

Ziel hat. Mit der zum großen Teil auf dem Capability-Approach rekurrierenden sozialräumlichen Perspektive versucht auf der einen Seite vor allem die kommunale Sozialplanung soziale Räume in den Gebietskörperschaften inklusiv zu gestalten und das die infrastrukturellen Ressourcen so gestaltet sind, dass sie Eigeninitiative und Selbstorganisation fördern und unterstützen.⁷⁹ Für die soziale Arbeit auch im Bereich der Behindertenhilfe und Gemeindepsychiatrie wird das aus der Jugendhilfe stammende Konzept der Sozialraumorientierung fruchtbar gemacht, das eine personenzentrierte Unterstützung unter Nutzung vorhandener Ressourcen in der Umwelt, dem Sozialraum (Angehörige, Verwandte, Bezugspersonen, Selbsthilfegruppen, Institutionen sowie Einrichtungen und Dienste etc.) bis hin zur Ebene der Verwaltungsorganisation und Leistungsfinanzierung konzeptionell und methodologisch entwirft.⁸⁰

6.3 Psychiatriepolitik und sozialpsychiatrische Diskussionen

Zu Beginn des Jahrzehnts, im Jahr 2000, war es 25 Jahre her, dass die Psychiatrie-Enquête die Psychiatriereform in Westdeutschland einläutete. Es war Zeit, innezuhalten, Rückschau zu betreiben, das Erreichte zu reflektieren und Perspektiven zu entwickeln. Dies wurde auch getan. Vom 22. Bis 23. November 2000 veranstaltete die APK zusammen mit anderen Verbänden einen großen – auch international angesetzten – Kongress.⁸¹ Natürlich wurden hier zunächst die Kernpunkte der Psychiatriereform herausgestellt und die frühen Reformer gewürdigt. Die Entwicklungslinien der Reform bewegten sich hierbei auf der von der APK propagierten Linie der personenbezogenen Hilfen. Betont wurden die subjekt-, empowerment- und gemeindebezogene Sichtweise, der gemeindepsychiatrische Verbund sowie den Chancen, die insbesondere für den Bereich der Arbeit im neuen Sozialrecht liegen können. Auch die Psychiatriereform in den neuen Bundesländern wurde gewürdigt. Darüber hinaus wurden die Hauptkontroversen in einigen Bereichen der psychiatrischen Versorgung, wie den »ewigen« Streit zwischen Fachkrankenhäusern bzw. Spezialkrankenhäusern und Abteilungspsychiatrie, den niedergelassenen Ärzt*innen, oder auch der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Problematik zwischen Psychiatrie und Psychosomatik zum Thema gemacht. Die europäische Perspektive wurde in einem integrierten, von der Weltgesundheitsorganisation durchgeführten, Symposium beleuchtet.

Die APK blieb mit dieser Tagung, die aufgrund der vielen Veranstalter*innen eine große Bedeutung hatte, streng auf dem Boden ihrer Ausrichtung, nämlich einer praxis- und konsensorientierten Betonung dessen, was praktisch an Veränderungen in der Sozialpsychiatrie erreicht wurde und ggf. in der Zukunft zu erreichen wäre. Ein Rekurs auf das, was Sozialpsychiatrie ausmachen könnte, fand dabei implizit oder nur am Ran-

79 Hammer et al. 2010; Deutscher_Verein 2011.

80 Vgl.: Budde und Früchtel 2005a, 2005b; Deinet 2009; Fehren 2011; Hinte 2011b, 2011a; Becker et al. 2013.

81 Dokumentiert wurde der Kongress in den Bänden: AKTION PSYCHISCH KRANKE 2001a, 2001b.

de statt: Hinderk Emrich wies auf einen »integrativen« Krankheitsbegriff hin,⁸² der von Klaus Obert um eine lebensweltliche Perspektive⁸³ erweitert wurde.

Einen anderen Zugang, der unterschiedliche Aspekte von Versorgungspraxis mit Theorieentwicklung zu verbinden suchte, hat zu selben Zeit Martin Wollschläger unternommen.⁸⁴ Der 900 Seiten Reader »Sozialpsychiatrie« versucht, unterschiedliche Aspekte der Sozialpsychiatrie zu diskutieren, beginnend mit zeitgeschichtlicher Einordnung. Zentral sind die Beschreibungen unterschiedlicher »Orte«, in denen sich psychiatrisches Handeln abspielt, wie Krankenhäuser, Abteilungen, Maßregelvollzug, aber auch Soteria, Weglaufhaus oder »komplementäre« Dienste. Jedoch werden hier auch Fragen ausgiebig behandelt, wie das Verhältnis von Psychiatrie und Psychotherapie, Dialog sowie Forschung und Qualitätssicherung. In vielen Beiträgen wird reflektiert, was Sozialpsychiatrie in Theorie und Praxis nun ausmachen könnte. Hierbei ist für Wollschläger die Richtung klar: »Eine (so verstandene) Sozialpsychiatrie wäre gut unter dem Dach einer anthropologischen Psychiatrie vorstellbar, unter dem Mediziner und Pädagogen, Pflegewissenschaftler und Psychologen, Soziologen, Sozialarbeiter und Sozialpädagogen – und nicht zu vergessen: Angehörige und Psychiatrieerfahrene – eine breite und gemeinsame Theoriebildung und die Entwicklung eines ebenso differenzierten Hilfs- und Therapieangebotes entwerfen können.«⁸⁵ Eine ähnliche Position vertritt Helmut F. Späte, für den jedoch der Widerspruch zwischen Sozialpsychiatrie und Pharmakotherapie eher künstlich ist: »Ich bin überzeugt, dass auch künftig Sozialpsychiatrie unabdingbar notwendig ist für die Entwicklung einer anthropologisch orientierten Psychiatrie, die den Menschen in all seinen Bezügen zum Objekt und gleichzeitig zum Subjekt hat.«⁸⁶

Eine andere Position vertreten Niels Pörksen und Ralf Seidel. Sie können sich mit dem Begriff »Sozialpsychiatrie« schwer identifizieren, beschreiben Sozialpsychiatrie dann aber doch als eine »Haltung« die im weiteren Reformprozess unverzichtbar bleiben wird: »In diesem Prozess wird Sozialpsychiatrie unverzichtbar bleiben, weil es weniger um die Gesundheit des Individuums als um die Bedingungen des Gesundwerdens und -bleibens in der Gesellschaft geht. Dies wiederum fordert eine Haltung, die im weitesten stets politisch ist und dadurch auch methodisch wirksam werden muss. Bezieht der Blick des Forschers die Lebenswelt des Patienten mit ein, verliert dieser seinen abgegrenzten, abständig behandelbaren Objektstatus. Das bleibt nicht folgenlos für psychiatrische Institutionen, in Psychopathologie und Diagnostik, in Therapie, Rehabilitation und Prävention, wie für die Forschung. Uns wird der psychisch kranke Mensch in seinem Lebensfeld als Wohnungs- und Arbeitsloser, als Süchtiger, Ausgegrenzter, Langzeitkranker, gelegentlich auch Gewaltbereiter, vor Augen, ja buchstäblich »an den Leib« gerückt. So kommen wir nicht umhin. Fragen nach der »Lebensqualität« dieser Menschen zu stellen. Und Lebensqualität ist dann mehr als Gezähltes und Vermesse-

82 Emrich 2001.

83 Obert 2001.

84 Wollschläger 2001b.

85 Wollschläger 2001c, S. 14.

86 Späte et al. 1990, S. 111.

nes. Dieser Hintergrund muss die sozialpsychiatrische Forschung bestimmen. Kaum jemand hat das gerade so auf den Punkt gebracht wie Asmus Finzen.⁸⁷

Jener beschäftigt sich in der Tat mit dem Verhältnis von Psychiatrie und Sozialwissenschaften. Seine Bestandsaufnahme kommt zum Ergebnis, dass Psychiatrie als medizinische Wissenschaft und Soziologie auseinandergedriftet sind. »Alles dies zusammen bedeutet nichts anderes, als dass das Wesen der Medizin, der Transfer und die Anwendung des Wissens als Grundlagenforschung auf die kranken Menschen und die damit verbundenen institutionellen und psychosozialen Rahmenbedingungen nicht Gegenstand medizinischer Forschung sind«⁸⁸. Aufgabengebiet von Sozialwissenschaften sieht er vor allem in einer möglichen reflexiven Funktion hinsichtlich der Medizin bzw. der Psychiatrie, denn »Die wirklichen Probleme sind Verständigungsprobleme zwischen Arzt, Patient und Gesellschaft, sind Auswüchse aus der Babylonisierung der Medizin, die wiederum wesentlich darin begründet ist, dass wir uns beharrlich weigern, die Prozesse medizinischer Wissensvermittlung und unser alltägliches medizinisches Handeln selber zum Gegenstand unseres Forschens zu machen«.⁸⁹ Ohne sich auf Finzen zu beziehen beschäftigt sich Thomas Bock in seinem kurzen Beitrag auf die Perspektiven und betont die Notwendigkeit einer auf Dialog orientierten Psychiatrie, deren Grundlagen in einem auf Verstehen ausgerichteten anthropologischen Krankheitsverständnis ist.⁹⁰

Für Erich Wulff sehen die Perspektiven der Sozialpsychiatrie in der durch und durch neoliberalisierten Welt eher düster aus: »Das Kapital ist dabei, seine Herrschaft über den ganzen Erdball auszudehnen. Durch die Mondialisierung, durch die modernen Informationstechniken kann es den letzten Winkel unseres Planeten mit Lichtgeschwindigkeit erreichen, die von ihm bestimmte Profitlogik nistet sich im Handeln, im Denken, ja in den Empfindungen der Menschen überall ein und lässt nur das einigermaßen ungeschoren am Wege liegen, was sich für sie ohnehin nicht mehr lohnt«.⁹¹ In diesem Zusammenhang bleiben für die Sozialpsychiatrie lediglich kleine Nischen bzw. Schutzwälle, innerhalb der man sich der »Quantifizierung menschlicher Zuwendungen« oder »hie und da der digitalisierenden Zurichtung ebenso wie der wertschöpfenden Vermarktung« verweigern bzw. »durch Verschwendung von Zuwendung etwas Sand in das Vermarktungsgetriebe streuen« kann.⁹²

Da ist Luc Ciompi etwas pragmatischer. Für ihn hat die Sozialpsychiatrie eine Zukunft, zumal er die von Erich Wulff genannten Entwicklungen nicht thematisiert. Ausgehend von einigen Errungenschaften aber auch Schwächen der Sozialpsychiatrie liegt für ihn die Zukunft, neben der Entwicklung von Methoden und Kompetenzen, verstärkter Öffentlichkeitsarbeit und Aufklärung sowie von Evaluation und Weiterentwicklung der genannten Methoden in einer »dreidimensionalen« Beziehung. Diese sieht er zum

