

# 1 Einleitung

Der Abschlussbericht der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages formulierte 1975 eine Reihe von Empfehlungen, die eines der größten medizinischen Reformvorhaben der deutschen Nachkriegsgeschichte in Gang setzten: die Umwandlung einer anstaltszentrierten, gesellschaftlich weitestgehend isolierten Versorgungspsychiatrie in ein modernes klinisches und soziales Fachgebiet, das seine Patientinnen und Patienten individuell und in deren Lebensumfeld behandelt. Dies wurde möglich, weil die Kliniken sich verkleinerten und ambulante Angebote schufen, sich in großer Zahl Fachärzte und Psychotherapeuten niederließen und flächendeckend gemeindepsychiatrische Angebote etabliert wurden, die die ambulante Versorgung von Menschen mit komplexem Hilfebedarf übernahmen. Dieses »Übernehmen« der bis dahin langzeithospitalisierten Patienten aus den Kliniken führte zu der Wahrnehmung, dass Gemeindepsychiatrie komplementär zur Krankenhauspsychiatrie sei, gleichsam eine willkommene Ergänzung innerhalb des bereits etablierten Versorgungssystems.

Dies ist eine Frage der Perspektive. Historisch gesehen kann man die Krankenhauspsychiatrie, zumindest wenn man sich auf einen Großteil der dort über Jahrzehnte verwahrten Patienten bezieht, auch als Artefakt eines fehlgeschlagenen Versuchs bezeichnen, Menschen mit psychischen Störungen zu Patienten zu machen und ihnen dadurch die Möglichkeit einer Behandlung zukommen zu lassen. Die Gründe dafür sind vielfältig und beide Sichtweisen lassen viele Details außer Acht, so dass sie holzschnittartig wirken. Klar ist aber, dass sowohl die moderne Krankenhauspsychiatrie als auch die Gemeindepsychiatrie mit der Psychiatrie-Reform in Deutschland begonnen haben und zusammen mit den niedergelassenen Fachärzten Teil *eines* Versorgungssystems sind. Zumindest, wenn man fern jeglicher institutionellen Betrachtungsweise die Sicht der Betroffenen einnimmt.

Der vorliegende Band der Reihe »Horizonte in der Psychiatrie« will die Gemeindepsychiatrie aus vielen weiteren Perspektiven ausleuchten und verstehbar machen. Denn fraglos ist die Gemeindepsychiatrie Teil der psychiatrischen Versorgungslandschaft geworden. Man kann sogar sagen, dass sie in Deutschland flächendeckend etabliert ist. Trotzdem gibt es nur wenige Regionen, in denen sich alle psychiatrischen Einrichtungen und Therapeuten im Sinne eines Verbunds zusammengeschlossen haben und den Betroffenen in den Mittelpunkt stellen. Meist leben Krankenhaus und Gemeindepsychiatrie in einem guten Nebeneinander. Die Universitätspsychiatrie hingegen hat sich fast gänzlich von der Sozialpsychiatrie gelöst und der Gemeindepsychiatrie nie zugewandt.

Anders stellt sich dies in Großbritannien dar, das weltweit zu den Zentren der Forschung zu gemeindepsychiatrischen Fragestellungen zählt. Doch auch der

weltweit renommierte britische Psychiater Tom Burns bezeichnet »Community Psychiatry« als »slippery term« (Burns 2004, S. 1). Ob man das mit »schlüpfrig«, »glatt« oder »rutschig« übersetzt ist einerlei. Gemeindepsychiatrie ist nicht griffig, jeder Versuch, das Wort zu definieren, führt zu Unklarheiten oder Vorbehalten.

Dies mag auch an den vielen Berührungspunkten der Psychiatrie mit den Sozial- und den Geisteswissenschaften liegen, die zurecht ihren Anteil an Theorie und Praxis des Fachgebiets für sich beanspruchen. Gemeindepsychiatrisches Arbeiten vertieft diese Nähe zu den genannten Wissenschaftsbereichen, weil es von der Theorie- in die Handlungsebene überleitet und sich hier wiederum vor allem der Sozialwissenschaften bedient. Politische Forderungen, die von Fachgesellschaften oder -organisationen formuliert werden, müssen auf Ebene der Gemeinde bzw. eines Landkreises konkret verhandelt und umgesetzt werden.

