehntelang hospitalisiert.

Was allerdings allen Kritikern eingestanden werden muss, ist, dass die Empörung über die elenden, menschenunwürdigen Zustände der psychiatrischen Anstalten und die dadurch erzeugte Aufbruchstimmung nicht genutzt wurde, um die Vorherrschaft der psychiatrischen Kliniken und Großeinrichtungen zu überwinden. Es gab sicher keine Alternative dazu, die katastrophalen baulichen Zustände der Anstalten zu beseitigen, aber dass auf dem Anstaltsgelände moderne Neubauten, Hallenbäder und aufwendige Snoozlezentren eingerichtet wurden, anstatt sofort mit dem Aufbau ambulanter Behandlung und Hilfe durch gemeindepsychiatrische Teams zu beginnen, macht die Macht des Institutionalismus und seiner Lobbyisten deutlich.

Den therapeutischen Niederschlag fand der Institutionalismus in dem Konzept der »therapeutischen Kette«. Die Kette bindet die Patienten und sie führt zwangsläufig zu der Errichtung neuer Institutionen. Mit dieser Konstruktion wird bis heute das Hauptmerkmal der psychiatrischen Anstalt stabilisiert: die therapeutische Zwangsmaßnahme. Dies ist schon lange nicht mehr die psychiatrische Zwangsunterbringung oder

die Zwangsbehandlung. Diese Maßnahmen müssen richterlich genehmigt werden und stellen quantitativ nicht die Regel dar. Der Alltag der psychiatrischen Versorgung ist vielmehr der strukturelle Zwang, sich im Anschluss an eine Klinikbehandlung in Institutionen begeben und sich an deren Regeln anpassen zu müssen. Mit dieser Logik startete die »gemeindepsychiatrische Enthospitalisierungsbewegung« in die soziale Rehabilitation chronisch psychisch erkrankter und schwer hospitalisierter Menschen. Am Anfang war das Dauer- oder Übergangswohnheim, das über Leistungen der Eingliederungshilfe finanziert wurde und von dem aus der direkte Weg in ambulant Betreutes Wohnen oder ein Wohnheim führte. Zu Beginn der Psychiatriereform war auch bei den fortschrittlichen ambulanten Trägern die Unterstützung und Stärkung des Wunsches nach einer eigenen Wohnung weder in den Konzepten – die sich schwerpunktmäßig an chronisch erkrankte Menschen richteten – noch in den Finanzierungssystematiken vorgesehen. So entstand in den letzten vierzig Jahren ein riesiger Bereich ambulanter Trägerangebote im Bereich des Betreuten Wohnens.

Der Weg in die – aus Klinik-sicht – »komplementäre« Versorgung der Eingliederungshilfe war relativ leicht, der Weg heraus ein seltenes Ereignis. Eine Institution zu verlassen, ist ein schwieriges Unterfangen. Auch wenn die Institution sich inmitten einer Gemeinde befindet. Sie ist immer von Regeln beherrscht, die nicht von den Bewohnern mit Behinderung aufgestellt werden, sondern von dem Träger und dem Kostenträger. Die Bewohner mit Behinderung müssen sich den Regeln anpassen und die Gefahr besteht, dass sie dadurch abhängiger anstatt eigenständiger werden. Selbstbestimmung und die Übernahme von Verantwortung kann nicht in einem fremdbestimmten Kontext erworben werden. Das ist eine sozialpsychologische Binsenweisheit, die gleichwohl seit Jahrzehnten missachtet wird.

Die konsequente Anwendung der UN-Behindertenrechtskonvention ist der erste wichtige Schritt, Hilfen stärker als bisher an den Bedarfen psychisch erkrankter Menschen sowie fachlicher Leitlinien und Standards zu orientieren und die Deinstitutionalisierung von Einrichtungen weiter voranzutreiben. Dabei sollte allerdings nicht der viel strapazierte Begriff der Inklusion handlungsleitend sein, sondern das in Artikel 19 a der UN-BRK verbrieft Recht, den Wohnort selbst zu bestimmen. Nach Artikel 19 a ist jedoch (lediglich) zu gewährleisten, »dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Möglichkeit haben,

ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben«, damit sie die Hilfen erhalten können, die sie benötigen.