87 Pörksen und Seidel 2001, S. 20.

88 Finzen 2001, S. 633.

89 Ebd. S. 636.

90 Bock 2000.

91 Wulff 2001, S. 751.

92 Wulff 2001, S. 752f. Auch: Wulff 2000, 2001.

einen in einer systemisch-konstruktivistischen Weiterentwicklung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnis zu einem integrierten Verständnis psychischer Krankheit, welches vor allem auch Wechselwirkungen der unterschiedlichen Dimensionen unter Einschluss von Emotionen und Affekten betrachtet. Weiterhin ist die Fortentwicklung des »Trialog« auch als Partizipation an politischen Gremien eine mögliche Quelle der Fortentwicklung von Versorgungssystemen und last not least der – wissenschaftliche – Trialog zwischen Sozialpsychiatern und biologischen und psychodynamischen Fachvertretern eine Perspektive der Zukunft.⁹³

Auch in Fachzeitschriften, wie den »Sozialpsychiatrischen Informationen« oder auch »Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis« wurden insbesondere zu Beginn des Jahres 2000 Psychiatriereform oder »Sozialpsychiatrie« breit diskutiert.⁹⁴ Natürlich wurde hierbei auch »Historisierung« betrieben, d.h.: Man/frau beschäftigte sich stark mit der Vergangenheit, besonders dem Beginn der Psychiatriereform in den 1960er und 1970er-Jahre. Dies bot sich auch aus dem Grunde an, da relevante Protagonist*innen noch am Leben waren und aus ihrer eigenen Praxis berichten konnten. Dies berücksichtigt teilweise auch Franz-Werner Kersting, der in Ergänzung zu den eben genannten Tagungen/Veröffentlichungen auch den politisch-kulturellen Kontext der Psychiatriereform als auch ihre Verpflichtung aus den Verbrechen der Psychiatrie während des 3. Reiches thematisiert.⁹⁵

Wie schon angedeutet, findet ein Diskurs in den Sozialpsychiatrischen Informationen statt. Auch hier bricht Finzen mit einem fast dringenden Appell eine Lanze für die Einbeziehung der Sozialwissenschaften in die Psychiatrie: »Die medizinischen Fakultäten, vor allem aber die psychiatrischen Universitätskliniken werden sich entscheiden müssen, ob sie geistes- und sozialwissenschaftliche Arbeit als Bestand der medizinischen Forschung tolerieren und integrieren wollen; (...)«.⁹⁶ Klaus Weise setzt sich kritisch mit der Sozialpsychiatrie auseinander und kommt zu einem eher kritischen Ergebnis. »Zusammenfassend könnte man sagen, dass das alte medizinische Paradigma der Psychiatrie mit all seinen Implikationen gegen ein subjekt- und lebensfeldorientiertes sozialpsychiatrisches Paradigma durchgesetzt hat. Das hängt nicht nur mit den Machtverhältnissen im Fachgebiet, dem Streben nach Bestandssicherung zusammen, sondern auch mit verminderter Toleranz und Akzeptanz von Anderssein, von Fremdartigen in der Gesellschaft und wachsenden Anforderungen an die Kontroll- und Ausgrenzungsfunktion der Psychiatrie im Rahmen neoliberaler gesellschaftlicher Entwicklungsprozesse. Die Konsequenz wäre, dass Sozialpsychiatrie vor allem dann eine Chance hat, wenn sie sich mit der Bewegung der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen verbindet.«.⁹⁷ Ein paar Jahre später sieht er die Krise vor allem in der Spezialisierung, institutioneller Segmentierung und sprachlosen Nebeneinander von medizinischer Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie. In einem Reprint eines äl-

93 Ciompi 2001, S. 764 Auch: Ciompi 2000, 2001.

94 Die Aufsätze in der VPS 1/2000 sind nahezu sämtlich auch bei Wollschläger 2001 abgedruckt.

95 Kersting 2003 Ich gehe hier nicht auf einzelne Beiträge ein, da sie an vielen Orten dieser Chronik schon zitiert wurden.

96 Finzen 2002, S. 28.

97 Weise 2002, S. 31.

teren Textes schreibt er: »Ich meine, dass der Begriff Sozialpsychiatrie ein Symbol dieser einseitig disziplinären und damit desintegrativen Tendenzen ist, Ausdruck einer problematischen Beziehung naturwissenschaftlicher und sozial orientierter Psychiatrie. Der gegenwärtige Stand der Entwicklungen beider Richtungen erfordert aber eine neue Phase, die Überwindung disziplinärer Denkhorizonte, des Trends zur Spezialisierung durch Integration. Andernfalls besteht die Gefahr, dass Sozialpsychiatrie in ihrer Auswirkung auf die breite Masse der psychisch Kranken und der in der Psychiatrie Beschäftigten randständig oder wirkungslos bleibt.«⁹⁸ In seinem Nachwort schreibt er weiter, dass der Begriff der Sozialpsychiatrie noch seine Berechtigung hat, um das Fach zu profilieren. »Als Fernziel würde ich aber doch festhalten an der Utopie einer Psychiatrie, für die die soziale, die anthropologische Dimension integraler Bestandteil ist, der nicht extra benannt werden muss. Dann würde auch die Eigenständigkeit des Begriffes Sozialpsychiatrie zum »Unsinn« geworden sein.«⁹⁹

Mit den eben von Weise angesprochenen Denkbegrenzungen, speziell jedoch auf Sprache bezogen, beschäftigen sich Stephan Debus und andere Autoren 2003. Mit seinem semiotischen Ansatz versucht er – auch praktisch – die gegenseitige Sprach- und Verständnislosigkeit zu überwinden. Ihm kommt es stark darauf an, ein Verständnis dafür zu entwickeln, dass der andere versteht, was der eine meint.¹⁰⁰ Von einer eher philosophischen Seite nähert Dörner dem Thema. Für ihn ist Verstehen eine Tugend, die sich als »Paternalistische Verstehens-Tugend«, »Partnerschaftlich Verstehens-Tugend« oder »Verstehens-Tugend vom Anderen« her. Mit Bezug auf Bernhard Waldenfels und Emmanuel Levinas, favorisiert Dörner Letztere.¹⁰¹

Was allerdings bei all den genannten umfassenden Veröffentlichungen auffällt, ist, dass zwei Aspekte kaum thematisiert werden. Das ist zum einen – sieht man von der Fundamentalkritik Erich Wulffs ab – die sozio-ökonomische, kulturelle und politische, vor allem: sozialstaatliche Entwicklung Deutschlands und zum anderen das Verhältnis der Sozialpsychiatrie zu den Sozialwissenschaften speziell der Soziologie – mit Ausnahme von Finzen natürlich. Aber an anderer Stelle wurde über beide Themenbereiche diskutiert, deshalb sollen an dieser Stelle nur ein paar Stichworte erfolgen.

Mit einem gemeindepsychologischen Blickwinkel, einem Ansatz des Netzwerkkapitalismus (Castells) und seinen Folgen für Subjektivierungs- bzw. Individualisierungsprozesse sieht Heiner Keupp die Prioritäten der Sozialpsychiatrie im globalisierten Kapitalismus in der solidarischen Unterstützung insbesondere der Menschen, »die den neuen Anforderungen an Hyperflexibilität, Mobilität und allseitiger Fitness nicht genügen können [...] und von Exklusionsprozessen besonders betroffen (sind).«¹⁰² Angesichts der zunehmenden Armut und gesellschaftlichen Ungleichheit und den damit auch verbundenen ungleichverteilten Risiken (psychisch) zu erkranken hält er – ohne konkret zu werden – geeignete gesellschaftliche Strukturreformen für erforderlich. Im Bereich der gesellschaftlichen (Erwerbs-)Arbeit, der er keinen Normalitätswert mehr

98 Weise 2006, S. 42.

99 Ebd. S. 45.

100 Debus 2003.

101 Dörner 2007b.

102 Keupp 2003, S. 24.

zubilligt, fordert er zum einen eine »Umverteilung« von Arbeit aber auch die Hinwendung zu gesellschaftlich notwendigen Tätigkeiten, die jenseits der Erwerbsarbeit liegen. Angesichts einer zunehmend individualisierten Gesellschaft muss die Gemeindepsychiatrie Förderung von sozialen Netzwerken sowie den Kompetenzen zur Netzwerkbildung (Sozialraumorientierung) zu ihrem Thema machen und so zur Gemeinschaftsbildung beitragen, die für das Subjekt Bindungen, Zugehörigkeiten oder auch Anerkennung bedeuten können. Darüber hinaus bilden Netzwerke die Ressourcen für eine produktive Bewältigung von Belastungen und Krisen. Hinsichtlich der Subjekt- und Identitätsbildung fordert Heiner Keupp eine salutogenetische Perspektive, die Resilienzressourcen in dem Sinne fördert, dass die Menschen ein »Kohärenzgefühl« entwickeln können und – in Anlehnung an Oskar Negt – eine Identitätskompetenz im Sinne »einer aufgeklärten Umgangsweise mit bedrohter und gebrochener Identität.« Hierzu gehört auch Empowerment sowie die Partizipation Psychiatrieerfahrener.¹⁰³ Angesichts der Entwicklungen bestärkt Keupp diese Perspektive noch einmal 2005 und fügt ihnen eine »Horrorvision« einer möglichen Funktion der Gemeindepsychiatrie hinsichtlich einer zunehmend gespaltenen Gesellschaft zu:¹⁰⁴ nämlich die eines »Gatekeeper« zu übernehmen, um die »Misfits«, die »sozial Unfähigen« aus den arbeitsbezogenen Kernbereichen der Gesellschaft herauszuhalten und in einen hedonistischen zweiten Bereich, gewissermaßen ein Freizeit-Getto zu überweisen.¹⁰⁵

Wie aus diesen kurzen Stichworten zur Theorie von Sozialpsychiatrie oder Gemeindepsychiatrie ersichtlich wird, gehen die Vorstellungen hierüber sehr weit auseinander – bis hin zu differierenden paradigmatischen Vorstellungen auf theoretischer, organisatorischer oder auch handlungsrelevanter praktischer Ebene. Es zeigt sich, dass die »Sozialpsychiatrie« in eine Anzahl kaum verbundener Ansätze auseinandergedriftet ist, ohne dass bisher ein Versuch gemacht wurde, diese in irgendeiner Form zusammenzubringen oder auch in einen Dialog eintreten zu lassen. Hermann Elgeti macht dennoch einen Versuch, die Diskussion zusammenfassen. In Anlehnung an Hans Pfefferer-Wolf schreibt er: »Für mich ist Sozialpsychiatrie gekennzeichnet durch eine drei Aspekte vereinigende Grundhaltung, die sich in drei verschiedenen Richtungen auf vielfältige Weise konkretisiert. In der Grundhaltung sehe ich folgende Aspekte vereinigt:

- Sozialpsychiatrie betont in ihrer theoretischen und praktischen Arbeit die *soziale Dimension psychischer Störungen*, ohne die biologischen und psychologischen Aspekte gering zu schätzen.
- Sozialpsychiatrie tritt ein für die Verwirklichung einer *gemeindepsychiatrischen Organisation der Hilfen* für psychisch kranke Menschen, eingeschlossen Prävention und Rehabilitation, Behandlung und Pflege, unabhängig von den Störungsbildern. Sie bewahrt sich dabei stets die Fähigkeit zur kritischen und selbstkritischen Überprüfung der von ihr angeregten Veränderungsprozesse.

