

# Psychiatrie 2030: Wie könnte die Psychiatrie der Zukunft aussehen?

VON MATTHIAS HEIBLER

Im Café Sanssouci in Walsrode sitzt ein älterer Mann, immer noch sprachlos bezüglich der letzten Eindrücke, vor sich eine Tasse Tee und Heidesandgebäck. Marcel Proust in der Lüneburger Heide auf der Suche nach der verlorenen Zeit? Schon gestern hatte er sich auf die Suche gemacht nach der psychiatrischen Abteilung, die vor über 30 Jahren gegründet wurde, aber nicht mehr aufzufinden war. Von Walsrode aus wurde er nach Soltau geschickt in die Victoria Luisenstraße. Dort fand er sich in einem größeren Gebäude im Kontext einer Wohngruppe für Menschen mit demenzieller Entwicklung wieder. Einige der Bewohner waren offensichtlich mit der Essensvorbereitung beschäftigt, andere trainierten Gehen bzw. lasen anderen vor. Zwischendurch war ein schrilles Klingeln zu hören, und ein Mann, offensichtlich ein Mitarbeiter, hastete in ein Zimmer, anscheinend ein Büro. An einer Wand hing eine Tafel, darauf eine Liste von Namen mit Adressen, die ab und zu ergänzt wurden von einer Frau, die immer wieder an ein Telefon gerufen wurde. »Kann jemand nach Bispingen fahren?«, worauf zwei Mitarbeiter aufstanden und mit einer Tasche hastig das Haus verließen. Es ging zu wie einst in einer Taxizentrale.

Man hatte ihm erzählt, dass die damalige Tagesklinik an eine ambulante Wohngruppe für Menschen mit demenzieller Entwicklung und 24-Stunden-Bedarf angeschlossen wurde, die, wie andere Wohngruppen auch, den umliegenden Stadtteil mitversorgte. Unter anderem gab es in der Wohngruppe zwei Krisenbetten, die von Patienten in akuten Krisen unabhängig von der Diagnose genutzt werden konnten, wenn die Behandlung zu Hause nicht zu machen war. Die meisten Patienten in Krisen wurden jedoch mittlerweile zu Hause behandelt und kamen nur tagsüber zu Gruppen bzw. Untersuchungen vorbei. Einige arbeiteten auch in der Wohngruppe mit. Im Stadtteil gab es weitere assistierte Wohnungen, die gewissermaßen als Satelliten, von der WG aus versorgt wur-

den. Neben drei Ärzten bestand das Team aus Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Krankengymnasten, Sozialarbeitern, unterstützt von Angehörigen und Nachbarn. Hausbesuche wurden von Mitarbeitern des Krankenhauses wie von Mitarbeitern assoziierter Pflegedienste durchgeführt, die zudem für die Infrastruktur in und außerhalb der Wohngruppe verantwortlich waren. Neben Menschen in psychischen Krisen wurden Patienten aus dem Stadtteil mit zerebralen Insulten, Blutungen, Herzinfarkten, Stoffwechselerkrankungen und anderen somatischen Erkrankungen versorgt. Insofern war die ehemalige Tagesklinik für Behandlung, Rehabilitation, Pflege und Assistenz aller Bürger des umliegenden Stadtteiles zuständig. Akutbehandlung im Heidekreis-Klinikum wurde quasi über den Stützpunkt in den zuständigen Stadtteil verlängert, gewissermaßen in Form einer In-vivo-Behandlung bzw. einer In-vivo-Rehabilitation. Stationsäquivalente Behandlung hieß das im § 39 SGB V.

In Soltau und Umgebung gab es mittlerweile zehn weitere Stützpunkte, zuständig für 2–5000 Bürger. In den umliegenden Dörfern wurden ähnliche Stützpunkte gebildet. Auf die Frage, ob alle Patienten im zuständigen Stützpunkt tätig sind, wurde ihm erklärt, dass viele auch in Firmen und vor allem in »collaborative commons«, Betrieben, die von Bürgern für Bürger gegründet wurden, arbeiteten, aber auch in Handwerksbetrieben, auf der Basis von »Budgets für Arbeit«. Das Projekt Industrie 4.0 hatte in den zwanziger Jahren ganz Deutschland aus den Angeln gehoben. Zwar wurde jetzt wieder vor Ort in Deutschland produziert, jedoch weniger von Menschen als von Robotern bzw. 3-D-Druckern. In jedem größeren Ort wurden z.B. 3-D-Drucker aufgestellt, die Häuser und Fahrzeuge nach individuellen Wünschen herstellten, in Formen, die zum Teil bis zu diesem Zeitpunkt unüblich waren, rund, eckig, quadratisch, wie gewünscht. Nahezu alles konnte vor Ort passend und