Die UN-BRK stellt klar, dass ein Mensch aufgrund seiner Behinderung nicht benachteiligt werden darf. Sein Recht besteht nicht darin, an einem bestimmten Platz zu leben, sondern zu entscheiden, wo er leben möchte. Damit er nicht auf die eine besondere – mit institutionellen Regeln versehene – Wohnform angewiesen ist, soll er Zugang zu Unterstützungsdiensten in der Gemeinde haben. Das ist ein deutlicher Bruch mit den bisherigen Prinzipien der psychiatrischen Versorgung. Entsprechend dem medizinischen Modell entscheidet seit den Anfängen der institutionellen Psychiatrie der Arzt über den Ort der Betreuung oder Behandlung. Das hat sich auch im Anschluss an die Psychiatrie-Enquete nicht wesentlich geändert und wird nochmals deutlich, wenn man sich die Diskussion um die Notwendigkeit der Heimversorgung vergegenwärtigt, die in Verbindung mit der Einführung des Bundesteilhabegesetzes geführt wird.

Die UN-BRK bricht aber noch mit einer zweiten Selbstverständlichkeit der psychiatrischen Versorgung. Nach Artikel 14 ist eine Zwangsbehandlung ausgeschlossen und eine Zwangsunterbringung nur statthaft, wenn sie nicht wegen der seelischen Behinderung erfolgt. Wenn beide Artikel ernst genommen werden, ist der Vorrang der ambulanten Behandlung und Betreuung bereits heute eine Rechtstatsache. Die »Versorgung« in der psychiatrischen Klinik oder in einem geschlossenen Heim wäre die Ausnahme, die psychiatrische Klinikbehandlung wäre nach knapp 200 Jahren Anstaltspsychiatrie die komplementäre Versorgungsform. Die psychiatrische Versorgung befände sich damit in einem echten Paradigmenwechsel wie er von Thomas S. KUHN (1967) vor allem für den Bereich der Naturwissenschaften beschrieben wurde. Ein Paradigmenwechsel beginnt vor der Durchsetzung des neuen Paradigmas, vollzieht sich über viele Jahre und beginnt mit der Einordnung der bestehenden Erkenntnisse in das neue Paradigma.

Das in diesem Buch ausgebreitete Modell gemeindepsychiatrischer Versorgung bildet eine theoretische Basis, an der sich in der Zukunft die Sozial- und Gemeindepsychiatrie sowohl in der Theorie als auch in der Praxis abarbeiten und sich präzisieren kann. Der notwendige Paradigmenwechsel kann sich nicht ausschließlich in der Auflösung oder Verkleinerung psychiatrischer Kliniken oder Wohnheime erschöpfen. Er wird insbesondere in den Köpfen – auch der Kostenträger und

Politiker – stattfinden müssen. Selbst der Begriff »ambulant« wird neu definiert werden müssen. In der Vergangenheit wurde er oft für Formen des Betreuten Wohnens angewandt, die nicht in der eigenen Wohnung der Klienten stattfanden. Die »ambulante« psychiatrische Behandlung findet in erster Linie in Arztpraxen und Institutsambulanzen statt, der Hausbesuch ist aufgrund der schlechten Vergütung die absolute Ausnahme. Wenn aber erwartet wird, dass schwer psychisch beeinträchtigte Menschen sich »auf den Weg« machen, um die Leistung der Behandlung oder Betreuung zu erhalten, negiert dies mit der Erkrankung meist einhergehende Einschränkungen und überlässt schwer kranke Menschen der Straße oder ihren Familien. Es ist daher notwendig, die besonderen Teilhabebarrieren psychisch erkrankter Menschen vehement in die Öffentlichkeit und an die Kostenträger zu kommunizieren.