103 Ebd., S. 36–41.

104 Er bezieht sich hierbei auf Jürgen Ruesch, einem Kollegen von Gregory Bateson bei der Entwicklung einer systemischen Perspektive der Sozialpsychiatrie.

105 Keupp 2005, S. 234.

- Sozialpsychiatrie sucht den *offenen Dialog* und die gleichberechtigte Zusammenarbeit aller Beteiligten, mit Respekt gegenüber den unterschiedlichen Positionen und ohne die eigene Meinung zu verstecken. Das gilt für Lehre und Forschung genauso wie für die Krankenversorgung, und dort für die Einzelfallhilfe ebenso wie für die multidisziplinäre Teamarbeit und die Kooperation im regionalen Netzwerk.«¹⁰⁶

Im nächsten Jahrzehnt wird diesen Aspekten noch ein weiterer wichtiger Aspekt zugeführt, der Aspekt der »Evidenzorientierung«.

Exkurs – Sozialpsychiatrie und Soziologie

Im Zusammenhang mit der Diskussion um Sozialpsychiatrie ist auch deren Verhältnis zur Soziologie (wieder) diskutiert worden. Asmus Finzen fragt, ob die Sozialpsychiatrie »am Ende sei?«¹⁰⁷ Ohne Soziologie, die Finzen an anderer Stelle als »Mutterdisziplin« bezeichnet,¹⁰⁸ würde es die Sozialpsychiatrie nicht geben. Viele Psychiater hatten enge Beziehungen auch zu führenden Soziologen ihrer Zeit; zu denken wäre etwa an Karl Jaspers, der in Max Weber einen ihn fördernden Freund gefunden hatte¹⁰⁹ oder auch an Caspar Kulenkampff, der mit dem Kölner Renè König ein Wissenschaftliches Institut gründete. Darüber hinaus waren eine Reihe von sozialpsychiatrischen Protagonisten der ersten Stunde, wie Klaus Dörner Asmus Finzen nicht nur Psychiater, sondern auch Soziologen. Felicitas Söhner et al. haben den Einfluss der Soziologie und Soziolog*innen am Zustandekommen der Psychiatrie-Enquête aufgezeigt.¹¹⁰ Für die entstehende Sozialpsychiatrie standen besonders das Aufzeigen gesellschaftlich-kulturelle Faktoren, wie sie Dörner in »Bürger und Irre« für den gesellschaftlichen Umgang mit »Irren« an Ausgangspunkt, die Kritik von Großinstitutionen, den totalen Institutionen durch Goffman oder auch den Einfluss des »Labeling Approach« am Zustandekommen von Diagnosen, Stigmata und Etikettierungen¹¹¹ sowie auch in der Sozialepidemiologie, die den Einfluss sozialer Faktoren in der Genese psychischer Erkrankungen, die in Deutschland nicht nur rezipiert, sondern auch die hiesige Forschung in den 1960er und 1970er-Jahren angeregt hatten. Darüber hinaus entstanden an diversen Universitäten explizit sozialpsychiatrische Lehrstühle (Heidelberg, Hannover, Hamburg, Berlin etc.) oder auch das Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Heidelberg. Allerdings führte die Sozialpsychiatrie an den Universitäten ohnehin ein Schattendasein, und die deutsche Universitätspsychiatrie hatte – von sozialpsychiatrisch ausgerichteten Ausnahmen abgesehen – keinen Anteil an der Psychiatriereform. Aber auch diese Ausnahmen währten nicht lange: »At the end of the twentieth century, the Central Institute of Mental Health had more or less given up social psychiatric research, one of the two departments for social psychiatry had disappeared and academic chairs for social psychiatry had been

106 Elgeti 2010, S. 33.

107 Finzen 2001, S. 628.

108 Finzen 1998, S. 80.

109 Im Übrigen litt Max Weber dauerhaft und schwer an Depressionen.

110 Söhner et al. 2018b.

111 Keupp 1972a, 1982.

renamed.«¹¹² Mit dem Vordringen der »biologischen« Psychiatrie, insbesondere mit der »neurobiologischen Revolution« in der Psychiatrie geriet nicht nur die Sozialpsychiatrie sondern gleichsam auch die Soziologie in den Hintergrund.¹¹³ Finzen führt allerdings auch immanente Gründe an. Mit dem Wandlungsprozess der Sozialpsychiatrie zur »Bewegung« erlosch das Interesse an sozialwissenschaftlich inspirierter Forschung, »Gesinnung vor Erkenntnis« war vorherrschend zusammen mit einer »Angst vor ›falschen‹ Ergebnissen«, die nicht den gewünschten Resultaten entsprach.¹¹⁴ Aber auch: Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit entstehen unter anderem dadurch, dass die Psychiatrie eine handlungsorientierte Wissenschaft und die Soziologie eher erkenntnisorientiert sei. Finzen leitet hieraus ein Theoriedefizit der deutschen Sozialpsychiatrie ab. Auf einer empirischen Grundlage kommen auch Matthias Angermeyer et al. zu einem ernüchternden Resümee. »Sozialpsychiatrische Forschung findet zurzeit in Deutschland weitgehend unter Ausschluss ihrer Mutterdisziplin, der Soziologie, statt. Dies gilt gleichermaßen für ihre theoretische Verankerung wie für die Einbeziehung von Vertretern dieser Disziplin in die Forschungspraxis.«¹¹⁵ Sie sehen die Gründe neben den von Finzen angegebenen auch darin, dass sich aufgrund der Komplexität der beiden mittlerweile sehr ausdifferenzierten akademischen Fächern eine Zusammenarbeit sehr aufwendig gestalten würde und eine langfristige Perspektive benötige.¹¹⁶ Einen anderen Aspekt betonen Hartmut Bargfrede und Bernd Dimmek, zwei Soziologen, die vor allem in der Forensik gearbeitet viel geforscht haben. Die »Funkstille« zwischen Soziologie und Psychiatrie »hat sicher auch etwas damit zu tun, dass psychiatrische Krankenhäuser heute in einer Konkurrenzsituation stehen, die für Leitungen und Personal nicht selten existenzielle Auswirkungen zeigt. Der Zwang zur Einsparung von Kosten durch Rationalisierung von Abläufen zur Zusammenlegung von Klinikbereichen und zum Abbau von Personal lässt innerhalb der Kliniken nur wenig Spielraum für eine erkenntnisorientierte Soziologie.«¹¹⁷ Dennoch sehen Soziologen eine Reihe von Anhaltspunkten, die eine Zusammenarbeit erforderliche machen können. Reinhold Kilian sieht z.B. Ansatzpunkte im Bereich der Epidemiologie, Ätiologie und Prävention psychischer Erkrankungen, um Wechselwirkungen zwischen biologischen und sozialen Umweltfaktoren konzipieren zu können.¹¹⁸ Andere Autoren sehen auch diverse Felder, in denen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit wichtig und erforderlich wäre. Das wären neben den eben genannten Feldern vor allem in den Bereichen der Versorgungsforschung bis hin zur Organisations- und Verbundforschung, wo die Soziologie auch gestalterischen Funktionen übernehmen könnte. Subjektbezogene Fragen der Lebensqualität, des Alltages und der Erforschung von Exklusionsprozessen sowie in der Frage des Qualitätsmanagements und der Evaluation und Wirkungsforschung. Infrage kämen jedoch auch Themenbereiche der Milieuforschung oder Therapieforschung.¹¹⁹ Bis

112 Schmiedebach und Priebe 2004, S. 467.

113 Groenemeyer 2008; Kilian 2008.

114 Finzen 1998, S. 91.

115 Angermeyer et al. 2004, S. 421.

116 Angermeyer et al. 2004, S. 422.

117 Bargfrede und Dimmek 2002, S. 166.

118 Kilian 2008, 144.

119 Vgl. hierzu die vorgenannten mit weiteren Verweisen.

hin zur auch therapeutisch orientierten Klinischen Soziologie gehen die Anregungen.¹²⁰ Die Diskussion wird im nächsten Jahrzehnt wieder aufgenommen.

Hingewiesen werden muss im Zusammenhang mit der Diskussion um Sozialpsychiatrie und Soziologie noch kurz auf einen anderen Bereich, der – soz. nach einer langen Pause – wieder diskutiert wird, das ist die Philosophie. Nachdem vor allem Klaus Dörner, aber auch andere, die hier keine Erwähnung finden können, sich in den letzten Jahren der Ethik verstärkt zugewandt haben,¹²¹ veröffentlichen er, Thomas Bock und Dieter Naber – nun nicht mehr ökologisch orientiert – das Buch »Anstöße zu einer anthropologischen Psychiatrie«.¹²² Sie knüpfen damit an die Vor- und Nachkriegsautoren an, die mit phänomenologischen, daseins- und existenzphilosophischen und philosophisch-anthropologischen Denkansätze eine philosophisch, ethisch orientierte Bestimmung der Psychiatrie vornehmen wollen. Auch hier haben Felicitas Söhner, Thomas Becker und Heiner Fangerau darauf hingewiesen, dass diese Vordenker wesentliche Einflüsse gerade im Vorfeld der Psychiatriereform hatten¹²³. Auch Dörner selbst, obwohl wie einige andere damals einer anthropologischen Sichtweise nicht besonders zugetan, bezeugt den frühen »anthropologisch« orientierten Psychiatern heute Respekt.¹²⁴ Die Beiträge zur anthropologischen Psychiatrie werden im nächsten Jahrzehnt den Diskurs um »Sozialpsychiatrie« wesentlich beeinflussen. Ende des Exkurses.