ohne größere Verzögerungen hergestellt werden. Während Roboter einen Großteil der Produktion abdeckten, wandelte sich die Gesellschaft in eine Dienstleistungsgesellschaft um. Handwerksbetriebe z.B. refinanzierten sich neben dem üblichen Geschäft, auch aus dem Budget für Arbeit, weil sie psychisch Erkrankte und ältere Bürger mitbeschäftigten und so halfen, Werkstätten für behinderte Menschen und Zuverdienstfirmen überflüssig zu machen und Inklusion zu verwirklichen. Arbeit und Kollegialität wurden zu den wichtigsten Normalisierungsbeschleunigern. Grundlage und Basis dieser quasi tätigen Gemeinschaft bildete das damals beschlossene Bedingungslose Grundeinkommen für jeden. Jeder Bürger konnte dadurch nach Lust und Laune tätig werden. Im Gegenzug planten und organisierten die Bürger die kommunalen Belange, wie die Energieversorgung, Bildung und Ausbildung, den öffentlichen Nahverkehr, die Gesundheitsversorgung, und sorgten gleichzeitig für die entsprechende Finanzierung und Realisierung. Das für die Umsetzung und Durchführung erforderliche Know-how entnahmen sie zwanglos dem Internet, auf das, nach etlichen Kämpfen, nach wie vor jeder ohne Einschränkungen frei zugreifen konnte.

Schon seit den achtziger Jahren des letzten Jahrhunderts hatten die Bürger zunehmend die Kompetenz des Staates in Zweifel gezogen und auch das Vertrauen in den Markt verloren. Deshalb begannen sie damals, die Versorgung ihrer Alten, aber auch andere Projekte im kommunalen Bereich, wieder selbst

in die Hand zu nehmen und haben dadurch die Basis geschaffen für ein adäquates Versorgungssystem vor Ort mit Stütz-

punkten, Wohngruppen, Tagespflege und Pflegediensten, eingebettet in eine suffiziente Infrastruktur. Dabei haben sie auch ihre Politiker unter Druck gesetzt, sodass alte Menschen ab 2017 nicht nur »gereinigt und abgestaubt« wurden, sondern tatsächlich über die Pflegeversiche-

**In allen Bereichen wurde die Versorgung über einen Bürger-Profi-Mix realisiert**

zung bei der Bewältigung ihres Alltages soziale Unterstützung erhielten. Außerdem schossen durch die damalige Reform der Pflegeversicherung Wohngruppen geradezu wie Pilze aus dem Boden. In allen Bereichen wurde die Versorgung über einen Bürger-Profi-Mix realisiert, sodass neben fachlichen Aspekten zwischenmenschlich-emotionale Aspekte nicht zu kurz kamen, wie das im Bereich der Nachbarschaft vor der Zeit der Industrialisierung immer schon der Fall war. Dieses Kernversorgungssystem erweiterte sich in den Folgejahren in zwei Richtungen:

1. Neben alten Menschen, mit im zuständigen Sektor vor allem demenzieller Entwicklung, wurden zunehmend auch Bürger mit somatischen Erkrankungen versorgt und im nächsten Zug auch psychisch erkrankte Bürger aller Altersgruppen. Der Grundstein dafür wurde 2017 gelegt, als jeder Bürger neben stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlung auch Anspruch auf stationsäquivalente Behandlung im Lebensfeld bekam. Dies galt jedoch nicht nur für psychiatrische Behandlung, sondern für die gesamte Bandbreite medizinischer Versorgung. So stand es jedenfalls im SGB.
2. Ausgelöst durch das Projekt Industrie 4.0, wurden sehr viele Arbeitnehmer freigesetzt, die dann im weitesten Sinn für die Bewältigung des soziodemografischen Wandels und die Versorgung alter Menschen eingesetzt werden konnten. Dazu zählten auch viele psychisch erkrankte und behinderte Menschen, deren Potenziale gerade für alte Menschen mit demenzieller Entwicklung – Sensible begleiten Sensible – genutzt werden konnten. Aufgrund ihrer Vulnerabilität und Dünnhäutigkeit konnten sie besser die Bedürfnisse und Wünsche dieser Patienten erahnen (Levinas), sodass sie ohne großes Nachdenken einfach das machten, was getan werden musste; im Gegensatz zu den Profis, die manchmal zu viel über die Notwendigkeit des Tuns nachdachten, sodass Patienten mehr verwaltet wurden, statt mit ihnen im Sinne von