Psychische Störungen sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Die 12-Monats-Prävalenz beträgt in Deutschland über beide Geschlechter knapp 28 %, bei Frauen liegt sie mit 33,5 % deutlich höher als bei Männern mit 22,1 % (Jacobi et al. 2014). Jeder fünfte Mann und jede dritte Frau im nachbarschaftlichen Umfeld, in der Gemeinde, in der man selbst lebt, leidet innerhalb eines Jahres an einer psychischen Störung. Menschen mit psychischen Störungen leben in der Gemeinde, sind Teil dieser, kommen von dort und gehen dorthin wieder zurück. So banal das klingt, so schwierig ist eine Verortung der Gemeindepsychiatrie in dem medizinischen Fachgebiet der namensgebenden Psychiatrie.

Einige *rote Fäden* durchziehen dieses Buch:

*Das Verhältnis von Patienten und Gemeinde.* Erkrankten Gemeindemitglieder, so werden sie zu Patienten. Ob sie Mitglied der Gemeinde bleiben oder sozial exkludiert, d. h. ausgegrenzt werden, hängt von vielen Faktoren ab. Im Fokus steht hier im Besonderen die Gemeinde selbst, die Subgruppen umfasst, die in prekären Verhältnissen leben (müssen), die bereits ausgegrenzt sind und deren Erkrankung in hohem Maße auf diese sozialen Faktoren zurückzuführen sind. Wie kann hier Inklusion gelingen?

*Das Verhältnis von Gemeinde und (Gemeinde-)Psychiatrie.* Gibt es konsensbildende Elemente, die von der »Gemeinde« anerkannt werden? Erkennt die Gemeinde Psychiatrie oder Gemeindepsychiatrie als einen Teil von sich an? Was bedeutet die Gemeinde für den Psychiater? Die Psychiatrie muss den Empfangsraum verstehen, in den hinein sie ihre Patienten entlässt.

*Das Verhältnis von Politik und Gemeindepsychiatrie.* Besonders in der Gemeindepsychiatrie verdeutlicht sich ein Statement des international renommierten australischen Psychiaters Assen Jablensky: »Das Ausmaß, in dem die Patienten durch aktuelle Ansätze in der Versorgung psychisch Kranker profitieren werden, ist nicht so sehr von der Psychiatrie als medizinischer Disziplin abhängig, sondern von den Wahrnehmungen und Handlungen der Politik« (Jablensky 1992, S. 24, eigene Übersetzung).

*Das Verhältnis von Psychopathologie und Gemeindepsychiatrie.* Psychopathologie ist nicht ortsabhängig und ist es doch. Menschen verhalten sich in ihrem Lebensfeld anders, als in einem Krankenhaus, in einer Arztpraxis. Den »Weißkitteleffekt« (white coat hypertension) gibt es auch in der Psychiatrie. Des Weiteren sollen abweichend von der klassischen Psychopathologie Funktionen, Ressourcen und Teilhabechan-

cen als Möglichkeit einer positiv konnotierten Beschreibung von Individuen eingeführt und näher betrachtet werden, quasi als Diapositiv einer defizitorientierten Diagnostik.

*Das Verhältnis von Patienten und Gemeindepsychiatrie.* Die Gemeindepsychiatrie ist auch die Psychiatrie der unterschiedlichen Orte und der Subjektivität der Patienten. Medizin sollte per se lebensfeldnah sein oder in diesem stattfinden. Dies machte das mittlerweile fast verloren gegangene aufsuchende Hausarztwesen aus, bei dem der Arzt noch mehrere Generationen einer Familie überblickt und – durchaus nicht nur idealisiert formuliert – vom Küchentisch aus oder im Wohnzimmer sitzend ein klares Bild vom sozialen Netzwerk, den Ressourcen, aber auch den Belastungen, die die Familie für deren einzelne Mitglieder bedeutet, erhält.

Der Terminus »Gemeindepsychiatrie« wird im folgenden Text nicht auf eine bestimmte Definition eingeschränkt, sondern pragmatisch betrachtet. D. h. er wird als einer Gemeinde implizit behandelt und umfasst damit auch alle Elemente einer Gemeinde. Wenn Kritik an der Gemeindepsychiatrie geübt wird, können dementsprechend unterschiedliche Parteien angesprochen sein, da es nicht »die eine Gemeindepsychiatrie« gibt. Fehlt eine Tagesstätte, um ein Behandlungsangebot zu erweitern, kann das an der fehlenden Finanzierung des Kostenträgers, dem fehlenden Willen des Leistungserbringers oder der Gemeindeverwaltung liegen, die Anwohnerproteste fürchtet. Zur angesprochenen Gemeindepsychiatrie gehören daher alle, die an deren Realisierung beteiligt sind, bzw. ihr im Wege stehen könnten.

