Zu mir kommt keiner nach Hause! Oder doch?

Matthias Heißler

Frau P. meldet sich telefonisch und bittet um Hilfe. Sie hört Stimmen und kann kaum noch schlafen. Sie hat vor ca. einem halben Jahr Risperdal abgesetzt. In der Folge hat sie an Gewicht abgenommen, was sie attraktiver machte. Außerdem wurde sie mutiger. Zum Beispiel fuhr sie erstmals allein in einen Urlaub, ohne ihre Eltern. Sie versteht sich bestens mit ihrem Chef. Seit kurzem wähnt sie ein beginnendes Liebesverhältnis zwischen ihm und ihr. Deshalb hat sie ihm per E-Mail geschrieben, wie sie sich eine Ehe mit ihm vorstellt.

Im Home-Treatment habe ich Frau P. und ihre Eltern bei früheren psychotischen Phasen kennengelernt.

Wir besprechen eine angemessene Reaktion auf Ihre E-Mail an den Chef. Sie lässt sich krankschreiben und nimmt wieder Medikamente ein. Täglich und bei Bedarf kann sie mich telefonisch erreichen. Nach ca. 3 Wochen kehrt sie in die Firma zurück und führt ein klärendes Gespräch mit dem Chef. Der Vorgesetzte und die Firma werden sie weiterhin unterstützen. Unter anderem darf sie vermehrt im Home-Office arbeiten, was ihr sehr entgegenkommt. Zur Distanzregulation.

Die Gespräche finden meist mit ihren Eltern vor Ort statt. Zu ihren Eltern hat Frau P. sehr viel Vertrauen. Sie dürfen ihr auch zurückmelden, ob sie das, was sie hört, sieht und vermutet, mit ihr teilen können oder anders erleben. Zeitweise wohnt sie auch bei den Eltern, weil sie sich in ihrer Wohnung von den Nachbarn abgehört fühlt. In den Gesprächen mit den Eltern kommen sehr viele Themen zur Sprache wie Entlieben, Schizophrenie, Psychose-Spektrum-Störungen, Risikogene, Vulnerabilität, zu große Fürsorglichkeit, medikamentöse Behandlung, Vorzeichen einer Krise und was dann machen, Salienz, usw., also mehr oder weniger die ganze Palette an Fragen, die mit einer Krise nach oben schwappen. Im Verlauf kann sie den Anschluss an die Firma und den Alltag wieder aufnehmen und halten.

Das Bundesverfassungsgericht fordert, dass vor jeder Zwangsbehandlung „der ernsthafte, mit dem notwendigen Zeitaufwand und ohne Ausübung unzulässigen Drucks unternommene Versuch vorausgegangen sein“ muss, eine auf Vertrauen gegründete Zustimmung des Patienten zu erreichen.

Durch Einsatz eines mobilen Kriseninterventions-Teams mit Aufsuchen des Patienten im Lebensfeld lässt sich die Behandlung für den Patienten und seine Bezugspersonen gewaltärmer, angenehmer, effektiver und mit nachhaltigerer Wirkung gestalten. Außerdem wird dadurch automatisch Inklusion gewährleistet.

Warum also soll ein Patient zwangseingewiesen werden, wenn er über einen Krisendienst auch zuhause behandelt werden kann? Das fragen sich auch die Angehörigen seit Jahrzehnten und fordern einen solchen Krisendienst.

Einen solchen Krisendienst gibt es bisher nicht flächendeckend. Die Praxis von Zwangseinweisungen, wie wir sie zurzeit noch betreiben, stößt damit an ethische und rechtliche Normen. Bayern hat schon reagiert und flächendeckend Krisendienste eingeführt, allerdings nur finanziert über die Kommunen (https://www.krisendienste.bayern). Die Mitarbeiter des Dienstes dürfen aber erst behandeln, wenn dem Krisendienst erlaubt wird, zu behandeln. Das ist erst der Fall, wenn der Krisendienst auch über die Kassen finanziert wird. Das lässt sich z.B. über StäB machen. Außerdem kann dann auch die Behandlung in der Folgezeit nahtlos fortgesetzt werden. Was ist das nur für ein Theater. In der Somatik sind Not- und Rettungsdienste selbstverständlich. Denken sie nur, wie schnell der Rettungsdienst nach Hause kommt bei V.a. einen Schlaganfall. Jetzt endlich sollen Krisendienste flächendeckend kommen. Zumindest steht es so im Koalitionsvertrag.

Nicht eine Station, nicht ein Labor, nicht ein Zauberberg, sondern

das Lebensfeld hat zur rechten Zeit zum Ort der Behandlung zu werden.

Die rechte Zeit dafür sind **Krisen**, weil erfahrungsgemäß Krisen die beste Voraussetzung sind, um Veränderungen im Alltag auf den Weg zu bringen. In einer Krise weiß jeder unmittelbar, dass es so wie bisher nicht weitergehen kann. Auch ist es völlig unzureichend, nur die Sorgen, das Leid und die Not mit einem Patient zu teilen. Angebracht ist vielmehr, die Sorgen, das Leid und die Not mit den anderen Bezugspersonen im Lebensfeld ebenfalls zu teilen und auch ihr Leiden und ihre Not sich zu eigen zu machen

Dagegen herrscht auf einer Station WYSIATI. So hat es der Nobelpreisträger Daniel Kahneman zusammengefasst: What you see is all there is. Eine Aufnahme auf einer psychiatrischen Station soll den Weg freimachen für eine objektive Diagnose, frei von den individuellen Besonderheiten der Lebenssituation. Diesen Erkenntnisprozess können zwar somatisch kranke Menschen nachvollziehen, aber nicht psychisch kranke Menschen. Sie brauchen die sinnlich-konkrete Sicht aufs Leben. Nur im Lebensfeld können Diagnosen und Symptomatik soweit dekonstruiert werden, dass sie als Ausdruck der Lebenssituation verstanden werden können. Außerdem ergibt sich durch die Präsenz der Angehörigen zuhause auch die Möglichkeit für Varianten der Geschichten und Narrative des Patienten. Wenn ein alternatives Narrativ, ausgehend von den Begebenheiten des Lebensfeldes als Antwort auf die Widerfahrnisse im Leben gefunden werden kann, das entweder von allen Beteiligten geteilt wird oder zumindest von allen toleriert werden kann, wird auch die gefundene Antwort des Patienten in Form von Wahn, Halluzinationen und anderen Symptomen, an Bedeutung verlieren und in den Hintergrund treten. Sie wird nicht mehr benötigt.