»Mit-Sein« zu leben. Dies mündete darin, dass Psychiatrie-Erfahrene, Peers, in allen Bereichen, im stationären wie im ambulanten, als Katalysatoren für Inklusion nicht mehr wegzudenken waren. Dadurch ließ sich das realisieren, was schon Manfred Bleuler unabdingbar für psychisch erkrankte Menschen hielt: gemeinsam tätig sein für eine gemeinsame Sache (tätige Gemeinschaft).

Insgesamt wurden dadurch die ursprünglich nur für alte Menschen gedachten Pflegestützpunkte zu Stützpunkten für die umfassende Versorgung der Bevölkerung im umliegenden Quartier oder Sektor. In Walsrode und Fallingbommel gab es ebenfalls mehrere solcher Stützpunkte, die als »Assistenz rund um die Uhr« oder »24-Stunden-Assistenz« bezeichnet wurden.

Aber, wo, bitte schön, konnte er die psychiatrische Abteilung in Augenschein nehmen? Er wurde auf das Heidekreis-Klinikum in Walsrode verwiesen. In Walsrode irrte er im Klinikum herum, konnte aber keine psychiatrische Station finden. Er wurde an das Kriseninterventionszentrum, kurz KIZ, verwiesen. Dort berichtete man ihm, dass es seit vielen Jahren keine explizit ausgewiesene psychiatrische Station mehr gäbe. Dafür gäbe es in Soltau und in Walsrode mobile Kriseninterventionsteams (MKT). Sobald jemand in eine Krise gerät, suchen die Mitarbeiter dieser Teams den Patienten binnen 24 Stunden zu Hause auf und machen den Ort des Lebens zum Ort der Behandlung. Wenn Abstand von zu Hause notwendig ist, werden viele Patienten quasi stationär im Krisenbett einer ambulanten Wohngruppe behandelt. Dort steht auch rund um die Uhr Personal zur Verfügung. Andere können Betten auf den internistischen Stationen in Anspruch nehmen, vor allem, wenn zwangsweise Unterbringungen nicht zu vermeiden sind. Jeder Patient, der auf der inneren Station mit psychiatrischer Diagnose aufgenommen wurde, wird spätestens

am nächsten Tag von Mitarbeitern der zuständigen Kriseninterventionszentren aufgesucht mit dem Ziel, die weitere Behandlung zu Hause oder teilstationär zu planen. Pate für diese Art der Versorgung waren einige Regionen in England, Italien und Skandinavien. Statt stationär, werden einige Patienten im Anschluss daran auch in sogenannten Krisenfamilien weiterbehandelt.

Auf die skeptische Frage, ob diese Angebote ausreichen, einen Kreis von 140 000 Einwohnern zu versorgen, machte der Mitarbeiter folgende Rechnung auf:

