

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 reichert – 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 Trialog 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 authentischer, gleichberechtigter und auf »Wir-Wissen« beruhender Zugang zu den hilfesuchenden Patient*innen/Klient*innen erreicht werden. Dariüber 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.

wichtige Themenfelder der DGSP in diesem Jahrzehnt geblieben oder geworden. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, dass die Diskussionen insbesondere auf den Jahrestagungen eine »neue Qualität« erreichten, da sie nun meist »trialogisch« verliefen. Zunächst ging es bei der DGSP jedoch um ein weiteres Thema, welches seit Beginn der Psychiatriereform virulent war – nämlich den Streit um psychiatrische Fachkrankenhäuser oder psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäuser, der nun auch überlagert wurde um den Streit um »Spezialisierung« versus »Regionalisierung«. Vor 5 Jahren bezichtigte Manfred Bauer die DGSP, dass sie in diesem Streit, bzw. überhaupt zur klinischen Versorgung keine wirkliche Stellung bezogen hat.¹⁹⁷ Dies wird sich nun ändern.

Ein Ausgangspunkt der Auseinandersetzung innerhalb der DGSP bzw. im Vorstand, war die Umstrukturierung der Gütersloher Klinik nach der Pensionierung von Klaus Dörner. Die neue Klinikleitung ging nun daran, die Klinik zu »modernisieren«, neu zu bauen und Spezialabteilungen einzurichten. Dies sorgte für große Irritationen (nicht nur) bei der DGSP, die die bisherigen Behandlungsprinzipien der »Regionalität«, der »Lebensnähe« und der »Alltagsorientierung« akut gefährdet sahen, und befürchtet eine verschärzte »Marktorientierung«. Die DGSP schrieb einen offenen Brief an den Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL), in dem sie auf die Dinge hinwies.¹⁹⁸ Natürlich wurden die Vorwürfe von LWL und Klinikleitung schärfstens zurück- und darauf hinwiesen, dass die Sozialpsychiatrie nicht gefährdet sei. Ein anderer Ausgangspunkt der Auseinandersetzung war ein fast zeitgleich erschienenes Papier des Arbeitskreises der Chefärzte und Chefärztinnen von Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie an Allgemeinkrankenhäusern (ACKPA)¹⁹⁹, der für eine breite Diskussion sorgte.²⁰⁰ Der Zusammenhang beider Stränge der Diskussion wurde in der DGSP gesehen,²⁰¹ jedoch konnte sich der Vorstand zu keiner eindeutigen Positionierung durchringen. Stattdessen rief Vorstandsmitglied Sebastian Stierl in seinem Kommentar zu einer Debatte auf, wobei er betonte: »Dabei macht die DGSP aus ihrer Sympathie für die psychiatrische Abteilung keinen Hehl – die Gleichstellung von körperlich und psychisch Kranken ist da am ehesten realisiert, wo sie eine gemeinsame Eingangstür benutzen – das Diktum vom ›Sonderkrankenhaus‹ trifft die LKHs an ihrer empfindlichsten Stelle.«²⁰² Eine Debatte wurde in der DGSP nicht intensiv weitergeführt, da sie von anderen Themen abgelöst wurde, im Krankenhausbereich vor allem jedoch um die Diskussionen um Regionalbudgets und außerstationäre Versorgungsformen. Aber es wurde eine faktische Entscheidung getroffen. In dem Positionspapier, welches die DGSP im »Arbeitskreis 2002 ...« vorlegte (siehe unten), beschritt sie den »Königsweg«, nämlich die Berücksichtigung beider Krankenhaustypen: »Es ist sicherzustellen, dass die Vorgaben der Psych-

¹⁹⁷ Bauer 1995.

¹⁹⁸ DGSP-Vorstand 2000.

¹⁹⁹ ACKPA 2000.

²⁰⁰ Z.B. auf der Jahrestagung der AKTION PSYCHISCH KRANKE. Vgl. Cranach 2001.

²⁰¹ Zechert 2000.

²⁰² Stierl 2000a.

PV an sämtlichen Krankenhäusern und psychiatrischen Abteilungen vollständig umgesetzt werden.«²⁰³

Bevor ich hiermit genauer beschäftige, muss allerdings berichtet werden, dass die Geschäftsstelle der DGSP am 5. Oktober 2001 ihre neuen Räume in der Zeltinger Straße in Köln-Zollstock einweihen konnte, und damit die »Zeiten der Katakombe in Köln-Ehrenfeld nach langen Jahren des Aushaltens und Erduldens vorbei sind« – so der Vorsitzende der DGSP, Günter Stork, bei seiner Eröffnungsrede²⁰⁴. Heidemarie Helfrich, Michaela Hoffmann und Richard Suhre waren hocherfreut.

Zurück zur Politik: Am 28. Mai 2002 legte die DGSP zum ersten Treffen des »Arbeitskreises zur Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung« im Bundesgesundheitsministerium ein Positionspapier vor.²⁰⁵ Unter den Grundsätzen der »Normalisierung« und »Lebensweltorientierung«, einer »personenbezogenen Sichtweise« sowie einer »kooperativen Finanzierung«, entsprechenden Steuerungsmodalitäten und »volle Einbeziehung psychisch Kranker und Behinderter in alle sozialen Sicherungssysteme« wurden für die unterschiedlichen Sozialrechtsbereiche gefordert.

- Umsetzung und Fortentwicklung von ambulanter Behandlungspflege und Soziotherapie.
- Vollständige Umsetzung der Psych-PV und Flexibilisierung der Krankenhausversorgung (sic!).
- Nutzung aller Formen zur integrierten Versorgung, und
- Re-Integration von Psychotherapie und Psychiatrie in der ambulanten Versorgung.
- Die Fortentwicklung und »Ambulantisierung« des RPK-Konzeptes etc.
- Eine »Heim-Enquête«.
- Eine Zusammenfassung der Eingliederungshilfen in einer Hand (§ 100 BSHG) sowie die personenzentrierte Flexibilisierung der Finanzierung im BSHG.
- Die Vernetzung von Versorgungsbereichen im »Gemeindepsychiatrischen Verbund« mit entsprechenden Finanzierungsformen.
- Die Entwicklung von verbundorientierten Steuerungsinstrumenten und integrierter Psychiatrie-Berichterstattung.
- Die Novellierung des Betreuungsrechtes und die Reformierung der Forensik.

Bedeutsam hierbei ist einiges. Die DGSP schwenkt hier in ihrem Positionspapier voll auf die Linie, die durch den »personenzentrierten Ansatz« der APK vorgegeben war und unterstützte diesen. Darüber hinaus wird hier nicht eine Forderung nach einem regionalen Budget erhoben, obwohl vieles in dem Papier in diese Richtung hindeutet. Und, wie oben schon angedeutet, positioniert sich die DGSP praktisch zu allen Formen der Krankenhausversorgungen positiv. Es scheint so, als ob die DGSP damit ganz auf einen pragmatischen Kurs einschwenkt, der jedoch weiterhin ihre Stärken hervorhebt, nämlich die Psychiatrie auch innerhalb einer umfassenden Perspektive zu betrachten – hier vor allem auch im Rahmen der Rehabilitation, Teilhabe, Betreuungsrecht und

203 DGSP-Vorstand 2002, S. 42.

204 Hoffmann 2002.

205 Vgl. zum Folgenden: DGSP-Vorstand 2002.

Forensik. Ein Jahr später wird die DGSP z.B. eine dezidierte Stellungnahme zur Reform des Betreuungsrechts vorlegen.²⁰⁶ Zur gleichen Zeit beteiligt sie sich – kritisch – an dem Konsensverfahren zu den Leitlinien »psychosoziale Therapien« der DGPPN. Unter ihren Mitgliedern macht sie sich mit dieser pragmatischen Orientierung nicht nur Freund*innen. Es war für die DGSP naheliegend, dass sie – wie vor circa 10 Jahren versucht – mit dieser Orientierung keine eigenständige Programmatik entwirft, denn diese war in dem 1999 erschienenen Bericht der »Kommission zur Personalbemessung« umfangreich entworfen worden²⁰⁷ und wurde gegenwärtig »implementiert«. So entschied sich die DGSP dafür, für bestimmte Bereiche, die ihr wichtig waren bzw. in denen die DGSP eine eigenständige Position offensiv vertreten wollte, sog. Denkanstöße zu verfassen. Die ersten »denk-an-stöße« erschienen 2003. Sie wurden fortentwickelt, ergänzt und 2008 überarbeitet und umfassten kritische Anmerkungen und Forderungen zu 13 Themenbereichen. Mittlerweile liegen die überarbeiteten und stark erweiterten Denkanstöße seit 2017 in der 5. Auflage vor und umfassen die Bereiche:

1. Denkanstöße der DGSP – der Rahmen.
2. UN-Behindertenrechtskonvention: Rechte psychisch erkrankter Menschen durchsetzen.
3. Dialog, Trialog und Offener Dialog.
4. Gesundheit – als Spielball für wen?
5. Früher sterben und schlechter leben mit Neuroleptika? Medikamente auf dem Prüfstand!
6. »Gute Arbeit« für alle!
7. Wer komplexe Probleme hat, hat kaum Alternativen zum Heim, zur fremd organisierten Lebensweise, oder doch?
8. Forensik – »Spiel nicht mit den Schmuddelkindern!«
9. Suchtkrankenhilfe muss sich vom starren Abstinenzdogma lösen.
10. Keine Psychiatrie ohne Psychotherapie!
11. Psychiatrische Pflege im psychosozialen Kontext.
12. Krieg – Flucht – Trauma – psychiatrische Hilfen.
13. Die europäische Psychiatriepolitik beeinflussen und von den Nachbarn lernen!
14. Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung brauchen qualifizierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter!
15. Psychiatrische Forschung – wofür, wie und mit wem?
16. Raus aus dem Getto – eine Stadt für alle! Inklusion leben!
17. Durchsetzung einheitlicher Standards und Regeln für das Betreute Wohnen in Familien (BWF).
18. Gerontopsychiatrie – Wir werden alle älter!
19. Ethik.²⁰⁸

206 DGSP-Vorstand 2003b.

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

208 DGSP-Vorstand 2017b.

Das Ziel ist- so die Einleitung – »eine Art Manifest sozialpsychiatrischer Grundhaltungen zu erstellen, die auch für einzelne Tätigkeitsfelder in der heutigen Sozialpsychiatrie Werte, Positionen und Orientierungen geben. Letztlich geben sie einen Blick auf die Grundhaltungen und fachlichen Standards der DGSP frei, aber auch auf die pluralistische und offene Diskussion innerhalb des Verbandes, die es ermöglicht, berufsgruppen-, Methoden- und institutionsübergreifend und unabhängig zu diskutieren und sich einzumischen«.²⁰⁹