Frau H., pensionierte Studienrätin, 85, lebt allein in einer eigenen Wohnung. Im Zusammenhang mit schwierigen Arbeitsbedingungen erkrankte sie vor vielen Jahren an einer schizoaffektiven Psychose. Als sie dem Pflegedienst eines Sonntagmorgens nicht aufmachte, informierte dieser die Polizei. Frau H. wurde zwar in ihrem Bett vorgefunden, jedoch auf dem Rücken liegend wie ein Käfer, der nicht mehr auf die Beine kommt. Weil gerade Sonntag war, wurde sie in ein Krankenhaus gebracht. Neben den Folgen einer langjährig zurückliegenden Oberschenkelfraktur mit Beeinträchtigung des Gehens und Aufstehens, ließen sich keine anderen Erkrankungen finden. Trotzdem blieb sie auf Station, wurde im Anschluss in ein Heim verlegt, wo sie nach Ansicht ihrer betreuenden Freundin bleiben sollte. Dies entsprach aber nicht ihrem Wunsch. Parallel dazu war Frau H. zunehmend überzeugt, dass sie zuletzt bei ihrem Vater gewohnt hat, der aber an der von ihr angenommenen Adresse natürlich nicht mehr aufzufinden war. Erst nachdem feststand, dass eine „Polin" bei ihr einzieht und mit ihr den Alltag teilt, eignete sie sich wieder ihre Wohnung an und verabschiedete sich von der Vorstellung, sie wohne noch bei ihrem Vater. Erst Mal wieder in der Wohnung, fielen ihr all die Geschichten in ihrem Leben wieder ein, die sie zeitweise vergessen hatte. Ohne ihre Wohnung wären ihre Geschichten verloren gegangen.

Die Idee von Frau H., sie wohne noch bei ihrem Vater, machten wir zum Maßstab für die Qualität der ambulanten Arbeit: Wenn die psychiatrisch Tätigen um sie herum zu einflussreich und zu mächtig werden, wird sie klein wie ein Kind und sucht Zuflucht in der Gegenwärtigkeit des Vaters. Wenn Frau H. das Gefühl hat, *sie* bestimmt maßgeblich die Geschicke ihres Lebens, ist sie weniger auf die Gegenwärtigkeit ihres Vaters angewiesen. So macht der Wahn Sinn.

Home-Treatment first!

Beim Hausbesuch machen sich die psychiatrisch Tätigen mit dem Patienten und seinen Bezugsperson auf die Suche, wie und wo Spannungen, Dissonanzen, ihren Ausgang nahmen und wie die Situation peu a peu eskalierte.

Das Lebensfeld kann die eigene Wohnung sein, jedoch auch ein Heim, eine Wohngruppe oder auch „unter der Brücke". Der Patient kann sich so geben und zeigen, wie er ist, einschließlich seine Familie bzw. seine Mit-Welt, in die er eingebettet ist. Weil alltägliches Leben nicht spezialisiert aufgeteilt gelebt wird, sondern sich ganzheitlich vollzieht, hört der psychiatrisch Tätige nicht nur Worte und Beschreibungen, sondern sieht und erlebt **live** die Lebensweise des Patienten, und auch alle, die den Alltag, das Leben mit ihm teilen. Der große Vorteil ist, dass im unmittelbaren Lebensfeld sinnlich-konkret gearbeitet werden kann **und** gleichzeitig die auf dem sinnlich-konkreten Erleben des Patienten basierenden Erfahrungen ergänzt werden können durch die Schilderungen der Bezugspersonen. Im Lebensfeld entsteht dadurch ein umfassenderes Bild, als das auf der Station.

Neben der Erzählung des Patienten aus der 1. Perspektive, hört der psychiatrisch Tätige die Erzählungen der Anderen, die aus der 2. Perspektive und die Unterschiede zwischen beiden. Er lernt außerdem Teile der 3. Perspektive kennen, ein umfassenderes „Wir“, in das die Familie eingebettet ist und wie gut bzw. widersprüchlich diese unterschiedlichen Schilderungen zusammenpassen. Dissonanzen werden deutlich, die sich über die Zeit zu Disharmonien ausgeweitet haben und sich im Sein und Erleben der Beteiligten widerspiegeln, meist auch sichtbar in der Ordnung der Dinge, dem gemeinsam arrangierten Haushalt.

Alles, was im ersten Gespräch zur Sprache kommt, spart im weiteren Verlauf geradezu Zeit. Alles, was nicht zur Sprache kommt, muss später zum Teil mühsam entwirrt werden. Das nach **Ausdruck Drängende in einer akuten Krise** macht es leichter, das aussprechen zu können, was bisher unaussprechlich war, weil zu diesem Zeitpunkt allen bewusst ist, dass es so wie bisher nicht weitergehen kann. Außerdem sind die Familienmitglieder kaum je bereitwilliger, etwas Neues auszuprobieren, um die unerträgliche Situation hinter sich lassen zu können.

Dissonanzen, Disharmonie

Wie gesagt, geht es beim Zuhören und Nachfragen unter anderem um die Suche nach Dissonanzen, also Spannungen, die sich zwischen den Mitgliedern der Familie, Bekannten, Freunden, Kollegen oder Außenstehenden entwickelt haben. Das können Konflikte sein, Enttäuschungen, Trennungen, Verluste, Intrigen, Traumata und Ähnliches. Dissonanzen können sich jedoch auch einstellen in Beziehungen zwischen dem Patienten und seiner materiellen Umwelt, wie zum Beispiel das Chaos in einer Wohnung, nicht beantworteten Schreiben an die Behörden, an Banken, an Vermieter. Dissonanzen können sich auch entwickeln zwischen dem Patienten und seinem Arbeitgeber, dem Jobcenter und/oder der Krankenkasse. Kurz: Dissonanzen können im gesamten Netzwerk von Beziehungen auftreten. Kritisch wird es dann, wenn sich Dissonanzen zu Dissonanzen zu Disharmonien ausweiten und mit anderen Wahrnehmungen, Bestrebungen und Auffassungen nicht mehr vereinheitlicht werden können. Dann herrscht **Stress**.

Dissonanzen lockern Verbindungen, Dissonanzen lösen Verbindungen, sind Vorbote der Dissoziation, des Zerfalls. Und dominierende Disharmonien gestatten keine bzw. nur insuffiziente Neu-Ver-Bindungen. Dadurch misslingen Syntheseprozesse, Versuche, : Wahrnehmungen, Eindrücke und Widerfahrnisse mit Bisherigem abzugleichen, zu amalgamieren bzw. neu oder integrativ zu ordnen.
Wenn keine passenden Antworten auf die Widerfahrnisse im Leben gefunden werden können, bleiben die Dissonanzen bestehen, weiten sich zu Disharmonien aus und treiben auf einen Tipping Point zu, an dem Fühlen, Denken und Handeln symptomatisch werden. Das Gehirn ist dann insgesamt in seiner Funktion als Beziehungs- und Vorhersageorgan stark beeinträchtigt und sucht Zuflucht in eindimensionalen, extremen Narrativen, die, obwohl simpel und irrational, zumindest für eine **vermeintliche Gewissheit** sorgen und dadurch Unsicherheit reduzieren.