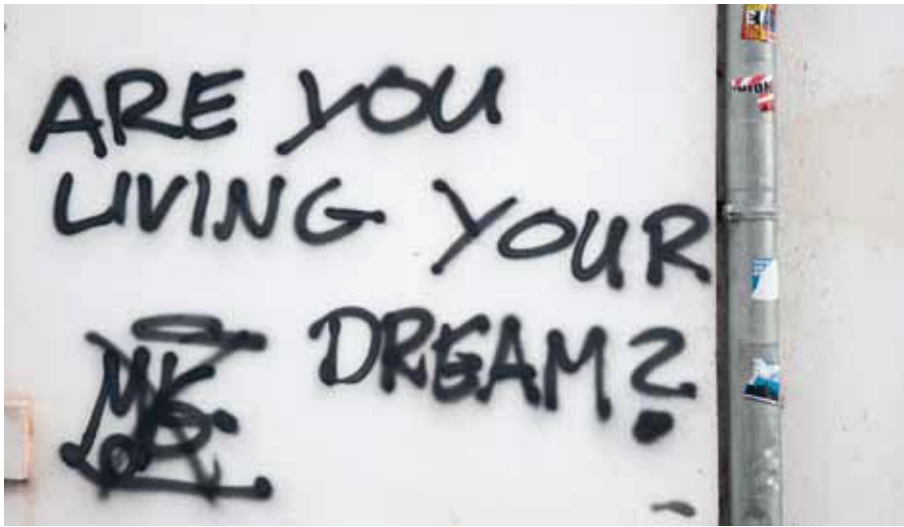
In den ca. 100 ambulanten Wohnpflegegruppen im Kreis mit 24-Stunden-Betreuung gibt es insgesamt 50 Krisenbetten, die zeitgleich bisher noch nie alle belegt wurden. Daneben gibt es 50 Krisenfamilien, die Patienten zwischen einigen Tagen und vier Wochen bei sich aufnehmen.

Der Großteil der Patienten in Krisen wird von Mitarbeitern mobiler Kriseninterventionsteams versorgt. Jedes der beiden mobilen Kriseninterventionsteams sucht im Jahr ca. 300 Patienten auf. Die Behandlung zu Hause kann ergänzt werden durch entsprechende therapeutische Module, die in den Tageskliniken und Ambulanzen im Kontext der Kriseninterventionszentren angeboten werden. In den Tageskliniken in Soltau und Walsrode – beide sind täglich geöffnet, auch an Sonn- und Feiertagen – werden jährlich zusammen ebenfalls ca. 400 Patienten versorgt. Die Patienten auf den internistischen Stationen, insgesamt noch etwa 700, sind dort ca. eine Woche und werden von der Station aus – stationsäquivalent – zu Hause weiterbehandelt.

Auf die Frage, ob denn die internistischen Abteilungen tatsächlich imstande seien, Patienten zwangsweise zu behandeln, erklärte man ihm, dass das Gros der Patienten auf internistischen Stationen mittlerweile verwirrt und desorientiert sei. Um diese Patienten auf den internistischen Stationen verlässlich behandeln zu können, wurden die Stationen grundlegend umstrukturiert: Die Mitarbeiterstützpunkte liegen auf allen Stationen nahe am Ein- und Ausgang, sodass

### Psychiatrie-Erfahrene und Peers als Katalysatoren für Inklusion

### Stationen wohnlich wie Hotels, sodass man nicht gleich die Flucht ergreifen will



Mitarbeiter relativ leicht im Auge haben können, wer die Station nicht verlassen darf. Zudem wurden die Stationen wohnlich wie Hotels umgebaut, sodass man nicht gleich die Flucht ergreifen will. Der Umstieg erfolgte auch nicht von jetzt auf gleich, sondern ergab sich im Verlauf eines Übergangsprozesses. Durch Bildung der mobilen Kriseninterventionsteams im Kontext eines Budgets verkürzte sich die stationäre Verweildauer auf etwa eine Woche ohne Anstieg von Wiederaufnahmen, vergleichbar mit der Entwicklung in Geesthacht.

Neben Krisenbetten nutzten die Soltau zunehmend auch die internistischen Stationen für Kriseninterventionen. In Walsrode ging man einen anderen Weg: Die leeren Betten der noch verbliebenen Station wurden mit neurologischen, geriatrischen und internistischen Patienten belegt, sodass aus der psychiatrischen Station eine polyklinische Station wurde. Weil Mitarbeiter aus der rein psychiatrischen Zeit weiterhin auf der Station tätig waren, blieb auch reichlich Wissen im Umgang mit psychiatrischen Patienten erhalten. Dadurch fand man auf der Station auch ab und zu Patienten, die dort über viele Monate behandelt wurden, obwohl die Station mittlerweile eigentlich internistisch war. Im Übrigen war wegen des zunehmenden Mangels an Psychiatern ein solches Vorgehen unausweichlich, um ein Mindestmaß an medizinischer Versorgung sicherzustellen, während die verbliebenen Psychiater vor allem in den mobilen Krisenteams gebraucht wurden. Durch diese Entwicklung waren die internistischen Stationen voll ausgelastet,

während das Gros der psychiatrisch Tätigen für die Behandlung der Patienten im Lebensfeld zur Verfügung stand. Parallel dazu waren die psychiatrisch Tätigen im Sozialraum auf der Suche nach Gelegenheiten, damit die Patienten ihre Valenzen in Potenzen umwandeln konnten.