Ein relevanter Themenbereich, der eine lange Tradition in der DGSP hatte, wurde zu Beginn der 2000er-Jahre wieder aufgegriffen, das Thema Heime. 1998 wurde der Fachausschuss »Menschen in Heimen« gegründet.²¹⁰ Er setzte sich zum großen Teil aus (leitenden) Mitarbeiter*innen zusammen, die meist in psychiatrischen Wohnheimen arbeiteten, und umfasste in seinen »besten« Zeiten mehr als 35 Mitglieder, eine für DGSP-Fachausschüsse astronomische Zahl. Im Jahre 2001 veröffentlichte er »Eckpunkte« bzw. sein »Manifest« als Grundlage und Zielrichtung seiner Arbeit.²¹¹ Zentrale Aussage des Fachausschusses war: »Der FA fordert die Abschaffung der Institution Heim. Heime sind keine angemessenen Lebensorte für Menschen mit psychischen Erkrankungen.«²¹²

Darüber hinaus stehen Forderungen nach Vernetzung und Kooperation der Heime innerhalb ihrer Region, Qualitätsanforderungen an Heime sowie die Beteiligung von Nutzer*innen auch an Planungen und Konzepten sowie ein Beschwerdewesen. Eine weitere wichtige Forderung ist die nach einer Heim-Enquête, die schon Klaus Dörner auf der Tagung der APK zum 25-jährigen Bestehen der Psychiatrie-Enquête angemahnt hatte.²¹³ Die »Soziale Psychiatrie« widmete – erneut – dem Thema Heime ein Schwerpunkttheft, in dem neben den »Eckpunkten« die Positionen dargelegt wurden. Christian Zechert sieht das Problem eher auf der Ebene der Träger der Eingliederungshilfe und fordert einen politisch geförderten Reformwillen der Heime.²¹⁴ Joachim Heimler, Gründungsmitglied des Fachausschusses, referiert die zentralen Positionen des Fachausschusses, die jedoch etwas relativiert werden. Für ihn ist die »Deinstitutionalisierung« der Heime ein Weg, der mit »Normalisierung« der Hilfen beginnt und weiter geht in Richtung »Servicecenter mit ambulanten Hilfsangeboten«. Auf diesem Weg kann es »gute« Heime geben, z.B. die, die die Qualitätsanforderungen des Fachausschusses beachten.²¹⁵ Dörner besteht weiterhin auf einer Strategie der Deinstitutionalisierung und dem »Recht auf kommunale Integration«. Dies benötigt einen politischen Willen, der parlamentarisch abgesichert sein muss; die Dauer eines Deinstitutionalisierungsprozesses wäre dann sekundär und »kann sich über 30 oder 50 Jahre erstrecken, was freilich nicht auf die Heimteile der ehemaligen Großkrankenhäuser bezieht, die schon jetzt bei hinreichender Chronisch-Kranken-Professionalität keine Existenzberechtigung mehr

209 Ebd. S. 2.

210 Schulze-Steinmann 1998.

211 DGSP-FA Menschen in Heimen 2001.

212 Ebd. S. 38.

213 Dörner 2001c, S. 51.

214 Zechert 2001.

215 Heimler 2001.

haben«.²¹⁶ Renate Schernus bringt eine nachdenkliche Note in die Diskussion. Sie unterstützt zwar im Prinzip eine Strategie, die ambulant und barrierefrei (niedrigschwellig) verläuft, sieht aber auch Gefahren des »Normalisierungsprinzip«, und: »Ich weiß es nicht. Was mich zögern lässt, ist die Tatsache, dass in kleinen Wohngruppen die Indirektheit der Betreuung, die Ansprache so ganz nebenbei zurzeit leichter möglich scheint als bei den ambulanten Betreuungsverhältnissen.«²¹⁷ Susanne Heim beschreibt anhand dies Schicksals ihres Sohnes, der zweimal in eine stationäre Unterbringung »gezwungen« wurde, die positive Entwicklung und kommt zum Ergebnis: »Nicht ob, sondern wie Heime sein müssen – das ist die Frage.«²¹⁸ Das Gegenteilige beschreibt Klaus Laupichler anhand seines eigenen Lebensweges. »Im Wohnheim waren Kontrolle und Zwang angesagt.« Und den Prozess der Institutionalisierung des Heimträgers beschreibt er so: »Dieser Reha-Verein wurde mit lauter Motiven gegründet. Aber er ist genau das Gegenteil von dem geworden, weswegen er gegründet wurde. Eine Verwahranstalt, zwischenzeitlich integriert im gemeindepsychiatrischen Verbund.«²¹⁹ Günter Stork, Mitglied des geschäftsführenden Vorstands der DGSP und Hans Cordshagen, beide Mitglieder des Fachausschusses Heime, lehnen Heime nicht grundsätzliche ab. Günther Stork hält eine Differenzierung unterschiedlicher Heimtypen für obsolet und Heime für bestimmte Menschen für notwendig. »Es gibt eben Betroffene, die Geduld und Langmut für sich einfordern und somit die Geschütztheit des Heimes für einen Lebensabschnitt brauchen. Brauchen deshalb, weil eine klinische Begleitung nicht mehr notwendig, aber eine ambulante Versorgung noch zu überfordernd ist.«²²⁰ Hans Cordshagen bringt »Wohnverbünde« ins Spiel, die eine Flexibilität für Betroffene und Einrichtungsträger gewährleisten. Für stationäre Betreuung seien aber gewisse Standards unabdingbar.²²¹

2002 stand die Jahrestagung der DGSP in Stuttgart unter dem Motto »Meine Wohnung, (d)ein Heim«. Renate Schernus begann ihren – wie meist – nachdenklichen Vortrag mit den Worten: »Beim Wohnen, sofern von Psychiatrie in irgendeiner Weise tangiert, handelt es sich um ein Gelände mit üppigem Sowohl-als-auch.«²²² Am Ende ihres Vortrages, in dessen Verlauf sie unterschiedliche Bedürfnisse, Barrieren, Institutionalisierungen, Standards und Beziehungen kritisch reflektiert, kommt sie zu einem Ergebnis: »Es ist normal, verschieden zu sein. Daraus folgt, dass es auch normal ist, verschiedene Wohnbedürfnisse zu haben, die sich zum Teil aus einem unterschiedlichen Einsamkeits- oder Gemeinschaftsbedarf von Menschen ergeben, aber auch immer aus wichtigen Kontextvariablen.«²²³ Elisabeth Hopfmüller von der »Forschungsgemeinschaft »Menschen in Heimen« der Universität Bielefeld fordert und begründet eindringlich eine »Heim-Enquête«, die neben einer empirischen Erhebung vor allem die Aufgabe hätte, eine Öffentlichkeit herzustellen und »das System als Ganzes einmal

216 Dörner 2001b, S. 21.

217 Schernus 2001, S. 17.

218 Heim 2001, S. 22.

219 Laupichler 2001, S. 25.

220 Storck 2001, S. 28.

221 Cordshagen 2001.

222 Schernus 2003, S. 8.

223 Schernus 2003, S. 12.

infrage stellen und dadurch den fälligen Paradigmenwechsel von der Formel »ambulant vor stationär«, die ja implizit beinhaltet, dass nach Ausschöpfung der ambulanten Angebote stationäre bereitgehalten werden müssen, hin zu einer »Community Care« (dann für alle) einläuten.«²²⁴ Dieser Forderung, am Ende der Tagung in eine Resolution umgesetzt, schlossen sich die Tagungsteilnehmer*innen an, und verlangten: »Enquête der Heime« einsetzen – jetzt!«²²⁵

Anfang 2003 legte der Fachausschuss Menschen in Heimen, der seine Positionen auch in einer Veröffentlichung zur Diskussion gestellt hatte,²²⁶ eine Broschüre »Kriterienkatalog für Heimaufsichten zur Überwachung von Wohnheimen für psychisch erkrankte Menschen«²²⁷ vor, die innerhalb der DGSP heftig kritisiert wurde. Der FA wollte damit Heimaufsichten in die Lage versetzen sozialpsychiatrische Standards zur Überwachung von Heimen anzuwenden und sah sich in der »paradoxen Situation, einerseits die Kontrolle der Heime zu fordern und andererseits deren Auflösung voranzutreiben.«²²⁸ 2004 fand eine gemeinsame Tagung der DGSP und der von Bodelschwinghschen Anstalten Bethel, Stiftungsbereich Gemeindepsychiatrie, statt. Eine »Heim-Enquête« war auf dieser Tagung kein Thema mehr, auch nicht mehr die Abschaffung von Heimen, sondern es ging eher um die Frage der Qualität von Heimen und deren Funktion in Verbundsystemen sowie um die Frage individueller Bedürfnisse und personenbezogene Hilfeplanung und Unterstützung. Wolfgang Bayer versuchte zu umschreiben, wann unter welchen Aspekten Heime dann einen Sinn haben könnten, wenn sie aufgrund eines individuellen Bedürfnisses oder (personenzentrierten) Wunsches angezeigt sind, in einem Hilfesystem (GPV) mit anderen Einrichtungen und Dienste eng verzahnt sind und über eine Reihe von Qualitätsmerkmalen verfügen. Entscheidend ist die Qualität der individuellen Hilfeplanung.²²⁹ In eine ähnliche Richtung argumentierte Petra Gromann. Ihr ging es in erster Linie darum wie man zu einer »Inclusion« gelangen könnte.²³⁰ Klaus Laupichler hat zwar mit Heimen schlechte Erfahrungen gemacht, wendet sich aber trotzdem gegen die Auflösung aller Heime²³¹ und Klaus Dörner formulierte einen »Qualitätskatalog für den zukunftsfähigen »guten Heimleiter«.²³² Im Vorfeld des Kongresses »Community Living« der DGSP und der Ev. Stiftung Alsterdorf im Oktober 2006 formulierte Harry Keuner noch einmal Anforderungen an das »ideale« Wohnheim.²³³ Der Kongress Community Living fand, wie gesagt, als Kooperationsprojekt, statt. Initiativ hierbei war der Fachausschuss Menschen in Heimen, der eng mit Mitarbeiter*innen der hamburgischen Ev. Stiftung Alsterdorf zusammenarbeitete. Die Stiftung ging einen Weg der »Deinstitutionalisierung«, indem sie auf der einen Seite in hamburgischen Quartieren Wohnungen und

²²⁴ Hopfmüller 2003, S. 17.

²²⁵ DGSP-Jahrestagung 2003.

²²⁶ Schulze-Steinmann et al. 2003b.

²²⁷ Schulze-Steinmann et al. 2003a.

²²⁸ DGSP-Vorstand 2003a.

²²⁹ Bayer 2004.

²³⁰ Gromann 2004.

²³¹ Laupichler 2004.

²³² Dörner 2004b.