Bei allen Akteuren der psychiatrischen Versorgung wird sich künftig viel bewegen müssen. Der Dialog – insbesondere mit den Psychiatererfahrenen, ihren Angehörigen und engagierten Bürgern – wird wichtiger werden als evidenzbasierte Forschungsergebnisse im Rahmen des medizinischen Modells. Das biopsychosoziale Krankheits- und Behinderungsmodell muss sowohl für die Erklärung psychischer Erkrankung als auch für seelische Behinderung bzw. erhebliche Teilhabebeeinschränkung konsequent weiterentwickelt werden. Die Erforschung der Lebenswelt psychisch erkrankter Menschen – also der Raum, in dem sie nach dem Basismodell Leistungen erhalten sollen – ist dabei eine noch wenig bearbeitete Baustelle der Versorgungsforschung. Die Sozialgesetzbücher müssen in dem herrschenden gegliederten System zumindest so aufeinander abgestimmt werden, dass unterschiedliche Leistungen parallel erbracht werden können und zwar als Regel, nicht im Rahmen von Einzelverträgen der Integrierten Versorgung. Und schließlich müssen verbindliche Strukturen geschaffen werden, in denen eine integrative Behandlung und Unterstützung so organisiert werden kann, dass sie passgenau und personenzentriert organisiert ist. Der Gemeindepsychiatrische Verbund ist nur der sprachliche Ausgangspunkt einer funktionierenden vernetzten Versorgung. Hier ist konzeptionell noch viel zu tun und vor allem gesetzlich verbindlich zu regeln.

Der Dachverband Gemeindepsychiatrie bietet seit der Psychiatrie-Enquete das Dach, unter dem sich innovative Träger der ambulanten psychiatrischen und psychosozialen Versorgung zusammen mit Psychiatererfahrenen, Angehörigen und engagierten Bürgern für den Aufbau von

lebensweltorientierten, am Konzept der Gemeindepsychiatrie ausgerichteten regionalen Unterstützungs- und Behandlungsstrukturen organisiert haben. Er setzt sich für die Etablierung einer leistungssektorenübergreifenden, teambasierten, flexiblen Netzwerkarbeit ein, die die starren Säulen von »stationär und ambulant« sowie von Behandlung, Rehabilitation und psychosozialer Versorgung überwunden hat. Dazu kann eine breite Diskussion des vorliegenden Konzepts »Funktionales Basismodell« einen wichtigen Beitrag leisten.

Literatur

KUHN, T. S. (1967): Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen.
Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Vorwort der DGPPN

Iris Hauth

Über vierzig Jahre nach der Veröffentlichung des Berichts der Psychiatrie-Enquete und des Beginns der Psychiatriereform in Deutschland hat sich die psychiatrische Versorgungslandschaft sowohl ambulant als auch stationär positiv entwickelt.

So konnte die Zahl der stationären Betten halbiert werden, die Verweildauern wurden massiv gesenkt und liegen mittlerweile im Schnitt bei wenig mehr als zwanzig Tagen. Die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung wurde begleitet durch den Aufbau von Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern sowie von Tageskliniken und psychiatrischen Institutsambulanzen. Die Anzahl der ambulant tätigen Fachärzte, psychotherapeutischer Praxen, Tageskliniken und Sozialpsychiatrischer Dienste hat stark zugenommen. Nicht zuletzt die damit einhergehende Entwicklung gemeindepsychiatrischer Angebote hat dafür gesorgt, dass sich die Versorgungssituation für psychisch erkrankte Menschen deutlich verbessert hat.

Dennoch führt der zunehmende Hilfebedarf von Menschen mit psychischen Erkrankungen sowohl in der ambulanten als auch in der stationären Versorgung zu erheblichen Problemen und Herausforderungen. Die Leistungen der Vertragsärzte sind erheblich unterfinanziert, für Richtlinienpsychotherapie bestehen Wartezeiten von Wochen bis Monaten. Menschen mit Demenz, schizophrenen oder bipolaren Psychosen haben kaum Zugang zur Psychotherapie. Die stationäre Versorgung ist durch erhebliche Leistungsverdichtung und das geplante neue pauschalierende Entgeltsystem ebenfalls unter Druck geraten. Die von der Psychiatrie-Enquete geforderte strukturierte Kooperation aller Leistungsanbieter einschließlich der gemeindepsychiatrischen Angebote ist nur in wenigen Regionen umgesetzt.

