

mer« für niedergelassene Ärzt*innen, und für die Krankenhausträger seit den 1970er-Jahren mit Einführung des KHG. Allerdings verschärfte sich die Situation auch in diesem Bereich durch die Gesetzgebung, den Umwälzungen durch den Beitritt der neuen Bundesländer sowie die europäische Gesetzgebung, die – im Gegensatz zur Wohlfahrtspflege – die ökonomischen Herausforderungen der Krankenhausträger intensivierte. Hinzu kamen im Bereich der Medizin bzw. Psychiatrie, dass sich eine zunehmende Spezialisierung und Professionalisierung bemerkbar machte. Die eben genannte Diagnose kann somit gut auch auf den Bereich der klinischen Psychiatrie ausgeweitet werden.

5.3 Diskurs und Politik im Behindertenbereich und Psychiatrie

In den 1990er-Jahren bekam der Diskurs um Diskriminierung und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen großen Auftrieb. Internationale Erfahrungen aus den USA, wo 1990 ein Antidiskriminierungsgesetz verabschiedet wurde und die Diskussion in den Vereinten Nationen, die 1993 in die Verabschiedung von Rahmenbestimmungen über die Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen mündete,¹¹⁰ schwappte über. In Deutschland entstanden neue Selbsthilfegruppen, die sich z. B. als »Assistenzgenossenschaften« zusammenschlossen, um als Arbeitgeber ihre Assistenz selbst zu organisieren. »Der Assistenzbegriff wurde geprägt als selbstbestimmte Abgrenzung gegenüber der eher fremdbestimmten Behindertenhilfe und der unbefriedigenden Pflegesituation«.¹¹¹ Auch die »Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben e. V.« wurde gegründet. Der »Initiativkreis Gleichstellung Behinderter« war in seinen Bemühungen erfolgreich, dass das Grundgesetz 1994 in seinem Artikel 3 ein Diskriminierungsverbot aufnahm. Ein Behindertengleichstellungsgesetz sollte jedoch Aufgabe der rot-grünen Koalition im nächsten Jahrzehnt werden. Eine Förderung bekamen die behinderten Menschen und ihre Organisationen durch den damaligen Bundespräsidenten Richard von Weizsäcker. Bei einer Tagung der Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte¹¹² am 1. Juli 1993 hielt er eine Rede unter dem Motto »Es ist normal, verschieden zu sein«. Hierin betont er, »dass Behinderung nur als Verschiedenheit aufgefasst wird, das ist ein Ziel, um das es gehen muss« und »Um die Lage von Menschen mit Behinderungen zu verstehen, müssen Nichtbehinderte ihre Wahrnehmung korrigieren«.¹¹³ Weizsäcker nimmt hier Gedanken vor, die einige Jahre später unter dem Etikett der »Inklusion« weite Verbreitung finden.

Natürlich strahlte der Emanzipations- und Empowerment-Diskurs auch in die Psychiatrie aus. 1992 wurde der Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen gegründet, der sich zum Ziel gesetzt hat, die Interessen der Menschen mit Psychiatrieerfahrung in der Fachwelt, Politik und Gesellschaft zu vertreten. Von diesem Zeitpunkt

110 Bösl 2010, S. 11.

111 Münner und Sierk 2013, S. 113.

112 Der heutige Name ist: Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderungen und ihren Angehörigen e. V.

113 Zitate übernommen aus Münner und Sierk 2013, S. 116.

an waren die Psychiatrieerfahrenen aus den psychiatrischen Fachdiskursen nicht mehr wegzudenken und besetzten mit zunehmenden Erfolg Positionen, wenn es um Selbstbestimmung ging.

Unterstützung erhielten die Menschen mit Behinderungen durch die Wissenschaft. Die sog. »Disability Studies« machten Selbstbestimmung als behindertenpolitisches Paradigma aus,¹¹⁴ jedoch nicht ohne den ambivalenten Charakter von Selbstbestimmung zu herauszustellen. Waldschmidt betont in diesem Zusammenhang, dass es nicht (nur) darauf ankomme, Selbstbestimmung und Autonomie auch für Menschen mit Behinderung zu verwirklichen, da »Autonomie nicht mehr nur Befreiung, sondern auch zur sozialen Verpflichtung geworden (ist) – und zwar nicht nur für nicht behinderte, sondern auch für behinderte Menschen«.¹¹⁵ Sie schreibt weiter, dass es darauf ankomme »nicht nur die Chancen des Autonomiegedankens für behinderte Menschen herauszuarbeiten, sondern auch auf seine Gefahren aufmerksam zu machen«.¹¹⁶

Dennoch bestimmt die Zielsetzung der Selbstbestimmung und Teilhabe zunehmend die auch politische Diskussion im Politikfeld der Behinderungen und der Psychiatrie. Im Zusammenhang damit steht auch, dass das Konzept der »Barrierefreiheit« in den 1990er-Jahren das Konzept des »behindertengerechten Planens und Bauens« ersetzt.¹¹⁷ In den 1990er-Jahren wurden die Ansätze konkretisiert, die im neuen Jahrtausend sich im Begriff der »Inklusion« sowie der menschenrechtsbasierten UN-Behindertenrechtskonvention eine große Strahlkraft entwickeln sollten.

Als große psychiatriepolitische Entwicklung muss auch die Umstellung des Gesundheits- und Sozialsystems Ostdeutschlands auf westdeutsche Verhältnisse gesehen werden, denn dies hatte auch Rückwirkungen auf die westdeutschen Entwicklungen. Hieran hatte die APK einigen Anteil. Es kann an dieser Stelle nicht darum gehen, diese ganzen Entwicklungen nachzuzeichnen, dazu ist hier nicht der Platz und meine Kompetenz nicht hinreichend – deshalb hier nur die größten Stichworte:¹¹⁸

Abgesehen von ein paar sozialpsychiatrischen Inseln und Ansätzen war die Psychiatrie in der DDR im Wesentlichen anstaltszentriert. Obgleich schon im Jahre 1963 (!) die »Rodewischer Thesen« eine sozial- und gemeindepsychiatrische Ausrichtung der psychiatrischen Versorgung forderten und 1976 durch die »Brandenburger Thesen zur therapeutischen Gemeinschaft« ergänzt wurden, haben sich derartige Ansätze nicht durchsetzen können. Lediglich in Leipzig um Klaus Weise und Achim Thom bildete sich auf der Grundlage eines der anthropologisch-phänomenologischen Psychiatrie angelehnten Ansatzes ein Versorgungssystem heraus, welches gemeindepsychiatrisch orientiert war.¹¹⁹

Von den Umwälzungen 1988 war natürlich auch die DDR-Psychiatrie betroffen. Die reformorientierten Psychiater*innen und andere in der Psychiatrie Tätige schlossen

114 Waldschmidt 2003; Bösl 2009a; Dederich 2007.

115 Waldschmidt 2003, S. 18.

116 Ebd. S. 20.

117 Bösl 2010, S. 12.

118 Ich folge im wesentlichen Zedlick 2015 Vgl. auch Weise und Uhle 1990; Thom und Wulff 1990b; Rose 2005; Müller und Mitzscherlich 2006; Weise 2014.

119 Weise 2014.

sich nach einigen Auseinandersetzungen in der »Gesellschaft für kommunale Psychiatrie« zusammen.¹²⁰ In weiten Teilen gab es zwischen den Reformpsychiater*innen und der Reformbewegung der DDR, wie Neues Forum, keine (strukturierten) Verbindungen, auch die Ideen der Antipsychiatrie wurden in Ostdeutschland kaum rezipiert. Es ging den Professionellen um eine Humanisierung und Modernisierung der psychiatrischen Versorgung. Allerdings gab es eine bemerkenswerte Ausnahme: Im Leipzig entstand der Verein »Durchblick e. V.« unter der Regie von Psychiatrieerfahrenen. Rosi Haase war die Schlüsselfigur dieser – auch in Verbindung mit Neuem Forum und anderen Reformbewegungen der DDR stehenden – Bewegung. In der jüngst erschienen Jubiläumsbroschüre des Vereins wird geschildert, dass die Anfänge des Vereins in 1984 liegen, als die Diplom-Grafikerin Rosi Haase auf einer geschlossenen Station des Leipziger Bezirkskrankenhauses einen Kunstzirkel gründete. Ein paar Jahre später traf man sich auch außerhalb des Krankenhauses. 1989 wurde mit der Basisgruppe Psychiatrie-Betroffenen eine Verbindung zum Neuen Forum geschaffen. Zunächst trafen sich die Aktivist*innen in der Wohnung von Rosi Haase; ab 1991 gab es erste Vereinsräume und ab 1996 konnte die auch heute noch aktive »Villa Mainzer Straße« gemietet werden, in der heute die vielfältigen Kunst- und Kulturaktivitäten stattfinden, die Kontakt- und Beratungsstelle sowie das Psychiatriemuseum beheimatet sind.¹²¹ Die Initiative entwickelte sich zu einer auch politisch-emanzipativen Kraft, die weit über Leipzig hinaus eine Strahlkraft entwickelte und die einiges vorwegnahm, was heute unter den Stichworten »EX-IN« und Inklusion diskutiert wird.