²³³ Keuner 2006.

Verbünde errichtete, in denen ihre – nun ehemaligen – Heimbewohner*innen nun betreut wohnen konnten. Auf der anderen Seite holte die Stiftung soz. die Gemeinde in das Anstaltsgelände hinein, um so die Anstalt in ein Wohnquartier zu transformieren. Hierbei bediene sie sich moderner Konzepte und Methoden insbesondere des amerikanischen »Community Living«, wie Anne Dore-Stein erläuterte.²³⁴ Dies bedeutet, der Kongress ging nicht vornehmlich um Heime, Auflösung etc., sondern die Perspektive veränderte sich in Richtung Inklusion,²³⁵ bürgerschaftliches Engagement und Gemeinwesenarbeit.²³⁶ Klaus Laupichler blieb skeptisch.²³⁷

Auf einer Nachbesprechung zur Tagung im erweiterten Vorstand, wurde einerseits die Tagung als recht gelungen betrachtet, jedoch auch in einigen Punkten deutliche Kritik geübt. Insbesondere die Diskussionskultur, die Unterbindung von Diskussionen zu den zum Teil kontrovers aufgenommenen Vorträgen wurde bemängelt. Darüber hinaus waren wenig Psychiatrie-Mitarbeiter*innen, Betroffenen und Angehörige anwesend, sodass kein Trialog stattfinden konnte. Mit den Vertreter*innen des Fachausschusses und der Ev. Stiftung Alsterdorf gab es kein Einvernehmen hinsichtlich der Einschätzung und so wurde das Angebot der Stiftung, – heftig unterstützt vom Fachausschuss – eine weitere Tagung im Jahre 2008 zu veranstalten, skeptisch aufgenommen.²³⁸ Die Tagung kam nicht zustande, unter anderem auch weil der hamburgische Landesverband, die HGSP, eine der nächsten Jahrestagung ausrichten wollte. Gewissermaßen wurde dann mit der Jahrestagung 2009 unter dem Motto »Raus aus dem Getto ... Gemeinsam leben im Stadtteil« in Hamburg ein Kompromiss gefunden, denn hier trat die DIAKONIE-Hamburg als Mitveranstalterin auf.²³⁹ Auf dieser Tagung wurde vor allem das Thema »Community Living« unter dem Aspekt des »Sozialraumes« breit diskutiert.²⁴⁰

Die Themen des »Community Living« sowie der »Sozialraumorientierung« fanden Eingang in die fachliche Ausrichtung des Fachausschusses – und darüber hinaus. Deutlich wurde das unter anderem in der Stellungnahme des Fachausschusses zum neuen Heimrecht, welches in der Folge der Föderalismusreform notwendig geworden war.²⁴¹ Nun wurde Wert darauf gelegt: »Nicht die Sonderwelt der professionellen Unterstützungsleistung (z.B. im Heim) mit ihren Sonderregeln, sondern das Leben in Nachbarschaften, der möglichst barrierefreie Zugang zu unterschiedlichen gesellschaftlichen Lebensbereichen, allgemein formuliert, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, sollen

234 Stein 2007.

235 Clausen 2007; Dörner 2007a.

236 Wunder 2007.

237 Laupichler 2007.

238 DGSP-Vorstand 2007.

239 Das war ein raffinierter Schachzug, denn die DIAKONIE in Hamburg arbeitete im Gegensatz zur Ev. Stiftung Alsterdorf eng mit den übrigen Einrichtungsträgern der Sozialpsychiatrie – auch der HGSP – eng zusammen.

240 Vgl. vor allem das Themenheft der Sozialen Psychiatrie 34 (2) 2010. Hier insbesondere Budde und Früchtel 2010 Aber auch schon vorher: Kessl 2009.

241 Die »Föderalismusreform I« regelte seit 2006 die Zuständigkeiten und Kompetenzen zwischen Bund und Ländern neu. Aus diesem Grund musste auch das bisher allein vom Bund geregelte »Heimrecht« geändert werden. Die Länder regelten daraufhin das »Heimrecht« in den sog. »Wohnteilhabegesetzen«.

das anzustrebende Ziel sein«. Dies bedeutet, dass das Heimrecht nur auf eine eng begrenzte Art der Einrichtung angewendet werden sollte und nicht auf »selbst organisierte Wohnformen oder ambulant gewährte Unterstützungsleistungen«.²⁴² Ansonsten wurde gefordert, die Teilhabemöglichkeiten und Lebensweltorientierung zu stärken, Mitwirkungs- und Partizipationsrechte zu stärken und die Kontrollmöglichkeiten auch auf Aspekte der sozialpsychiatrischen Arbeitsweisen, Lebensqualität, Verwirklichung von Bürgerrechten und Empowerment zu richten. Auch die Qualifikation der Mitarbeiter*innen ist zu entwickeln, Eigenverantwortung der Träger unterstützen, Entbürokratisierungspotenziale auszuschöpfen und im Bund eine einheitliche Rechtsanwendung zu garantieren. Nicht nur der Fachausschuss bezog sich hierbei auf die Diskussion um Selbsthilfe, Partizipation und Empowerment, die mit dem zunehmenden Selbstbewusstsein der Psychiatrierefahrenen zunehmend relevanter wurde. Insbesondere Heiner Keupp stellte sich an die Seite einer »empowerten« Selbsthilfe und forderte »Mut zum aufrechten Gang«.²⁴³ Seine These ist, dass »angesichts einer spürbaren Lähmung in der professionellen Reformszene [sind] es gegenwärtig vor allem einige Gruppen von Psychiatriebetroffenen (...), von denen Veränderungsimpulse ausgehen.« Er konstatiert, dass die Selbsthilfebewegung sich in den letzten Jahren stark entwickelt habe und »in der Mitte der Gesellschaft« angekommen sei. Mit der »Community Care« kommt die Perspektive der Partizipation an gesellschaftliche Normalität und die Souveränität über das eigene Leben erlangt man/frau über Partizipation und Empowerment. Neben einer salutogenetischen ist für ihn die Empowerment-Perspektive entscheidend, da sie eine sowohl individuelle als auch gesellschaftliche Perspektive im Rahmen von Verwirklichungschancen verfolgt. Empowerment ist für Keupp nicht zuletzt ein politisches Projekt, das sich gegen gesellschaftliche Ungleichheit und Benachteiligung richtet.

Hierauf bezogen sich unter anderem die »Denkanstöße«, die 2010 um das Thema Heime erweitert wurden, jedoch noch nicht. Es wurde bemängelt, dass viele Menschen »wohnortfern« in Heimen untergebracht werden. Gefordert wurde, dass bestehende Heime sich zur Stadtteilkultur öffnen und Teil des sozialpsychiatrischen Netzwerks sein sollten. Insbesondere in ländlichen Gebieten soll der Schwerpunkt in der ambulanten Versorgung liegen, Hilfeberechtigte sollte eigenständige Mieter der Wohnungen sein und die Finanzierung von Wohnen und psychosozialen Hilfen sollte getrennt erfolgen. Auch eine Heim-Enquête wurde gefordert. Im Jahre 2012 stellt der Fachausschuss »Menschen in Heimen« die Broschüre »Eingliederungshilfe auf dem Weg zur Inklusion« vor. Hier heißt es im Vorwort mit Bezug auf notwendige Veränderungen in der Folge der UN-BRK: »In dieser Veränderungsphase stellt der Fachausschuss Menschen in Heimen in der DGSP zur Diskussion, was dies für die Betreuung von Menschen mit psychischen Behinderungen in der Wohnform Heim bedeuten kann und muss. Die sozialpsychiatrische Landschaft hat sich gewandelt, hin zu einem ambulanten, differenzierten und auf die Person zentrierten Hilfesystem. Darin sind sozialpsychiatrische Wohnheime immer noch ein wichtiger Teil; insbesondere für Menschen mit hohem und komplexem Hilfebedarf, stellen sie oftmals die einzige Möglichkeit zum Wohnen mit fachlicher Unterstützung dar. In der Fachöffentlichkeit werden sie dennoch seit Jahren

242 Vgl. auch zum Folgenden Arms et al. 2007.

243 Vgl. zum Folgenden: Keupp 2007.

eher ungern und wenig wahrgenommen, bisweilen mit der Begründung, das System Heim sei überholt und würde nur noch für eine überschaubare Zeit genutzt. Die Realität gestaltet sich anders.«²⁴⁴ Die DGSP hatte ihren Frieden mit den Heimen gemacht.

Allerdings geht die Diskussion weiter: Dass das Heim überholt ist, aber zugleich »Glanz und Elend der Psychiatriereform« markiert, darauf wiest Michael Eink in seinem zusammenfassenden Aufsatz hin, in dem er weitere Reformen in Richtung »Ambulantisierung« anregt.²⁴⁵ Neuerdings geht zumindest ein Teil der Diskussion in eine ganz andere Richtung: Unter Bezugnahme auf den Dörner'schen Begriff von »den Schwierigsten« sowie auf die zunehmende Ökonomisierung und Singularisierung der Gesellschaft mit der Begleiterscheinung der »Egalisierung des Andersseins« kritisieren Fritz Bremer und Wolfgang Bayer eine Situation, »wo die »Verflüssigung« der Gegensätze dazu benutzt wird, die »Sonderwelten« für Menschen mit Behinderungen polemisch zu diffamieren und durch Gesetzgebung infrage zu stellen. Ziel ist, dadurch zu einer Reduzierung des Mitteleinsatzes zu kommen, um die Standortvorteile im globalisierten Wettbewerb zu verteidigen, zu sichern und am Ende folglich nur noch die Menschen zu unterstützen, bei denen es sich lohnt.«²⁴⁶ Heime mutieren hier zum Bollwerk gegen den globalisierten Kapitalismus.