Über mobile Teams, Gastfamilien und über Krisenbetten ging also der Bedarf an Betten stark zurück. Dies war auch ein Verdienst der »Immobilientherapie«. Was? »Immobilientherapie?« »Immobilientherapie« wird in New York, Montreal, Geesthacht, Walsrode und anderswo auch als »housing first« bezeichnet. Die Erfahrungen sind aber überall dieselben: Sobald jemand eine Wohnung braucht, wird ihm diese ohne große Verzögerung über Immobilientherapie zur Verfügung gestellt, und sobald jemand eine Wohnung hat, gehen die Dinge besser, unabhängig davon, ob jemand psychotisch, manisch, abhängig oder verwirrt ist. Um also mit wenig stationären Betten auszukommen, ist »Immobilientherapie« eine »conditio sine qua non«.

Auf die Frage, wie diese Entwicklung nun wieder zu erklären sei, erhielt er folgende Antworten: Im Zuge des Projekts Industrie 4.0 stieg die Zahl der Arbeitslosen sehr stark an und die Steuereinnahmen und die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme brach parallel dazu ein. Alle Ausgaben im Bereich der Krankenkassen und Rentenversicherung bzw. der Kommunen standen deshalb zur Disposition. Alles, was gekürzt werden konnte, wurde gekürzt und damit auch alle Doppelstrukturen

### Den Ort des Lebens zur rechten Zeit zum Ort der Behandlung machen

abgeschafft. Im Zuge dieser Entwicklungen wurden im Kontext des PsychVVG regionale Budgets gebildet mit der Aufgabe, die Versorgung psychisch erkrankter Menschen jeden Lebensalters sicherzustellen. Der SGB-XII-Bereich wurde im großen Umfang dem SGB-XI-Bereich zugeschlagen, die Aufgabenbereiche der sozialpsychiatrischen Dienste den Kliniken und deren Ambulanzen übertragen, wie schon im PsychVVG vorskizziert. Fortan wurde die Zwangseinweisung von Mitarbeitern der mobilen Krisendienste der Kliniken mit Hinzuziehung eines Mitarbeiters des Ordnungsamtes vollzogen. Vorteil war, dass die Mitarbeiter der mobilen Krisendienste den Ort des Lebens zur rechten Zeit zum Ort der Behandlung machen konnten. Wenn eine Zwangsunterbringung unvermeidlich war, reichten

oft ein bis zwei Tage auf Station aus, weil die stationäre Behandlung stationsäquivalent im Lebensfeld fortgeführt werden konnte. Weil also die Behandlung im Lebensfeld sofort oder etwas später sichergestellt werden konnte, gingen die zwangsweisen Unterbringungen – wie im schleswig-holsteinischen Heide – stark zurück, auf unter 30 pro Jahr.

Ein weiterer Grund war das schon erwähnte regionale Budget, das nach dem PsychVVG im Prinzip ab 2017 möglich war, auf das man jedoch erst in der Not wieder zurückgriff. Weil Entgeltsysteme das produzieren, woran sie gemessen werden, Behandlungstage führen zu einem Mehr an Behandlungstagen, Behandlungsfälle zur Umwandlung von mehr und mehr Gesunden in Krankenfälle, führte man als Maßeinheit in der Krise »Gesundheit« ein: Im Prinzip, je weniger Kranke in einem Versorgungsgebiet behandelt werden mussten, desto mehr Geld hatten die Klinik und ihre Ambulanzen zur Verfügung. Im Zuge dieser Entwicklungen verpflichtete sich das Heidekreis-Klinikum, die gesamte medizinische Versorgung der Bürger sicherzustellen. Aufbauend auf den Erfahrungen aus dem Projekt »Zukunftsregion Gesundheit«, entwickelte sich daraus im Heidekreis kein zusätzlicher Erlebnispark, aber ein Gesundheit-Park, der zum Vorbild und deshalb zum