Vor dem Hintergrund der genannten Probleme ist es wichtig, dass Patienten in Zukunft eine zeitnahe diagnostische Einschätzung und Beratung bezüglich der verschiedenen Versorgungsangebote erhalten. In manchen Fällen ist beispielsweise eine gezielte Krisenintervention bereits ausreichend, wenn diese zeitnah erfolgt. Bei weiter bestehendem

Behandlungsbedarf ist es umso wichtiger, strukturierte und verbindliche Versorgungsangebote der Leistungserbringer vorzuhalten. Dies sollte idealerweise im Sinne von Stepped-Care-Modellen bzw. Versorgungspfaden erfolgen.

An diesem Punkt knüpft das von Ingmar Steinhart und Günther Wienberg entwickelte »Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen« an. Das innovative sektoren- sowie trägerübergreifende Konzept, mit dem keine weiteren neuen Angebote geschaffen werden sollen, legt den Schwerpunkt der Patientensteuerung in den ambulanten Sektor. Durch seinen trägerübergreifenden Charakter werden alle Leistungen zur Behandlung, Rehabilitation und Pflege berücksichtigt. Im Sinne eines Mindeststandards für die Versorgung schwer psychisch kranker Menschen ist dieses Modell sehr unterstützenswert. Die Standards werden im Sinne der Sicherstellung von Funktionen definiert, die Ausgestaltung erfolgt durch die Akteure vor Ort. Das Modell versucht sektorenübergreifend zu integrieren und sich gleichzeitig an Funktionen und nicht an Institutionen oder Organisationen zu orientieren. Eine wichtige Grundlage bei der Konzeptionierung stellte dabei auch die aktuelle S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« der DGPPN dar.

Neben dem beschriebenen Konzept geben Steinhart und Wienberg in diesem Buch auch noch weiteren wichtigen Themen Raum. So werden verschiedenste bereits bestehende Praxismodelle, die wesentliche Module des Basismodells realisieren, dargestellt. Dies sind z. B. multiprofessionelle Teams in der Niederlassung, Peersupport, Genesungsbegleitung in der psychiatrischen Klinik oder Ansätze des unterstützten Arbeitens.

Bei den Herausgebern und Autoren möchte ich mich für ihre innovativen Beiträge bedanken. Ich würde mich freuen, wenn dieses Buch dazu beiträgt, dass sich endlich vierzig Jahre nach der Psychiatrie-Enquete viele Leistungserbringer auf den Weg machen würden, eine strukturierte Kooperation zum Erhalt und zur Verbesserung der Qualität in der Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu entwickeln.

Vorwort des Instituts für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Harald J. Freyberger

Gut vierzig Jahre nach der Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete 1975, die das psychiatrische Behandlungssystem grundlegend verändert hat, stehen wir heute vor beträchtlichen versorgungspolitischen Aufgaben. Zwar verfügen wir über ein in weiten Teilen flächendeckendes qualifiziertes Versorgungssystem. Dieses erreicht aber bei Weitem nicht alle Nutzer (GRABE u. a. 2005) und präferiert Betroffene, die eine hohe Affinität zum System aufweisen bzw. schließt Menschen aus, die nicht so recht in das Indikationsspektrum des Systems passen, wie etwa sogenannte »Systemsprenger« (FREYBERGER u. a. 2004; FREYBERGER u. a. 2008). Hinzu kommt, dass sich die verschiedenen Subsysteme in der Versorgungslandschaft zum Teil unkoordiniert gegenüberstehen, was zum Beispiel durch die partielle Entkopplung sozialpsychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung (FREYBERGER 2015) zum Ausdruck kommt.

Mit einer ganzen Reihe damit verbundener Entwicklungsprobleme des psychiatrischen Versorgungssystems in Mecklenburg-Vorpommern (MV) beschäftigt sich seit vielen Jahren das Institut für Sozialpsychiatrie MV (<http://sozialpsychiatrie-mv.de/ISP/index.html>), in dem Arbeitsgruppen des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV und der psychiatrischen Universitätskliniken in Greifswald und Rostock eine wissenschaftliche Plattform gefunden haben. Als dessen Leiter ist seit vielen Jahren Ingmar Steinhart tätig, dessen gemeinsam mit Günther Wienberg formulierten konzeptionellen Vorschläge zum »Funktionalen Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung« (STEINHART, WIENBERG 2016) die inhaltliche Ausrichtung des vorliegenden Bandes bestimmen. Ein Teil der Beiträge dieses Buches geht aber auch auf eine im Sommer 2015 stattgefundene Tagung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV zurück, die nicht nur dessen zwanzigjähriges Bestehen zum Gegenstand hatte, sondern sich exakt mit den oben aufgeworfenen Zukunftsfragen unter