Ein ganz wesentlicher Streit innerhalb der DGSP war der um den personenzentrierten Ansatz der AKTION PSYCHISCH KRANKE. Zwar hatte der Vorstand der DGSP sich hinter den Ansatz gestellt, die »Kölner Erklärung« des Kontaktgesprächs Psychiatrie unterzeichnet und sich 2002 in ihrem »Positionspapier« eindeutig dazu bekannt. Darüber hinaus bot sie Fortbildungen zum personenzentrierten Ansatz und insbesondere zum Umgang mit dem IBRP an.²⁴⁷ Jedoch wurden die Aktivitäten der APK auch kritisch verfolgt. Jörg Demand veröffentlichte 1995 eine erste Kritik, die die Gefahr einer »Entmenschlichung und Re-Medizinisierung« aufzeigte.²⁴⁸ Auch Ursula Plog zeigte sich 1996 erbost über den IBRP in Berlin Reinickendorf.²⁴⁹ Jedoch entzündete sich die Diskussion um den personenzentrierten Ansatz, meist anhand des IBRP; erst ab dem Jahr 2000 und kam – nicht zufällig – in der Mitte des Jahrzehnts zu seinem Höhepunkt. Jörg Demand erneuerte 2000 seine Kritik, wo er die aus seiner Sicht große Begrenztheit des Instrumentes im Hinblick auf die Gestaltung einer therapeutischen Beziehung herausstellte: »Indem den sog. personenbezogenen Hilfen an einem klaren, zielorientierten Weg liegt, vergeben sie mit Sicherheit die therapeutische Chance, die darin liegt, mit dem Klienten gemeinsam, hinhörend und begleitend nach seinem Weg zu suchen. Indem die sog. personenbezogenen Hilfen die »Ursache« – den Hintergrund – abspalten, vergeben sie möglicherweise die therapeutische Chance, die darin liegt, das vordergründige Symptom als Ausdruck einer Krise, einer Identitätsverletzung zu begreifen und nach Lösung suchend damit umzugehen.«²⁵⁰ Ursula Plog sprach in

244 DGSP-FA Menschen in Heimen 2012, S. 2.

245 Eink 2017.

246 Bremer und Bayer 2019, S. 38.

247 In den nächsten Abschnitten verwende ich das Kürzel »IBRP« auch dann, wenn es den »personenzentrierten Ansatz« betrifft.

248 Demand 1995.

249 Plog 1996.

250 Demand 2000, S. 33.

derselben Ausgabe der SPI, dass die Sozialpsychiatrie sich im »zwanghaften Erstellen von Strichlisten« verliere. Sie kommt zum Ergebnis: »Vielleicht ist das, was als Reduktion erscheint oder als zwanghaft bewertet wird, eine Datensammlungsphase, die uns zu neuen Erkenntnissen von gemeindlichen und sozialpsychiatrischen Entscheidungs- und Hilfsprozessen verhilft. Wir hätten dann alle geholfen, dass neues Wissen entsteht. Die Gefahr ist, dass Kontrollen verschärft werden, Zwänge größer, Wahlmöglichkeiten noch mehr eingeschränkt und dass die Bindungsfähigkeiten von Patientinnen und Patienten jenseits der Kontakte zu den Helfenden verkümmern. Das IBRP immanente Konzept der Personenzentriertheit schützt nicht vor Missbrauch, weder vor persönlich noch vor politischem. Wer kontrolliert die planenden Helfer?«²⁵¹

Zur selben Zeit erscheint ein Artikel von Ulrich Seibert in der Sozialen Psychiatrie, in dem er den »neuen Kurs« der DGSP dahingehend kritisiert, dass er »überschattet durch eine neuerliche Favorisierung von medizinischen Modellen der Sozialpsychiatrie« wird, die die gemeindepsychiatrischen Grundideen zugunsten einer medizinischen Hilfsfunktion aufhebe. Seine Kritik wendet sich vor allem an die Art der Finanzierung, die zunehmende Bürokratisierung und den gemeindepsychiatrischen Verbund: »Die GPV-Idee ist auf dem Weg, aus der Gemeindepsychiatrie eine totale Institution im Sinne von Goffman zu machen und damit Strukturen der traditionellen Anstaltspsychiatrie zu übernehmen.«²⁵² Hierzu erfolgt zunächst eine je kurze Replik von Jörg Demand und Joachim Speicher. Wie zu erwarten stimmt Jörg Demand den Ausführungen zu und erweitert sie um methodische Probleme des Ansatzes, die er ausmacht in der Abspaltung des lebensgeschichtlichen Kontextes, die »Kundenperspektive« und befürchtet, dass »Gemeindepsychiatrie zu einem straff organisierten, leicht kontrollierbaren Geschäft wird«.²⁵³ Joachim Speicher verteidigt den IBRP, indem er als erstes den IBRP in seinem Sinngehalt noch einmal erläutert und auf das Problem der Niedrigschwelligkeit und Kooperation eingeht und dann die Intention der APK erläutert: »Die Aktion psychisch Kranke macht mit ihren Vorschlägen zum personenzentrierten Denken und Handeln eben mehr als den Versuch, ein Instrumentarium zur Erhebung und Erfassung von Hilfebedarfen zu entwickeln. Es ist der gelungene Entwurf, endlich die Dinge so zusammenzufassen, dass die Gemeindepsychiatrie, von der Ulrich Seibert spricht, verwirklicht werden kann.«²⁵⁴

Richtig heiß befeuert wird die Diskussion durch einen Vortrag von Klaus Dörner auf einer Tagung des Landschaftsverband Rheinland am 19. April 2004, wo er unter der Überschrift: »Das Handeln der psychosozialen Profis – zwischen individueller Hilfeplanung und Begleitung im Lebensfeld« die Psychiatrieentwicklung der letzten 30 Jahre kritisiert.²⁵⁵ Die Psychiatrieentwicklung ist, so Dörner, zunehmend unter die »die Räder des neuen Marktdenkens« gekommen, worunter nicht nur »die Letzten« (»Selbstbestimmungsunfähigen«), sondern auch die »bürgerschaftliche Solidarität« »abgewählt« wurde. Er kritisiert den IBRP, nicht nur hinsichtlich Bürokratisierung, sondern auch,

²⁵¹ Plog 2000, S. 16.

²⁵² Seibert 2000, S. 45.

²⁵³ Demand und Speicher 2000, S. 34.

²⁵⁴ Ebd. S. 35.

²⁵⁵ Vgl. zum Folgenden Dörner 2004a.

dass Menschen ihrer Einmaligkeit beraubt sind, als Summe ihrer Defizite beschrieben werden, die Hilfeziele als Leistungsziele definiert werden und nicht als Anreicherung von Bedeutung – und anderes mehr. Für Dörner gilt. »Das Markt-Paradigma unterstellt also den selbstbestimmten Experten seiner selbst als Auftraggeber für die Reparatur von Leistungsdefiziten, also ihm eher Unbekanntes, und als Individuum, das es lebensweltlich-konkret gar nicht gibt, einem Menschenbild folgend, dem sich jeder Profi und sonstige Bürger empört widersetzen würde.«²⁵⁶ Klaus Dörner formuliert sein Fazit entsprechend dieser Fundamentalkritik entsprechend: »Das Dilemma des neuen Paradigmas, das im Kern ein Marktparadigma ist, nicht mal wesentlich Kosten senken wird und dafür von einem technokratischen Menschenbild, nicht mehr vom Letzten her fachliche Standards und Professionalität aushöhlt und dadurch für viele Behinderte eine mögliche kommunale Integration eher verhindert, dieses Dilemma kann nur durch ein grundsätzliches Umsteuern aufgelöst werden.« Sein Vorschlag: »Und daher können wir glaubwürdig nicht für unsere Einzelinteressen, sondern nur für die Bedrohung der solidarischen Gesamtgesellschaft auf die Straße gehen, aber das können wir.«²⁵⁷

Es war völlig klar und wohl auch bezeichnet, dass solche Positionen – nicht unähnlich den moralisch begründeten und mit missionarischem Gestus vorgetragenen Positionen zur Grundhaltung und Auflösungsbeschluss vor 30 Jahren – das in der DGSP organisierte oder ihr nahestehenden Fachpublikums aufwühlen würde. So folgte dann auch eine rege bis erbitterte Diskussion in der Sozialen Psychiatrie pro und contra.²⁵⁸ Nachdem sich seine erste »Konsternierung« gelegt hat, schreibt Peter Kruckenberg, dass er im Hinblick auf das Vordringen des Neoliberalismus sowie der Notwendigkeit, Gemeinwesen orientiert zu arbeiten, mit Dörner durchaus konform geht, aber da hört es auch schon auf. Er hält die vorgenommene »Entwertung von Selbstbestimmung« fatal sowie die Kritik am IBRP als »frontales Herumfummeln an Individuen« als »generalisierend abkanzelnd«. Die Polemik gegen Kontrolle, Dokumentation, zeitorientierte Finanzierung hält Peter Kruckenberg für überzogen, nicht zuletzt, da Hilfebedarfsgruppen ein »Bollwerk gegen Vermarktlichung« seien. Kruckenberg kommt zum Resümee: »Dein Artikel macht mir Unbehagen – diejenigen, die zurzeit nicht über das Anklagen hinauskommen und für die Kontrolle, Hilfeplanung, Dokumentation, Refinanzierung etc. sämtlich Werkzeuge des Teufels sind, können sich jetzt auf Dörner berufen. Das in einer Zeit, in der fachlich fundierte, persönlich engagierte und sehr differenzierte Auseinandersetzungen auf allen Ebenen, d.h. in den Einrichtungen, mit den Leistungsträgern, mit der Politik u.a. gefordert sind.«

Jörg Demand, der in vielen Punkten mit Dörner übereinstimmt, hat aber doch einiges zu kritisieren, insbesondere den Rigorismus und die Undifferenziertheit, die aus Dörners Kritik heraus scheint. Demand setzt sich damit auseinander, »was ich zunächst einmal im Blick auf die Frage der Deinstitutionalisation Dörners einseitigen und undifferenzierten Rigorismus nennen möchte«. Dies mag bei Frage des »Auflösungsbeschlusses« 1980 eine angemessene Haltung gewesen sein. Aber »Während vor 25 Jahren

²⁵⁶ Dörner 2004a, S. 40 Er weist damit implizit die vorgenannten Analysen von Bröckling und anderen zurück.

²⁵⁷ Ebd. S. 41.

²⁵⁸ Vgl. zum Folgenden Kruckenberg et al. 2004.

im Auflösungsbeschluss eine ziemlich pauschale und einseitige Diffamierung im Vordergrund stand, zeigt sich mir heute ein höchst differenziertes, manchmal auch undifferenziertes Bild, das nicht nach einfachen Entweder-oder-Kriterien bewertet werden darf.« Er bemängelt auch eine undifferenzierte Pauschalbewertung von Heimen und »bekommt bei der Lektüre einzelner Passagen des Artikels, wie z.B. verfassungsfeindlichen Organisationen, Geiselnahme, Lebenszeitdieben, »ein Frösteln auf der Haut«; dies gilt auch für den Aufruf, »wie vor 25 Jahren auf die Straße zu gehen.« Zum Ende seines Artikels beschwört Jörg Demand einen auf »reflexiver Distanz« beruhenden Umgang miteinander und – Supervision.

Matthias Rosemann entgegnet Dörner – und dabei auch die Soltauer Impulse – anhand der Erfahrungen in Berlin-Reinickendorf mit dem IBRP etc. Dort haben die Protagonisten, sich nicht im »zwanghaften Erstellen von Strichlisten verloren« sondern eher positive Erfahrungen gemacht. Das Instrument berücksichtige auch die Stärken und die Perspektive der Klient*innen sei nicht reglementiert worden. Allerdings teilt Rosemann die Sorgen um die Entwicklung des Sozialsystems, obwohl dies bei ihm konkreter ausfällt – nämlich mit Bezug auf die aktuelle Hartz-IV-Reform.