## 2 Verortung der Gemeindepsychiatrie

»Gemeindepsychiatrie« ist alles andere als ein selbsterklärender Terminus technicus. Wäre dem so, wäre das denkbar banal: die Gemeinde als Lokalisation, neudeutsch »Setting«, psychiatrischen Arbeitens. Und doch wird der Begriff meist so verstanden und führt damit zu einer klaren Abgrenzung zur Krankenhauspsychiatrie. Dabei ist sie vielmehr eine auch »gemeine Psychiatrie«, d. h. eine allgemeine und unterscheidet sich von der speziellen Psychiatrie. Etymologisch betrachtet, findet sich noch eine weitere Bedeutung, die heutzutage weitestgehend in den Hintergrund getreten ist. Wenn ich mich mit *jemandem gemein mache*, dann freunde ich mich an, verbünde mich, und das mit einer Person, die sozial schlechter gestellt ist, vormalig bspw. Knecht, Zofe, Dienstbote war. Das Digitale Wörterbuch der deutschen Sprache (DWDS) zitiert als Beispiel aus Brechts *Herr Puntila und sein Knecht Matti*: »Jetzt können wir aufbleiben und sorgen, daß er nicht mit den Dienstboten trinkt und sich mit ihnen gemein macht« (Brecht 1989, S. 297). Hier erscheint der Begriff, zumindest aus der Binnenperspektive gesellschaftlich höher gestellter Personen, ebenfalls abwertend. Die Situation kann aber auch freundschaftlich-verschwörerisch oder gar solidarisch gedeutet werden und beschreibt damit treffend situativ die Begegnung und Beziehungsarbeit im gemeindepsychiatrischen Arbeiten. Es bedarf des »Sich-gemein-Machens« mit den Betroffenen.

Der Weg zu einem Versuch einer Definition von »Gemeindepsychiatrie« am Ende des Kapitels führt zunächst über den Begriff der »Gemeinde«, auch unter Berücksichtigung anglo-amerikanischer Definitionen, da der Begriff der »Community« ungleich weiter gefasst ist und mit »Community Psychiatry« und »Community Mental Health« zwei Begriffe existieren, die wir mit Gemeindepsychiatrie übersetzen. Im nächsten Schritt versuchen wir das »Nahfeld« des Betroffenen, sein Lebensumfeld, die Nachbarschaft, die Gemeinschaft, in der er lebt, näher zu betrachten. Dieses Nahfeld aber auch die ganze Gemeinde stellt den »Empfangsraum« für den Menschen dar, der aufgrund einer psychischen Störung aus dem Konstrukt der Gemeinde herausgefallen scheint: höchst verunsichert, stigmatisiert, angeschaut. Letzteres geht einher mit dem Bild, das sich Außenstehende von Menschen mit psychischer Störung machen, und das nicht frei ist von vielerlei Einflüssen. Diese werden kurz skizziert, um zu verstehen, wie der Empfangsraum Gemeinde und seine Individuen in ihrer Haltung beeinflusst werden, bzw. beeinflussbar sind, was auch die Gemeinwesenarbeit umfasst. Schließlich stellen wir die Subjektivität der Betroffenen in den Mittelpunkt, ihre Sicht auf die Gemeinde, die es nun als erstes zu definieren gilt.