“Der Gewinn einer Vorstellung ist wie eine Erleichterung", sagte schon Karl Jaspers. Frei flottierende Angst, die unerklärlich ist, wird durch ein erklärendes Narrativ in eine Form gebracht und dadurch in Furcht vor etwas oder jemandem verwandelt, - die man aber nun als etwas Konkretes bekämpfen kann.

Geschichten über Geschichten

Im Gespräch mit dem Patienten und seinen Angehörigen werden die beginnende Krise und ihr Verlauf erörtert. Hinter der Symptomatik wird das wirksame Beziehungsgefüge zwischen einer Person und ihrer Nische transparent **und** damit reflektierbar. Eine vertrauensvolle Beziehung mit der Familie in diesem Kontakt aufbauend, eruieren die Mitarbeiter „im Hinterkopf“ Lösungsmöglichkeiten aus der Krise. Dazu eignen sich **Geschichten:**
Menschen haben schon immer gern Geschichten erzählt und dies ist auch die Form, in der Menschen sich ausdrücken, wenn es sich um Krisen in ihrem Lebensfeld dreht. Psychiatrisch Tätige haben dabei die Aufgabe, sich jedem Familienmitglied mit derselben Offenheit, liebevoll zuzuwenden und jeden zu Wort kommen zu lassen, gerade auch die, die man gerne übersieht. Wenn alle in einem Raum sitzen und einander zuhören, gibt es in der Regel unmittelbar von den anderen Anwesenden „Feedback“. Ganz selbstverständlich wird **alles mit allen geteilt**. Das Gespräch darf jedoch nicht durch unmittelbare und direkte Bemerkungen und Einwände in einen allgemeinen Tumult übergehen. Jeder sollte zu Wort kommen können und seine Geschichte erzählen dürfen, auch wenn sie noch so unwahrscheinlich anmutet. Psychiatrisch Tätige haben die Aufgabe so zu moderieren, dass jedem mit Aufmerksamkeit und mit Respekt zugehört wird, auch weil wir annehmen müssen, dass alle irgendwie an der augenblicklichen Krise beteiligt sind und ein Weg aus der Krise in der Regel nur mit allen gelingt.
Die Geschichten des Patienten werden ergänzt durch die Beschreibungen der Angehörigen und durch die „Stimme des Lebensfeldes“. Viele Dinge haben Bedeutendes zu sagen: Der Staub auf einem Tisch, die Essensreste auf einem Teller, zugezogene Vorhänge, nicht geöffnete Briefe, verdreckte Kleider, ein Fernseher im Dauerbetrieb, zahlreiche herumliegende leere Zigarettenschachteln, leere Flaschen, nicht gespültes Geschirr. Oder auch das Gegenteil: die streng geordnete Wohnung, die quasi als Labor mahnt, ja nichts zu berühren und zu verstellen, die Kälte in einem Haus, strikte Regeln beim Betreten einer Wohnung, etc. **Auch die Dinge haben eine Stimme,** sagte Bruno Latour. Und natürlich die Stimmen und Geräusche, die gehört werden, die andere nicht hören, die gefühlte Bedrohung, die andere nicht oder nicht so stark empfinden, der Schlaf, der sich nicht mehr einstellen will, weil die Angst und die Sorgen zu mächtig sind.

Während die psychiatrisch Tätigen anwesend sind, kann alles im Lebensfeld Widerfahrene unmittelbar, sinnlich-konkret miteinander „geteilt“ werden und die Eindrücke bzw. Geschichten durch unmittelbares Feedback der Beteiligten validiert, ergänzt oder verworfen werden. Im Sein widerfährt uns mehr, als wir mit unseren

Worten bewusst auszudrücken vermögen. Wir **leben** mehr als wir er-leben. Einiges ist uns sprachlich zugänglich, anderes kann mit Worten nicht ausgedrückt werden. Bei diesem Versuch der Enkodierung hilft das konkrete Umfeld ungemein:

Sobald im Lebensfeld die Mitmenschen in den Behandlungsprozess mit einbezogen werden, können die konkreten Probleme besser erkannt werden oder allgemeiner gesprochen, die Disharmonien, das Nicht-passen zwischen der Person und ihrer persönlichen Nische wird deutlicher, weil mehr-perspektivisch. Wofür der eine keine Worte hat, findet der andere evtl. welche. Das den Symptomen zugrunde liegende Wirkgefüge wird sichtbarer bzw. spürbarer.

Wichtig zu wissen ist, dass bei psychisch kranken Menschen im Stress, Ereignisse als Erfahrungen, das Leben als Er-Leben, das Oszillieren zwischen sinnlich-konkreter-unmittelbarer Wahrnehmung und ganzheitlich-abstrakter Beschreibung gestört bzw. blockiert ist: es werden „nur“ noch Bäume wahrgenommen und nicht mehr der Wald als Ganzes. Deshalb kann auch nur das unmittelbar Geteilte im Hier und Jetzt maßgeblich als „Wirk” wirkmächtig sein. Allzu Abstraktem kann nicht mehr gefolgt werden.

Sie erinnern sich noch eingangs an Frau P.? Sie hat den freundlichen, netten, vielleicht auch charmanten Umgang ihres Chefs mit ihr, zu „wörtlich“, „zu ernst“ genommen. Für Frau P. hat der sinnlich-konkrete Umgang **Vorfahrt, Priorität**. Deshalb war sie überzeugt, dass ihr Chef mit ihr eine dauerhafte Beziehung eingehen will. Für ihn - verheiratet, 2 Kinder - war es aller Wahrscheinlichkeit nach eine Managementmethode, um im Team optimale Leistungen zu erreichen. Durch diese unterschiedlichen Sichtweisen aufs Leben entstehen nicht nur Konflikte. Es kann geradezu in ein Unglück führen.