Eine sehr grundsätzliche Zustimmung mit Bezug auf die deutsche Vereinigung sowie religiöse Anklänge erhält Klaus Dörner von Wolfgang Kupfernagel, der sich zunächst bezieht auf ein »Niederringen« des kommunistischen Systems und der Einführung und Ausbreitung der Marktwirtschaft. In seinem Resümee bezieht er sich besonders auf diese Metapher: »Wir brauchen die Kommunikation über die Sachziele und über die Mittel, sie zu verwirklichen. Aber es gibt keinen vernünftigen Grund, uns aus dieser Kommunikation zu drängen oder drängen zu lassen. Und es gibt viel Grund, unser Menschsein und das Menschsein derer, für die wir uns haben verantwortlich machen lassen, nicht zur Disposition zu stellen. Rationalität, planende Vorausschau, Gestaltungswille, Macht- und Kontrollbedürfnisse gehören dazu, aber auch Vertrauen, Liebe, Treue, Geborgenheitsbedürfnisse und Verbundenheit mit anderen. Lassen wir uns nicht von den Reduzierern reduzieren. Ehe diese ihre Reduziertheit selbst erkennen, ist es für viele von uns zu spät. Deshalb: Auseinandersetzung jetzt! Kein Ringen mit dem Ziel des Niederringens. Aber Ringen schon.

Christian Reumschüssel-Wienert antwortet Klaus Dörner in seiner üblichen polemischen Art und versucht, ihm innere Widersprüche nachzuweisen. So schreibt er, dass die Kritik, Menschen durch Zuordnung in eine Gruppe bzw. »Gütekasse« ihrer Einmaligkeit zu berauben merkwürdig sei, da in den von Klaus Dörner angeregten Finanzierungsformen (z.B. Sozialraumbudgets) Menschen gar nicht mehr vorkommen und fragt, ob dies denn würdiger sei. Darüber hinaus geht er darauf ein, dass es sich bei dem IBRP eben nicht um einen »umfassenden rationalen Plan« handele, sondern um eine »zeitlich begrenzte Perspektive«, die sich zudem daran orientiere, was in einer individualisierten Gesellschaft ohnehin üblich sei: Man plant sein Leben. Er stellt die These auf, dass bei Klaus Dörner in seiner Ablehnung von »Hilfeplankonferenzen« und seinem Vorschlag, eine »Handvoll Profis« stattdessen entscheiden zu lassen, eine »Sehnsucht nach dem guten König« durchscheine. Sein Resümee ist: »Vielleicht sollten wir uns der Zukunft nicht verschließen, sie eher als Herausforderung sehen und nicht als Bedrohung. Vielleicht gibt es für uns Profis eine Perspektive, die zwischen arrogant-

besserwisserischen Dienern und coolen Dienstleistern liegt. Wie wär's mit »cooler Dienner«?

Eine – vorläufig letzte – Kritik formuliert Maria Rave-Schwank etwas später.²⁵⁹ Sie kritisiert zunächst erst einmal den Stil des Vortrages, den Klaus Dörner sich selbst exkulpierend als »rücksichtslos«, »einseitig« und »destruktiv« ankündigt und einlässt. Sie bezieht danach ihre Kritik auf drei Punkte: Kontrolle, Rückzug und Begegnung sowie Zukunftsplanung. Sie schreibt, dass man in der Arbeit nicht nur absoluten Freiraum benötigt, sondern auch Vorgaben, Regeln und Kontrolle. Hilfeplankonferenzen z.B. sind ein Instrument, um flexibler und weniger fixierend-kontrolliert zu arbeiten. Bei der Arbeit mit dem IBRP kommt es darüber hinaus darauf an, »wie miteinander gesprochen wird und wie dieses Instrument genutzt wird«. Rave-Schwank findet die disqualifizierende Kritik Dörners »ungerecht und kränkend«. Sie schreibt – unter Bezugnahme auf Douglas Bennet – zur Arbeit mit dem IBRP: »Für mich liegt in solchen begrenzten, konkreten und ganz individuellen Zeilen, die natürlich überprüft und verändert werden, das Herzstück einer Begleitung von Langzeitkranken versteckt. Wie viel Fantasie, wie viele Gesprächsthemen eröffnen sich dabei!«²⁶⁰ Soweit zu den Kritiken. So unterschiedlich die Kritiken auch waren, in einem waren sich alle Autor*innen einig: Die sozialstaatlichen Entwicklungen in Deutschland sowie die »Vermarktlichung des Sozialen« wurden einhellig abgelehnt.

Dörner antwortet auf seine Kritiker*innen noch einmal auf seine sehr heftige und grundlegende Art und Weise²⁶¹, wobei er sich auf den schon vorm zitierten Aufsatz von Ursula Plog aus dem Jahr 2000 bezieht und setzt sich mit den beiden unterschiedlichen Konnotationen des Begriffes der »Personenzentrierung« auseinander. Zum einen kann die fachliche Hilfe auf die Lebensgeschichte eines Menschen bezogen sein, in die Welt des anderen einzutreten, ohne sich darin zu verlieren« und in der anderen Perspektive »wird der Mensch zum Objekt von Verhandlungen, zum Hilfsobjekt, mit der Stärkung der Experten- und Profisicht.« Gerade in Zeiten des Neoliberalismus wird die »partnerschaftlich-dialogische Augenhöhe-Beziehung ein normativer Wunschtraum« (...) »und Selbstbestimmung bleibt Gefasel, wenn zum einen nicht mal Berücksichtigung findet, dass sie in Fremdbestimmung gründet, und wenn sie zum anderen nicht mit dem gleichgewichtigen Grundbedürfnis nach »Bedeutung für andere« balanciert ist.« Von diesem Ausgangspunkt aus ist nicht nur eine Sozialraumzentrierung und -budget das Mittel der Wahl, Klaus Dörner kritisiert von dieser Position auch seine Kritiker.

Jörg Demand antwortet er – leicht kryptisch – wie er denn den »Letzten«, dem aus betriebswirtschaftlichen Gründen die Freiheit vorenthalten wird, von seiner Bettkante bekomme. Matthias Rosemann weist er zurecht, dass, »je kränker ein psychisch Kranke ist, desto mehr habe ich als Profi doch gerade meine Zeit mit den menschlichen und materiellen Ressourcen drumherum zu verbringen, mit dem Sozialraum, statt am isolierten Individuum »herumzufummeln«.« Bei Wolfgang Kupfernagel bedankt er sich für dessen Aufnahme des Lenin-Sprachbildes von Kontrolle und Vertrauen, der Warnung vor jeglichem Reduktionismus und den Hinweis auf »Liebe, Treue und Gebor-

259 Vgl. im Folgenden: Rave-Schwank 2005.

260 Rave-Schwank 2005, S. 33.

261 Vgl. zum Folgenden: Dörner 2005.

genheitsbedürfnisse«. Reumschüssel-Wienert bekommt besonders sein Fett weg, »weil bei ihm die Zungenschläge der instrumentellen Vernunft besonders munter zum Zuge kommen, womit er unfreiwillig meinen Kassandra-Thesen Futter gibt«.²⁶² Durch die angeführten Argumente lässt die »Schöne Neue Welt« grüßen, die auch bei dem Hamburger marktförmigen Gegenkurs zur Gemeindepsychiatrie zu beobachten sei. Zum Schluss schlägt Klaus Dörner versöhnlichere Töne an: Als Interpretation der Figur des »Coolen-Diener« beschreibt er die Figur des »bezahlten Sozialprofi«, der – im Rahmen des Grundgesetzes, zunächst »die Würde des anderen erst zu achten und dann erst zu schützen – nicht umgekehrt – vorschreibt«.« Bei Joachim Speicher bedankt sich Klaus Dörner, dass dieser ihn auf einer Mainzer Veranstaltung überhaupt erst auf die Idee eines Vortrages mit dem Thema gebracht hat.

Die Diskussion um den personenzentrierten Ansatz und dem IBRP steht in einem sehr engen Zusammenhang mit der Diskussion um die sog. »Soltauer Impulse«, die zum selben Zeitpunkt, von denselben Leuten – auch in denselben Heften der Sozialen Psychiatrie geführt worden sind. In einer Nachschau stellt Fritz Bremer das zeitgleiche Erscheinen der Soltauer Impulse mit dem oben genannten, heftig diskutierten Artikel Klaus Dörners als eine nicht zufällige Erscheinung dar. Er schreibt: »Klaus Dörner, dessen Text »Das Handeln psychosozialer Profis«, zur selben Zeit erschien, formulierte seine Auffassung so: »Das war ein notwendiger Doppelschlag«.«²⁶³

Aber alles nacheinander: Das Entstehen der Soltauer Initiative hat seinen Grund in den neoliberalen Entwicklungen, die in Gesellschaft und – vor allem – Sozialstaat zu beobachten waren. Ein – wenn man so will – Anlass ergab sich im Nachklang zur DGSP-Jahrestagung 2003 in Dresden zum Thema »Schlimmer gehts immer – Profis in der Psychiatrie zwischen Sparzwang und Visionen!« Bei dieser, mit circa 400 Teilnehmer*innen recht gut besuchten Tagung standen insbesondere die Arbeitsbedingungen und Arbeitssituation der in der Psychiatrie beschäftigten Mitarbeiter*innen im Vordergrund.²⁶⁴ Auf dieser Tagung prallten die unterschiedlichen Positionen aufeinander. Den Eingangsvortrag hielt Christian Reumschüssel-Wienert, der anhand der Beck'schen Individualisierungsthese für die ambulante gemeindepsychiatrische Arbeit von »Unsicherheit und Individualisierung« sprach. Er empfahl angesichts dieser Situation, das »Empowerment« reflexiv auf sich selbst, die Profis, anzuwenden und so zu einer »offensiven Professionalität« zu gelangen.²⁶⁵ Matthias Rosemanns Beitrag ging in eine ähnliche Richtung. Die von ihm beschriebenen Strukturveränderungen würden vielfach Verunsicherung erzeugen, denen es zu begegnen gilt. Vor allem sei es eine vernünftige Strategie, sich mit Herausforderungen bekannt zu machen und ihnen zu begegnen und – vor allem – die notwendigen Veränderungen selbst mit zu gestalten. Hierzu gehört

²⁶² Eine kleine persönliche Bemerkung muss hierzu erlaubt sein: Seitdem klebt der Makel des Neoliberalen an mir (CRW) wie die Nudel im Gesicht von Loriot.

²⁶³ Bremer 2020, S. 54.

²⁶⁴ Eine gute Zusammenfassung der Tagungsvorträge und Erläuterungen zu den Thesen der Soltauer Impulse gibt Osinski 2006c.