## 2.1 Gemeinde

Der deutsche Soziologe René König (1906–1992) befasste sich mit diesem Begriff ausführlich und stellte in einem Sonderheft der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie zur »Soziologie der Gemeinde« fest, »dass dieser Begriff äußerst kontrovers ist« (König 1962, S. 1). Dies unterstreicht er mit dem Hinweis auf eine Arbeit des amerikanischen Soziologen George Hillery jr. aus dem Jahre 1955: »Definitions of Community: Areas of Agreement« (Hillery 1955). Hillery kommt auf 94 unterschiedliche Definitionen (Hillery 1955, S. 111). Definiere man die Gemeinde als »globale Gesellschaft«, würde sie durch drei Elemente charakterisiert: »lokale Einheit, soziale Interaktion und gemeinsame Bindungen« (König 1962, S. 1), was zwar nicht als hinreichend gesehen wurde, aber als pragmatische Definition gut nachzuvollziehen ist. Klar ist für König, dass der Verwaltungsbegriff der Gemeinde »in den Hintergrund geschoben wird« (ebd., S. 2), im Vordergrund stehe »die Gemeinde als soziale Wirklichkeit« (ebd., S. 2). Diese soziale Wirklichkeit wird im Weiteren als heterogen beschrieben, keinesfalls als gemeinsame Einheit. So weist König darauf hin, dass »intern ein so starkes soziales Gefälle herrscht, daß jeglicher Anspruch auf integrale Ganzheit illusorisch wird« (ebd., S. 3). Dies wirkt in seiner Klarheit und Aktualität aus Sicht der Gemeindepsychiatrie und mit Blick auf den Empfangsraum ernüchternd, da man weiß, dass Menschen mit psychischer Störung sich langfristig im unteren Bereich des sozialen Gefälles finden werden und weil es unterstreicht, dass viel Arbeit in der Gemeinde zu leisten ist, um den Empfangsraum offener zu gestalten. Das bedeutet aber auch, anders als König es einschätzt, dass die Gemeinde auf Verwaltungsebene durchaus in der Gemeindepsychiatrie eine wichtige Rolle spielen muss, um Vorgaben für die Individuen der Gemeinde im Sinne der Benachteiligten zu machen.

Der renommierte amerikanische Soziologe Phil Brown arbeitet aus der Literatur in einem Aufsatz zur Frage wer und was die Gemeinde sei, fünf Kernelemente der Gemeinde heraus (Brown 2005):

- ein Ortsgefühl, geografisch
- Teilen gemeinsamer Interessen und Perspektiven
- gemeinsames Handeln, Zusammengehörigkeitsgefühl und Identität
- soziale Bindungen
- Vielfalt aufgrund vieler Subgruppen

Es erstaunt, wie nahe das der 50 Jahre älteren Zusammenfassung der Elemente durch König kommt: lokale Einheit, soziale Interaktion, gemeinsame Bindungen. Brown ergänzt dies mit einer eigenen dynamischen Beschreibung der Elemente einer Gemeinde (Brown 2005, eigene Übersetzung):

- Gemeinden umfassen eine Vielzahl geografischer und transgeografischer Gruppen und manchmal eine Mischung aus beiden
- ob gebunden oder ungebunden, Gemeinden funktionieren nur effektiv, wenn sie soziale Unterstützung über soziale Netzwerke zur Verfügung stellen

- Gemeinden erzeugen kollektives soziales Handeln, werden aber auch als Ergebnis solchen Handelns gebildet
- Definitionen von Gemeinden verändern sich, auch über einen kurzen Zeitabschnitt

Die Unterscheidung zwischen geografischen und transgeografischen Gemeinden, die Brown vornimmt, entspricht im Deutschen der Unterscheidung zwischen Gemeinde und Gemeinschaft/Gruppe. Dagegen ist die Gesellschaft im Englischen mit »society« klar benannt. Den Unterschied zwischen Gemeinschaft und Gesellschaft hat der deutsche Philosoph und Soziologe Ferdinand Tönnies bereits Ende des 19. Jahrhunderts deutlich gemacht (Tönnies 1963). In der Gemeinschaft fühlt man sich als Teil eines sozialen Ganzen, das durch einen »Wesenwillen« getragen werde. Im Kollektiv einer Gesellschaft stehen sich die Individuen in einer instrumentellen Weise gegenüber. D. h. es gibt ein konkretes Ziel, auf das man gemeinsam hinarbeitet, sei es in einer Aktiengesellschaft oder einem Staat, getragen von einem, so Tönnies »Kürwillen«. Dieser Begriff bringt schon zum Ausdruck, dass Gesellschaft kein Muss ist, dass man aus ihr ausbrechen kann. Die Gemeinde oder auch Gemeinschaft dagegen braucht der Mensch als Sozialwesen, insofern ist hier die Identifikation auch deutlich höher. Der Schaden bei Ausschluss aus der selbigen auch.