Auf einer Tagung der APK 1990 wurden die Möglichkeiten, die sich aus der Vereinigung ergaben, auch unter gesamtdeutschen Perspektiven erörtert.¹²² Diese Tagung ist auch unter anderen Aspekten bemerkenswert. So begrüßte der Präsident der DG-PN Johannes Meyer-Lindenberg in seinem Grußwort die von mehreren Verbänden zusammen veranstaltete Tagung: »Wir erkennen in der Tatsache, nun doch ›Dabeisein zu können‹, gerade vonseiten der AKTION PSYCHISCH KRANKE eine sachbezogene, integrative Tendenz«.¹²³ Kriegebeile werden begraben.

Die konzeptionell-praktische Entwicklung der Gemeindepsychiatrie in Deutschland wurde ganz wesentlich durch die Aktivitäten der APK beeinflusst, wobei die unterschiedlichen großen und kleinen Projekte in einem inhaltlichen Zusammenhang standen. Infolge eines Auftrages des Gesetzgebers durch das KHG von 1982 haben die Selbstverwaltungsorgane der gesetzlichen Krankenkassen und Deutscher Krankenhausgesellschaft nach einigen Jahren erfolglosen Verhandelns ihr Scheitern bei dem Versuch, eine geeignete Personalbemessung für psychiatrische Krankenhäuser zu finden, eingestanden.¹²⁴ Das BMG berief daraufhin eine Expertengruppe der APK, die einen Verordnungsentwurf erarbeiten sollte, der 1990 als »Psychiatrie-Personalverordnung« (Psych-PV) von Bundestag und Bundesrat verabschiedet wurde – ganz im Sinne des neuen, oben angeführten Politikstils. Peter Kruckenberg schreibt

120 Hierzu siehe weiter unten im DGSP-Kapitel.

121 Vgl. hierzu umfänglich: Durchblick e.V. 2020.

122 Picard et al. 1992.

123 Meyer-Lindenberg, in Picard et al. 1992, S. 9.

124 Kruckenberg 2015, S. 189.

weiter: »Die Psych-PV war eine weltweite Innovation, weil sie erfahrungsgestützt den notwendigen Personalaufwand für Gruppen mit vergleichbarem Schweregrad der funktionalen Beeinträchtigungen erarbeitete und in einem zweiten Schritt diesen Personalaufwand in berufsgruppenbezogene durchschnittliche Minutenwerte pro Patient und Woche für personenzentrierte integrierte Behandlungsprogramme aufteilte.«¹²⁵ Und in der Tat stellt die Psych-PV einen Markstein der Psychiatriereform dar,¹²⁶ nicht nur im Kruckenberg'schen Sinne. In Ihrer konzeptionellen Ausrichtung ist sie ausdrücklich an die Verbesserung der Personalsituation in den Kliniken ausgerichtet; allerdings verkoppelt sie – entsprechend dem Prinzip »Geld für Verantwortung« – die Personalausstattung mit der Übernahme einer regionalen Pflichtversorgung. Darüber hinaus ist die Verordnung an einer tendenziellen Verkleinerung von Stationen auf circa 16 Patient*innen ausgerichtet sowie an einem Teamkonzept von ärztlichen und nicht ärztlichen Berufsgruppen. Sie teilt die Behandlung in unterschiedliche Bereiche auf; zunächst in die Bereiche stationär, teilstationär und ambulant; in einem zweiten Schritt differenziert sie in die Bereiche Allgemeine Psychiatrie, Abhängigkeitskranke und Gerontopsychiatrie und in einem dritten Schritt unterteilt sie die drei Bereiche noch einmal in die von Kruckenberg genannten Behandlungsprogramme. Regelbehandlung, Intensivbehandlung, rehabilitative Behandlung, langandauernde Behandlung, Psychotherapie und tagesklinische Behandlung. Mit der Umsetzung der Psych-PV in die Versorgungspraxis werden – obwohl nicht überall zu 100 % verwirklicht – mehr als 5000 Stellen im Krankenhausbereich geschaffen.¹²⁷ Die Psych-PV ist damit eine Grundlage, ein flexibles System von Preisen und Budgets auf einer empirisch fundierten Grundlage zu ermitteln. Darüber hinaus formuliert das auf Verantwortung und Team-basierte Modell der Behandlungsbereiche das Modell, das später für den komplementär-rehabilitativen Bereich fruchtbar gemacht wird.

1991 veröffentlichte eine Expertengruppe der APK eine Bestandsaufnahme der DDR-Psychiatrie und zeigte Entwicklungsmöglichkeiten auf.¹²⁸ In ihren Empfehlungen orientierte sich die Expertenkommission an der Psychiatrie-Enquête, den Empfehlungen der Expertenkommission sowie an den Ansprüchen der Psychiatrie-Personalverordnung. Mit Ausnahme der Forderung, die Polikliniken nach Möglichkeit aufrecht zu erhalten, orientierten sich die Empfehlungen an den Strukturen des nun gesamtdeutschen Systems der sozialen Sicherheit. Jedoch kam bei den Empfehlungen zum sog. komplementären, rehabilitativen Bereich schon eine funktional-lebensweltlich orientierte Perspektive zum Tragen, die die »Empfehlungen der Expertenkommission« von 1988 konkretisiert: Neben der ambulanten, teilstationären und ambulanten (medizinisch-psychiatrischen) Leistungen der Krankenbehandlung sollte der komplementär/rehabilitative Bereich entlang der Funktionsbereiche Wohnen, Arbeiten, Kontaktstiftung-Alltagsbewältigung/Tagesstrukturierung innerhalb eines »Gemeindepsychiatrischen Verbundes« organisiert werden. Hier werden die

125 Ebd. S. 189.

126 Vgl. zum folgenden Wienberg und Institut für Kommunale Psychiatrie 1991; Kunze et al. 2010 (1991).

127 AKTION PSYCHISCH KRANKE et al. 1998.

128 AKTION PSYCHISCH KRANKE und Bundesministerium für Gesundheit 1991.

entscheidenden konzeptionellen Grundlagen konzipiert, die im später entwickelten »personenzentrierten Ansatz« dezidiert ausformuliert werden.

Neben der Psych-PV für den klinischen Bereich der gemeindepsychiatrischen Hilfen war der personenzentrierte Ansatz der APK der zentrale Ansatz im außerklinisch-komplementären Bereich, der den Ausdruck »Paradigmenwechsel« wirklich verdiente. Bei der Entwicklung dieses Ansatzes griff die »Kommission zur Personalbemessung im komplementären Bereich der psychiatrischen Versorgung« in ihrem Entwicklungsprojekt zwischen 1992 – 1995 nicht nur auf ausländische Erfahrungen und Entwicklungen zurück, sondern – unter Wahrung großer personeller Kontinuität – auf Überlegungen, die in den Empfehlungen der Expertenkommission 1988 ihre Grundlegungen erfahren haben, auf die Systematik, die in der Psych-PV entwickelt wurde sowie auf den Bericht zur Entwicklung der Psychiatrie in der DDR von 1991, in dem die Funktionsbereiche konzipiert wurden. Der Ansatz wurde 1994 auf einer Tagung der APK vorgestellt sowie in den nächsten Jahren in einer Vielzahl von Publikationen, Vorträgen – unter anderem auch bereits 1994 auf dem Weltkongress für Sozialpsychiatrie in Hamburg¹²⁹ – und weiteren Tagungen verbreitet.¹³⁰ 1997 wurde eine entsprechende Kurzfassung veröffentlicht¹³¹ und 1999 erschien dann der Endbericht in zwei Bänden und löste erneut eine breite Diskussion aus.¹³²