Während also psychiatrisch Tätige zuhörend moderieren, sollten sie sich aus dem Gehörten und Gesagten, eingewoben und verwoben mit der Häuslichkeit des Lebensfeldes, ein eigenes Bild machen und dieses als Geschichte dann dem Patienten und der Familie zur „Prüfung“ erzählen, also mit allen **teilen.**
Im gemeinsamen Sein, im gegenseitigen Zuhören, Nachfragen und Antworten werden die Geschichten korrigiert, ergänzt und erweitert, solange bis sich eine gewisse Stimmigkeit einstellt als Ausgangspunkt für das weitere Vorgehen. Dieses Gespräch, dieses gegenseitige Erzählen von Geschichten **lebt** geradezu von der Unterschiedlichkeit des gelebten Lebens und gerade diese Differenzen nähren das In-das-Gespräch-kommen. Außerdem ist jeder Geschichte bzw. jedem Narrativ eine davon etwas abweichende Version schon inhärent. Jede Geschichte ist also von vornherein multivers, auch als Rashomon-Effekt bekannt (Effekt nach dem gleichnamigen Film von Akira Kurosawa). Aufgabe der psychiatrisch Tätigen ist es, diese Verschiedenheiten nicht zu übertünchen, sondern zu Wort kommen zu lassen und gleichsam darauf zu achten, dass das Gespräch nicht an der zu großen Unterschiedlichkeit, an den Bruchlinien der Erfahrung, abbricht.

Geschichten und Narrative sind jedoch nicht nur eine Beschreibung der Krise, sondern selbst **Teil ihrer Bewältigung**. Geschichten sind schon an sich hilfreich. Die Krise ist nicht das Ende. Sie darf geschildert werden und wird durch die Schilderung schon zu einem Nach-der-Krise. Allein schon eine andere als die bisherige Anordnung und Abfolge der Ereignisse kann erhellend wirken. Die Narration hat sogar das Potential, die widerfahrenen Erlebnisse wenden zu können oder zumindest derart umformulieren zu können, dass die Krise als Teil eines weiter sich vollziehenden Lebens gesehen werden kann. Geschichten erklären, wirken integrativ und lösen verwickelte Situationen auf. **Krisen** werden nicht abgemildert durch eine faktische Beendigung, sondern durch eine Umdeutung oder Weiterführung, die das Krisenhafte selbst als Teil einer Geschichte beschreibt, die weitergeht und nicht in der Krise endet.

Zusammenfassend kann der psychisch kranke Mensch **das Leben** nicht als Erleben verarbeiten, weil der oszillierende Prozess zwischen unmittelbar-sinnlich-konkreter und ganzheitlich-mittelbarer-abstrakter Wahrnehmung blockiert, zumindest gestört ist. Durch das Aufsuchen des Patienten im Lebensfeld kann durch das Sammeln von Eindrücken, Wahrnehmungen und Widerfahrnissen der Versuch gestartet werden, durch Reduktion von Dissonanzen die Blockade abzuschwächen, um den Prozess der Vereinheitlichung, der Synthese, wieder in Gang zu bringen.

Und dafür steht die ganze Bandbreite an Interventionsmöglichkeiten, die der Alltag bzw. das Leben so bietet, wie eine Art Allmende zur Verfügung: verbal, nonverbal, psychotherapeutisch, sozial, medizinisch, mit und ohne Medikamente, ergotherapeutisch, pflegerisch, Spaziergänge, z.B. im Wald, sogar Waldbaden, Tanz, Sport, Arbeit, Nachbarn, Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppe, Sozialraum, soziale Medien, usw..

Von der multipel bedingten Krise zum **Multisolving** im ökologischen Feld.

Die Hausärztin forderte die stationäre Aufnahme einer „Manie“ und schickte Herrn B. mit seiner Frau in die Klinik, wie schon früher etliche Male durchexerziert, in der Regel zwangsweise, also mit Beschluss.

Statt stationärer Behandlung vereinbarten wir mit ihm und seiner Frau Home-Treatment, 1-2 Hausbesuche täglich. Wir sprachen über seine Lebensgeschichte, stritten über die medikamentöse Behandlung, den Umgang mit seiner Frau und seine unermüdlichen Versuche, Firmen und Politiker für seine hochgestochenen Projekte zu gewinnen. In die Begleitung wurden auch die Besucher zweier Seniorentreffs miteinbezogen, ein Gasthaus, eine Krankengymnastikpraxis, eine Pastorin und ein Journalist. Die Wende brachte allerdings ein Werbeprospekt einer Lotterie, die Herrn B. einen Verrechnungsscheck über potentiell reservierte 200.000 € schickte. Herr B. drangsalierte seine Frau zur Bank zu gehen, um das Geld abzuholen. Ich verbot seiner Frau diesen Auftrag auszuführen und bot mich stattdessen an, mit ihm zur Bank zu gehen. Die Bankangestellte reagierte allerdings

nicht so, wie ich mir das gewünscht hätte, realitätsangepasst. „Oh“ sagte sie, „ sie haben ihr Haus verkauft?“ und nahm den Verrechnungsscheck an. Dies brachte dann selbst den manischen Herrn B. zum Nachdenken, so dass er wieder „auf dem Boden der Tatsachen“ ankam. Eine Woche später verkündete seine Frau überglücklich, jetzt sei ihr Mann wieder der „Alte“. Die Bank hatte mittlerweile auch schriftlich geantwortet und die Einlösung abgelehnt. Auf die Frage, warum für ihn die Behandlung zu Hause besser war als auf Station, antwortete er mit einer Gegenfrage: „Ob ich mir das nicht vorstellen könne: Der Freiheit wegen“. Darüber hinaus konnte die Behandlung auf etwas zurückgreifen, das auf der Station untergegangen wäre: Auf einer geschlossenen Station ist die Chance des Zufalls relativ gering. Im häuslichen Milieu wird dem Zufall als Chance zur Veränderung zum Besseren ein größeres Spielfeld zur Verfügung gestellt. Und das haben wir ausgenutzt.

Damit sie sich eine Vorstellung machen können, wie sich mobile Teams auf eine psychiatrische Abteilung auswirken, ein Beispiel aus Geesthacht. Sicher war, dass mobile Kriseninterventions -Teams eine Klinik verändern: Allerdings war der Umfang der Folgen auch für uns verblüffend und völlig unerwartet.

Es gelang in Geesthacht, die Anzahl an Betten für einen zu versorgenden Kreis von ca. 200.000 Bürgern von 51 auf 18 zu reduzieren. Statt 17.000 stationären Behandlungstagen brauchten wir lediglich noch 7.000.
Die positive Entwicklung war mit bloßen Augen zu erkennen, wurde jedoch auch durch eine Evaluation der Uni Dresden (- „eva 64“ -) bestätigt:

“Gemessen an üblichen Outcomes wie Wiederaufnahmen, AU-Zeiten, etc. ließen sich - im Vergleich zu konventionellen Kliniken - keine Qualitätseinbußen feststellen”.