Die deutsche Sprache bietet zudem noch weitere Begrifflichkeiten aus diesem Feld. Politisch und juristisch ist eine Gemeinde eine *Gebietskörperschaft*, d. h. eine territoriale und hoheitliche Körperschaft des öffentlichen Rechts (Blickle 2009). Das »*Gemeinwesen*« ist Tönnies folgend dagegen charakterisiert als eine »(Volks-)Gemeinschaft«, die ihre Vielgestaltigkeit im Sinne eines sozialen Gefüges anerkannt und sich daher organisiert hat. Dabei kann es sich sowohl um eine Gemeinde oder einen Staat handeln (Tönnies 1963).

Auch Psychiater liefern eine Beschreibung der »Gemeinde«. Alexander Veltin weist darauf hin, dass »Gemeinde im Begriff Gemeindepsychiatrie mehr als nur den administrativen Zusammenschluss einer Gruppe von Menschen [meint]« (Veltin 1995, S. 80): Gemeinde sei als Begriff auch der Ort, an dem psychisch Kranke zu Hause sind, den sie als Heimat empfinden, der weltliche und kirchliche Vereinigungen umfasse, der durch gewählte Vertreter repräsentiert werde, der im Lokalteil der regionalen Zeitung sich widerspiegle (Veltin 1995). Veltin definiert die Gemeinde hier einerseits so allgemein, dass sich jeder von uns dort in diesem System wiederfinden würde. Andererseits ist die Gemeinde für ihn auch der Überbau, in dem sich gemeinsame Werte und Ideen verstetigen. Damit geht implizit einher, dass es gar keinen anderen Platz für die »Gemeinde«-Psychiatrie geben kann, als in der Gemeinde, was auch die psychiatrische Fachabteilung im lokalen Krankenhaus einschließt. Der Gemeindebegriff geht hier deutlich über die Örtlichkeit hinaus. Er beinhaltet ein dynamisches System, das mit Emotionen besetzt ist, Beziehungen ermöglicht und damit nicht selten ganz pragmatisch dem entspricht, was wir als »Lebensfeld« bezeichnen.

Setzt man diesen Gedanken fort, kann Psychiatrie nicht ohne Gemeinde gedacht, geschweige denn praktiziert werden. Es sei denn, der Inhalt der psychiatrischen

Therapie soll alleine die Modifikation von Verhalten und Emotionen, die Korrektur psychopathologischer Phänomene sein.

## 2.2 Lebensumfeld, Nachbarschaft, Gemeinschaft

Eine weitere Ergänzung der Begrifflichkeiten rund um die Gemeinde ist die »Nachbarschaft«. Dieser soll hier nur am Rande erwähnt werden, wenngleich er weniger abstrakt ist, als der Gemeindebegriff und daher auch im Sinne einer Kundenbindung attraktiv wirken kann. Es verwundert daher nicht, dass es in den Vereinigten Staaten einige Anbieter gemeindepsychiatrischer Leistungen gibt, die als »Neighbourhood Psychiatry« firmieren. Dieser Begriff hat sich in der Fachwelt jedoch nie durchgesetzt, wenngleich der renommierte US-amerikanische Psychiater Steven Sharfstein 1974 diesen in einer Publikation als neuen Ansatz in der Gemeinde titelte (Sharfstein 1974). Hierin spiegelt sich aber mehr der Versuch einer Begriffskreation, als eine spezifische Beschreibung eines neuen Settings. Denn »Nachbarschaft« beschreibt, seiner wörtlichen Bedeutung der räumlichen Nähe folgend, das Lebensumfeld der Patienten, was ein eingeführter Begriff ist. Ob dabei das direkte oder erweiterte Lebensumfeld, vor allem im räumlichen Sinne gemeint ist, spielt nur eine untergeordnete Rolle, weil die Anzahl der Sozialkontakte, vor allem aber das soziale Netzwerk, letztlich viel besser beschreiben, wie sozial integriert ein Mensch ist. Sozialleben findet auch in ländlichen Gegenden statt, in denen angesichts der Entfernung zwischen einzelnen Häusern nicht im Wortsinne von Nachbarschaft gesprochen werden kann. Die Anzahl der Sozialkontakte muss dabei nicht sehr hoch sein, um sozial integriert zu sein. Fünf bis 15 gelten als das Maximum engerer Kontakte, d. h. enger Partner, Familie und enger Freunde (Gamble et al. 2016). Das Maximum aller nachhaltigen sozialen Kontakte scheint aber auch begrenzt zu sein und liegt nach sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen bei 150 Personen, der sogenannten Dunbar-Zahl.