Die Besonderheit des personenzentrierten Ansatzes ist,¹³³ dass dessen Hauptzielgruppe schwer psychisch erkrankte und behinderte Menschen ist, die einen »komplexen«¹³⁴ Hilfebedarf aufweisen und oft einer »komplexen Langzeitbehandlung« bedürfen.¹³⁵ Da gerade diese Menschen, die Stiefkinder der Psychiatriereform, in Heimen institutionalisiert sind, fordert der personenzentrierte Ansatz eine radikale Kehrtwendung, d.h. eine »personenzentrierte« Sichtweise, die die Person in ihrer Lebenswelt wahrnimmt, ihre individuellen Hilfebedarfe zur Kenntnis nimmt und in Hilfeleistungen umplant, wobei die Selbstbestimmung des Individuums, ihre Perspektiven, Interessen und Motive berücksichtigt werden. Neben dieser Lebensweltorientierung liegt dem Ansatz ein »bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis« sowie ein dynamischer Begriff von Behinderung zugrunde, der sich an der »ICIDH«¹³⁶ orientiert. Die Hilfen in der eigenen Wohnung sollen ambulant erbracht werden. Hierbei sollte darauf geachtet werden, dass die psychiatrisch, professionellen Hilfen nachrangig zur Selbsthilfe bzw.

129 Kunze et al. 1995.

130 Kruckenberg et al. 1994; Brill et al. 1995; Kruckenberg et al. 1997; Kauder et al. 1999.

131 Kauder und AKTION PSYCHISCH KRANKE 1998.

132 Kruckenberg et al. 1999; Kunze und Kruckenberg 1999.

133 Im Folgenden verzichte ich weitgehend auf dezidierte Literaturangaben und verweise auf die o.g. Veröffentlichungen.

134 »Komplex« meint hier (ungefähr), dass sich bei den betroffenen Menschen unterschiedliche gesundheitliche und/oder soziale Problemlagen bzw. Beeinträchtigungen in unterschiedlichen Lebensbereichen gegenseitig überschneiden oder durchdringen und deshalb auch die Hilfen durch unterschiedliche Berufsgruppen, ggf. unterschiedliche Einrichtungen und Dienste erbracht werden müssen und ggf. auch von unterschiedliche Leistungs- und Kostenträgern auf unterschiedlichen Rechtsgrundlagen finanziert werden (müssten).

135 Immer noch lesenswert: Kunze 1997.

136 »International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps«, die Vorversion der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)

Hilfen durch Bezugspersonen oder auch allgemeinen gesundheits- oder sozialen Hilfen erfolgen. Die Kommission nennt dies:

- Orientierung am individuellen Bedarf einer Person in einer überschaubaren Region statt Orientierung am Konzept/Angebot einer Einrichtung.
- Stabilisierung der Person im eigenen Lebensfeld (Wohnung) unter Wahrung der Selbstbestimmung und Nachrangigkeit professioneller Hilfen. Die angestrebte Lebensform ist »Dreh- und Angelpunkt« aller rehabilitativen Hilfen.
- Erbringung der Hilfen durch ein multiprofessionelles, kooperatives, ggf. interinstitutionelles Team
- Etablierung einer therapeutischen Bezugsperson während eines auch langandauernden Hilfeprozesses mit Aufgaben der Wahrung von Beziehungskontinuität und des »Clinical Casemanagement«.

Zentraler Bestandteil des personenzentrierten Ansatzes ist die Ausarbeitung einer funktionalen Perspektive und die des gemeindepsychiatrischen Verbundes mit seinen 5 Funktionsbereichen:

- Ambulante sozialpsychiatrische Grundversorgung/Behandlung
- Stationäre/teilstationäre Behandlung
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Selbstversorgung/Wohnen
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Tagesgestaltung und Kontaktfindung
- Sozialpsychiatrische Leistungen zur Arbeit/Ausbildung

Hierbei geht die Kommission davon aus, dass alle Regelleistungen unter die genannten Funktionsbereiche subsumiert werden können. Den Funktionsbereichen sind alle entsprechenden Fachkräfte in der Region (virtuell) zugeordnet und bilden – auch anteilig – ein einrichtungsübergreifendes Team.

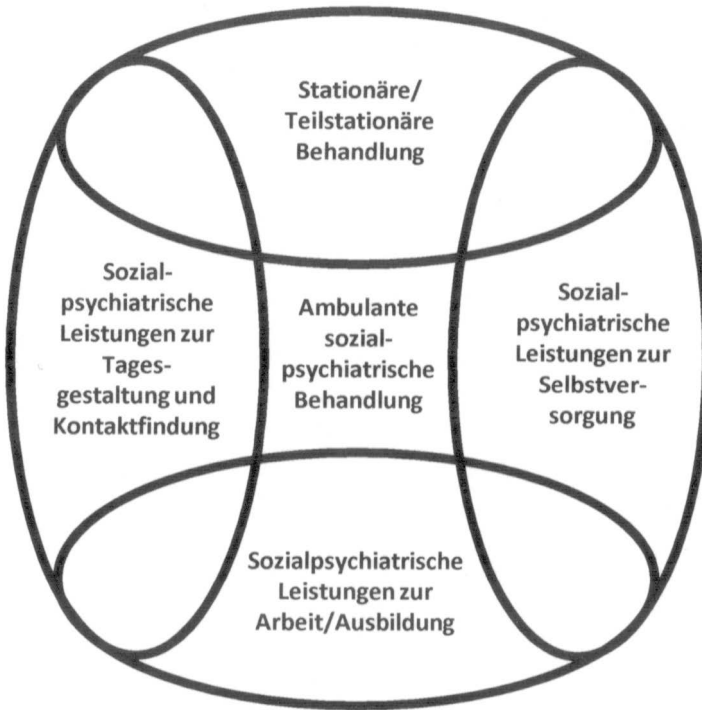
In den Versorgungsregionen (Kommunen/Kreise) sollen sich die Einrichtungen, und Dienste bzw. deren »Träger«¹³⁷ zu einem »Gemeindepsychiatrischen Verbund« zusammenschließen, der wie folgt definiert ist:

- Er umfasst sämtliche klinischen und außerklinischen Einrichtungen/Dienste in einer definierten Region.
- Er hat eine Versorgungsverpflichtung für seine Region.
- Er ist funktional organisiert.
- Er arbeitet – vertraglich abgesichert – kooperativ und koordiniert.
- Er hat ein personenzentriertes, flexibles Leistungsangebot.
- Er gibt sich nach Möglichkeit eine formelle Ordnung oder auch eine eigene Rechtsform.

Der gemeindepsychiatrische Verbund und seine Mitglieder (Mitgliedsorganisationen) sind eingebunden in eine Struktur der Koordination, Steuerung und Finanzierung auf

137 Hier verwendet als fach-umgangssprachlichen Gebrauch im Sinne eines »Leistungserbringers«.

Abbildung 3: Funktionsbereiche des gemeindepsychiatrischen Verbundes



kommunaler und auf Landesebene. Ein Psychiatriekoordinator/-in hat die Funktion, Informationen aufzubereiten und zu verteilen (Berichtswesen). Ein Psychiatriebeirat erarbeitet auf dieser Grundlage Empfehlungen für die Entscheidungsträger (Leistungsträger; Kommune/Land; Leistungserbringer/GPV), die Maßnahmeprogramme beschließen. Als Maßnahmeprogramme bezeichnet die Kommission z.B. den Abschluss von Versorgungsverträgen mit dem GPV, die Zurverfügungstellung von Investitionsmitteln oder auch den Beschluss über prospektive regionale Psychiatriebudgets.

Die hierfür ggf. notwendigen gesetzlichen Regelungen bzw. den Veränderungsbedarf bestehender Regelungen vor allem im Bereich des Leistungsrechts hat die Kommission erkannt und entsprechende Vorschläge entwickelt. Daneben hat sie sich auch der aktuellen Rechtslage bedient. So hat sie durchaus die Veränderungen im SGB XII zur Kenntnis genommen, insbesondere die Regelungen im § 93 SGB XII, die nun auch Kalkulationen für »Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf« vorsahen. So konnten flexible Finanzierungsformen entwickelt werden, die sich an sog. »Hilfebedarfsgruppen« orientieren – Formen, die sich an den Strukturen der Psych-PV orientierten. Hilfebedarfsgruppen sollten in dieser Systematik nicht durch institutionelle Gegebenheiten ermittelt werden, sondern durch den Zeitaufwand, der für eine personenzentrierte individuelle Komplexleistung zu erwarten ist.