Alternativen zur stationären Behandlung:

Nun kann nicht jede Krise zu Hause mit Unterstützung eines mobilen Teams bewältigt werden. Die Gefahr einer stationären Behandlung besteht darin, dass die Stationen „Fließbandpsychiatrie“ betreiben. Für das Gros der Patienten reicht diese Routine im Allgemeinen aus. Aber nicht für alle. Es gibt Patienten, die als System-Sprenger, Exterm-Individualisten, als Menschen mit herausforderndem Verhalten, als hard-to-reach bezeichnet werden, und psychiatrische Abteilungen und Kliniken ratlos machen. Diese Patienten verbleiben sehr lange auf Station oder/ und werden wiederholt stationär aufgenommen und schlussendlich häufig in geschlossenen Einrichtungen entsorgt. Das sind ca. 5-10% aller stationären Patienten, die aber 70-80 % der Gesamtkosten verursachen. Gemeinsam ist diesen Menschen, dass sie eine ganz individuelle Herangehensweise brauchen. Dafür bedarf es Innovationslernens statt einem Instandhaltungslernen.

Instandhaltungslernen taugt für die üblich anfallende Routine einer Station.

Für das Un-erwartete, das Un-gezähmte, das Un-zivilisierte, das System-sprengende, also alles jenseits unserer üblichen Diagnostik, jenseits unserer Konzepte und Herangehensweisen, braucht es dagegen **Innovationslernen**.

Man vermutet, dass die Rigidität psychiatrischer Versorgungsstrukturen die Entwicklung dieser Patienten begünstigt. Institutionen engen schon allein mit ihrer Organisation den Möglichkeitsraum ein. Teilen, voraussetzungslos, kann sich nicht entfalten!

Wenn aber die Erfolglosigkeit intensiver therapeutischen Bemühungen grundsätzlich auch mit der Art und Weise zu tun hat, wie wir Psychiatrie machen, **wenn** eine rundum zertifizierte und regulierte Psychiatrie trotz allen Bemühens nichts Konstruktives zustande bringt, muss es erlaubt sein - sagten wir uns in Geesthacht -, einem nicht-regulierten, geradezu wildwüchsigen Vorgehen eine Chance zu geben.

Damit dies gelingen konnte, haben wir psychiatrisch Tätigen erlaubt, quasi freischaffend tätig zu sein. Jenseits vom üblichen Standard sollten sie Raum, Zeit, Geschichten, Erfahrungen, Ideen etc. mit diesen Patienten **teilen** können, um für ungewöhnliche Menschen ungewöhnliche Angebote zu finden, zurechtzuschneiden und umzusetzen. Mitarbeiter, befreit von der konventionellen Routine, offen für kreative Lösungen.

Ergebnis: Bis 2008 gab es ca. 34 dieser Patienten pro Jahr in der Abteilung. Danach lediglich ca. 13. Kein Patient war mehr länger als 120 Tage auf der Station und die Zahl der Wiederaufnahmen hat drastisch abgenommen (Heißler 2022).

Als Konsequenz gab es in der Abteilung danach ein K-Team und ein W-Team. Aus dem W-Team sind im weiteren Verlauf die mobilen Kriseninterventions-Teams entstanden. Eine Abteilung, die für alle da sein will, braucht beides, ein K-Team und ein W-Team.

Alternativ zu einer stationären psychiatrischen Behandlung kommen auch

Gast- bzw. Krisenfamilien in Frage. **Teilen** ist ja jedem Menschen eigen.Teilen geht deshalb auch mit Bürgern, **besser** als gedacht. Gastfamilien sind als Alternative zu einer stationären Behandlung schon lange bekannt – vor allem in Baden-Württemberg. Der Aufenthalt in einer Gastfamilie, sagte schon Griesinger vor 150 Jahren, „gewährt, was die prachtvollste und best geleitete 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 als heilsames Milieu in „Soterias“ beschrieben wird.

Gast- bzw. Krisenfamilien als „Soterias vor der Haustür“ sind klein, familiär, überschaubar und zusätzlich vernetzt im Stadtteil oder Dorf, also im Sozialraum verankert.

Aber taugen Krisenfamilien tatsächlich als Alternative zu einer stationären Behandlung?

Differenzierte Studien aus Zürich, Denver, Madison, Lille, Tonder lassen daran keinen Zweifel. Im Southwest Denver Modell waren 6 Krisenfamilien wesentliche Bausteine der psychiatrischen Versorgung und führten neben Home-Treatment und Krisendiensten u.a. zu einer deutlichen Reduktion des Bedarfs an psychiatrischen Betten (1 Bett für 100.000 Bürger).

Die Patienten in den Familien 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!

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.

Eine neue Variante von Gast- bzw. Krisenfamilien mit mehr Flexibilität sind Plätze in Familien, vergleichbar mit B&B oder Airbnb. Jemand stellt für psychisch kranke Menschen in einer Krise ein Zimmer mit Familienanschluss zur Verfügung für eine unterschiedlich lange Dauer, mal für 1-3 Tage, oder auch länger: **Couchsurfing für psychisch kranke Menschen.** Die Zimmer werden von einer Organisation z.B. einem Verein oder einer Tagesklinik gemanagt. Die Familie bekommt darüber die Unterstützung, die sie braucht und die Garantie, dass jemand zurückgenommen wird, wenn es nicht passt.

Herr F., konnte auch nach 5 Jahren stationärer Therapie immer noch nicht entlassen werden, weil sich kein Erbringer von Eingliederungshilfe zutraute, diesen Patienten zu übernehmen. Noch nicht einmal in einem geschlossenen Heim konnte für ihn bundesweit ein Platz gefunden werden. Als Couchsurfer zog er zu seinem Bruder. Und fand über diesen Brückenkopf wieder Anschluss ans Leben.

Fazit: Bürger teilen mit schwierigen Patienten den gesamten Alltag und haben dabei eine vergleichbare, wenn nicht sogar eine bessere therapeutische Potenz als psychiatrisch Tätige auf einer Station.

Stationäre Behandlung lässt sich auch durch **teilstationäre** abkürzen. Mit der Verbreitung von mobilen Teams und der damit einhergehenden Reduktion von stationären Betten werden Tageskliniken zunehmend bedeutungsvoller. Tageskliniken gelten per se als bessere psychiatrische Einrichtungen. Waren sie

mal, sind sie aber oft nicht mehr. Man kann auch in Tageskliniken hospitalisieren. Wie das?