Mit dem neuen Jahrtausend beschäftigten sich auch eine Reihe von Autor*innen mit dem Stand der Psychiatriereform in Deutschland, mit dem, was erreicht wurde, wie der Stand ist und wo es Entwicklungsnotwendigkeiten gibt. So konstatierte Petra Bühring im Ärzteblatt 2001, dass die Psychiatriereform »auf halbem Wege stecken geblieben« sei.¹²⁵ Nach 25 Jahren sind nur Teillösungen erreicht worden, es sind kaum Fachkrankenhäuser geschlossen worden, die Versorgung ist lückenhaft, die Kooperation muss deutlich verbessert werden, Langzeitpatienten wurden zwar entlassen, jedoch in Heime oder leben am Rand der Armutsgrenzen und die sozialrechtliche Gleichstellung und ein besseres Verständnis der Gesellschaft zu psychisch kranken Menschen wurde nicht erreicht. Immerhin jedoch: »Vor der Psychiatrie-Reform wurde das Andersartige einfach weggeschlossen. Das ist zumindest heute nicht mehr selbstverständlich.«¹²⁶ Auf diesen Artikel folgte viel Zustimmung. In einem Leserbrief wies Andreas Spengler darauf hin, dass sich eine Drei-Klassen-Psychiatrie verschärfe, die einer zunehmend unter Druck stehende Akutpsychiatrie, eines wachsenden Heimbereiches und eines ebenso wachsenden Bereiches der Forensik. In einem weiteren Brief weist Klaus Dörner ebenfalls auf den Heimbereich hin, den als »den größten sozialpolitischen Skandal der BRD« ansieht und eine »Heim-Enquête« fordert. Auch Anke Bramesfeld kommt aufgrund einer Analyse vorhandener Krankenhausressourcen zu einem ernüchternden und teilweise überraschenden Ergebnis.¹²⁷ Die klinische Versorgungsstruktur ist in den neuen

120 Hildenbrand 1991, 2000.

121 Vgl. statt anderer: Dörner 2001a.

122 Bock et al. 2004.

123 Söhner et al. 2017.

124 Dörner 2017 (1978), S. 707.

125 Bühring 2001.

126 Bühring 2001, S. 307.

127 Bramesfeld 2003.

Bundesländern und dem Saarland durch kleinere Versorgungseinheiten deutlich gemeindenäher als in den westlichen Bundesländern. Diese sind »noch deutlich stärker in den herkömmlichen durch Landeskrankenhäuser geprägten Strukturen verhaftet«. Die Versorgung durch Fachärzt*innen ist in den westlichen Ländern besser. Das beschützte Wohnangebot in den – meist zu großen – Regionen besteht vielfach in Heimen, ist mit den klinischen Kapazitäten zwar nicht koordiniert aber: »Die Länder mit besserer Gemeindenähe bieten die wenigsten beschützten Wohnmöglichkeiten«. Sie kommt zu dem Fazit: »Trotz des großen Zeitraums, den die Psychiatriereform mittlerweile durchschritten hat und der Veränderungen, die sie bewirkt hat, kann nicht behauptet werden, dass sich in der medizinisch-psychiatrischen Versorgung gemeindenähe Strukturen überall flächendeckend umgesetzt hätten.«¹²⁸ Nachholbedarf gibt es mit regional unterschiedlichen Schwerpunkten insbesondere im Bereich individueller Wohnmöglichkeiten. Stefan Priebe et al. kommen in einer europäisch angelegten Studie auch zu ernüchternden Ergebnissen. Zwar hätte – vor allem in Deutschland – die Zahl der psychiatrischen Betten in Krankenhäusern zwischen 1992 und 2002 um 10 % abgenommen, jedoch hätten nicht nur die Zwangseinweisungen im selben Zeitraum um 67 % zugenommen, sondern auch die Anzahl forensischer Betten (70 %) und die Plätze im unterstützten Wohnen (101 %).¹²⁹ Die Autoren sprechen vor dem Hintergrund ihrer These von »Reinstitutionalisierung« der psychiatrischen Versorgung¹³⁰ von einer »Trans-Institutionalisierung«.

Bernd Eikermann, Thomas Reker und Dirk Richter kommen 2005 in ihrer Bestandsaufnahme der Psychiatriereform zu einem kritischen Ergebnis: »Die klassische sozialpsychiatrische Hypothese, dass soziale Integration automatisch durch Enthospitalisierung geschehe, hat sich ebenso wie die Auffassung überlebt, dass ein Leben in der Gemeinde unterstützt von ambulanten und komplementären Diensten zur Integration führe. Ohne dass dies explizit benannt wurde, ist aus der Gemeindepsychiatrie eine Psychiatriegemeinde geworden.«¹³¹ Allerdings sehen sie eine Perspektive. Mit dem in den Sozialwissenschaften entwickelten Exklusionsparadigma der Sozialforschung¹³² sehen sie eine Möglichkeit, wie auch außerhalb von Versorgungssystemen die Inklusion und Teilhabe in unterschiedliche Teilsysteme auch subjektbezogen forschend begleitet werden kann. Dies könnte z.B. darin bestehen, dass auf Inklusion abzielende Programme zur Förderung sozialer Fähigkeiten systematisch in ambulante, gemeindeintegrierte Unterstützungsprogramme eingebunden werden oder dass der »Train-and-Place-Ansatz« in der beruflichen Teilhabe verfolgt wird. Ziel wäre es, eine »Inklusionstherapie« zu entwickeln, bei der auch bildgebende Verfahren ihren Platz hätten.¹³³

Aber auch andere Autor*innen nehmen Bezug auf die oben genannten gesellschaftlichen Entwicklungen. So kommen Gudrun Mörchen et al. in ihrer Vergleichsstudie

128 Bramesfeld 2003, S. 264.

129 Priebe et al. 2005 Leider differenzieren Priebe et al. beim »supported housing« nicht nach stationären und ambulant betreuten Wohnformen.

130 Priebe und Turner 2003.

131 Eikermann et al. 2005, S. 664.

132 S. o.

133 Eikermann et al. 2005, S. 671.

stationär behandelten Menschen in Berlin-Neukölln und Heidenheim zu dem Ergebnis, dass es – bei bestehenden Unterschieden zwischen den großstädtischen und ländlichen Regionen – doch zu verzeichnen ist, dass die Patient*innen einem hohen Armutsrisiko ausgesetzt sind und – vor allem – im Bereich der Arbeit und Beschäftigung verstärkter Unterstützung bedürfen.¹³⁴ Ähnliche Konsequenzen zieht Anke Bramesfeld in ihrer Studie über soziale Ungleichheit, psychische Gesundheit und Versorgung. Sie kommt – auch in Anlehnung an Wilkinson und Picketts Untersuchungen – zu dem Ergebnis, dass in von sozialer Ungleichheit geprägten Gesellschaften nicht nur das Erkrankungsrisiko höher ist, sondern auch die Chancen, eine adäquate Behandlung zu erhalten. Als Konsequenz empfiehlt sie, die Zugangsschwellen zum Hilfesystem zu senken und die Qualität auch durch »Vernetzung« in dem Sinne zu stärken, als dass gerade für die schwer erreichbaren Gruppen »Sozialkapital« geschaffen werden kann.¹³⁵

In einer »Pro & Kontra Debatte« zur Bestandsaufnahme in der »Psychiatrischen Praxis« stritten 2007 Sebastian Stierl und Manfred Bauer darum, ob die Psychiatriereform eine Reform oder eine Modernisierung gewesen war. Dort formuliert Sebastian Stierl eine Position, die in der Nähe derer von Erich Wulff angesiedelt ist und kommt zu einer »ernüchternden Erkenntnis«: Die Konzepte und Prinzipien der Enquête und Expertenkommission, zerrinnen in Unverbindlichkeit oder auch marktwirtschaftlichen Konkurrenzen, Bettenabbau auf der einen Seite verschleiert die Aufblähung des Heimbereiches und Maßregelvollzuges und Rationalisierung sorgt für Personalabbau und Arbeitsverdichtung im stationären und ambulanten Bereich. Neue Erkenntnisse sind nicht wirklich in neue Therapiekonzepte umgesetzt. Sein Fazit: »Psychiatrie wäre künftig als Teil des medizinischen Dienstleistungsbetriebes zu begreifen, wo sie sich als Ware konkurrierend auf dem expandierenden Gesundheitsmarkt behaupten muss«. Er sieht keine Reform, »sondern eine konsequente Modernisierung der Psychiatrie.«¹³⁶ Eine wirkliche Gegenposition entwirft Manfred Bauer nicht. Er konzidiert, dass Sebastian Stierl in Fragen der »Auflösung« recht hat, da bisher nur das KH in Merzig aufgelöst wurde und alle anderen nur verkleinert und modernisiert wurden. Dennoch besteht Manfred Bauer darauf, dass sich schon die Strukturen der psychiatrischen Versorgung in den letzten 25 Jahren wesentlich verändert haben. Und: »Was viel wichtiger ist, im Laufe der letzten 25 oder 30 Jahren ist es auch – langsam aber stetig – zu einem tief greifenden Mentalitätswandel des gesamten therapeutischen Personals gekommen. Man könnte dem die Überschrift geben: vom patriarchalischen Überwachungs- und Disziplinierungssystem zu einer therapeutischen Partnerschaft.«¹³⁷ Soweit Sebastian Stierl und Manfred Bauer in dieser etwas geisterhaft anmutenden Debatte.