Robin Dunbar, ein britischer Anthropologe und Evolutionspsychologe, konnte diese Zahl im Rahmen seiner Forschungen zur Entwicklung des Neokortex, der Gruppengröße und der Sprache berechnen (Dunbar 1993). Das Maximum im Sinne einer Kapazitätsgrenze des menschlichen Gehirns ist aus gemeindepsychiatrischer Perspektive in zweierlei Hinsicht interessant. Erstens zeigt es, dass es keine beliebige Anzahl von wirksamen, vertrauten Kontakten gibt und zweitens, dass psychische Störungen diese möglicherweise senken, da sie aus verschiedenen Gründen mit einer Überforderung im Rahmen sozialer Situationen einhergehen können. Natürlich kann das interindividuell sehr unterschiedlich sein, es zeigt dennoch, dass es wichtiger ist, wenige, intensivere und verlässliche Kontakte zu haben, als viele oberflächliche und zunehmend virtuelle. Der Versuchung der neuen Medien könnte man auch als Therapeut unterliegen, wenn man die Möglichkeiten virtueller Kontakte gegenüber Patienten betont, die sich in der realen Welt der physischen Kontakte mit Begegnungen schwertun. Dies soll nicht die Möglichkeiten virtueller

Therapieprogramme bei spezifischen Störungen schmälern. Allein: Der Körper sitzt auf dem Stuhl, der Geist befindet sich im Äther. Dieser neue Leib-Seele-Dualismus kann sich gerade mit Blick auf basale lebenspraktische Tätigkeiten negativ auswirken, da andere Bedürfnisse vernachlässigt werden, Strukturen wegfallen und die Zeit relativ wird. Gemeindepsychiatrische Aufgabe ist hier der Ausgleich zwischen den Chancen sozialer Medien, die auch Struktur, Beschäftigung und Austausch ermöglichen und der Lebensrealität mit der Notwendigkeit, den eigenen Haushalt sauber zu halten, einer ausreichenden Tagesstruktur, regelmäßiger Ernährung und der Pflege sozialer Kontakte. Dunbar selbst hat im Übrigen, die Diskussion um die Größe der Dunbar-Zahl in virtuellen Welten aufnehmend, zu diesem Thema geforscht. Eine große Vergleichsstudie konnte zeigen, dass in beiden untersuchten Gruppen eine maximale Gruppengröße berechnet werden konnte, die der Dunbar-Zahl gleicht, die durch die »social brain hypothesis« geschätzt wurde, d. h. 100–200 Personen. Als zweites Hauptergebnis konnte die Studie zeigen, dass »social networking sites« keinen Einfluss auf diese Zahl haben (Dunbar 2016). Dies lasse vermuten, dass virtuelle soziale Netzwerke dieselben kognitiven Voraussetzungen erfordern, um Beziehungen zu erhalten, wie Offline-Freundschaften (ebd.). Wenn dies zutrifft, dann kann die »Virtual Community« für Menschen, die sich mit der realen Gemeinschaft schwertun, kein Ersatz sein, geschweige denn Chancen auf mehr Beziehungen bieten.

Wenden wir uns nun der Frage zu, was Leben in der Gemeinde konkret ausmacht. Die Ausgangssituation für uns alle als »Einzelne in der Welt« hat Karl Jaspers eindrücklich beschrieben: »Es ist die Grundsituation des Menschen, als ein einzelnes, endliches Wesen in der Welt zu stehen, abhängig zu sein, aber Möglichkeiten seiner Aktivität zu besitzen innerhalb eines wechselnden von zwingenden Grenzen eingeschränkten Spielraums« (Jaspers 1948, S. 271). Jeder Mensch kennt das Gefühl völliger Einsamkeit und dies ist nicht ortsgebunden, kann auf einem belebten Platz in dem Ort, in dem man lebt, auftreten. Dieses Gefühl kann einer kurzen Selbstreflexion über das eigene Dasein geschuldet sein, oder einem akuten emotionalen Zustand, z. B. nach einer Trennung. Dauert es länger an, ist eine tiefergehende Psychopathologie zu vermuten, denn »die Tradition wie das gesamte Leben des Menschen vollzieht sich in Gemeinschaft. Der Einzelne hat seine Erfüllung, seinen Halt, Sinn und seine Aufgabe durch die Gemeinschaft, in der er lebt [...] Jeden Augenblick ist für den Menschen seine Gemeinschaft wirksam gegenwärtig« (Jaspers 1948, S. 595).