Viele Tageskliniken pflegen keinen Kontakt zur Familie und zum Sozialraum. Auch Supported-employment-Angebote fehlen. Häufig auch Zuverdienst. Geschweige denn Tätigkeiten und Aktivitäten zusammen mit Bürgern im Sozialraum, im sogenannten Bürger-Profi-Mix. Obwohl sich mittlerweile herumgesprochen haben müsste, dass nur Bürger Bürger integrieren können, während psychiatrisch Tätige in der Regel nur in psychiatrische Angebote und Institutionen integrieren können. Uni sono sagen das: Habermas, Dörner, Hinte, Früchtel, Fürst, das Institut für Sozialraumarbeit in Essen.

Diese Defizite der Tageskliniken lassen sich aber auch leicht beheben:

1. durch Aufbau eines mobilen Team
2. durch Kooperation mit gemeindepsychiatrischen Anbietern, um die TK zu einem gemeindepsychiatrischen Zentrum auszubauen, wie z.B. in Niedersachsen.
3. Durch Konzepte zur Aktivierung des Sozialraumes, weil nur Bürger Bürger integrieren können.
4. durch mobile Reha (§ 40, SGB V).
5. durch **Recovery**

Letzteres ist der entscheidende Gamechanger !

Zunehmend kennen psychiatrische Abteilungen nur noch Psychiatrie akut. Und sie kennen auch die Heime und geschlossenen Einrichtungen **nicht**, in denen sie ihre schwierigen Patienten entsorgen. Die Begleitung von Menschen mit längerfristigen Verläufen überlassen sie anderen. Sie konzentrieren sich auf Symptomreduktion und übersehen, dass Recovery mehr ist als pure Symptomreduktion: Recovery beginnt im Grunde genommen nicht erst nach einer akuten Phase, sondern sofort, mit Beginn einer jeden psychischen Erkrankung.

In einer akuten Krise geht es darum, die Symptome als Ausdruck eines Wirkgefüges des Lebens in all seinen Formen und Ausprägungen zu begreifen, wenn möglich auch jenseits unserer Zäune, die unsere Konzeptionen und Weltbilder sind. Im weiteren Verlauf, in der Ver-arbeitung, die einer Aneignung entspricht, geht es, wie wir aus der Begegnung mit chronisch psychisch kranken Menschen wissen, nicht um Heilung im engeren Sinne, sondern wie wir mit den Widerfahrnissen des Lebens umgehen können, wie wir sie bei der uns eigenen Vulnerabilität und Verletzlichkeit in unser Leben einfügen können und dabei den Anschluss an das Leben halten bzw. wiederherstellen können, mit und ohne Assistenz. Dabei geht es um die Suche nach Antworten auf Widerfahrnisse im Leben. Wenn wir keine adäquaten Antworten finden können, bleiben uns die Symptome - und sei es auch nur in einer rudimentären Form - als Erinnerungsstützen erhalten. Meistens. Jedoch können

Antworten auch erst nach vielen Jahren gefunden werden **und** eine anscheinend „ewig dauernde" Symptomatik überflüssig machen.

Recovery taucht zuerst in den angloamerikanischen Staaten auf. Möglich, dass dies auch mit dem dortigen massiven Ausbau von mobilen Teams und einem Zurückfahren stationärer Behandlung im Zusammenhang steht. Infolge einem **Mehr** an normalen Leben, gibt es ein **Mehr** an Recovery. In diesen Ländern hat sich schon eine umfangreiche Recoverykultur etabliert. Mittlerweile auch in den Niederlanden.

Recovery ist als ein Prozess zu verstehen, der sich aus der Dominanz von Krankheitsmodellen befreit, die Leben ein-teilen, durch-teilen, ab- und umver-teilen. Recovery ist die Renaissance eines ganzen Lebens, mit sowohl schmerzlichen als auch glücklichen Phasen, angereichert mit Gelingendem und Mißlingendem, ein Leben, das in seiner Würde unteilbar ist.

Vorbilder dafür sind Dorothea Buck, Patricia Deegan, Ron Coleman und Wiebke Schubert.

Wiebke Schubert? Kein Mensch lebt für sich allein! Wenn einer in der Familie krank wird, sind alle betroffen, die Eltern, die Geschwister, die Kinder und darüber hinaus. Das heißt nichts anderes, als dass alle leiden und dass für alle Recovery beginnt. So wie bei Wiebke Schubert oder ihnen.

Ähnlich wie die mutigen Pioniere machen es inzwischen viele. Dies führt zu wechselseitiger Solidarität und Unterstützung. Bei diesem erfahrungsbasierten, gegenseitigen Austausch und Support wird klar, was stärkt, was hilft, was resilient macht. Daraus entwickelte sich die **Recovery-Bewegung.**

Wenn Selbsthilfegruppen und Angehörigengruppen über Erfahrungsaustausch und Teilen von Wissen auch **weiter-„bilden"**, werden sie im Kern zu einer Art Lebensschule. Zu Colleges, wie man sie in den USA, England oder den Niederlanden betreibt. **Recovery Colleges** stellen durch Information, Praktikas und wechselseitige Unterstützung in Form von „helping together" Elementen alltägliche Unterstützung bereit, was das medizinische System nicht befriedigend zustande bringt. Als grobe Orientierung dient dabei das Akronym CHIME: Verbundenheit, Hoffnung, Identity = Selbst sein, Sinn, Empowerment.

Colleges sind deshalb eine unverzichtbare Stütze bei psychischen Erkrankungen. Mittlerweile findet man sie auch in Deutschland, wie z.B. in Gütersloh, Bremen, Freiburg, Stuttgart. Aber wie wäre es mit einem Recovery College für Angehörige? In Münster oder Ratingen? Das erste in Deutschland? Unter diesem Dach ließen sich auch, über kurz oder lang, Angebote **für** psychisch kranke und behinderte Menschen **von Peers, von Psychiatrie-Erfahrenen,** unterbringen.

Im Prinzip werden aber Recovery-Ansätze auch bei vielen anderen Erkrankungen gebraucht. Neben Depressionen, Psychose-Spektrum-Störungen auch für Multiple

Sklerose, Parkinson, Herzinfarkt, Anorexie, orthopädisch bedingte Erkrankungen, Zustand nach Traumen, Schlaganfall, Demenz etc. Dabei können somatisch kranke Bürger und ihre Angehörigen **von Angehörigen** psychisch kranker und behinderter Menschen lernen!

Recovery Colleges lassen sich an Volkshochschulen anschließen, jedoch auch an Tageskliniken, Krankenhäuser, eventuell auch an eine Wohngruppe, ein Heim, sogar an eine Ergotherapiepraxis. Die Ergotherapeutin Carmen Mucha in Schwarzenbek trifft sich wöchentlich mit Peers und bildet sie zu Lotsen für den Alltag und zu Lotsen für das Leben aus.