Günther Wienberg, entwickelt neben einer viel beachteten Bestandsaufnahme einige Perspektiven für die Sozialpsychiatrie.¹³⁸ Er geht hierbei davon aus, dass durch die Psychiatriereform Entscheidendes erreicht worden ist. Hierzu zählen die Veränderungen in der gesamten klinischen und (Fach-)ärztlichen Versorgung, wo es heute ein

134 Mörchen et al. 2002.

135 Bramesfeld 2011.

136 Stierl und Bauer 2007, S. 216 Vgl. hierzu auch: Stierl 2005.

137 Stierl und Bauer 2007, S. 217.

138 Wienberg 2008.

differenziertes Behandlungsangebot gibt, welches komplettiert wird durch ein mindestens ebenso differenziertes Angebot im außerklinischen Bereich der (arbeits-)Rehabilitativen und teilhabeorientierten Dienste und Einrichtungen inklusive deren Verbundsysteme. Dennoch sieht auch er ein wesentliches Defizit vor allem in der »Uminstitutionalisierung« vieler psychisch kranker und seelisch behinderter Menschen in Heime, betreutes Wohnen, Werkstätten und Maßregelvollzug etc. Ein weiteres Problem sieht er in der mangelhaften Kooperation, Koordination und Steuerung der Dienste und Einrichtungen, was zu finanziellen Fehlsteuerungseffekten führt. Darüber hinaus werden zunehmend Menschen aus gesellschaftlichen Teilsystemen ausgegrenzt; dieselben ausgrenzenden gesellschaftlichen Prozesse erschweren jedoch soziale Teilhabe und Inklusion der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Hieraus leitet Günther Wienberg zwei Strategien der Gemeindepsychiatrie ab: Die konsequente Umsteuerung in Richtung auf ambulante, integrierte und durchlässige Behandlungs- und Unterstützungsleistungen ist die eine. Er orientiert sich dabei organisatorisch an den Konzepten des gemeindepsychiatrischen Verbundes, neueren Formen der akutpsychiatrischen Behandlung- und personenzentrierten Teilhabeleistungen. Inhaltlich-fachlich ist er an den eben bei Keupp skizzierten Konzepten orientiert. Die andere Strategie – und auch hier ist eine Nähe zu Keupp zu bemerken – ist die aktive Einbeziehung des bürgerschaftlichen Engagements und der Stärkung des »Sozialraumes« verbunden mit einer an Empowerment und Partizipation orientierten Stärkung der Eigenverantwortung und Selbsthilfe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Gudrun Dobslaw fasst die beiden Prinzipien als »Subjektorientierung und Unterstützung sozialer Netzwerke« an anderer Stelle zusammen.¹³⁹

Eine ganz andere Art der Bestandsaufnahme legten in den 2000er-Jahren die AG-Psychiatrie der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG), also die Psychiatriereferenten der Länder im Jahre 2003 zum ersten Mal vor.¹⁴⁰ Bedeutsam ist hierbei, dass nicht nur die legislativen Veränderungen seit 1975 aufgezeigt wurden, sondern auch die unterschiedlichen Bereiche der klinischen und außerklinischen Versorgung, der Beratungs- und Rehabilitationsdienste und Einrichtungen zusammengeführt wurden. Darüber hinaus zeigt der Bericht – sowie auch die folgenden alle fünf Jahre¹⁴¹ – leider auch die zum Teil gravierenden Informationslücken, die insbesondere im außerklinisch-komplementären (inkl. Pflege-)Bereich bestehen.

Eine entsprechend notwendige dezidierte Datenerhebung hatte insbesondere im Raum Hannover eine hohe Priorität. Hermann Elgeti konnte nachweisen, dass eine gute datengestützte Psychiatrieplanung durchaus dazu geeignet ist, Versorgungsstrukturen und -situation zu verbessern.¹⁴² Überhaupt spielte Berichterstattung, Planung und Steuerung sowie die Zunahme an der Implementierung von Planungs- und Koordinierungsstrukturen in den Bundesländern Anfang der 2000er-Jahre eine große Rolle¹⁴³

139 Dobslaw 2011.

140 AG Psychiatrie der AOLG 2003.

141 Vgl. AG Psychiatrie der AOLG 2007, 2012, 2017a.

142 Elgeti 1995, 2002, 2006, 2019a.

143 Bramesfeld und Wismar 2003.

nicht nur in der Umsetzung des »personenzentrierten Ansatzes« sondern auch daneben.¹⁴⁴ Aber es gab nicht nur »Ideelles« und Rasonieren, Diskutieren und Konzipieren, sondern auch praktische Entwicklungen. Die Versorgungssituation zu Beginn des Jahrtausends gestaltete sich in groben Zügen folgendermaßen:¹⁴⁵

Im Jahre 2000 waren in der ambulanten Behandlung 3.003 niedergelassene Fachärzt*innen für Nervenheilkunde, 1.500 Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie sowie 2.748 Fachärzt*innen für Psychosomatik und Psychotherapie tätig. Darüber hinaus praktizieren circa 9.813 psychologische Psychotherapeuten in eigener Praxis oder Einrichtungen.

Insgesamt gab es 586 Sozialpsychiatrische Dienste (mit Außenstellen), die zum Teil in freier Trägerschaft standen (Bayern, Baden-Württemberg). Nicht alle hatten auch hoheitliche Aufgaben. Ergänzt wurde der ambulant kommunale Bereich durch circa 1.013 Kontakt- und Beratungsstellen oder andere Einrichtungen mit Kontaktstellenfunktion.

Die Versorgung durch Krankenhäuser gestaltete sich wie folgt:¹⁴⁶

Insgesamt gab es 394 Fachabteilungen für Psychiatrie mit 54.802 Betten mit einer Fallzahl von 638.538 Patient*innen und einer Verweildauer von 28,2 Tagen. An den allgemeinen Krankenhäusern gab es 217 Fachabteilungen mit 22.612 Betten, einer Fallzahl von 299.163 Patient*innen und einer durchschnittlichen Verweildauer von 25,3 Tagen. 194 Sonstige Krankenhäuser, also Fachkrankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen Patient*innen, verfügten über 36.537 Betten. Mittlerweile gab es nur noch 8 Krankenhäuser mit mehr als 500 und keines mehr mit mehr als 1000 Betten. Sie versorgten 390.319 Patient*innen im Jahr 2000 bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 30,3 Tagen, wobei die Krankenhäuser zwischen 200 und 499 Betten die geringste Verweildauer von 29 Tagen hatten.

Insgesamt arbeiteten an 455 Fachabteilungen 3.253 Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie und an 72 Häusern 242 Fachärzt*innen für psychotherapeutische Medizin. An 255 Allgemeinen Krankenhäusern waren 1.528 Fachärzt*innen für Psychiatrie und Psychotherapie tätig und an 55 Allgemeinen Krankenhäusern 172 Fachärzt*innen für Psychotherapeutische Medizin.

In der Gesamtheit der Krankenhäuser arbeiteten in 457 Häusern 37.368 Krankenschwestern/-Pfleger in der Psychiatrie und an 325 Häusern 4.566 Pflegehelfer*innen. Darüber hinaus waren in 791 Krankenhäusern 4.174 Psycholog*innen, in 1.345 Häusern 5.617 Sozialarbeiter*innen und in 805 Häusern 5.917 Beschäftigungs-, Arbeits- oder Ergotherapeut*innen.

In den Allgemeinen Krankenhäusern arbeiteten in 236 Häusern 15.353 Krankenschwestern/-Pfleger in der Psychiatrie und an 176 Häusern 1.395 Pflegehelfer*innen. Darüber hinaus waren in 584 Krankenhäusern 2.724 Psycholog*innen, in 1.156 Häusern 3.900 Sozialarbeiter*innen und in 586 Häusern 3.550 Beschäftigungs-, Arbeits- oder Ergotherapeut*innen.

144 Vgl. Kruckenberg et al. 2006; Armbruster et al. 2006.

145 Vgl. zum Folgenden: <https://www.gbe-bund.de/> (06.11.2020) und AG Psychiatrie der AOLG 2017b, S. 19–26. Die Zahlen sind teilweise unterschiedlich. Dies Problem kann ich jedoch an dieser Stelle nicht klären.

146 Vgl. zum Folgenden: DESTATIS 2001.

In den Sonstigen Krankenhäusern arbeiteten 4.707 Ärzt*innen (Vollzeit+Teilzeit) und 42.108 Personen im nicht-ärztlichen Personal, davon 24.011 im Pflegedienst, 5.217 im medizinisch-technischen Dienst und 2.278 Personen im Funktionsdienst.

An 318 Krankenhäusern gab es Tageskliniken mit 7.211 Plätzen oder Nachtkliniken mit 109 Plätzen. 178 Allgemeine Krankenhäuser verfügten über Tageskliniken mit 3.690 Plätzen und 25 Nachklinikplätzen. Darüber hinaus gab es 33 reine Tages- oder Nachtkliniken mit 747 tagesklinischen Plätzen und 22 Nachklinikplätzen.

Insgesamt gab es in der Bundesrepublik 256 Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA), wobei aufgrund des weiter vorn genannten »Deals« hinsichtlich der Sozialpsychiatrischen in Baden-Württemberg (bis 2002) keine PIA zur Verfügung standen.¹⁴⁷

Im Bereich der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen verzeichnet die Statistik 182 Facheinrichtungen/-Abteilungen mit 10.993 Betten, davon 90 % im Suchtbereich. Sie hatten eine Fallzahl von 43.000 und eine durchschnittliche Verweildauer von 86,1 Tagen. Weiterhin gab es 171 Psychosomatische Einrichtungen/Abteilungen mit 14.847 Betten, einer Fallzahl von 117.667 Patient*innen und einer Verweildauer von 38,4 Tagen. Sie befinden sich meist in privater Trägerschaft und sind in ihrer Mehrzahl im Süden Deutschland zu finden.

Die AG-Psychiatrie der AOLG ergänzt diese Daten. Im Jahre 2005 gab es 37 RPK-Einrichtungen, 40 Berufliche Trainingszentren (BTZ) und 64 Berufsbildungswerke und 43 Berufsförderungswerke, die psychisch kranke Menschen zu ihren Rehabilitanden zählen. Weiterhin gab es 236 Werkstätten für behinderte Menschen mit 21.836 Plätzen für seelisch behinderte Menschen.¹⁴⁸ Im Bereich der Eingliederungshilfe gab es im Jahr 2000 12.449 Einrichtungen für behinderte Menschen mit insgesamt 344.819 Plätzen und 157.711 Mitarbeiter*innen.¹⁴⁹ Hiervon gab es 36.718 Plätze in stationären Einrichtungen für Menschen mit seelischen Behinderungen. Im ambulant betreuten Wohnen gab es 26.709 Plätze und es gab 536 Tagesstätten mit einem strukturierten Programm.¹⁵⁰ In 14 Bundesländern existierten im Jahr 2000 Landesverbände der Psychiatrieerfahrenen, die zum Teil durch die Länder Förderung erhielten.