Das Instrument zur Ermittlung des Aufwandes ist der Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP), mit dem der personenzentrierte Ansatz auf der »Arbeitsebene«, also der direkten Klient*innenbeziehung umgesetzt werden soll: Ausgehend von einer ausführlichen Anamnese sowie den Wünschen und Perspektiven des Klienten werden dann – angelehnt an einen »Core-Set« der ICIDH – bestimmte Fähigkeiten, Fähigkeitsstörung und Beeinträchtigungen ermittelt, die die Grundlage der Hilfeplanung sind. Die Hilfeplanung erfolgt entlang der oben genannten Funktionsbereiche bzw. Lebensfelder, wobei eben nicht nur die Inhalte der Hilfen relevant sind, sondern auch, ob diese Hilfen in Selbsthilfe (z.B. Angehörige), bzw. von nicht psychiatrischen oder psychiatrischen Leistungserbringern erbracht werden sollte. Darüber hinaus soll eine »therapeutische Bezugsperson« benannt werden, die für Beziehungskonstanz sorgt, Kontakt hält sowie die Leistungserbringung, ggf. im interorganisatorischen Team koordiniert.

Um dieses Kernstück des personenbezogenen Ansatzes gab es nach seiner Veröffentlichung große Auseinandersetzungen, die von strikter Ablehnung bis zum enthusiastischen Zuspruch reichten.¹³⁸ In den klinischen Bereichen der gemeindepsychiatrischen Versorgung kam der IBRP nicht so recht zum Tragen, obwohl auch dort das Prinzip der regionalen Versorgungsverpflichtung leitend war, jedoch die Idee des gemeindepsychiatrischen Verbundes nicht bei allen Psychiater*innen auf Zustimmung stieß. Im außerklinischen Bereich kam der Durchbruch des personenzentrierten Ansatzes im Jahr 1998, als auch die Wohlfahrtsverbände im Juni die sog. »Kölner Erklärung«¹³⁹ unterschrieben, mit der sie sich zur Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes bekannten. In den Verbänden herrschten zunächst Vorbehalte, die sich auf Finanzierungsformen (Budget), den IBRP und – vor allem – auf die regionale Versorgungsverpflichtung bezogen. Hierin wurde eine Einschränkung des »Wunsch- und Wahlrechts« gesehen sowie die Unabhängigkeit der Leistungserbringer. Es hat insbesondere dem Geschäftsführer der APK, Ulrich Krüger sowie mich selbst viele Mühen gekostet, die Verbände im Rahmen des »Kontaktgespräch Psychiatrie« von der Notwendigkeit einer Unterzeichnung zu überzeugen. So hat die Umsetzung des personenzentrierten Ansatzes erst im letzten Jahr dieses Jahrzehnts Fahrt aufgenommen. Sie wurde sekundiert durch zahllose Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen,¹⁴⁰ Tagungen auf Bundes- und Länderebene sowie durch die »Implementationsprojekte« der APK im folgenden Jahrzehnt. Der personenzentrierte Ansatz hat im außerklinischen Bereich nicht nur zu einer Modernisierung und Fortschritten des methodischen Handelns¹⁴¹ in der ambulanten Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen beigetragen, sondern auch zu einer Subjektorientierung der Gemeindepsychiatrie.¹⁴² Natürlich war es so, dass eine Umorientierung und die entsprechende Organisation der Hilfen vor Ort ein immer noch nicht abgeschlossenes Projekt darstellen, das die Resilienzen und »institutionellen Denkstrukturen« der Versorgungssysteme und Orientierungen der Mitarbeiter*innen

138 Siehe hierzu die Ausführungen zum nächsten Jahrzehnt.

139 Kontaktgespräch Psychiatrie 1998.

140 Wobei hier insbesondere Hiltrud Kruckenberg besondere Funktionen übernahm.

141 Haselmann 2010.

142 Wienberg 2002; Haselmann 2008.

sich als zum Teil recht erheblich erwiesen. Dies gilt insbesondere für die von der Expertenkommission vorgeschlagenen Steuerungsstrukturen, die so wie geplant, kaum irgendwo umgesetzt wurden.¹⁴³ Jedoch bekamen die Fragen der Kooperation, Koordination, Steuerungsstrukturen sowie andere Prinzipien des personenzentrierten Ansatzes vor allem in der Qualitätssicherung (ambulanter) gemeindepsychiatrischer Leistungen eine Bedeutung. Auch hier hatte die APK eine Vorreiterrolle,¹⁴⁴ die darin mündete, dass 2006 die »Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde«¹⁴⁵ gegründet wurde, die als Sachwalterin der aufgestellten Grundsätze und Prinzipien fungiert.

Hinsichtlich der gesellschaftlich-kulturellen Dimension lässt sich feststellen, dass die Gemeindepsychiatrie mit dem personenzentrierten Ansatz zumindest konzeptionell endgültig in der postfordistischen, individualisierten Gesellschaft angekommen ist und sich von dem Modell der Anstalt und der »therapeutischen Kette« verabschiedet hat. Neben diesen eher strukturellen Aspekten vollzieht und betont der personenzentrierte Ansatz die zunehmende Individualisierung und Subjektorientierung sowie die in diesem Rahmen virulent werdende und gleichsam zunehmende Selbstbestimmung und »Inklusion« auch behinderter Menschen.

Flankiert werden die beiden wichtigsten Projekte der APK in den 1990er-Jahren, die Psych-PV und der personenzentrierte Ansatz, von einer Reihe von kleineren Projekten, die sich – neben dem oben erwähnten Leitfaden zur Qualitätssicherung – besonders auf ambulante Leistungen der Rehabilitation beziehen.

Zwischen 1990 und 1993 wurde ein Modellprogramm »Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke« durchgeführt. Bei diesem Modellprogramm handelte es sich um das einzige (!) Projekt, auf das sich der »Kosten- und Finanzierungsausschuss« des großen Modellprogramms Psychiatrie seiner ansonsten – mit Verlaub – erbärmlichen Ausbeute einigen konnte. Es ging hierbei um die Erprobung eines auf schwer psychisch erkrankte Menschen zugeschnittenen Konzeptes der medizinisch-beruflichen Rehabilitation, das in 5 in Deutschland verteilten Einrichtungen durchgeführt wurde. Das Besondere an dieser Art der Rehabilitation ist neben anderem, dass sie auf schwer erkrankte Menschen zugeschnitten ist, dass sie medizinische und berufliche Aspekte der Rehabilitation berührte und dass sie längerfristig angelegt war. Nach 3 Jahren war die Erprobungsphase vorbei und das Projekt wurde als sehr erfolgreich bewertet. Dennoch wurde es in einigen Modellregionen nicht weitergeführt und die Einrichtungen mussten schließen.¹⁴⁶ Lediglich in Niedersachsen sowie in Westfalen-Lippe ist die RPK-Einrichtung flächendeckend etabliert worden. Zwar hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) eine Empfehlungsvereinbarung zur RPK verabschiedet und mehrmals überarbeitet,¹⁴⁷ dennoch scheinen die Sozialversicherungen diesem Einrichtungstyp einige Ressentiments gegenüber zu hegen. In Berlin z.B. hat es immerhin

143 Vergleichbare Steuerungsstrukturen gab es etwa in Niedersachsen/Hannover (Elgeti 1995, 2002) oder in Berlin (Rosemann 2006, 2009; Reumschüssel-Wienert 2012).

144 Kunze und Kaltenbach 1996 Vgl. auch Cording 2003.

145 <https://bag-gpv.de>

146 Hölzke 1993, 1994; Steinke 1994.

147 BAR 2011.

ermutigende circa 25 Jahre gedauert, ehe im Jahre 2019 eine RPK-Einrichtung ihre Pforten öffnen konnte.