²⁶⁵ Reumschüssel-Wienert 2004.

auch Qualitätsmanagement und Kontrolle, die, neben Qualifizierung und Fortbildung für die Mitarbeiter und Führung durch die Leitungskräfte notwendiger denn je seien.²⁶⁶

Wolfgang Kupfernagel, Fritz Bremer und andere²⁶⁷ formulierten eine Position, in der sie – jeweils mit anderen Akzenten – eine grundsätzliche Kritik an den herrschenden ökonomischen Verhältnissen im Allgemeinen verbanden mit einer Kritik an verdinglichendem Qualitätsmanagement und anderen Formen neueren Managements. Deren Folge sei »Objektivierung des anderen«, »Depersonalisierung« oder auch eine entfremdete Sichtweise als »Kunden«.²⁶⁸ Lange Rede, kurzer Sinn: Die vielfältigen, kontroversen Vorträge und Impulsbeiträge auf der Tagung regten zu ebenso vielfältigen, teilweise heftigen Diskussionen und Kontroversen an. Sie führten letztlich zur Gründung der Soltauer Initiative, die schon auf der Rückfahrt von Dresden von den Protagonist*innen verabredet wurde. Renate Schernus schildert dies so: »Genau genommen ist die Idee zu der sog. Soltauer Initiative am 15.11.2003 nachmittags auf einer Bahnfahrt zwischen Dresden und Hannover entstanden«.²⁶⁹ Sie und Fritz Bremer saßen im Zug und überlegten anhand der Vorträge und Eindrücke der Dresdner Tagung, »dass das pragmatische Vorgehen mit den sog. nackten Tatsachen nicht daran hindern dürfe, die Lage zu analysieren und Wahrnehmungen, auch und gerade von Basismitarbeitern, ernst zu nehmen – ja, das was wir selbst hinter den Fassaden zu spüren meinen, ernst zu nehmen.«²⁷⁰ Sie verabredeten sich mit ein paar Freund*innen in einem von Jörg Demand unterstützten Selbsthilfecafé in Soltau,²⁷¹ einer kleinen Stadt in der Nordheide und konzipierten die »Soltauer Impulse – zu Sozialpolitik und Ethik am Beispiel psychiatrischer Arbeitsfelder«, die auch in der Sozialen Psychiatrie veröffentlicht wurden,²⁷² und zwar in derselben Nummer 3/2004, in der auch der oben diskutierte Aufsatz von Klaus Dörner zum »Handeln psychosozialer Profis« erschien. Da war er, der Doppelschlag!

Aus einer von der katholischen Sozialethik (F. Hengsbach) inspirierten Position beschrieben die Protagonist*innen ihre durchaus auch von einer antikapitalistischen Perspektive durchdrungenen Wahrnehmungen in 12 Thesen. Sie beziehen sich darauf, dass das Netz der gesellschaftlichen Solidarität reißt, und eine verminderte Toleranz und Akzeptanz von Anderssein in der Gesellschaft. Die Gesellschaft würde in eine »Horde marktbesessener Athleten« verbogen und es entsteht eine »Zwei-Klassen-Psychiatrie«. Die Mitarbeiter erleben sich als fremdbestimmt, enteignet, unter Zeitdruck und ohne Einflussmöglichkeiten sowie von »Sekundärtätigkeiten« wie Qualitätsmanagement, Personenzentrierung und individueller Hilfeplanung von ihren »eigentlichen« Aufgaben abgehalten. Das Hilfesystem wird in ein unter Spandruck stehendes Marktsystem

²⁶⁶ Rosemann 2004. Ich zitiere an dieser Stelle nur die beiden Autoren, da sich die Protagonist*innen der Soltauer Initiative in der Hauptsache an diesen beiden abarbeiteten.

²⁶⁷ Das waren z.B. Michael Eink, oder Stephan Debus, die hier leider, ebenso wie Rudolph Helzel, nicht weiter erwähnt werden.

²⁶⁸ Kupfernagel 2004; Bremer 2004.

²⁶⁹ Schernus 2008, S. 159.

²⁷⁰ Ebd., S. 164.

²⁷¹ Bremer 2020, S. 54 Jörg Demand war zu der Zeit Leiter des Soltauer Sozialpsychiatrischen Dienstes.

²⁷² Soltauer Initiative 2004.

verwandelt, in dem die Klienten zu Kunden mutieren. Und: »Durch den zunehmenden Druck durch Institutionalisierung, Bürokratisierung und administrative Auflagen geht vielen sozialpsychiatrischen Initiativen die Luft aus.« Die Soltauer Impulse, die schon bei Beginn ihrer Veröffentlichung von über 70 Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens und einflussreichen DGSPler*innen, davon 10 Mitglieder des 15-köpfigen direkt gewählten Vorstandes der DGSP,²⁷³ unterzeichnet wurden, wurden gleichermaßen wie der oben genannte Aufsatz von Klaus Dörner heftig diskutiert, zumal sich die Konfliktlinien überschnitten und die »Lager« sich jeweils personell entsprachen. So erläuterte Horst Börner 2005 die Soltauer Impulse noch einmal,²⁷⁴ woran sich dann eine kontroverse Diskussion anschloss.

Hier hat sich neben Matthias Rosemann mit seiner oben genannten Kritik Georg Schulte-Kemna eingemischt. Er betont, dass die kritisierte »Bürokratisierung« auch eine Errungenschaft sei, die soziale Rechte sichere, dass »Steuerung« nicht nur ein Ungeheuer sei, sondern für eine weitere Psychiatriereform unerlässlich sei und dass »die Soltauer Initiative den personenzentrierten Ansatz nur völlig bruchstückhaft und kari-kierend aufnehme.«²⁷⁵

Natürlich hat sich auch Christian Reumschüssel-Wienert in die Debatte – wieder einmal – mit einer scharfen Polemik eingemischt. Er wirft den Verfasser*innen eine kaum verhüllte interessenpolitisch motivierte Forderung nach mehr Ressourcen vor, für die »Modernisierungsverlierer«, wie Psychiatrierefahrene argumentativ in Geiseltahaft genommen werden.²⁷⁶ Eine Antwort erfolgt von Jörg Demand, der dem »sehr geehrten Herrn Reumschüssel-Wienert« die einführend-verstehende Arbeit mit insbesondere chronisch psychisch kranken Menschen erklärt und zum Ergebnis kommt: »Als Professionelle müssen wir uns bewusst sein, dass wir in der psychiatrischen Arbeit mit chronisch Kranken keine technischen Produkte herstellen – passgenau und zielorientiert. [...] Von daher verbietet sich meines Erachtens die Übertragung von Begriffen, die sich mit der Herstellung und Vermarktung technischer Produkte bewährt haben mögen, auf unser Fachgebiet und auf unseren Umgang mit Menschen.«²⁷⁷ Renate Schernus antwortet dem »lieben Matthias Rosemann« schon etwas anders. Sie hebt noch einmal hervor, dass sie mit dem »personenzentrierten Ansatz«, die Furcht hegt, dass sich eine effizienzorientierte, ökonomisierende »New-Speech« in der Psychiatrie durchsetzt; Reinickendorf ist nicht überall, da in vielen Regionen der Mensch nicht im Mittelpunkt stehe, sondern eher stört. Darüber hinaus erläutert sie noch einmal das Anliegen der Soltauer Impulse, »darauf aufmerksam zu machen, dass sich das Ganze nicht in einem sozialpolitischen neutralen Raum abspielt« und sucht in diesem Zusammenhang die Nähe zur APK, indem sie mit Bezug auf Dyrk Zedlick²⁷⁸ beteuert, dass die therapeutische Beziehung von keiner Marktlogik beeinflusst werden darf.

²⁷³ Der direkt gewählte DGSP-Vorstand besteht aus 5 Mitgliedern des Geschäftsführenden und 10 Mitgliedern des erweiterten Vorstandes. Der erweiterte Vorstand besteht darüber hinaus auch aus Vertretern der Länder und Fachausschüsse.

²⁷⁴ Börner 2005.

²⁷⁵ Schulte Kemna 2005, S. 53.

²⁷⁶ Reumschüssel-Wienert 2005.

²⁷⁷ Demand 2005.

²⁷⁸ Dyrk Zedlick war zu diesem Zeitpunkt im Vorstand der APK.

Einen wichtigen Beitrag, auf den leider keine Antwort erfolgt, bietet Cornelia Frieß mit einer feministischen Perspektive. Sie beschreibt, dass die Debatte um einige Dichotomien kreist, von denen sie zwei thematisiert. Zum einen die um Arbeits-/Ökonomieorientierung versus Beziehungsorientierung und zum anderen die um Autonomie versus Abhängigkeit (Bedürftigkeit). Zu der ersten »dichotomen Zuspitzung in der Debatte fällt auf, dass diese ziemlich genau den gängigen Zuschreibungen auf die Beschaffenheit der Arbeitswelt (Antagonisten) einerseits und dem Privatbereich (Familie/Freundschaften) (Protagonisten) andererseits entsprechen«.²⁷⁹ Hier kommt sie zum Schluss, dass die »Antagonisten«²⁸⁰ durch Betrachtung der »Arbeitswelt« wie auch die »Protagonisten«²⁸¹ die geschlechtsspezifisch strukturierte Zuschreibungen von »Arbeitswelt« und »Privatbereich« nicht thematisieren und deshalb ausblenden. Ähnliches gilt für die Dichotomie von »Autonomie« (Antagonisten) versus »Abhängigkeit/Bedürftigkeit« (Protagonisten). Hier sagt sie mit Bezug auf feministische Theoretikerinnen: »Für unsere Debatte bedeutet dies aus meiner Sicht, dass durch die Gegenüberstellung und wechselseitige Abwertung von »Beziehungsarbeit« versus »zielgerichteter« Arbeit aus dem Blick gerät, welche Berechtigung beide Aspekte haben – und wie diese im Sinne einer *sozialen* Psychiatrie miteinander zu verbinden wären.«²⁸² Aus ihrer Sicht sind beide Sichtweisen »weit davon entfernt, die sehr realen – aber veränderungsbedürftigen – gesellschaftlichen Behinderungen in den Blick zu nehmen.« Und plädiert zum Schluss, »unser eigenes androzentrisches kulturelles Erbe und Wirkungen für soziale Arbeit zu reflektieren, die Ambivalenzen und Spannungsfelder, von denen unser Arbeitsfeld geprägt ist, sorgfältig in den Blick zunehmen, statt sie einseitig aufzulösen und uns vorrangig für *Strukturen* in der sozialen Arbeit zu engagieren, die es *allen*, die sich in diesem Feld bewegen, erlauben und ermöglichen, ihre Bedürfnisinterpretationen zu entwickeln und wirksam einzubringen.«²⁸³