Basis der Versorgung: Allgemeine Recovery Colleges

Erhebliche Relevanz gewinnen Recovery Colleges, insbesondere in Krisen, wenn Hausärzte im Versorgungssektor mit ihnen zusammenarbeiten. Jedoch darf medizinische Unterstützung das Geschehen, außer in Extremsituationen, nicht dominieren. Im Vordergrund haben Narrative zu stehen, die gut sind für Recovery, die insbesondere Hoffnung geben und Mut machen für Empowerment, **für das Suchen und Finden eines persönlichen Weges.** En passant leiten sich aus diesen Prozessen Vorstellungen und Ziele ab, wie trotz der durchgemachten Widerfahrnisse, Leben gelingend gestaltet werden kann. Hilfreich sind natürlich auch Unterstützungsmöglichkeiten, wie z.B. Krisenbetten oder Krisenfamilien. Oder als mögliche Variante, auch „Couchsurfing für Menschen in Krisen". Oder Psycho-Paten, Bürger, die als Paten für psychsich kranke Menschen tätig sind. In den Niederlanden werden sie Buddys genannt. Oder gegenseitige Patenschaften, wie schon zwischen Angehörigen erprobt.

Wenn auf solche Weise **designte Recovery Colleges** auch wechselseitigen Unterstützung im Angebot haben, außerdem E- und M- Health-Tools für Selbstmanagementansätze, sind sie nach van Os sogar in der Lage, die Basisversorgung für ein Quartier von ca. 15.000 Bürgern sicherzustellen, erst recht, wenn sie im Hintergrund von 10-15 Hausärzten oder einer psychiatrischen Institutsambulanz oder in Krisenzeiten von mobilen Teams unterstützt werden (van Os 2019).

Angehörige bringen Erstaunliches zustande! Im Rahmen des beginnenden demografischen Wandels um die Jahrtausendwende haben Angehörige von alten Menschen - insbesondere mit dementieller Entwicklung - unter Einbeziehung der Politik und den Medien dafür gesorgt, dass Alternativen zum Heim, sprich ambulante Wohnpflegegruppen mit rundum die Uhr Präsenz, bundesweit möglich werden konnten. Beispiel Ettenheim bei Freiburg. Ähnlich in Bielefeld, Gütersloh, Geesthacht.

Und mit der Politik fordern die Angehörigen und zukünftigen Hochaltrigen, dass Kommunen demenzfreundlich, letztendlich altersgerecht umgestaltet werden.

Stellenweise werden sie dabei auch von einer Klinik unterstützt, wie z.B. im Kreis Gütersloh von der dortigen gerontopsychiatrischen Abteilung.

Trotz dieser beeindruckenden Erfolge liegt jedoch auch vieles im Argen:

StäB wird nur schleppend von den Kliniken umgesetzt, mobile Reha als Form der Anschlussheilbehandlung für psychisch kranke Bürger kaum, obwohl ebenfalls im SGB V verbrieft, ähnlich Zuverdienst, Sozialraumkonzepte ebenfalls Mangelware, und immer noch kein flächendeckender Krisendienst zusammen mit den Kommunen, geschweige denn Startups bzw. Vereine für Immobilientherapie bzw. Housing first. Wie die Betroffenen, wie die Angehörigen, benötigt jedoch auch die psychiatrische Versorgung dringend eines Recoveryprozesses!

Ähnlich traurig ist die Situation in anderen Bereichen der Politik wie Klimaschutz, Katastrophenvorsorge, Bildung, Sicherheit. Die Entscheidungen der Politik werden häufig nur getroffen und umgesetzt, wenn Bürger vor Ort sich einmischen bzw. beteiligt sind. Beispiele dafür finden sich in England, Irland, Frankreich, Brasilien, den USA. Diese Art der Vorgehensweise hat mittlerweile sogar einen eigenen Namen: **Peerocracy**. Es ist ein Vorläufer für eine neue Ordnung, die politische Teilhabe paritätisch verteilt und an diejenigen Orte bringt, an denen sich die Menschen wirklich zugehörig fühlen, in denen sie leben, arbeiten und ihre Freizeit verbringen - in den Kommunen!
Auch hier in Deutschland ist die Politik dankbar für Peerocracy als Ausweg aus der um sich greifenden Demokratieverdrossenheit vieler Bürger. Insbesondere **im Gesundheitswesen** brauchen wir **jetzt** Alternativen zur Selbstbezogenheit vieler Organisationen und Institutionen, obwohl die meisten behaupten, sie seien gemeinnützig. Gerade also jetzt, wo der Gesundheitssektor vor einem tief greifenden Umbruch steht, brauchen psychisch kranke Bürger **die Einmischung** der Angehörigen und der Betroffenen, unterstützt durch psychiatrisch Tätige, die das Ganze im Blick haben. Gerade jetzt ist die Zeit günstig, um Coups zu landen, die bisher unmöglich waren.

Wie können wir das abschließend nur alles unter einen Hut bekommen?

„There is a crack, a crack in everything,", singt Leonhard Cohen.
Überall finden sich Brüche, Bruchstücke, Fragmente und Scherben.

Zwar fällt auch hier Licht herein und beleuchtet die Bruchstellen… „**that´s how the light get's in".** Aber Licht allein ist nicht der Kitt, der Brücken über die Bruchstellen baut. Die Bruchstellen zeugen von nicht mehr aushaltbaren Spannungen, die Teile auseinanderbrechen lassen. Diese Bruchstellen lassen sich leicht als Zeugnisse von Gegensätzen und Widerständen beschreiben, die miteinander nicht zu vereinbaren sind und im Verlauf zu einem Eigenleben tendieren. **So ist auch unser sehr fragmentiertes psychiatrisches Versorgungssystem.**