Auch in Hamburg gab es in diesem Zusammenhang Aktivitäten. Ein kleines Projektteam erarbeitete im Auftrag der »Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation«, einem Zusammenschluss hamburgischer außerklinischer gemeindepsychiatrischer Rehabilitations-einrichtungen und im Dunstkreis der APK, ein Konzept der ambulanten medizinischen Rehabilitation für psychisch kranke und behinderte Menschen.¹⁴⁸ Ziel war es, ambulante medizinische Rehabilitation im SGB V fruchtbar zu machen, um das »Betreute Wohnen«, also ambulante Leistungen der Eingliederungshilfe auch durch die Krankenversicherungen finanzierbar zu machen. Nach circa zwei Jahren Verhandlungen scheiterten diese jedoch. Zentrale Argumente der Sozialversicherungen waren, dass es sich bei den Leistungen um »psychosoziale Leistungen« handele, die nicht von der GKV zu tragen seien und dass die Einrichtungen nicht unter ärztlicher Leitung stünden.

Am Ende des Jahrzehnts führte die APK noch ein weiteres kleines Projekt durch. Eine Arbeitsgruppe unter der Leitung von Niels Pörksen erstellte im Rahmen eines Gutachtens für das BMG ein Konzept mit Leistungsinhalten für die »ambulante psychiatrische Behandlungspflege«.¹⁴⁹ Hiermit sollte der bisherige Leistungskatalog, der bisher die besonderen Bedürfnisse psychisch kranker Menschen nicht berücksichtigte, durch den G-BA erweitert werden. Dieses Projekt war letztlich nach einigen Jahren vor allem in Niedersachsen erfolgreich, jedoch zeigten sich die Krankenversicherungen im Allgemeinen unbarmherzig darin, die Anforderungen an die Leistungserbringer derart hoch zu hängen, dass sie, trotz Kontrahierungszwang, eher als Marktzugangsbarriere fungierten. Ähnlich erging es der Soziotherapie.

Die Soziotherapie hat eine lange Tradition in den Forderungen der Sozialpsychiatrie, die bis in die 1960er-Jahre zurückreicht und auch Rahmen der Personalverordnung Psychiatrie eine Rolle als »sozialtherapeutisches Kompetenztraining« oder »sozialtherapeutische Einzelfallhilfe zur Wiedereingliederung in den Wohnbereich« spielte. Zwischen 1995 und 1998 wurde in einigen Regionen Deutschlands ein Modellprogramm »Ambulante Soziotherapie« durchgeführt, welches sich als erfolgreich erwies.¹⁵⁰ In der Folge wurde im 1998 im Gesundheitsstrukturgesetz ein § 37a eingefügt, der die Leistungen der Soziotherapie definiert als »erforderliche Koordinierung erforderlicher Leistungen sowie Anleitung und Motivation zu deren Inanspruchnahme. Bedeutsam war in diesem Zusammenhang, dass die Leistungen sich explizit auch auf schwer erkrankte Menschen richtete und die Soziotherapeut*innen regional »vernetzt« sein mussten. Eine entsprechende Richtlinie wurde durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erlassen.¹⁵¹ Allerdings wurden die Richtlinien von den Kassen derartig restriktiv ausgelegt, sodass Soziotherapie bis heute auch nicht in Ansätzen in der Regelversorgung umgesetzt ist. Eine Ausnahme stellt Baden-Württemberg dar, wo die Soziotherapie als Leistung der dortigen Sozialpsychiatrischen Dienste implementiert werden konnte. Nach den Erfahrungen der ersten 10 Jahre Umsetzung erklärten Rössler und Melchinger 2002

148 Haase et al. 1993; Reumschüssel-Wienert 1995.

149 Böker-Scharnhölz et al. 1999.

150 Melchinger und Holler 1997; Melchinger und Giovelli 1999.

151 Kubny-Lücke 2001; Reumschüssel-Wienert 2002.

die Reform als gescheitert.¹⁵² Zwar sind die Anforderungen an die Leistungserbringer leicht verändert worden, aber immer noch verweigern die Krankenversicherungen die flächendeckende Umsetzung dieses Konzeptes, da sie unter anderem bei der Soziotherapie keinem »Kontrahierungszwang«¹⁵³ unterliegen.

Die im Zusammenhang mit dem auf Rehabilitation angelegten personenzentrierten Ansatz der APK durchgeführten Initiativen und Projekte erwiesen sich als unterschiedlich erfolgreich. Dies gilt auch für die Vorschläge, für das Ende der 1990er-Jahre vorbereitete SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe. Noch immer scheint der Satz von Anita Riecher-Rössler und Wulf Rössler zu stimmen: »Die Schwierigkeiten der heutigen psychiatrischen Rehabilitation resultieren weniger aus dem Mangel an wissenschaftlich begründeten und überprüften Rehabilitationsverfahren, sondern gründen vor allem in der Anwendungspraxis des Sozialversicherungsrechts«.¹⁵⁴ Allerdings, so muss ich kritisch hinzufügen, liegt dies auch an der Praxis der außerklinischen Leistungserbringer und ihrer Trägerorganisationen. Die institutionelle Denkstruktur, verbunden mit ihrer »Wahlverwandtschaft«¹⁵⁵ zum Sozialhilfeträger bzw. Träger der Eingliederungshilfe, erwies sich erstaunlich resilient, sodass sie zunächst äußerst zurückhaltend die ambulanten, im Geltungsbereich des SGB V und SGB XI angesiedelten »medizinischen Gesundheitsleistungen« für sich reklamieren wollten.

1994 schüttelte ein Weltereignis die psychiatrische Fachwelt – nicht nur in Deutschland. Unter dem Titel »Abschied von Babylon – Verständigung über die Grenzen der Psychiatrie« fand vom 5. Bis 10. Juni 1994 der Weltkongress für soziale Psychiatrie in Hamburg statt.¹⁵⁶ Initiator der ganzen Angelegenheit war Thomas Bock, der sich viele Jahre später erinnerte, das wäre wohl in seiner »manischen Phase« gewesen.¹⁵⁷ Veranstalterinnen waren die DGSP, die DGPPN und die WASP, Ursula Plog war die Tagungspräsidentin. Thomas Bock, die DGSP, der hamburgische Landesverband HGSP (nicht ganz so) und zahllose Freiwillige arbeiten bis zur Erschöpfung, zum Wahnsinn oder auch darüber hinaus, um diesen für die gesamte deutsche Psychiatrie wichtigen Kongress zu einem unvergesslichen Ergebnis zu machen. Es war das erste Mal nach dem Zweiten Weltkrieg, dass sich die Psychiatrie des demokratischen Deutschlands in der internationalen Fachöffentlichkeit präsentieren konnte. Schon im Vorwort des Tagungsreaders machen die Herausgeber*innen klar, worum es geht: »Babylon steht als Symbol für Größenwahn und Sprachverwirrung. Davon ist die Geschichte der Psychiatrie voll bis in die Gegenwart: Größenwahn und Anmaßung bedingten und bedingen schädigende Interventionen. Ihr schlimmster Ausdruck sind die Ausrottungsmaßnahmen, die Patientenmorde und Zwangssterilisationen der Nazi-Zeit. Als Folge von Misstrauen und Verbrechen hat sich die Sprache von Patienten, Angehörigen und profes-

152 Rössler et al. 2012 In derselben Debatte formuliert Sibylle Schreckling eine hoffnungsvolle Position.

153 Von Kontrahierungszwang spricht man in diesem Zusammenhang dann, dass die Sozialversicherungen bei Vorliegen aller rechtlich gebotenen Zugangsvoraussetzungen einen Versorgungsvertrag abschließen müssen.