Die Diskussion um die Soltauer Impulse gestaltete sich in der nächsten Zeit noch vielfältig und kann an dieser Stelle nicht vollständig wiedergegeben werden. Nicht nur vom DGSP Vorstand wurde »inhaltlich eine deutlicher Kontroverse zwischen der Position Soltauer Impulse und der Gegenposition gewünscht« um bei der geplanten Tagung der Soltauer Impulse 2005 als »Mitveranstalter« aufzutreten. Die Soltauer Impulse wurden als Organisation »außerhalb« der DGSP begriffen, die in Zukunft als »Kooperationspartner« der DGSP selbstständig und »autonom« agierte. So fand am 15. Bis 17. September 2005 in Berlin die erste Tagung unter dem Titel »Ökonomie ohne Menschen? Zur Verteidigung der Kultur des Sozialen« statt. Ziel war es, die »Soltauer Impulse« zu diskutieren und vertieft und kritisch zu reflektieren.²⁸⁴ Die kritische Diskussion kam allerdings etwas zu kurz, da lediglich Georg Schulte-Kemna als Kritiker zum Vortrag

279 Frieß 2005, S. 46.

280 Das sind die »Modernisierer«.

281 Das ist die »Soltauer Initiative«.

282 Frieß 2005, S. 47.

283 Ebd. S. 48.

284 Die Tagungsbeiträge sind veröffentlicht in den Sozialpsychiatrischen Informationen 35 (4) 2005 (SPI 2005).

eingeladen war. Die DGSP trat wie angedeutet als Mitveranstalterin auf, deren Vorsitzender Günther Stork, einer der Erstunterzeichner der Impulse, ein Grußwort vortrug.

Martin Osinski hat die Tagung beobachtet und berichtete. »Dabei zu sein war anregend, lehrreich, stellenweise spannend, am Ende ermutigend. Die TeilnehmerInnen bekamen gute Argumente, Gewichtungshilfen, Denkanstöße und schließlich praktische Hilfe, wie das zu erhalten sei, was die »Kultur des Sozialen« ausmacht. Jedoch, so schreibt Osinski weiter, hat die Tagung nichts zur Auflösung seiner eigenen » gegenwärtigen politischen Verwirrung beigetragen, was jedoch nicht der Tagung anzulasten ist«. Aber er kommt in seinem Resümee noch zu einem anderen Ergebnis: »Paradox und kontraproduktiv, bedauerlich und schädlich erscheint mir die Verbissenheit, mit der zurzeit manche Diskussion und sozialpolitisch aktiven Professionellen geführt wird. (...) Ich nehme eine Verschärfung des sozialpsychiatrie-politischen Diskurses wahr, eine zunehmende Dünnhäutigkeit der DiskutantInnen, gleichzeitig eine Tendenz, die jeweils eigene Überzeugung absolut zu setzen. Das Phänomen war im Willy-Brand-Saal weniger sichtbar, als im schriftlichen Diskurs und in den Diskussionen bei der Vor- und Nachbereitung zur Tagung. Vielleicht hätte zur Entschärfung schon beigetragen, wenn gerade diesem Aspekt während der Veranstaltung mehr Platz gegeben worden wäre, so wie es in der Diskussion mit Georg Schulte-Kemna ansatzweise geschah.«²⁸⁵

Auf der DGSP-Jahrestagung 2005 in Mannheim fasste Renate Schernus aus Sicht der Soltauer Initiative die Diskussion noch einmal zusammen und versuchte einen versöhnlicheren Weg zu skizzieren. Ziel der Rede war jedoch, sich bewusst zu werden, »dass die benannten einseitigen Idealisierungen und wertenden Einteilungen – in Gutmenschen und zu spät gekommene Achtundsechziger auf der einen und kalte APK-nahe Technokraten auf der anderen Seite – so nicht stimmen können.«²⁸⁶ Darüber hinaus skizziert Sie mit Fritz Bremer ein Programm, das sich bezieht auf: Fragen der Markt- oder Solidarsteuerung im Sozial- und Gesundheitswesen, Beschreibung von neuen Formen der Ausgrenzung und Abbau von sozialen Rechten, Verhinderung der Ausspielung von Selbsthilfe/Ehrenamt versus professioneller Arbeit, Widerstand gegen den Rückzug des Staates aus seiner Verantwortung, finden einer angemessenen Sprache, Aufhören, sich um Details zu streiten und eben Polarisierungen zu vermeiden.²⁸⁷ Schernus wies in ihrem Vortrag auf eine Zukunftswerkstatt Soltauer Initiative in Hohenwestedt hin, die dann 2006 dort stattfand. Es gab 2008 noch eine weitere Tagung in Potsdam unter dem Titel »Das Soziale als politisches Anliegen«. Weiterhin veröffentlichte die Initiative 2009 eine Stellungnahme zur UN-BRK mit dem Titel »Moralisch aufwärts in den Abschwung«. Ab 2011 veröffentlicht die Soltauer Initiative im 2-3 Jahrstrhythmus »Denkzettel« zu einigen sozialpolitischen Themen.²⁸⁸

Ich will jetzt nicht weiter auf inhaltliche Aspekte der »Soltauer« und ihrer Kontrahenten eingehen, sondern eher einer Frage nachgehen, die den innerverbändlichen politischen Diskurs und Prozess betreffen. Denn, wie kommt es, dass ein DGSP-Vorstand bzw. 2/3 dessen Mitglieder mit anderen, die eine große Nähe zur DGSP aufweisen

285 Osinski 2006a, S. 49.

286 Schernus 2006b, S. 22.

287 Ebd. S. 23

288 Vgl. <https://www.dgsp-ev.de/kooperationspartner/soltauer-initiative.html>.

und/oder auch Vorstandsfunktionen bekleideten, einerseits eine Diskussion einforderten und begrüßten und gleichzeitig eine Organisation bzw. ein Netzwerk gründeten, das eigenständig und autonom »neben« der DGSP angesiedelt war und genau das, nämlich eine Grundsatzdiskussion »innerhalb« der DGSP, schon auf mittlere Sicht verhinderten? Stattdessen kooperierten sie, die Vorstandsmitglieder und Soltauer, praktisch mit sich selbst, jedoch nicht innerhalb der DGSP. Darüber hinaus: Die Diskussion über den personenzentrierten Ansatz und die Soltauer Impulse in der Sozialen Psychiatrie oder auch – schon entfernter – in den Sozialpsychiatrischen Informationen war die letzte politisch motivierte Grundsatzdiskussion, die in der DGSP geführt wurde. Seitdem wurde innerhalb der DGSP nicht mehr um Grundsätze gestritten – überhaupt weniger gestritten. Vielleicht²⁸⁹ lag der Abspaltung der Soltauer Initiative eine strategische Überlegung zugrunde, die eine Spaltung der DGSP befürchtete, wenn die Debatte mit ähnlicher Härte und Verbissenheit weitergeführt wäre. Das kann an dieser Stelle nur vermutet werden. Aber: Die Abspaltung der Soltauer Initiative markierte einen (vorläufigen?) Abschied der DGSP aus einer grundsätzlich angelegten nicht nur psychiatrisch-politischen Debatte. Sie »harmonisierte« (humanisierte?) diese Debatte durch Verlagerung einer Position in eine relativ homogene, milieugebundene Gruppe von »Linken«, die ihre Positionierung nun, nach dem Scheitern des Realsozialismus und – damit verbunden – dem Scheitern einer linken, gesellschaftskritischen Theorie nicht mehr an eine gesellschaftstheoretisch fundierte Positionierung koppelte, sondern an eine wertkonservative, religiös inspirierte, »gesinnungsethische«²⁹⁰ Positionierung. Diese Positionierung war in der DGSP schon lange angelegt, und zwar durch die »sozialpsychiatrische Grundhaltung« und in einer Positionierung während der Debatte um die »Neue Einfachheit«. Insofern erscheint diese Verlagerung auch angesichts einer eingetretenen »Pluralisierung« von Menschenbildern und Wertorientierungen in der Mitgliedschaft, verbunden mit unterschiedlichen »Typen« von Mitgliedern in der DGSP, wie Edith Borchers später feststellte,²⁹¹ die ihrerseits den oben genannten gesellschaftlich-kulturellen Wandel reflektierten und einer – damit verbundenen – zunehmenden »pragmatischen« (jungen) Mitgliedschaft opportun. Die Abspaltung und die Hinwendung zur Ethik bewirkten jedoch zweierlei. Die Soltauer Initiative »immunisierte« sich gegenüber einer kritischen Diskussion durch Auslagerung aus der DGSP sowie einer kritischen Diskussion mit der Umwelt, zu der DGSP nun geworden war. Die gesinnungsethische Position – »Identität« – blieb unangefochten, man/frau blieb unter sich und hatte immer recht. Konsequenterweise hat Sebastian Stierl, nun Mitglied des erweiterten Vorstands der DGSP, 2005 »das Ende der Psychiatrie-Reform« verkündet und empfiehlt für die Strategie des ihm propagierten Widerstandes die Kooperation mit den Soltauer Impulsen²⁹² – quasi mit sich selbst.²⁹³ Niels Pörksen, der sich in seiner Stellungnahme zur »aktuellen

289 Mir ist bewusst, dass die Interpretation durch einen Aktivisten der Diskussion eine schwierige Sache ist.

290 Vgl. hierzu: Weber 1919.

291 Borchers 2009. Edith Borchers ist später (wieder) Edith Köhler.

292 Stierl 2005.

293 Im Übrigen war diese Rede auch die bislang letzte Rede, in der sich ein DGSP-Vorstandsmitglied derartig eindeutig – eigentlich überhaupt – politisch positionierte.

psychiatriepolitischen Diskussion« freut, hat noch Hoffnungen: »Endlich wieder lebhafte, kontroverse Debatten unter uns und in unserem Umfeld.« Und: »Sind wir dabei, uns wieder auf unsere Wurzeln zu besinnen?« Zwar warnt er: »Nur keine Nabelschau«, aber er wittert »Anzeichen einer neuen Aufbruchstimmung«.²⁹⁴ Die Hoffnungen haben sich nicht erfüllt.

Die DGSP vermeidet in der Zukunft »grundsätzliche« Themen und wandte sich nun verschärft in ihren Aktionsradius auf einzelne Themen im psychiatriepolitischen Diskurs und Praxis zu. Insofern markiert diese Diskussion in der Folge einen erneuten Strategiewechsel der DGSP.