Vor diesem Hintergrund ging die APK mit großer Energie und Aufwand daran, mit breiter Unterstützung von Bundes- und Landesministerien, Trägern der Eingliederungshilfe sowie vieler Kommunen und Leistungserbringer (Einrichtungsträger) den personenzentrierten Ansatz in die Praxis umzusetzen. In sog. »Implementationsprojekten« wurde zwischen 2000 und 2002 allgemeine und von 2004 bis 2007 im Bereich Arbeit spezielle innovative personenzentrierte Möglichkeiten erprobt. Die APK hat sich den größten Teil des Jahrzehnts mit diesem Thema intensiv befasst und eine Reihe von Jahrestagungen dazu verwandt, die Fragestellungen, Themen und Ergebnisse des Ansatzes und der Projekte zu verbreiten. Es kann bei der Flut der verschiedenen Projekte, die von der APK direkt »implementiert« und begleitet wurden, wie z.B. in Hessen¹⁵¹,

147 AG Psychiatrie der AOLG 2017b, S. 15.

148 Ebd. S. 40-41.

149 BAGFW 2018, S. 12.

150 AG Psychiatrie der AOLG 2017b, S. 28-30.

151 Kunze et al. 2008.

Kaufbeuren und München-Süd¹⁵² oder das Rheinland¹⁵³, oder den anderen Projekten, wie in Erfurt, Mecklenburg-Vorpommern und Rostock oder auch Berlin-Reinickendorf, die im Zusammenhang mit Länder- und kommunalen Projekten oder regional selbstinitiiert wurden¹⁵⁴ hier nicht darum gehen, die vielfältigen Aspekte anzuführen, das wäre eine eigene zusammenfassende wissenschaftliche Arbeit wert.

Aber zumindest müssen Stichworte gegeben werden, dass hier mit großer Energie die unterschiedlichen Aspekte des personenzentrierten Ansatzes, nämlich die Verbindung zwischen einer an Teilhabe und Empowerment orientierten zielgerichteten Teilhabeplanung mit dem IBRP über die funktionale Organisation von Diensten und Einrichtungen der Versorgung erprobt wurden. Es ging um die kooperative Organisation eines gemeindepsychiatrischen Verbundes bis hin zur Entwicklung von personenzentrierten Finanzierungsformen oder auch Steuerungsformen und -Mechanismen. Einbezogen wurden hierbei die Möglichkeiten, die sich durch die oben genannten rechtlichen Änderungen in SGB XII und SGB V ergaben. Darüber hinaus wurden auch innovative, personenzentrierten Formen der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsleben erprobt¹⁵⁵ oder ein Zusammenhang mit dem wichtigen Thema Prävention hergestellt.¹⁵⁶ Diese Phase der »Implementation« des personenzentrierten Ansatzes kann durchaus mit der Zeit des großen Modellprogramms verglichen werden. Gemeinsamkeiten bestanden vor allem in dem Fokus von Verbundsystemen und darin, dass ein »Paradigmenwechsel« eingeleitet werden sollte.

Ein Unterschied bestand darin, dass im Gegensatz zum Modellprogramm es nun nicht um einen »Neubau« von Systemen, sondern um einen »Umbau« derselben ging, nämlich um eine personenzentrierte, auf Teilhabe ausgerichtete Perspektive in Verbindung mit einer funktional orientierten Perspektive des Hilfesystems. Hiermit wurde, wie oben schon angedeutet, ein Anschluss an die Entwicklungen einer auf Individualisierung ausgerichteten und »postfordistischen« sozio-kulturellen und -ökonomischen Entwicklung der Gesellschaft gesucht. Die Psychiatrie modernisierte sich aufs Neue und da waren kapitalistische Begleiterscheinungen wie, Budgetsteuerung, Qualitätsmanagement und Managementorientierung unvermeidbar, wenn nicht gar »notwendig«. Die 2. Moderne hält Einzug in die Psychiatrie.

Ein weiterer Unterschied bestand darin, dass bei der Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes die Angehörigen und Psychiatrieerfahrenen eine gewichtige Rolle spielten. Sie waren nicht nur auf den vielen Tagungen der DGSP und APK »institutionell« einbezogen, sondern auch und gerade in vielen Projekte vor Ort. Der Dialog wurde auch auf dieser Ebene praktiziert, wenngleich nicht immer mit großem Erfolg.

Eine Begleiterscheinung der Implementationsprojekte war, dass es einen neuen Verband gab. Viele Akteure, die an den Implementationsprojekten teilgenommen hatten, waren, wie Mechthild Böker-Scharnhölz schreibt »nach Abschluss der Modellpha-

152 AKTION PSYCHISCH KRANKE 2006.

153 Kunze et al. 2009.

154 Vgl. hierzu statt anderer: Schmidt-Zadel et al. 2002a, 2004a; AKTION PSYCHISCH KRANKE et al. 2006; AKTION PSYCHISCH KRANKE et al. 2008; Schmidt-Zadel et al. 2009.

155 Schmidt-Zadel et al. 2002b; AKTION PSYCHISCH KRANKE et al. 2008; Krüger et al. 2010.

156 Schmidt-Zadel et al. 2004b.

sen interessiert an weiterem Austausch und an verbindlicherer Definition des Gemeindep psychiatrischen Verbundes. Insbesondere die Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung standen für die Verbünde dabei im Fokus. Nach längerer Diskussion wurden Qualitätsstandards formuliert und ein bundesweiter Dachverband geplant. 13 Vertretungen regionaler Verbünde bildeten im März 2006 die Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindep psychiatrischer Verbünde (BAG-GPV) als Verein. Ende Oktober 2008 gab es 17 Mitgliedsverbünde, weitere Regionen stehen auf dem Sprung, um ihre Mitgliedschaft zu beantragen.¹⁵⁷ Die APK gebiert ihre Kinder.

Hatten die Implementationsprojekte der APK ihren Schwerpunkt im sog. komplementären Bereich, also den Bereichen der Rehabilitation und Teilhabe vornehmlich im Bereich der Eingliederungshilfe für seelisch Behinderte, sowie des Gemeindep psychiatrischen Verbundes so gab es auch im Bereich der (medizinischen) Behandlung sowohl ambulant als auch stationär einige wesentlich Entwicklungen.

Wie oben schon beschrieben wurde, ist ab 2000 im Bereich ambulanter medizinischer Versorgung die »Soziotherapie« als eine Leistung verfügbar.¹⁵⁸ Allerdings war der Widerstand der Krankenversicherungen gegen die Implementation dieser Leistung erheblich, sodass sie – wenn man von Berlin absieht – kaum in den Ländern implementiert werden konnte.¹⁵⁹ Sie war als »Kann-Leistung« der Krankenkassen konzipiert, die zugleich auch sehr hochschwellige Anforderungen an die Leistungserbringer¹⁶⁰ formulierten und in den Vergütungen sehr restriktiv agierten. Darüber hinaus waren der Informationsstand und die Bereitschaft zur Verordnung bei den niedergelassenen (Fach-) – gelinde gesagt – verbesserungsbedürftig. Aber auch die Bereitschaft, gemeindep psychiatrischer Leistungserbringer im Bereich des SGB V Leistungen zu erbringen hielt sich zunächst in engen Grenzen. Das galt auch für die ambulante psychiatrische häusliche Krankenpflege, für die es ab 2005 im Richtlinienkatalog einige Leistungen gab.¹⁶¹ Auch hier formulierten G-BA und GKV derartig hohe Anforderungen vor allem an spezialisierte Dienste, dass es nicht gelang, diese notwendigen Leistungen flächendeckend zu implementieren.¹⁶² Allerdings erhielten die beiden Leistungsarten eine Bedeutung in einer neuen Versorgungsform im ambulanten Bereich, die bis heute in der Gemeindep psychiatrie Furore macht: der »Integrierten Versorgung« (IV). Seit 2000 dürfen die Krankenkassen mit Leistungserbringern Verträge zur IV abschließen. Sehr allgemein gesagt, besteht die IV darin, dass ärztliche Leistungen mit nicht-ärztlichen Leistungen »integriert« für die Mitglieder der entsprechenden Kassen angeboten werden können. Die Kassen schließen hierzu (Selektiv-)Verträge mit den Leistungserbringern, die sich

157 Böker-Scharnhölz 2009, S. 384.

158 Literatur s.o. Dazu auch: Frieboes 2004, 2005.

159 Die einzigen Länder, in denen dies im größeren Umfang passierte, waren Berlin, wo mehr als 40 Leistungserbringer Verträge erhielten und Baden-Württemberg, wo die Sozialpsychiatrischen Dienste als Leistungserbringer anerkannt wurden.

160 Das bezog sich vor allem auf »Qualifikation des Personals«, das heißt z.B. die Notwendigkeit einer dreijährigen klinischen Praxis.

161 Immerhin hat es über fünf Jahre gedauert, nachdem die APK ein entsprechendes Gutachten verfasst hat. Vgl. Böker-Scharnhölz et al. 1999 Zur psychiatrischen Pflege und deren Umsetzung vgl. Faulbaum-Decke 2006 Fachlich: Gaßmann et al. 2006; Schädle-Deininger 2014.

162 Eine Ausnahme war Niedersachsen.

auf bestimmte Indikationen/Patientengruppen, Leistungen und Finanzierungsformen beziehen.¹⁶³

Die neuen Leistungen der IV kamen erst in der Mitte des ersten Jahrzehnts in der Psychiatrie an. Einer der ersten, die IV im Rahmen eines »arztzentrierten« Modells im Rahmen freier Niederlassung anboten, war der Berliner »Verein für Psychiatrie und seelische Gesundheit« (VPsG), der mit großer Initiative von Norbert Mönter dieses Modell in Berlin für DAK Mitglieder etablieren konnte.¹⁶⁴ Auch ein anderes Modell hatte in Berlin seinen Ursprung. Die Berliner PINEL-Gesellschaft verhandelte zunächst mit der Techniker-Krankenkasse für deren Mitglieder ein Modell, was später unter dem Namen »Netzwerk psychische Gesundheit« in unterschiedlichen Regionen übernommen wurde und für das der Dachverband Gemeindepsychiatrie eine koordinierend-steuernde Funktion für die meist außerklinischen Leistungserbringer übernommen hat. Ein drittes, bekanntes Modell ist das sog. »Hamburger Modell«. Dies von Thomas Bock initiierte Projekt ist eher klinikzentriert und bezieht sich fast ausnahmslos auf jüngere KlientInnen mit einer Psychose. Last not least hat auch ein niedersächsisches Modell nicht nur positives Interesse geweckt. Das sog. niedersächsische Modell, welches die AOK mit einer Managementgesellschaft abschloss, die zum großen Teil einem Pharmakonzern gehörte,¹⁶⁵ stieß auf erheblichen Widerstand.