154 Rössler und Riecher-Rössler 1994, 5f.

155 Rieger 1992.

156 Vgl. zum Folgenden: Bock et al. 1995.

157 Persönliche Mitteilung.

sionellen Mitarbeitern entfremdet. Wen man als Objekt behandelt oder als Schuldigen brandmarkt, dessen Sprache versteht man nicht mehr«. Und sie fahren fort: »Die monokausale Ursachenforschung, eine rein medizinische Denkweise und autoritäre Behandlungsstrukturen haben sich als unwirksam oder unpassend erwiesen und in Sackgassen geführt. Zahlreiche Wissenschaftler fordern ebenso wie die Betroffenen eine Besinnung auf die Einzigartigkeit des biografischen Kontextes und eine stärkere Gewichtung des subjektiven Erlebens«. ¹⁵⁸

Und so nahm der Kongress seinen Verlauf. ¹⁵⁹ Er begann mit einer unglaublichen Vorstellung des Kybernetikers Heinz von Förster, der einen systemisch-konstruktivistisch inspirierten Vortrag über Sprache und Wissen hielt. Danach folgten Vorträge, Symposien, Workshops und andere Events, die zunächst die »dunklen Seiten der Psychiatrie – Ausgrenzung, Entwürdigung, Vernichtung« beleuchteten und dann die Themenbereiche zu »Erleben und Miterleben« in das Zentrum des Kongresses stellten. Über unterschiedliche Ansätze des Verstehens und Behandlung in verschiedenen Kulturen ging es zum Ende des Kongresses zum Themenbereich »Psychiatrie in der Gemeinde – Planen, Kämpfen, Gestalten«. Zum Abschluss markierte der Präsident der WASP, Eliot Sorel, die folgenden Aufgaben der Sozialpsychiatrie: »Wir müssen das sozialpsychiatrische Engagement maximieren und unseren Patienten und ihren Familien mit einer systematischen Orientierung und der humanistischen Tradition der Integration, psychosozialer, psychobiologischer, soziokultureller und ökonomischer Dimensionen helfen. Gleichgültig, ob wir Afrikaner, Asiaten, Amerikaner, Europäer oder Australier sind, wir müssen die Herausforderungen annehmen, die Last unserer Vergangenheit teilen, daraus lernen und uns gegenseitig von unseren Ketten befreien. Nur so ist humanistische Sozialpsychiatrie mit einer systematischen Orientierung, mit Empathie, Fürsorge, Respekt, Bescheidenheit und Kompetenz in Richtung einer gemeinsamen Sprache, eines *Dialoges* möglich«. ¹⁶⁰ Beendet wurde der Kongress mit einer »Hamburger Erklärung zu den Perspektiven einer dialogischen Psychiatrie«, die die vier Tagungsbereiche kurz thematisierte.

Natürlich hat der Weltkongress fachlich viel bewirkt. Aber er bestach, vielmehr begeisterte er durch seine unglaubliche Atmosphäre – zum ersten Mal fand ein Weltkongress zur Psychiatrie nicht mehr im akademischen Elfenbeinturm statt, sondern mitten im Leben mit ganz unterschiedlichen Menschen: Psychiatrieerfahrene, Angehörige, psychiatrische Professionelle aller möglichen Berufsgruppen und irgendwelche Interessierte, die friedlich und gut gelaunt miteinander redeten, bei schönem Wetter an der Alster oder in »Planten und Blumen« saßen oder sonst etwas machten. Die wichtigsten Folgen waren jedoch, dass seit dem Weltkongress die Subjektorientierung, die am Erleben des Patienten orientierte Psychiatrie, fest in der Sozialpsychiatrie verankert war. ¹⁶¹ Dasselbe gilt für den »Dialog« oder auch die »Psychoseseminare«. Sie wurden insbesondere durch Thomas Bock, Dorothea Buck und Ingeborg Esterer in Hamburg

158 Bock et al. 1995, S. 15.

159 Die Abstracts der Vorträge befinden sich in Sozialpsychiatrische Informationen 1994.

160 Sorel 1995, S. 564.

161 Vgl. hierzu die Beiträge in Bock et al. 1995, S. 175ff. Oder auch Voelzke 2001.

»erfunden« und schon seit 1989 an der Universitätsklinik in Hamburg Eppendorf durchgeführt.¹⁶² Nach dem Weltkongress verbreiteten sie sich, besonders nachdem sie 1997 manualisiert wurden,¹⁶³ in ganz Deutschland und veränderten die Psychiatrie.

Mit dem Weltkongress schloss die internationale Sozialpsychiatrie an ebenso international stattfindende sozioökonomische und kulturelle Entwicklung an, die oben unter dem Signum »Reflexive Moderne« diskutiert wurden. Hierauf weist Heiner Keupp in seinem Beitrag zum Weltkongress hin.¹⁶⁴ Darüber hinaus wird auch innerhalb der sozialwissenschaftlichen Diskussion die von Förster zu Beginn des Kongresses aufgeworfene Frage des »Wissen« und »Nicht-Wissen« aufgeworfen.¹⁶⁵

Aber auch an vielen Orten in Deutschland entstanden einige neue Projekte und Perspektiven. 1992 wird im Landeskrankenhaus Gütersloh unter der Leitung von Theis Urbahn die erste »Soteria« – Abteilung in einem deutschen Pflichtversorgungs-Krankenhaus eröffnet. Das Soteria-Konzept, welches sich auf Konzepte von »Kingsley-Hall« (Laing), der »Therapeutischen Gemeinschaft« und nicht professioneller (jedoch supervidierten) gewalt- und weitgehend medikamentenfreier Psychosebegleitung bezieht, wurde von dem amerikanischen Psychiater Loren Mosher 1971 entwickelt¹⁶⁶ und von Luc Ciompi nach Europa gebracht. 1984 wurde das erste Projekt in Bern eröffnet und erfreute sich großer Popularität.¹⁶⁷ Die Soteria in Gütersloh lehnte sich an einem klinisch orientierten Konzept an.¹⁶⁸ Theis Urbahn beschreibt den Prozess zur Eröffnung der Station als recht schwierig, da nicht nur die baulichen Bedingungen verbesserungsbedürftig waren, sondern auch, da auch der Chef des Krankenhauses, Klaus Dörner, anfangs einigermaßen skeptisch war. Die Vorgaben für die Umsetzung des Soteria-Konzeptes waren für Gütersloh:

- Aufnahme *aller* Patient*innen des Sektors ungeachtet der Diagnose.
- Keine Verlegungen bis hin zur Entlassung ungeachtet aller Schwierigkeiten oder Verweildauern und
- Keine Sonderstellung der Station hinsichtlich personeller und sächlicher Ausstattung.¹⁶⁹

Die Soteria zeigte sich als ein erfolgreiches Projekt. Urbahn schreibt: »Wir konnten zeigen, dass wesentliche Elemente des Soteria-Konzeptes innerhalb traditioneller Strukturen eines psychiatrischen Großkrankenhauses mit Pflichtversorgung umsetzbar sind und zu erstaunlichen Verbesserungen stationärer Psychiatrie führen, ohne personelle und materielle Sonderbedingungen«.¹⁷⁰ Urbahn berichtet weiter, dass sich die Beziehungen der Klinik und ihrer Mitarbeiter*innen zu Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen

162 Buck 1995.

163 Bock et al. 1997.

164 Keupp 1995b.

165 Japp 1999; Böhle et al. 2004; Beck 2008, S. 211-233.

166 Vgl. Mosher und Burti 1994.

167 Wollschläger 2001a.

168 Vgl. zum Folgenden: Urbahn 2001.

169 Urbahn 2001, S. 506.

170 Urbahn 2001, S. 510.

und den Kolleg*innen des gemeindepsychiatrischen Verbundes wesentlich verbesserten.

In den 1990er-Jahren machte sich der Psychiater Wolfgang Werner daran, das im Saarland gelegene Landeskrankenhaus in Merzig mit circa 1000 Betten aufzulösen.¹⁷¹ In einem einige Jahre andauernden Prozess ist es gelungen, die Anstalt zu ersetzen durch ein dezentral organisiertes Versorgungssystem, einem gemeindepsychiatrischen Verbund. Insbesondere die nun entstehenden Stationen an Allgemeinkrankenhäusern wurde nach folgenden Prinzipien organisiert:

- Es gibt eine Versorgungspflichtung für die jeweilige Region/Sektor.
- Die Abteilungen haben eine Größe von 60 bis 80 Betten.
- Es gibt keine Spezialstationen.
- Die Stationen sind durchmischt (Alter, Geschlecht, Diagnose).
- Es gibt, außer in der Forensik, ausschließlich offenen Stationen.
- Für alle Abteilungen werden auch Institutsambulanzen eingerichtet.