Jaspers beschreibt hier den Lebenssinn und das Gefühl der Geborgenheit, das in der Gemeinschaft, letztlich der Gemeinde entsteht. Es sind die alltäglichen Dinge, die hier plötzlich wichtig werden, um sich Lebenssinn und Geborgenheit zu vergegenwärtigen. Es sind die kleinen Begegnungen mit Bekannten beim Bäcker oder im Sportverein, gemeinsame kulturelle Aktivitäten in der Gruppe, das Ausführen des Hundes, die Arbeit im Garten, das Kehren der Straße etc. Diese Liste könnte unendlich fortgesetzt werden, weil qua unserer Individualität jeder Mensch andere Schwerpunkte setzt, allein das Ziel ist bei allen das gleiche: Lebenssinn und Geborgenheit.

Weil dies in der modernen Gesellschaft verloren zu gehen scheint, werden die Effekte der Urbanisierung auf die Gemeinschaft in der Soziologie eingehend be-



forscht und ausführlich diskutiert. Die Interpretation reicht von der Desintegration der Gemeinschaften in großen städtischen Gebieten bis zu deren Persistenz oder schließlich der Ausbildung einer neuen Art gemeinschaftlicher Beziehungen (Häußermann und Siebel 2020). Im 19. Jahrhundert wird noch eine klare Trennung zwischen »Stadt« und »Land« beschrieben. Auf dem Land standen Selbstversorgung, Familie und Kirche im Mittelpunkt, in der Stadt war durch Diversifizierung von »Güter-, Wohnungs- und Kulturangeboten [...] für viele die Ausbildung eines individuellen Lebensstils« möglich (ebd., S. 792). Die Urbanisierung habe zum »Wandel von Gemeinschaft zu Gesellschaft« geführt, so der Soziologe Ferdinand Tönnies 1887 (zit. nach ebd.). Georg Simmel habe 1903 »ein sehr viel ambivalenteres Bild der Großstadt gezeichnet«, habe die »urbane Mentalität als blasierter, gleichgültig, distanziert, reserviert und intellektualisiert« beschrieben (ebd., S. 793). Kein einfaches Feld, für jemanden, der mit seinen eigenen Unsicherheiten, Ängsten und fehlendem Selbstwert zu kämpfen hat, unabhängig davon, ob schon eine relevante Krankheitssymptomatik besteht oder wir uns noch im Feld einer möglichen Primärprävention befinden. Mehr als hundert Jahre später scheint sich dies noch zuspitzt zu haben: »Sich im Alltag zurechtzufinden, sich damit arrangieren, in Anbetracht der Verflüssigung traditioneller Gesellschaftsstrukturen und Lebenswelten wird noch zunehmend erschwert aufgrund verschärfter gesellschaftlicher Rahmenbedingungen in den letzten 20 bis 25 Jahren« (Obert und Pogadl-Bakan 2010, S. 134).

Was bedeutet dies nun für die Gemeindepsychiatrie? Gibt es in Gemeinden eine Kultur bzgl. des Umgangs mit Außenseitern, mit Menschen, die der Gemeinde fremd geworden sind, die Schwierigkeiten haben, sich zu (re-)integrieren? Oder gilt es, diese aufzubauen? Brauchen wir eine Art Willkommenskultur, wie sie besonders zu Beginn der Flüchtlingskrise während des Syrien-Kriegs im Jahr 2015 immer wieder auch von politischer Seite beschworen wurde?

## 2.3 Empfangsraum Gemeinde/Gemeinwesenarbeit

Dieser Abschnitt widmet sich der Sichtweise auf die Gemeinde als »Empfangsraum« für Menschen mit psychischen Störungen. Auch wenn es sich meist um eine Rückkehr in die Gemeinde handelt, in der man schon wohnte, bevor man psychisch erkrankte, hat sich alleine durch die Diagnosestellung vieles verändert. Umso wichtiger ist es, aus therapeutischer Sicht diesen Prozess zu begleiten und zwar nicht in sensu, am Schreibtisch, sondern vor Ort. Erst dort kommt man dem Patienten als Person wirklich näher. In keinem Setting wirkt die Subjektivität so stark, wie im Lebensumfeld des Betroffenen, in dessen Küche, Wohnzimmer, in der Garage, wo sein Motorrad steht. Jedes professionelle Umfeld, auf Station, in der Ambulanz, führt dagegen zu einer künstlichen Situation, in der die Begegnung stattfindet und in der sich der Betroffene anpasst und der »Profi« Nähe vermeiden kann.