An dieser Stelle mischt sich Olga Tokarczuk, die Nobelpreisträgerin von 2018 ein und geht auf Leonard Cohen zu: „Vielleicht sollten wir auf das Bruchstückhafte, das Fragment vertrauen, bilden doch Fragmente zusammengenommene Konstellationen, die mehr beschreiben, in komplexerer Weise, multidimensional. Dafür braucht es, Leonhard, einen Erzähler wie dich, mit einem Blick aus der 4. Dimension, der die Zeit außer Acht lassen kann: Einen Erzähler, der die Perspektive sämtlicher Figuren einnimmt und zugleich den Horizont jeder einzelnen überschreitet, der mehr und weiter sieht. Einen Erzähler, mit einem Sinn für die Ganzheit, der die Gabe hat, Bruchstücke zu einem Muster zu vereinen und der in kleinsten Ereignissen die Konstellationen des Ganzen erkennen kann. Dies gelingt aber nur mit einem **liebevollen Blick**, sagt sie. „Liebevoll zu sein ist die Kunst der Verkörperung, der Einfühlung, der fortwährenden Suche nach Gemeinsamkeiten. Eine Geschichte zu erzählen bedeutet, Leben zu verleihen und all die Bruchstücke der Welt - die menschlichen Erfahrungen, durchlebten Situationen, Erinnerungen - zur Existenz zu bringen. .. Der liebevolle Blick bedeutet, ein anderes Sein anzunehmen und aufzunehmen, in seiner Zerbrechlichkeit, seiner Einzigartigkeit, seiner Wehrlosigkeit gegen Leiden und das Wirken der Zeit … **Die wahre Weisheit** liegt in der Kunst, alles mit allem zu verbinden. Dann erst tritt die wirkliche Gestalt der Dinge zu Tage“ (Tokarczuk, 2019: Jakobsbrüder). Olga geht noch einen Schritt weiter auf Leonhard zu und flüstert ihm etwas ins Ohr. Und dann beginnen Leonhard und Olga langsam zu tanzen, Tango. „Ha-lleluja”.

Was wäre, wenn dieser hoch gelobte, liebevolle Erzähler ein psychiatrisch Tätiger wäre. Einer, der mit einem Patienten spricht, aber auch mit seiner Partnerin, seinen Eltern, Freunden, Bekannten. Und der auch die Stimmen aus der Nachbarschaft, aus dem ganzen Viertel einschließlich der umgebenden belebten und unbelebten Natur nicht außen vor lässt, - gleichzeitig vergleicht, abwägt. Und so wie er diese ihre Geschichten mit ihnen **teilt**, teilt er seine Geschichte mit den anderen, wie sie hören, empfinden, einschätzen, korrigieren, zustimmen und widersprechen.

Das geht nicht in der Abgeschiedenheit eines „Zauberbergs“, einer Station, sondern nur mitten im Leben. Erst in der Komplexität, in der Vielfalt des Lebens findet sich für jeden eine Nische, die ein besser gelingendes Leben verspricht.

Eine Psychiatrie, die ab-teilt, unter-teilt, ver-teilt ist eine Psychiatrie, die trennt. **Sie wird unter sich bleiben**! Eine Psychiatrie, die Teilen als Verbinden ohne zu trennen begreift, kann dagegen zur Basis einer inklusiv eingebetteten Psychiatrie werden.

Kann!

Weil Teilen natürlich nicht angeordnet und bei Penny im Sixpack gekauft werden kann. Teilen ist unverfügbar, wie Vertrauen und natürlich Liebe.

„Niemand von uns weiß, was richtig ist; aber wir können gemeinsam schauen, was jetzt möglich ist“, sagt der Psychiater Werner Schütze den Patienten und Familien im Gespräch.

In Oberwälden, einem Dorf in Baden-Württemberg wohnt Hans Daiber, ein mittlerweile über 70 jähriger Mann. 2008 starb 92-jährigen sein Vater. Was machen?

Treatment as usual: Herr D. muss in ein Heim ziehen.

Alternative: Das ganze Dorf kümmert sich um ihn und teilt mit ihm sein Leben. Deshalb bleibt Hans Daiber der Umzug ins Heim erspart. „Keiner lebt für sich allein“. „Alle für einen“, nachzulesen im Magazin der SD (Amonte Schröder-Jürss und Andy Reiner (Magazin der SZ: 2/2021) oder im Internet.

Herr P, Mitte 60 wohnt in Lauenburg, allein in einem von seinen Eltern geerbten Haus. Er leidet an epileptischen Anfällen, ist geistig behindert, trinkt hin und wieder, und hat zusätzlich paranoide Phasen. Anfang 2017 hatte er einen Schlaganfall mit linksseitiger Lähmung. Im Krankenhaus verweigerte er die Mitarbeit.

Treatment as usual: Keine AHB möglich, Verlegung in ein Heim.

Alternative: Wir verlegten ihn in eine ambulante Wohnpflegegruppe in Lauenburg. Nach einigen Tagen robbte er sich immer wieder zur Eingangstür, um auf seinen Wunsch aufmerksam zu machen: er will wieder in sein Haus! Was machen? Zwangseinweisung?
Auf der Station war gerade Frau H. nach dem Tode ihres Lebensgefährten zum Entzug. Sie war bereit, vorübergehend mit Herrn P. in sein Haus zu ziehen, wenn sie von einer erfahrenen Peer unterstützt wird. In seinem Haus arbeitete Herr P. selbstverständlich mit und wurde peu a peu wieder fitter. Die leerstehenden Räume wurden zu Krisenzimmer für Lauenburger und der Garten zu einem urban gardening Projekt.

Welchen Weg würden Sie sich wünschen?

„**Be part of it”**

Literatur

Breithaupt,F. (2022): Das narrative Gehirn. Berlin: Suhrkamp Verlag.

Budde, W.; Früchtel, F.; Hinte, W. (Hg.) (2006): Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis. Wiesbaden: VS.

Clark, A. (2016): Uncertainity: Prediction, Action, and the embodied Mind. New York: Oxford Iniversity Press.

El Oussil, S.; Karig F. (2021): Erzählende Affen. Berlin: Ullstein.

Goldstein, K. (1934): Der Aufbau des Organismus. Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen am kranken Menschen. https://www.academia.edu/41392370/Kurt_Goldstein_Der_Aufbau_des_Organismus_Einf%C3%BChrung_in_die_Biologie_unter_besonderer_Ber%C3%BCcksichtigung_der_Erfahrungen_am_kranken_Menschen (15.05.2021).

Heißler, M. (2022): Psychiatrie ohne Betten. Köln: Paranus im Psychiatrie Verlag.

Schütze, W. (2018): Eine Reise auf das offene Meer. Norderstedt: Books On Demand

Sterzer, P. (2022): Die Illusion der Vernunft. Berlin: Ullstein.

Tokarczuk, O. (2020): Der liebevolle Erzähler. Zürich: Kampa Verlag

Tokarczuk, O. (2019): Die Jakobsbücher. Zürich: Kampa Verlag

Van Os, J.; Reininghaus, U. (2016): Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. World Psychiatry 15(2), S. 118–124. https://doi.org/10.1002/wps.20310

Van Os, J.; Guloksuz, S.; Vijn, T.; Hafkenscheid, A.; Delespaul, P. (2019): The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? World Psychiatry 18(1), S. 88–96. https://doi.org/10.1002/wps.20609