1998 war der Auflösungsprozess weitgehend abgeschlossen. Er ist auch noch hinsichtlich zwei anderer Aspekte interessant: Zum einen wurde das Konzept der durchmischten, vor allem aber das der »offenen Stationen« nicht nur in Merzig heftig diskutiert. Insbesondere nachdem Matthias Krisor in seiner Klinik in Herne die »gewaltfreie Psychiatrie« propagierte,¹⁷² brandete die Diskussion auf. Die APK veranstaltete 1997 eine Jahrestagung zu diesem Thema.¹⁷³ In Merzig sollten »Türen durch Menschen« ersetzt werden. Zum anderen geriet das Konzept der Abteilungspsychiatrie selbst unter Beschuss. Wolfgang Weig, betonte in seinem Aufsatz die »Wiederauferstehung der Dinosaurier« den besonderen Versorgungsauftrag der Landeskrankenhäuser hinsichtlich der langfristig schwer erkrankten Menschen, der bedeute, dass sie »ein gutes Stück Tradition der Heil- und Pflegeanstalten weiterzuführen haben«.¹⁷⁴

Zu Beginn der 1990er-Jahre begann im großen Maßstab die Psychiatriereform in Berlin. Die oben kurz geschilderten Anfänge der 1980er-Jahre wurden nun im vereinigten Berlin konsequent, planvoll und flächendeckend weitergeführt. Insgesamt wurden fünf psychiatrische Kliniken mit mehr als 1.200 Betten in diesem Prozess aufgelöst: Die Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik in Reinickendorf (»Bonnies Ranch«), die Nervenheilanstalt in Berlin Spandau und die Anstalt in Berlin Buch, das Griesinger Krankenhaus wurde aufgelöst in die psychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser Hedwigshöhe und Hellersdorf. Die Klinik Herzberge wurde in ein allgemeines Krankenhaus umgewandelt, in der die Psychiatrie als eine Abteilung verblieb. Die 1906 errichtete Heil- und Pflegeanstalt in Berlin-Buch war mit 2700 Betten innerhalb eines weitaus größeren Anstaltskomplexes, eines der größten psychiatrischen Krankenhäuser im Deutschen Reich und in die T4 Aktionen der Nazi-Diktatur verstrickt. Die Anstalt war nach dem Krieg mit insgesamt 3000 Betten eines der größten Krankenhäuser der DDR.

171 Vgl. zum Folgenden: Werner 1998.

172 Krisor 1993.

173 Kebbel et al. 1998.

174 Weig 1999, S. 27.

Insgesamt wurden zwischen 1990 und 2000 die Betten von 6.600 auf 2.847 mehr als halbiert bei einer Messziffer von 0,7 pro 1000 Einwohner.¹⁷⁵ Mit der Auflösung und dem Abbau der Betten war ein koordinierter Aufbau von psychiatrischen Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern verbunden sowie der Aufbau von außerklinischen Versorgungsmöglichkeiten. Bei allen Planungen war das Prinzip der regionalen Versorgungsverpflichtung leitend. Alle 23 damaligen Berliner Bezirke¹⁷⁶ sollten mit einer gleichen Infrastruktur ausgestattet sein. Hierzu wurden umfangreiche Planungen entsprechend einem »Sozialindex« angestellt. Keimzellen des außerklinischen Bereiches waren die Sozialpsychiatrischen Dienste, Psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen sowie Zuverdienste. Ergänzt wurden diese durch Einrichtungen und Dienste der Eingliederungshilfe, d.h.: ambulantes betreutes Wohnen und Wohngemeinschaften, Beschäftigungstagesstätten und wenige stationären Einrichtungen. Später kam in Charlottenburg ein kooperativer Krisendienst dazu. Bedeutsam an diesem Prozess ist, dass er planvoll und koordiniert verlief. Leitend hierzu war das ausgearbeitete Psychiatrieentwicklungsprogramm (PEP), welches u.a. dezidiert die Ziele definierte.¹⁷⁷ Hierzu gehörten:

- Die Schaffung eines regionalisierten Systems zur Sicherstellung der Versorgung für psychisch erkrankte und suchtkranke erwachsene Menschen.
- Die Erarbeitung von Vorgaben zum Aufbau der regionalen Versorgungsstruktur sowie Festlegung quantitativer Richtwerte für ihre Entwicklung.
- Die Umsetzung der Enthospitalisierung im Bereich Psychiatrie und Wiederbeheimatung der Menschen in den bezirklichen Pflichtversorgungsregionen.¹⁷⁸

Eine informelle, vorbereitende Koordinationsfunktion hierbei hatte der sog. »Momperkreis«,¹⁷⁹ da hier alle relevanten Akteure der »Szene« saßen und wichtige Prozessschritte einvernehmlich besprachen. Nach 1994 wurde die Reform nach dem Wahlgewinn der CDU durch die neue Gesundheitssenatorin Beate Hübner und ihrem Staatssekretär Detlef Owat vorangetrieben, die die Politik des Vorgängers Ulf Fink weiterführten. Ihnen ist es zu verdanken, dass sich die Krankenversicherungen an der Finanzierung des »Betreuten Wohnens« in der Aufbauphase beteiligten. Hintergrund war ein »Deal« des Senats mit den Kassen, der im Gegenzug keine Einrichtung von Institutsambulanzen an den Berliner Versorgungskrankenhäusern vorsah. So konnten in allen Bezirken auch Beschäftigungstagesstätten und, entsprechend der soziodemografischen Struktur, Plätze im betreuten Wohnen eingerichtet werden. Zwar gab es in Berlin eine »Psychiatrieszene«, die auf eine mittlerweile auch lange sozialpsychiatrische oder auch meta- oder antipsychiatrische Tradition zurückblicken konnte, wie z.B. die »PINEL-Gesellschaft«, das »Komm-Rum«, der »Treffpunkt Waldstraße« oder die »Irrenoffensive«. Auch gab es im Gegensatz zu West- oder Ostdeutschland kaum kirchlich gebun-

175 Haebler et al. 2007, S. 1234.

176 Heute (2020) ist Berlin in 12 Bezirke aufgeteilt.

177 Abgeordnetenhaus von Berlin 1997.

178 Beuscher 2009, S. 397.

179 Walter Momper war von 1989 bis 1991 Bürgermeister des rot-grün regierten Berlin.

dene Einrichtungen in der Psychiatrie, und es herrschte bei den nun im Entstehen begriffenen neuen Trägerorganisationen eine Kultur des »Sozialunternehmers« vor, die durchaus ihren Beitrag dazu leistete, dass die Psychiatriereform in Berlin konsequent, schnell und mit großem Ideenreichtum umgesetzt wurde. An der Umsetzung des PEP waren circa 75 Trägerorganisationen beteiligt, die bis 2000 circa 5000 »Plätze« im Bereich der Eingliederungshilfe aufbauten – zu 90 % ambulant.

Und es gab auch die Alternative: 1996 wurde in der Trägerschaft des »Vereins zum Schutz vor psychiatrischer Gewalt« in der Villa Stöckle das »Weglaufhaus« eröffnet. Nach einigen heftigen Auseinandersetzungen und vielen Kompromissen konnte diese Einrichtung, getragen von Psychiatrieerfahrenen, neben dem offiziellen regional orientierten Versorgungssystem seine Arbeit beginnen.¹⁸⁰

Heinrich Beuscher, der den gesamten Prozess als Senatsbeauftragter für Psychiatrie ganz wesentlich mitgestaltet hat, kommt resümierend zu dem Ergebnis: »All diese Entwicklungsschritte erfolgten nicht zufällig. Sie sind sichtbare Meilensteine langjähriger Entwicklungen und Abstimmungen und wären ohne die Arbeit und Steuerung des Psychiatriereferates im Zusammenwirken mit den Psychiatriekoordinationen in den Bezirken nicht möglich gewesen.«¹⁸¹ Die Berliner Psychiatriereform sollte in den 2000er-Jahren noch weiter von sich reden machen.

Der sozialpsychiatrische Diskurs

Zu Beginn der 1990er-Jahre; mit der deutschen Vereinigung, wollten der ostdeutsche Achim Thom und der westdeutsche Erich Wulf den Diskurs mit ihrem Buch »Psychiatrie im Wandel« befruchten¹⁸². In diesem, aufgrund der sich überstürzenden realen Ereignisse nicht sehr erfolgreichen Buch wurde eine Bestandsaufnahme unterschiedlicher Ansätze dessen, was ggf. unter einem Sammelbegriff Sozialpsychiatrie verstanden werden kann, vorgenommen. Am Ende kommen die beiden Herausgeber zu einem eher skeptischen Ergebnis. Zwar haben sich Versorgungsstrukturen und Möglichkeiten in ganz Europa verbessert, jedoch werden vor allem in der akademischen Psychiatrie wieder biologische Forschungsmethoden und durch sie begründete somatotherapeutische Behandlungsverfahren wieder dominierend. »So bleibt offen, wie es mit der Psychiatrie in den nächsten Jahren weitergeht«.¹⁸³

Offen bleibt allerdings auch, wie es, angesichts der verschiedenen neuen Ansätze, wie ökologische oder systemische Ansätze (Dörner, Ciompi), den Ansätzen aus der kritischen Psychologie (Holzkamp) oder den marxistisch inspirierten Ansätzen der Handlungsstrukturtheorie (Hacker) oder der der Kognitions- und Aneignungstheorie (Leontjew), nun mit der Sozialpsychiatrie theoretisch weitergehen soll. Diesem Problem versucht sich ein weiteres Buch des Psychiatrieverlages zu nähern, welches 1995 erscheint und eher eine Ansammlung älterer Texte ist – eine Chronik eben, wie der Untertitel bedeutet.¹⁸⁴ Auch hier herrscht nicht wirklich eine optimistische Grundstimmung vor.