Eine ganze Reihe sozialpsychiatrisch engagierter Protagonisten sahen in der IV einen ganz wesentlichen Fortschritt. So schreibt Thomas Bock: »Dass die Gemeindepsychiatrie durch einen neuen Zugang zum SGB V aufgewertet wird, ist ein Riesenerfolg« fordert aber gleichzeitig auch »ein neues Bewusstsein« für die IV.¹⁶⁶ In den folgenden Jahren wird die IV in der sozialpsychiatrischen Fachwelt heftig diskutiert; dabei gibt es auch skeptische Stimmen. So recherchierte Petra Bühring 2008, dass von den bis dahin geschlossenen 5000 Verträgen zur IV sich lediglich 78 auf psychisch erkrankte Menschen beziehen.¹⁶⁷ Lieschke kommt für die IV insgesamt zu einem Ergebnis, dass die IV neue Impulse benötigt.¹⁶⁸ Dabei ist es so, dass die IV Modelle in der somatischen Medizin zum Teil sehr viel professioneller aufgestellt sind, vor allem, dass die Frage der Kooperation und Koordination der beteiligten Akteure sowie die Frage von – auch nicht medizinischen – Erfolgsfaktoren mehr Berücksichtigung fanden.¹⁶⁹ Lediglich für das niedersächsische Modell der AOK legten Stefan Weinmann und Thomas Becker Qualitätsindikatoren vor, die sich auf Kooperation beziehen.¹⁷⁰

Insgesamt zeigt sich, dass bei den unterschiedlichen Modellen der IV zum Teil ganz unterschiedliche Leistungsbestandteile zum Tragen kam. Das mag damit zusammenhängen, dass die Verträge auf der Grundlage der §§ 140ff. SGB V den Zweck hatten, den Wettbewerb der Kassen anzuregen und nicht eine neue Regelleistung des SGB V zu ermöglichen. Auch im ambulanten Bereich der Behandlungsleistungen des SGB V

163 Im Überblick vgl. Faulbaum-Decke und Zechert 2010; Steinhart und Wienberg 2017.

164 Mönter 2017.

165 Hierzu mehr im nächsten Kapitel.

166 Bock 2010, S. 58, 2011a.

167 Bühring 2008.

168 Lieschke 2009.

169 Vgl. Ernst 2008; Bartel 2010.

170 Weinmann und Becker 2009.

wären eine Reihe von Leistungen möglich; neben den ärztlichen Leistungen wären das in der Hauptsache psychotherapeutische Leistungen, Leistungen der psychiatrischen Krankenpflege, der Soziotherapie, der Ergotherapie oder auch ambulante Rehabilitationsleistungen. Es gibt jedoch keinen einzigen IV-Vertrag, der das gesamte Spektrum der rechtlich möglichen Leistungen bedarfsorientiert fruchtbar machen konnte; alle Verträge limitierten den Leistungsumfang zum Teil beträchtlich. Dennoch legten die Kassen einen großen Wert auf »evidenzbasierte« Leistungen und Verfahren. Dem kamen die Leistungserbringer nach, jedoch konnten sie hierbei nicht auf deutsche Erfahrungen zurückgreifen. In diesem Zusammenhang wurde deshalb zunehmend auf Behandlungsformen des angloamerikanischen und skandinavischen Raumes zurückgegriffen. So kamen Formen, des »Need-adapted-Treatment«, der »bedürfnisangepassten Behandlung«, das »Crisis Resolution and Home Treatment« (RHT) oder einfach nur »Home Treatment« des »(Flexible) Assertive Community Treatment« ((F)ACT) in den Fokus der wissenschaftlichen Forschung.¹⁷¹ Sie fanden in diesem Zusammenhang auch Eingang in die S 3 – Leitlinien der DGPPN zu psychosozialen Therapien.¹⁷² Taktisch war das ein verständlicher Schachzug, auf die ausländischen evidenzbasierten Verfahren einzugehen, aber dieses Verfahren zeigte auch die fast vollständige Ahnungslosigkeit der deutschen wissenschaftlichen Sozialpsychiatrie über den außerklinisch-komplementären Bereich der Gemeindepsychiatrie, in dem viele Leistungserbringer seit mittlerweile 30 Jahren das betrieben, was nun mit den neuen Begriffen belegt wurde. Dies scheint – sieht man von Statusproblemen ab – auch eine Spätfolge der weit vorn genannten institutionellen Trennung von Akut- und Langzeitbehandlung sein, die mit dem Halbierungserlass ihren Anfang nahm. So hat sich zumindest zum Ende des Jahrzehnts die IV in der Gemeindepsychiatrie, wie auch in anderen Bereichen, nicht durchsetzen können. Daniel Kopp erklärt dies politisch damit, dass zwar das zuständige Gesundheitsministerium zu den Förderern der IV gehört, jedoch die Hindernisse bei den Krankenkassen liegen, die die Kosten für die IV gewissermaßen als eine 3. Säule der Gesundheitsversorgung tragen müssen, aufseiten der niedergelassenen Ärzte wegen eines erhöhten bürokratischen Aufwandes und bei den Krankenhäusern, die eine Konkurrenz fürchten, sofern sie nicht selbst teilnehmen.¹⁷³

Dennoch hatte der Rekurs insbesondere auf skandinavische Versorgungsformen Einflüsse, die über die ambulanten medizinischen Behandlungsformen hinauswiesen. Das galt zum einen für die teambasierte Behandlung und hier vor allem für die »bedürfnisangepasste Versorgung«, die sich auf Behandlungsformen in Finnland bezogen. Dort wurden auch Formen des »Open Dialog« praktiziert, die eine mehr als trialogische und moderierte Form des Austausches von »Fallbeteiligten« sind.¹⁷⁴

Eine andere Form der »integrierten Versorgung« ging von Krankenhäusern aus und war nicht selektiv, sondern konsequent regional bezogen. Im schleswig-holsteinischen Kreis Steinburg, in Itzehoe, verhandelte Arno Deister, der spätere Präsident der DGPPN, ein Regionalbudget mit den Kassen. Im Rahmen dieser Budgetlösung

171 Gühne et al. 2011; Johnson 2013; Steinhart et al. 2014; Schöttle et al. 2015.

172 DGPPN 2011, 2019.

173 Kopp 2011.

174 Vgl. Cullberg und Merschmann 2008. Hierin vor allem: Aderhold und Greve 2008.

verpflichtet sich das psychiatrische Versorgungskrankenhaus für die gesamte Region die (KH) Versorgung zu übernehmen und erhält dafür ein Budget von den Versicherungen. Die näheren Modalitäten kann das Krankenhaus selbst regeln,¹⁷⁵ vor allem, ob die Leistungen stationär in der Abteilung, teilstationär in der Tagesklinik oder ambulant im Rahmen des »Home Treatments« erbracht werden.¹⁷⁶ Das Budgetmodell aus Itzehoe war (ist) sehr erfolgreich. Anscheinend lag das nicht unbedingt daran, dass diese Finanzierungsform »billiger« war als die herkömmliche Art, jedoch war die Qualität der Versorgung gerade in langfristigen Verläufen besser, da flexibler auf die personenbezogenen Bedürfnisse eingegangen werden konnte. In ökonomischer Hinsicht konnten die Kostenanstiege in Grenzen gehalten werden.¹⁷⁷ Ein regionales Budget wurde auch in anderen Landkreisen Schleswig-Holsteins eingerichtet oder in andere Bundesländer wie Nordhausen in Sachsen-Anhalt exportiert.

Das Regionalbudget erschien für die sozial- bzw. gemeindepsychiatrisch orientierten Kliniken bzw. deren Chefs sehr attraktiv, nicht nur in ökonomischer Hinsicht, sondern auch, weil die mittlerweile mehr als 20 Jahre alte Forderung der »Plattformverbände« nach Regionalbudgets – zwar in abgespeckter Form – in greifbare Nähe einer Regelversorgung rückte. Deshalb wurde sie aktiv in die entbrannte Diskussion um Fallpauschalen (DRGs) und das PEPP-System in der Krankenhausfinanzierung eingebracht, die mit dem oben genannten KHRG¹⁷⁸ 2008 entbrannte. Die Evaluation der Psych-PV durch die APK hatte ergeben, dass die von der Verordnung gesetzten Standards kaum noch vorgehalten wurden.¹⁷⁹ Die Krankenhausträger hielten Fallpauschalen als Finanzierungsform für fachlich und ökonomisch für nicht adäquat und formulierten schon 2007 eine Art »Eckpunkt Papier« für ein Finanzierungssystem.¹⁸⁰ Eine Reihe von sozialpsychiatrisch orientierten Chefärzt*innen formulierten daraufhin ein Papier, welches ein Regionalbudget als angemessene Finanzierungsform vorschlug.¹⁸¹ »Durch ein Krankenhausbudget für die regionale Pflichtversorgung soll ein flexibler, personenbezogener und effizienter Ressourceneinsatz des Behandlungszentrums erreicht werden. Um einer möglichen Fehlsteuerung durch ein RPB im Sinne einer gewinnorientierten qualitätsmindernden Kostensenkung durch das Krankenhaus entgegenzuwirken und um die Entwicklung eines »lernenden Hilfesystems« zu fördern, sind begleitend der Aufbau eines »interessenbalancierten« Systems der regionalen Qualitätssicherung im gemeindepsychiatrischen Verbund und eine neutrale Modellevaluation zu finanzieren und zu erproben. Mit der Erprobung sollte in einer Anzahl von Regionen begonnen werden, bevor ein neues Entgeltsystem abschließend entwickelt ist, damit diese Erfahrungen – neben denen mit anderen Steuerungsmodellen in den Entwicklungsprozess nach dem § 17d KHG eingehen können. Die Modellevaluationen sollten regionenübergreifend geplant und abgestimmt und die Ergebnisse vergleichend ausgewertet und

175 Natürlich im Rahmen von verhandelten Qualitätsmaßstäben.

176 Roick et al. 2005 Deister und Forster 2009; Deister 2011; Deister und Wilms 2014.

177 Roick et al. 2008; König et al. 2010.

178 Krankenhausfinanzierungsreformgesetz

179 AKTION PSYCHISCH KRANKE 2007.

180 AKTION PSYCHISCH KRANKE 2007, S. 83.

181 Kruckenberg et al. 2009.

beurteilt werden, entsprechend den Anforderungen des § 17d Absatz 8 KHG.¹⁸² Praktisch wurde der Versuch gestartet, die regional orientierte Krankenhausfinanzierung in der Psychiatrie mit einem gemeindepsychiatrischen Verbund zu verkoppeln und so auch die Friktionen zwischen den Bereichen der klinischen Behandlung mit dem außerklinischen Bereich der Teilhabe/Eingliederungshilfe zu vermeiden. In die zum Teil heftigen Auseinandersetzungen um ein neues Entgeltsystem wurden die Forderungen nach einem regionalen Psychiatriebudget aktiv eingebracht, die es zu erproben galt.¹⁸³ Die Auseinandersetzung um ein neues Entgeltsystem bzw. um PEPP wird noch weitere Jahre andauern.