Anziehungspunkt vieler Krankenhäuser und Kommunen wurde. Im Zuge dieser Entwicklungen wurde fast alles gänzlich neu geformt und zugeschnitten. Hausärzte konnten z.B. jederzeit Mitarbeiter mobiler Kriseninterventionsteams zu sich beordern, um die Versorgung der Patienten vor Ort sicherzustellen. Durch diese Tätigkeit wandelte sich der klinische Psychiater mehr und mehr zu einem hausärztlichen Psychiater um.

Mit dem regionalen Budget und der Zusammenführung von SGB V, XI und XII konnte die psychiatrische Versorgung im Heidekreis jenseits starrer Grenzen neu gestaltet werden. Notwendige Hilfen und Assistenz konnte fortan unkompliziert aus dem Topf des regionalen Budgets bezahlt werden, unter anderem auch Krisen- und Gastfamilien. Dadurch entstand im Heidekreis ein

System, das schon Autenrieth anlässlich der Behandlung von Hölderlin vorschwebt hatte: Psychisch erkrankte Bürger konnten in Gast- bzw. Krisenfamilien verteilt über den Kreis Hilfe finden, ohne dass sie eine psychiatrische Station im engeren Sinn in Anspruch nehmen mussten. Und mit diesem System aus Gast- bzw. Krisenfamilien begann wirkliche Inklusion. Vorbild dafür war damals das System »betreutes Wohnen in Familien« der Arkade in Baden-Württemberg bzw. das Gastfamiliensystem in Zürich und Kopenhagen.

Aber wie können psychisch erkrankte Bürger auf einer inneren Station ohne ausgewiesenes psychiatrisches Know-how versorgt werden? Weil Psychiater bzw. psychiatrische Stationen unabwendbar mit einem Stigma behaftet sind, hatte man beschlossen, sich nicht mehr als psychiatrisch Tätige, sondern als anthropologisch Tätige zu bezeichnen. Deshalb scheint es so, als ob es auf den Stationen keine Psychiater mehr gibt. Es geht aber nicht nur um Wortspiele. Das naturwissenschaftliche Weltbild hatte sich in den zwanziger Jahren als unvollständig herausgestellt (Nagel). Schon vorher kam es zum Aufstieg der Philosophie. Passend dazu, wurde im

Medizinstudium das Physikikum wieder durch ein Philosophikum abgelöst, zuerst in Würzburg. Die psychiatrisch Tätigen, die philosophische Ansätze wieder in der Medizin hoffähig machten, waren jetzt auch die medizinischen Mitarbeiter, die in der Lage waren, Konzepte anzubieten, um die verschiedenen speziellen medizinischen Disziplinen transdisziplinär wieder mit dem Alltag der Menschen zu verbinden, damit Gesundheit im Alltag auch gelebt werden konnte. Aus vereinzeltem Wissen entwickelte sich das Wissen über seine Verknüpfungen (Münch 1995).

Durch diese transdisziplinäre Wende wurde Medizin als Spezialwissenschaft anthropologisch, und die vorherigen psychiatrischen Konzepte gingen in anthropologischen Formaten auf. Mit diesen Schritten waren die Voraussetzungen geschaffen, dass sich Psychiater ab den dreißiger Jahren zunehmend als Anthropologen bezeichneten. Während Rahul Sarkar sich noch als Psychiater bezeichnete, nennen sich seine Nachfolger – Frau von Weizsäcker und Herr von Uexküll – Anthropologen, manchmal auch noch psychiatrische oder medizinische Anthropologen.