180 Trotha 2001; Bräunling 2001.

181 Beuscher 2009, S. 398.

182 Thom und Wulff 1990a.

183 Thom und Wulff 1990a, S. 601.

184 Finzen und Hoffmann-Richter 1995.

Beklagt (oder auch nicht) wird das Theoriedefizit der Sozialpsychiatrie, eine Begriffsverwirrung oder auch verfehlte Kontroversen. Ciompi stellt am Ende des Buches eine »offiziell gültige« Definition der SGSP vor: »Sozialpsychiatrie ist derjenige Bereich der Psychiatrie, der psychisch kranke Menschen in und mit ihrem sozialen Umfeld zu verstehen und zu behandeln sucht«. ¹⁸⁵ Als hier zugehörnde Bereich sieht er, sozialpsychiatrische Grundlagenforschung, sozialpsychiatrische Behandlungsmethoden, die Fokussierung bestimmter Patientengruppen und sozialpsychiatrische Institutionen und bevölkerungsbezogene Versorgungsstrukturen. Bei einem entsprechenden Panel auf dem Weltkongress stellt er, im Gegensatz zu dem amerikanischen Psychiater John J. Schwab, ¹⁸⁶ einen verstehenden Ansatz der Sozialpsychiatrie in den Vordergrund. ¹⁸⁷ Priebe und Schmiedebach betonen 1997, dass man zwischen einer eher wissenschaftlichen Disziplin »Sozialpsychiatrie«, die die soziale Dimension von psychischer Krankheit und Gesundheit betont und einer »Sozialen Psychiatrie«, die eher Ausdruck einer moralisch inspirierten gesundheits- und sozialpolitischen Bewegung ist, unterscheiden muss. ¹⁸⁸

Es schien so, als ob der sozialpsychiatrische Diskurs in den 1990er-Jahren an einen Punkt angelangt war, wo er dringend Anstöße erhalten muss, die zu einer Erneuerung führen könnten. Eine Möglichkeit hierzu hat Hans Pfefferer-Wolf aufgezeigt. Anhand der Habitus-Theorie Bourdieus sowie unter anderem auch in Anlehnung an Alexander Kluge und Oskar Negt entwickelt er einen Begriff von »Beziehungsarbeit«, die als lebendige, nicht-entfremdete Arbeit trotz ihres »Doppelcharakters« ein ganz spezifisches Subjekt-Objektverhältnis konstituiert und damit auch für die Sozialpsychiatrie spezifische Wahrnehmungsmuster aber auch Persönlichkeitsentwicklung beinhaltet. ¹⁸⁹ Im Prinzip geht es um eine professionelle Beziehungsgestaltung, die die Patientin nicht zum Objekt verdinglicht. Beides hat für die »Soziale Psychiatrie« eine gewisse Bedeutung. Der Doppelcharakter von Hilfe und Kontrolle wird insbesondere durch die Sozialpsychiatrischen Dienste betont und der Begriff des Habitus wird in der Zukunft umgeformt zum Begriff einer »Haltung«, die für die Sozialpsychiatrie unabdingbar erscheint. ¹⁹⁰

Zum 20-jährigen »Jubiläum« der Psychiatrie-Enquête hat die DGVT-Zeitschrift »Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis« ein Heft herausgebracht, in dem führende Vertreter eine kritische Bilanz der Psychiatriereform ziehen. Ernst von Kardorff kommt zum Ergebnis, dass die Psychiatriereform in erster Linie ein »sozialtechnisch angelegter Modernisierungsprozess« war. ¹⁹¹ Er spielte zwar eine »innovative und stilbildende Rolle für die Gestaltung der inhaltlichen Arbeit, die Formen der Organisation und Finanzierung neuer Einrichtungen und die professionelle Dienstleistungskultur«, ¹⁹² jedoch: »Die eher ungeplante und unorganisierte Modernisierung hat im Ergebnis eine Vielzahl von lehrreichen Erfahrungen und innovative Modelle

185 Ciompi 1995b, S. 205.

186 Schwab 1995.

187 Ciompi 1995a.

188 Priebe und Schmiedebach 1997.

189 Pfefferer-Wolf 1999, S. 241.

190 Elgeti 2010, 2011.

191 Kardorff 1995, S. 470.

192 Ebd. S. 471.

erst ermöglicht und eine bunte produktive und reiche Pluralität vielfältiger Arbeitsansätze hervorgebracht, die allerdings vielfach insular geblieben sind, zuweilen sich selbst genügen und auch eine gewisse Beliebigkeit ausdrücken«. ¹⁹³ Darüber hinaus beschreibt von Kardorff auch einige weiteren bestehenden Mängel in der gemeindepsychiatrischen Versorgung. Der entscheidende Mangel ist die weiterhin bestehende »Klinikzentrierung, die Beibehaltung des medizinischen Blicks und die Dominanz der ärztlichen Profession«. ¹⁹⁴ Sie ist neben anderem auch dafür mitverantwortlich, dass es an der Schnittstelle zwischen psychiatrischer Akutbehandlung und Nachsorge nach wie vor systematische konzeptionelle Differenzen zwischen dem klinisch-psychiatrischen und dem sozialtherapeutisch-sozialarbeiterischen/gemeinde-psychiatrischen Handlungsparadigma« existieren. ¹⁹⁵

Heiner Keupp kommt zu einer ähnlichen Einschätzung. Er verweist mit Finzen zusätzlich darauf: »In der psychiatrischen Szene der Bundesrepublik herrscht allenthalben Katerstimmung«. ¹⁹⁶ In der »Szene« gebe es mittlerweile vier Hauptströmungen: 1. die TraditionalistInnen, die im modernen Gewand am medizinischen Modell unbeirrt festhalten, 2. die ModernisiererInnen, die pragmatische Reformen und Anschluss an internationale Entwicklungen suchen, 3. die sozialpolitischen MoralistInnen, die vor allem an einer moralisch orientierten oder anthropologischer Begründung ihres Tuns orientiert sind und 4. die radikalen PsychiatriekritikerInnen, die weiterhin eine Entpsychiatisierung psychischen Leids verfolgen und der Psychiatriereform sehr kritisch gegenüber stehen. ¹⁹⁷ Keupp, der große Sympathie für die letzte Position hegt, kommt wie von Kardorff zu dem Ergebnis, dass eine Strukturreform der westdeutschen Psychiatrie nicht stattgefunden hat. »Der größte Fehler der Psychiatrie-Reformbewegung der Bundesrepublik Deutschland war wohl, dass sie fast ausschließlich für eine bessere *Versorgung* von Menschen mit psychischen Problemen eingesetzt hat, nicht aber für eine *Befreiung*«. ¹⁹⁸ Darüber hinaus ist der Diskurs über Prävention völlig auf der Strecke geblieben. Hier sei in der Hauptsache eine Empowerment-Strategie geboten.

Über die Strukturreform der ostdeutschen Psychiatrie schreibt Otto Bach. Auch nach der Implementierung westdeutscher Strukturen sei es notwendig, mit eher bescheidenen Mitteln zu wirtschaften. Hierauf seien die Kolleginnen und Kollegen in den neuen Bundesländern jedoch gut vorbereitet. ¹⁹⁹

1995 gründete sich ein neuer Verband. Am 13. Mai 1995 gründete sich aus einem bisher lockeren gemeindepsychologischen Gesprächskreis die »Gesellschaft für gemeindepsychologische Forschung und Praxis«. Personell weist die Gesellschaft viele Überschneidungen mit der DGVt und DGSP auf.

193 Ebd. S. 472-473.

194 Ebd. 478.

195 Ebd. 478.

196 Keupp 1995a, S. 486.

197 Ebd. S. 487-488.

198 Ebd. S. 490.

199 Bach 1995.