Auch in einem anderen Bereich der psychiatrischen Hilfen wurde ein Budget eingesetzt. Über die Psychiatriereform in Berlin wurde weiter vorn schon berichtet. Sie ging auch in den 2000er-Jahren weiter. Allerdings hatten das Land und damit auch der Sozialhilfeträger mit erheblichen Finanzproblemen zu kämpfen. So forderte der Berliner Senat im Bereich der Eingliederungshilfe eine Einsparung von 20 % ein. Angesichts dieser Situation boten die psychiatrischen Leistungserbringer mithilfe ihrer Verbände einen »Deal« an, der die ökonomischen Herausforderungen mit fachlichen Fortschritten verbinden sollte.¹⁸⁴ Der zuwendungsfinanzierte Bereich (KBSn, Zuverdienste etc.) sollte für drei Jahre eingefroren werden. Der entgeltfinanzierte Bereich der Eingliederungshilfe (Betreutes Wohnen) sollte gleichermaßen eingefroren werden und als ein Budget der »Trärgemeinschaft« fungieren, das waren sämtliche 60 Leistungserbringer. Über- und Unterschreitungen können zwischen den einzelnen Leistungserbringern gegeneinander verrechnet werden, ebenso wie die Angebote eines Trägers in unterschiedlichen Bezirken. Gleichzeitig verpflichteten sich die Träger, im Budgetzeitraum fünf Prozent mehr Personen zu versorgen. Hierzu wurden unterschiedliche »Leistungstypen« vereinbart, ein flexibles, zeitbasiertes Entgeltsystem mit 12 Hilfebedarfsgruppen (HBG) und ein einheitliches Preissystem eingeführt. Die Steuerung erfolgte über in allen Bezirken eingeführte »bezirkliche Steuerungsgremien« sowie auf der individuellen Ebene über den »Berliner Behandlungs- und Rehabilitationsplan« (BBRP).¹⁸⁵ Zur Kontrolle und Sicherung der Transparenz wurde ein »Budgetkontrollprogramm« eingeführt. Diese an die APK-Konzepte angelehnten Vereinbarungen brachten für die gemeindepsychiatrischen Hilfen einige Entwicklungsschübe mit sich:

- Man verabschiedete sich vom Denken in Plätzen und konnte in Kapazitäten planen. Dies ermöglichte eine personenbezogene Flexibilisierung der Leistungserbringung, die sich insbesondere im ambulanten betreuten Wohnen und – vor allem – in den Beschäftigungstagesstätten bemerkbar machte.
- Durch die Einführung des auf mehreren Ebenen wirksamen »Governance Modells«,¹⁸⁶ in der Kombination mit »harten« Steuerungsformen (Budget) und

182 Kruckenberg et al. 2009, S. 247.

183 Vgl. AKTION PSYCHISCH KRANKE et al. 2011.

184 Vgl. im Folgenden: Reumschüssel-Wienert 2012; Rosemann 2006, 2009.

185 Eine Variante des IBRP der APK.

186 Vgl. Nullmeier 2011.

»weichen« Steuerungen¹⁸⁷ der Verhandlungen auf der bezirklichen und individuellen Ebene,¹⁸⁸ konnte ein auch »systemisch« wirksames System entwickelt werden, welches – mit Abweichungen im zweiten Budgetzeitraum – bis 2011 funktionierte. Die vereinbarten Budgets sowie die Steigerung der Fallzahlen konnten eingehalten werden, ohne dass die Qualität der Hilfen darunter leiden musste.¹⁸⁹

Leider hat der Berliner Senat nach 2011 das Budgetsystem nicht verlängert. Dies sowie die strikten Sparvorgaben zur Senkung der individuellen Fallkosten haben jedoch innerhalb kürzester Zeit zu einer gravierenden Mengenausweitung geführt, die dem Land einen mittleren zweistelligen Millionenbetrag kosteten.

Der zunehmende Einfluss von Menschen mit Behinderungen und der Psychiatrieerfahrenen in einer sich zunehmend diversifizierenden und auf aktive Teilhabe angelegten Gesellschaft zeigte sich auch in der Sozialpsychiatrie. Zusammen mit Ansätzen der positiven Psychologie, des Empowerments, der Teilhabe und Inklusion wurden entsprechende Ansätze aus dem angloamerikanischen Bereich nach Deutschland importiert und auch für die Psychiatrie fruchtbar gemacht. Dies gilt zunächst für Empowerment-Ansätze, die bei Keupp eine auch auf Gemeinschaftsbildung angelegte kollektiv-emanzipatorische Dimension beinhalten; bei anderen erhält Empowerment lediglich eine individuell therapeutische Dimension auf der Basis von Salutogenese, Selbstverwirklichung und Selbstwirksamkeit.¹⁹⁰ Große Bedeutung hat in diesem Zusammenhang der Recovery-Ansatz bekommen, der von Michaela Amering und Margit Schmolke nach Deutschland gebracht wurde.¹⁹¹ Ziel des Recovery-Ansatzes ist es, auch mit einer (psychischen) Beeinträchtigung, sich nicht nur Vorstellungen von einem »guten Leben« zu machen, sondern diese Vorstellungen auch gegen (eigene) Widrigkeiten zu verfolgen und ein selbstbestimmtes und sinnvolles Leben zu führen, Selbstwirksamkeit und Anerkennung zu erfahren und dort zu leben wo und mit wem man/frau will. Ganz entscheidend hierbei ist, dass bei diesem auf Selbstbestimmung, Inklusion und Teilhabe angelegten Ansatz »Heilung« (Recovery) von einer Krankheit/Behinderung nicht auf die Herstellung eines »Status quo ante« von Gesundheit ausgerichtet ist, sondern auf individuelle Selbstverwirklichung und Teilhabe gegebenenfalls auch mit Beeinträchtigungen. Ohne im Einzelnen den medizinischen Krankheitsbegriff zu kritisieren geht es dem Recovery-Ansatz doch um mehr, nämlich um die Verfolgung von Lebensperspektiven.¹⁹² Natürlich erfolgt hieran auch Kritik. So kritisiert Peter Lehmann Empowerment und Recovery Ansätze dann als »domestizierend«, wenn sie beispielsweise die Menschenrechtsfrage oder auch die problematische Verordnungspraxis von Psychopharma-

187 Vgl. Göhler et al. 2009.

188 In den Steuerungsgremien (Hilfeplankonferenzen) musste z.B. nicht mehr über Geld gesprochen werden, sondern über fachliche Anforderungen.

189 UAG 2/6 der Vertragskommission Soziales 2011.

190 Vgl. Knuf 2006, 2016 (2008); Lenz 2011.

191 Amering und Schmolke 2007; Slade et al. 2014 Vgl. zum Folgenden auch: Burr et al. 2013; Zuaboni et al. 2019.

192 Natürlich können hier nicht alle Differenzierungen zwischen affirmativen und emanzipatorischen Varianten des Recovery-Ansatzes betrachtet werden.

ka ausblenden.¹⁹³ Andere kritisieren, dass ein klinisch orientierter Recovery-Ansatz zu kurz greift und um eine sozialräumlich am »Capability Approach« orientierte Perspektive erweitert werden sollte.¹⁹⁴ Der Recovery-Ansatz erfreut sich in der gesamten Sozial- und Gemeindepsychiatrie zunehmender Beliebtheit. Er ist Teil der S 3-Leitlinien psychosozialer Therapien geworden und ersetzt oder bereichert – manualisiert – zunehmend auch Programme der Psychoedukation an.

Im Rahmen eines EU-Projektes (2005 – 2007) zum »Experienced Involvement« (EX-IN) wurden unterschiedliche Formen der Unterstützung durch Selbsthilfegruppen bzw. von Menschen mit eigener Psychiatrieerfahrung diskutiert und ausgewertet. In anderen Bereichen der sozialen Arbeit, wie der Drogen- oder Bewährungshilfe oder Obdachlosenarbeit, sind Formen der Einbeziehung von Betroffenen und des »Peer-Support« seit Jahren gängige Praxis. Die Umsetzung in Deutschland konnte gut an den Erfahrungen durch den Dialog anknüpfen, in dem auch Psychiatrieerfahrungen als »Experten« ihrer selbst angesehen wurden. Insbesondere durch Jörg Utschakowski hat die »EX-IN« Bewegung in Deutschland einen großen Auftrieb erhalten.¹⁹⁵ Entwickelt wurde ein Ausbildungsprogramm, welches die Absolvent*innen dazu befähigen soll, als Berater*in oder »Genesungsbegleiter*in« im gemeindepsychiatrischen Hilfesystem in unterschiedlichen Settings zu (mit-)zuarbeiten. Verbunden wurde damit die Erwartung, dass in den Praxisfeldern durch die Einbeziehung von »Peers« – wie die »Erfahrungsexperten« nun professionalisierend geadelt wurden – ein authentischerer, gleichberechtigter und auf »Wir-Wissen« beruhender Zugang zu den hilfesuchenden Patient*innen/Klient*innen erreicht werden. Darüber hinaus sollen die »Peers« dafür sorgen, dass in den professionellen Teams eine weitere Perspektive eingebracht und angemessen »mit« und nicht »über« die Patient*innen gesprochen wird. Die Einbeziehung von EX-IN-Expert*innen in die Teams, der von einigen geradezu als eine »Recovery-Strategie« der Gemeindepsychiatrie gefeiert wurde,¹⁹⁶ hat auch Eingang in die S 3 – Leitlinie gefunden und gehören in vielen Teams zur Standardbesetzung. Die Diskussion um »EX-IN« wird im nächsten Jahrzehnt intensiv weitergeführt.

6.4 Die DGSP zu Beginn des Jahrtausends

Zu Beginn des Jahrzehntes waren die DGSP und ihr neuer Vorstand gleich schwer gefordert. Das oben genannte Problem in Wittstock-Dosse wurde – nicht wirklich erfolgreich für die DGSP – beendet, hatte jedoch zunächst die Konsequenz, dass sich ein paar Menschen zusammenfanden, die eine »Taskforce« bilden wollten. Eine Gruppe, die bei Beschwerden oder bei gravierenden Unregelmäßigkeiten in Einrichtungen etc. Aufklärung und Beratung anbieten kann. Allerdings ist diese Gruppe nie tätig gewesen. Dennoch sind weiterhin die Problemfelder »Heime« oder auch »Beschwerden«

193 Lehmann 2001, 2013b.

194 Hopper 2007.

195 Jahnke 2012; Utschakowski et al. 2012; Utschakowski 2015; Utschakowski et al. 2016.

196 Achberger und Utschakowski 2015.