Mitten im Gespräch wurde sein Begleiter über Pieper gerufen. Als Trost überreichte er ihm schnell noch ein Konzept, das er zu lesen begann:

»Der Mensch lebt nicht alleine auf der Welt, sondern ist unhintergebar Teil eines Beziehungsnetzes, das zwischen ihm und anderen Menschen, zwischen ihm und der Natur, zwischen ihm und seiner Geschichte aufgespannt ist. Prinzipiell geht es bei der Behandlung von Menschen nicht nur um die medizinische Seite im engeren Sinne, sondern um den ganzen Menschen, so »wie er leibt und lebt«, und damit auch um das Soziale im weitesten Sinne. Der Körper einer Person ist der wichtigste Spieler im Lebensfeld, indem Fühlen, Denken und Handeln mit verortet sind. Über horizontale und vertikale Feedback- und Feedforwardschleifen ist ein Mensch vielfältig mit seiner Lebenswelt verbunden, sodass sie ihm zur Mit-

welt wird – und umgekehrt: Mensch, Körper und Lebensfeld sind gegenseitig embodied. Dadurch nimmt jeder Mensch mehr wahr, als er denkt (Eagleman 2012, S. 8 ff.). Und jeder Mensch nimmt aus seiner Umwelt Eindrücke wahr, die zum Teil widersprüchlich und extrem gegensätzlich sind. Weil aber Menschen nach Resonanz, nach Kohärenz streben, versuchen sie widersprüchliche Eindrücke aufzuklären, wegzufiltern bzw. auszumerzen. Ohne passende Antworten auf die Widrigkeiten des Lebens werden solche Widerfahrnisse als Spannungen, Dissonanzen und Disharmonien ausgedrückt und machen sich vice versa als Echo im Lebensfeld bemerkbar (Bleuler 1986, S. 24; Grawe 2004, S. 327 ff.; Willi 2007, S. 72 ff.). Damit einhergehend beginnen Menschen Geschichten zu erzählen, die als Geschichten Widersprüchlichkeiten bzw. gegensätzliche Eindrücke aufheben sollen. Wenn sie mit ihrer Geschichte bei sich und anderen Resonanz finden, ist die Antwort passend. Manchmal sind jedoch die Eindrücke so widersprüchlich, so konträr, dass ihnen keine passende Antwort als Lösung einfällt und sie schließlich diese Widersprüchlichkeiten als Leid bzw. als Symptome ausdrücken, gewissermaßen aus Mangel an Alternativen zu antworten – oder als besondere Form zu antworten. Symptome sind damit Ausdruck und Ergebnis vergeblicher Bemühungen um Antworten des Lebensfelds und gehören so dem Patienten selten ganz allein.

Psychiatrisch Tätige als Teil eines MKTs können beim Hausbesuch erfahren, wie jemand mit seiner Lebenswelt verbunden ist und wie er im Zusammenspiel mit ihr bestimmte Muster herausfiltert und aus Leben Er-Leben gestaltet: Neben Narrativen und Dialogen ist die Choreografie eines jeden Lebens vor einer persönlich gestalteten Kulisse zu besichtigen.

Auf der Station können sich anthropologisch Tätige im Gespräch nur auf die Beschreibungen eines Patienten verlassen. Das Implizite bleibt größtenteils verborgen, weil es im Lebensfeld außen vor ist (Polany 1985), und noch schmerzlicher: Es kann zur Antwortsuche (Therapie) nicht

### Der klinische Psychiater wandelte sich mehr und mehr zu einem hausärztlichen Psychiater um

### Die psychiatrischen Konzepte gingen in anthropologischen Formaten auf

mit eingesetzt werden. Anders für Mitarbeiter der MKTs. Es geht dabei nicht um ein Bekämpfen der Symptome, sondern um die Suche nach passenden Antworten auf die Widerfahrnisse im Lebensfeld, die den Symptomen ihre Berechtigung entziehen. Bei der Antwortsuche wird im Kontakt mit dem Patienten und seinen Bezugspersonen der Augenblick der Krise zum Blick zurück nach vorn genutzt und so lange verschiedene Sphären im Lebensbereich wie Familie, Tätigkeitsbereiche, Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft usw. an-, ausgeleuchtet und ausprobiert, bis sich passende Antworten einfinden, die Disharmonien alltagsverträglich werden und sich Resonanz einstellen kann. Im Dialog oder durch konkretes Handeln, wie Aufräumen, Einkaufen, Anträge stellen, Kontakt herstellen zum Arbeitgeber etc., lassen sich Dissonanzen, die sich zu Disharmonien ausgeweitet haben, beseitigen oder auflösen. Im Gegensatz dazu lässt sich Resonanz nicht gezielt herstellen, sie vollzieht sich nur »selbstvergessen«, beiläufig (Gadamer 1996).