dem Thema »Wir können (fast) alles ambulant: Trends und Entwicklungen der Sozialpsychiatrie« beschäftigt. Der Band geht aber weit darüber hinaus, denn er präsentiert Konzepte, Modelle und empirisches Wissen, mit denen wir einer Lösung der oben aufgeworfenen Entwicklungsfragen ein gutes Stück näherkommen.

Literatur

- GRABE, H. J.; ALTE, D.; ADAM, C.; SAUER, S.; JOHN U.; FREYBERGER, H. J. (2005): Seelische Belastung und Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung. Ergebnisse der Study of Health in Pommerania (SHIP). *Psychiatrische Praxis* 32, S. 297–301.
- FREYBERGER, H. J.; ULRICH, I.; DUDECK, M.; BARNOW, S.; KLEINWORT, K.; STEINHART, I. (2004): Woran scheitert die Integration in das psychiatrische Versorgungssystem? Qualitative Ergebnisse einer Untersuchung zur »Systemsprengerproblematik« in Mecklenburg-Vorpommern. *Sozialpsychiatrische Information* 34 (2), S. 16–21.
- FREYBERGER, H. J.; ULRICH, I.; BARNOW, S.; STEINHART, I. (2008): Am Rande sozialpsychiatrischer Versorgungsstrukturen – eine Untersuchung zur »Systemsprengerproblematik« in Mecklenburg-Vorpommern. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie* 76, S. 106–113.
- FREYBERGER, H. J. (2015): Die Zukunft der Psychotherapie in der Psychiatrie. *Psychotherapeut* 60, S. 384–388.
- STEINHART, I.; WIENBERG, G. (2016): Das Funktionale Basismodell für die gemeindepsychiatrische Versorgung schwer psychisch kranker Menschen – Mindeststandard für Behandlung und Teilhabe. *Psychiatrische Praxis* 43, S. 65–68.

Vorwort des Landesverbands Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.

Sandra Rieck, Andreas Speck

Der Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. setzt sich seit vielen Jahren für neue Wege in der Versorgung ein. Gemeinsam mit seinen mittlerweile 41 Mitgliedseinrichtungen und weiteren Akteuren im Land, engagieren wir uns für eine Weiterentwicklung sozialpsychiatrischer Hilfen in Mecklenburg-Vorpommern. Im Sommer 2015 hatte der Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. anlässlich seines zwanzigjährigen Bestehens in Warnemünde eine Tagung zum Thema »Wir können (fast) alles ambulant: Trends und Entwicklungen der Sozialpsychiatrie« organisiert, auf der viele der in diesem Band vertretenen Autorinnen und Autoren ihre interdisziplinären Ideen zur Weiterentwicklung einer ambulanten Sozialpsychiatrie zur Diskussion gestellt haben.

Obwohl hinter diesen Ideen oftmals sowohl empirische Evidenz als auch praktische Erfahrungen standen, klangen sie vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmern wie Zukunftsmusik: Zwar fachlich innovativ und überzeugend, aber letztlich den gewöhnlichen Kontexten sozialpsychiatrischer Praxis eher »ent-rückt«. Denn dort geben die Finanzierungslogiken der verschiedenen Sozialgesetzbücher den Takt vor und produzieren so – vor allem mit Blick auf chronisch psychisch beeinträchtigte Menschen – notorisch disharmonische Klanggebilde. Deutlicher formuliert: Die unterschiedlichen Systeme der Versorgung mit ihren jeweiligen Kostenträgern sind kaum aufeinander abgestimmt, greifen nicht ineinander über und können so nur schwer die Lebensqualität der betreffenden Menschen nachhaltig und ambulant (!) verbessern. Neu ist diese Diagnose nicht, auch nicht die Beschreibung der Auswirkungen, die mit dieser Kernproblematik verknüpft sind. Schlagwortartig sind sie schnell auf einen Nenner zu bringen: die Hartnäckigkeit der Institutionszentrierung, die Forensifizierung der Gemeindepsychiatrie, die geschlossenen und zwangsbewehrten Unterbringungen, die mangelnden Erfolge bei der beruflichen