Wenn wir uns nun der Begegnung in der Gemeinde mit all ihrer Subjektivität auf beiden Seiten, der des Betroffenen und die seiner Umwelt zuwenden, müssen wir zunächst konstatieren, dass Subjektivität nur direkt erfahrbar ist. Was wir aber antizipieren können, ist die Stimmung, die in der Gemeinde herrscht. Ein ganz einfaches Beispiel ist die Ankündigung des Baus einer neuen forensischen Klinik, die zweifellos zu Protesten führen wird, weil man sich in der Gemeinde nicht vorstellen kann, diesen Menschen einen Platz anzubieten, da sie als schwer einschätzbar und gefährlich gelten. Subjektiv geht dies auch Ärzten so, wie eine Studie von Lauber und Rössler in der Schweiz zeigen konnte (Lauber et al. 2004). Befragt wurden Psychiater und Personen aus der Allgemeinbevölkerung. Bei einer allgemein positiven Einstellung zur Gemeindepsychiatrie zeigten sich die Psychiater besonders positiv eingestellt. Keine Unterschiede ergaben sich aber hinsichtlich der sozialen Distanz zu Menschen mit einer psychischen Störung. Bei Psychiatern nahm der Grad der sozialen Distanz, wie auch in der Allgemeinbevölkerung zu, je mehr die Situation soziale Nähe beinhaltete. Dies zeigt, dass die Einstellung der Professionellen auch von ihrem jeweiligen Blickwinkel abhängig ist. Die Gemeindepsychiatrie wird als wichtiger Teil des Versorgungssystems für die Patienten gesehen. Einen Patienten, der nachts immer mal wieder laut schreit oder in akuten Phasen einer paranoiden Schizophrenie bedrohliche Objekte aus dem Fenster auf die Straße wirft, wollen aber auch Therapeuten nur bedingt als Nachbarn haben. Die Gestaltung des »Empfangsraums Gemeinde« muss also aktiv betrieben werden.

Die Prämisse, um einen solchen Prozess in der Gemeinde erfolgreich zu gestalten, ist die Feststellung, dass die Gemeindepsychiatrie ein »Fangnetz« für die *ganze* Gemeinde bietet, ein Angebot für Menschen und Familien macht, die ernsthafte Bedürfnisse haben, für die sie woanders kein Hilfsangebot bekommen (Cline und Minkoff 2012, S. 93). Explizit gehe es dabei, so Cline und Minkoff um die »schwierigen Kunden«. Die, die nirgendwo reinpassen und die verzweifelt Hilfe und Hoffnung suchen (ebd.). Hier einen Empfangsraum, eine Empfangskultur zu schaffen, ein »welcoming« zu ermöglichen, stellt eine große Herausforderung auf verschiedenen Ebenen dar. Man müsse ein »Willkommen« ermöglichen für jemanden, bei dem man auch aus Erfahrung dies für unmöglich hält. Cline und Minkoff betonen einen niederschweligen, empathischen, zulassenden Ansatz, der den Betroffenen zunächst einmal entlastet und ggf. auch schon Hoffnung vermitteln kann (ebd.).

In den letzten drei Jahrzehnten gab es viele Impulse für diese annehmende, verstehende Herangehensweise, weg von einer paternalistischen Grundhaltung: Recovery-Orientierung, spezifische Angebote für Traumatisierte, aufsuchende Hilfen, Motivational Interviewing, Shared-Decision-Making (ebd., S. 96). Um wirklich ein Willkommen zu realisieren, muss es als klinische Praxis etabliert werden, was einen Empfangsraum und eine entsprechende Kultur erfordere. Aufgrund der Subjektivität eines jeden Einzelnen, wird man kaum einen idealtypischen Raum schaffen. Es bleibt aber auch vor diesem Hintergrund unverständlich, warum viele Empfangsräume für die »Schwierigsten« sehr nüchtern gestaltet sind, teils aversiv, teils würdelos vernachlässigt, auf jeden Fall aber nicht wohlwollend wirken. Auch die Mitarbeiter finden diese Räume häufig nicht schön, haben sich aber daran gewöhnt. Für sie sind die Räumlichkeiten der Platz, an dem sie ihren Unterhalt