Zusammenführend, was zusammengehört, steht also ein Mensch auf der Suche nach Resonanz im Fokus, der vielfältig mit seiner Welt als Beziehungswesen verbunden ist. Resonanz ist dabei das Konstrukt, das transdisziplinär Körper und Geist, Leib und Seele, Gefühl und Verstand, Individuum und Gemeinschaft, In-der-Welt-Sein und unterschiedliche Diagnosen, Geist und Natur überbrückt (Rosa 2016, S. 293 ff.). Resonanz leitet sich von dem lateinischen Wort *resonare* ab, was laut Duden ein Mitschwingen bzw. Mittönen mit einem anderen (Körper) bedeutet. Resonanz ist jedoch nicht mit Harmonie gleichzusetzen, sondern ist ein Beziehungsmodus, der ein Annehmen und Anerkennen umfasst, wie die Welt ist, im Guten wie im Schlechten, im Gelingen wie im Scheitern, im Glück wie in der Trauer. Ohne Resonanzerfahrungen sind wir nicht lebens- und überlebensfähig.«

So ähnlich hätte er das auch niedergeschrieben. Er ruft den Kellner, um zu bezahlen. Während er sich wieder auf den Weg macht, hört er im Hintergrund »Imagine all the people«, ein Lied von John Lennon. Dabei kommt ihm zweierlei in den Sinn: Ein Satz aus einem Film,



Matthias Heißler und Friedrich Landzettel

der in letzter Zeit häufiger (von Anthropologen) zitiert wird: »There are always two possibilities«, und ein Zitat, das er selber vor ca. einem halben Jahrhundert niedergeschrieben hatte: »Wir erzeugen buchstäblich die Welt, in der wir leben, indem wir sie leben. Aus Verwicklung soll Entwicklung werden. Handle deshalb stets so, dass weitere Möglichkeiten entstehen.«

### Zur Person: Friedrich Landzettel

Bevor Friedrich »Fritz« Landzettel Chefarzt der psychiatrischen Abteilung am Heidekreis-Klinikum Walsrode wurde (2001), hatte er die für das Westfälische Landeskrankenhaus Gütersloh klassische Sozialisation eines Assistenzarztes bei Klaus Dörner hinter sich: Im Zentrum aller Bemühungen stehen die chronisch Kranken, die Langzeitpatienten, um ihnen das Leben außerhalb von Institutionen zurückzugeben. Diese Haltung übertrug er zunächst als stellv. leitender Arzt auf die Klinik in Marsberg, wo er bis 2001 arbeitete. Es war für ihn auch selbstverständlich, mehr als ein Jahrzehnt Mitglied im Vorstand der WGSP zu sein. Beteiligt war er an dem Aufruf zur Einrichtung einer Heim-Enquete-Kommission an die Fraktionen des Deutschen Bundestags (2001), mit dem ein radikales Umdenken im Pflegebereich gefordert wurde. Dem Buch »Ende der Veranstaltung – Anfänge der Chronisch-Kranken-Psychiatrie« (1998) gab er

Er zog einen Plan aus seiner Tasche, um sich über seinen nächsten Besuchspunkt zu informieren: »Anstalt – wiedererleben. Das Psychatriemuseum als 24-Stunden-Event in Lüneburg«.

Noch seinen Gedanken nachhängend, hört er plötzlich seinen Namen rufen: »Hallo Fritz, Mensch, was für ein Glück. Wir brauchen dich mal wieder!« ■

**Dr. med. Matthias Heißler**, Psychiater, Chefarzt der Psychiatrischen Klinik am Johanniter-Krankenhaus Geesthacht  
E-Mail: Heissler@johanniter-krankenhaus.de

### Hinweis

Der Beitrag basiert auf dem Vortrag, den der Autor auf dem Symposium »Psychiatrie im Wandel: »The times they are a-changin'« zum Chefarztwechsel in der Klinik für Psychiatrie Walsrode am Heidekreis-Klinikum anlässlich der Verabschiedung von Friedrich Landzettel am 30. September 2016 gehalten hat.



seinen genialen Titel. Somit war es quasi selbstverständlich, den früheren Gütersloher Kollegen Matthias Heißler zu bitten, die hier abgedruckte Rede zu halten.

Christian Zechert