Integration, die unzulängliche Einbindung von Psychiatrieerfahrenen in die Versorgung, die unsystematische Steuerung in vielen Regionen, die Kluft zwischen medizinischer und sozialwissenschaftlicher Perspektive auf die psychiatrische Versorgung und die Stigmatisierung von Menschen mit psychischer Erkrankung.

Sicher: Man muss der Versuchung widerstehen, die aktuellen Möglichkeiten der Hilfe komplett infrage zu stellen. Es wurde und wird an der Basis engagierte und fachlich hochwertige Arbeit geleistet. In Mecklenburg-Vorpommern genauso wie in den anderen Bundesländern auch. Und bedenkt man die Geschichte der Psychiatrie in Deutschland, dann ist man seit der legendären Psychiatrie-Enquete in den Siebzigerjahren des letzten Jahrhunderts wahrlich ein großes Stück vorangekommen. Und dies ist auch vielen Akteuren aus Politik und Verwaltung zu verdanken.

Gerade die UN-BRK mahnt aber, nicht auf halbem Wege stehen zu bleiben. Wenn es das Ziel sozialpsychiatrischer Hilfen sein soll, nicht nur die Symptome psychischer Erkrankung zu reduzieren, sondern den Menschen mit chronisch psychischen Beeinträchtigungen dabei zu begleiten, am gesellschaftlichen Leben nachhaltig (!) teilzuhaben, dann braucht es neuen Schwung und neuen Aufbruch. Dann braucht es neue – gesellschaftliche – Überzeugungskraft. Vielleicht sogar eine Psychiatrie-Enquete 2.0!

Es ist das Verdienst der Herausgeber, Ingmar Steinhart und Günther Wienberg, mit ihrem Funktionalen Basismodell als Rahmenkonzeption – und den hier im Buch ausgearbeiteten Segmenten – ein systemübergreifendes Modell der Versorgung skizziert zu haben, das als Folie für die regionale Weiterentwicklung psychiatrischer Hilfen dienen kann, wenn – ja wenn – auch alle Akteure gemeinsam Verantwortung für die Menschen mit chronisch psychiatrischen Erkrankungen übernehmen und nicht nur versuchen, die Kosten an andere Akteure zu delegieren. Ob das gelingt, bleibt freilich offen. Das neue Bundesteilhabegesetz, das gerade in die Zielgerade einbiegt, ist mit großen Erwartungen gestartet und sorgt letztlich bei Betroffenen, ihren Familien und Leistungserbringern derzeit für große Ernüchterung. Auch die Finanzierung innovativer psychiatrischer Krankenhausleistungen wie Hometreatment ist noch nicht über die politische Diskussion hinausgekommen.

Trotzdem braucht es eine konkrete Perspektive moderner Versorgung, um weiterhin das »dicke Brett« der Politik bohren zu können und um – in maritimer Sprache – auf Kurs zu bleiben. Darauf müssen wir setzen,

damit im Interesse der Nutzerinnen und Nutzer sowie ihrer Familienangehörigen endlich messbare – und fachlich motivierte – Bewegung in die öffentliche Diskussion kommt. Mit dem Funktionalen Basismodell und mit den Anregungen aus den Praxisbeispielen sind Standards formuliert, die das Feld der Leistungserbringung qualitativ neu vermessen und gleichzeitig die Politik und die Leistungsträger zur Schaffung der für die Umsetzung notwendigen Rahmenbedingungen gemahnen. Gleichzeitig möchten wir auch darauf hinweisen, dass dieses Buch gemeinsam sowohl von der gemeindepsychiatrischen Praxis als auch von eher medizinisch-wissenschaftlich ausgerichteten Fachverbänden unterstützt wird. Das ist nicht zufällig, sondern soll und kann als hoffnungsvolles Zeichen einer beginnenden interdisziplinären Kooperation verstanden werden.