Zunächst hatte die DGSP jedoch auch mit sich selbst zu tun. Seit 2002 gab es in der DGSP eine Diskussion um eine Beitragsstruktur, die den Einkommensunterschieden in dem multiprofessionellen Verband einigermaßen gerecht werden konnte. Darüber hinaus war ein kontinuierlicher Mitgliederrückgang zu verzeichnen. Die DGSP hatte 2007 circa 1850 Mitglieder, davon mehr als 200 juristische Personen. Auch die Tagungen, wobei der »Mannheimer Kreis« nun schon seit Jahren »Frühjahrstagungen hießen, erwiesen sich nicht mehr durchgehend als finanziell erfolgreiche Publikumsmagneten. Allerdings zeigten sich die DGSP-Kurzfortbildungen zunehmend nicht nur inhaltlich als erfolgreich, sondern auch als »Cash-Cow« für den Verband. 2006 wurde eine neue Beitragsstruktur verabschiedet. Darüber hinaus versuchte die DGSP, durch eine Reihe von Maßnahmen ihre Attraktivität zu steigern. Friedel Walburg, der langjährige Vorsitzende der DGSP, zählte hierzu die Durchführungen von Verbandstagen, die TUWAS-Aktionen, die Ergänzung des Forschungspreises um den »Posterpreis« für junge Forscher*innen und Forscher, die Gründung der »Stiftung Soziale Psychiatrie« und die Ausrichtung der »Sozialen Psychiatrie«, die dem Anspruch der DGSP, »Diskussionsplattform für den trialogischen und sozialpolitischen Diskurs zu sein«.²⁹⁵ Walburg betonte hierbei, dass die DGSP zwar für Psychiatrieerfahrene und Angehörige offen sei, aber: »Wir sind ein Fachverband vorrangig für in der Psychiatrie Tätige.«²⁹⁶ Im Folgenden wird auf einige Themen eingegangen.

Neben den seit 10 Jahren erfolgreichen Kurzfortbildungen, die insbesondere von Michaela Hoffmann mit Unterstützung der Geschäftsstelle ständig ausgebaut werden war die seit SPZA ein Standbein der Fortbildungen in der DGSP. Sie wurde im Jahre 2004 einem »Relaunch« unterzogen und in ein »Baukastensystem« überführt.²⁹⁷ Der erste Kurs nach diesem Modell begann 2005 und schloss 2008 erfolgreich ab. Schon 2007 wurde ein zweiter Kurs nach diesem Modell eingerichtet.²⁹⁸ Aber auch andere längerfristige Kurse erwiesen sich als erfolgreich, wie z.B. der Kurs zur »Nachsorge für psychisch kranke Straftäter«, Qualifizierung zur »Fachkraft für Arbeit und Berufsförderung« und zur »Leitung und Koordination sozialpsychiatrischer Wohnformen«.²⁹⁹

²⁹⁴ Pörksen 2005.

²⁹⁵ Walburg 2008, S. 43.

²⁹⁶ Walburg 2008, S. 43.

²⁹⁷ Kruckenberg und Schäidle-Deininger 2004.

²⁹⁸ Schäidle-Deininger 2008, 2009.

²⁹⁹ Vgl. hierzu das Themenheft der Sozialen Psychiatrie 28 (3) 2004.

Die Gründung einer Stiftung ging auf eine Diskussion auf der Jenaer Jahrestagung 2005 zurück. Dort wurde überlegt, wie die finanziell klamme DGSP dauerhaft auf eine solide und stabile Basis gestellt werden kann. Im Ergebnis ist dabei die »Stiftung Soziale Psychiatrie« herausgekommen, die einerseits das bürgerschaftliche Engagement von Personen, die sich nicht über Beiträge und/oder Aktivitäten engagieren möchten, fruchtbar zu machen und andererseits zur Finanzierung von Aktivitäten der DGSP beitragen zu können.³⁰⁰ Am 5. Mai 2007, zum Datum des Europäischen Protesttag zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung, wurde die DGSP-Stiftung für Soziale Psychiatrie gegründet und potenziellen Spender*innen wurde dargelegt, wie das gehen könnte.³⁰¹ Auf der ersten Sitzung des Stiftungsbeirates, dem erlauchte Honoratior*innen der DGSP angehörten, wurde beschlossen, dass die Stiftung insbesondere an triologische, sozialraumorientierte und an Schnittstellen aktive Projekte einen Förderpreis auslobt.³⁰² Dieser wurde 2008 an die »Offene Herberge Leonberg« vergeben, einer Initiative für wohnungslose Menschen.³⁰³ Seitdem vergibt die Stiftung Soziale Psychiatrie – unter der bewährten Geschäftsführung von Christian Nieraese, der Gudrun Uebele bald ablöste – den Förderpreis in (fast) regelmäßiger Folge an unterschiedliche Initiativen und richtet Veranstaltungen im Umfeld der DGSP-Jahrestagungen aus.³⁰⁴ Ebenfalls seit 2007 beteiligt sich die DGSP zusammen mit anderen Verbänden an der Mahn- und Gedenkveranstaltung für die Opfer der Erbgesundheitsgesetze des Nationalsozialismus in Berlin, der durch den Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen zusammen mit anderen Verbänden organisiert wird.

Seit 2007 führt der erweiterte Vorstand der DGSP seine September-Sitzung als »Verbandstag« durch. Explizit soll sich der Verband hier mit sich selbst beschäftigen, deshalb sind auch junge Noch-Nicht-Mitglieder willkommen, um wertvolle Kritik und Anregungen »von außen« zu geben. Ziele der Verbandstage sind unter anderem: das Profil der DGSP in der Öffentlichkeit zu schärfen, die Strukturen der zu verbessern bzw. zu Optimieren und die Zielsetzungen der DGSP einer kritischen Prüfung zu unterziehen.³⁰⁵

Wieder zurück im psychiatriepolitischen Diskurs war die DGSP besonders in der zweiten Hälfte der ersten Dekade im 21. Jahrhundert nicht untätig. Zwar waren dies keine »großen« Entwürfe der gemeindepsychiatrischen Versorgung mehr, jedoch waren es Argumente, die den sozialpsychiatrischen Diskurs mitgestalteten.

Zwischen dem 1. Mai 2005 und dem 30. April 2008 führte die DGSP das durch die AKTION MENSCH geförderte Projekt »Förderstelle für unabhängige Beschwerdestellen in der Psychiatrie« durch. Die Projektleitung hatte Gudrun Uebele inne. Schon seit langer Zeit hat sich die DGSP mit der Durchsetzung bzw. der Unterstützung von Psychiatrieerfahrenen bei der Verfolgung ihrer Rechte und Interessen unterstützt. Die oben genannte »Task Force« war eines der letzten Beispiele. Sie konnte jedoch aufgrund

³⁰⁰ Osinski 2006b.

³⁰¹ Uebele 2007a.

³⁰² Uebele 2008b.

³⁰³ Uebele 2008c.

³⁰⁴ <https://www.dgsp-ev.de/stiftung.html>.

³⁰⁵ Suhre und Hoffmann 2008; Hoffmann 2009a.

der Fülle der Beschwerden ihren hochgesteckten Aufgaben und schlechten Erfahrungen nicht nachkommen. Schon seit längerer Zeit fanden hierzu Gespräche zwischen DGSP, BPE und BApK statt und nach der Jahrestagung »Missstände abschaffen – weg mit der Angst. Patientenfürsprecher und Beschwerdestellen in der Diskussion« 2002 in Hannover wurden die Gespräche konkreter. So wurde 2004 ein Projektantrag bei der AKTION MENSCH gestellt. Aufgaben und Ziele des Projektes waren:

- Eine Bestandsaufnahme über verfügbare Beschwerdemöglichkeiten zu erstellen und für diese Vernetzungsmöglichkeiten eruieren,
- Einen Überblick über die Rechte von psychisch behinderten Menschen zu erstellen,
- Möglichkeiten der Informationshilfen zu bewerten und gegebenenfalls weiter zu entwickeln, und
- Eine Informationsbroschüre mit ausführlichem Adressenteil zu erstellen.

Das Projekt wurde trialogisch – wenn man so will: quadrologisch, da »Bürgerhelfer« auch beteiligt waren – durchgeführt, berufene Mitglieder der drei antragstellenden Organisationen haben mitgearbeitet.³⁰⁶ Während des Projektes wurden mehrere Workshops³⁰⁷ durchgeführt, in dem die praktischen Erfahrungen von Beschwerdestellen aus unterschiedlichen Perspektiven ausgeleuchtet und diskutiert wurden.³⁰⁸ Und natürlich erstellte Gudrun Uebele eine viel gelesene Broschüre³⁰⁹ und einen Abschlussbericht.³¹⁰ Für Nachhaltigkeit sorgte das »Bundesnetzwerk unabhängige Beschwerdestellen Psychiatrie«. Dies ist ein Zusammenschluss der regionalen unabhängigen Beschwerdestellen. Es dient dem Erfahrungsaustausch, der Fortbildung und der Interessenvertretung gegenüber den politischen Instanzen.³¹¹

Im »Herbstmix« der Oktoberausgabe der Sozialen Psychiatrie 2007 verbarg sich ein Sprengsatz. Der mutige Volkmar Aderhold veröffentlichte seinen Artikel »Mortalität durch Neuroleptika«,³¹² stach damit in ein Wespennest und löste in der gesamten Fachwelt eine bis heute andauernde Diskussion aus. Anhand vieler Studien und Metastudien konnte er empirisch gut abgesichert belegen, dass die sog. »atypischen« Neuroleptika keine besseren Behandlungsergebnisse hervorbringen, als die herkömmlich-typischen. Er konnte auch anhand vorliegender Studien nachweisen, dass die dauerhafte Anwendung von Neuroleptika eine erhöhte Mortalität der »Anwender*innen« nach sich zieht, aufgrund unterschiedlichster Ursachen. Darüber hinaus haben sie unterschiedlichste schädliche Nebenwirkungen. Die Konsequenzen wären nach ihm dahingehend zu ziehen, dass Neuroleptika »– wenn überhaupt – behutsam und *individuell mit möglichst niedriger Dosierung eingesetzt werden*«.³¹³ Notwendig sei weiterhin eine Minimierung von

³⁰⁶ Uebele 2006.

³⁰⁷ Haehn 2006; Uebele 2008e, 2008d; DGSP 2008.

³⁰⁸ Vgl. hierzu die einführenden Vorträge von Renate Schernus und Ruth Fricke (Schernus 2006a; Fricke 2006.)

³⁰⁹ Uebele 2007b.

³¹⁰ Uebele 2008a.

³¹¹ <https://www.beschwerde-psychiatrie.de/index.html>.

³¹² Aderhold 2007.

³¹³ Aderhold 2007, S. 9.

Kombinationsbehandlungen und Hochdosierungen, minimale Neuroleptikadosierungen, Vermeidung neuroleptischer Behandlung, wenn möglich, therapeutisch begleitete Absetzversuche, niedrigschwellige Kontroll- und Beschwerdestellen und kontinuierliche Kontrolle somatischer Nebenwirkungen.³¹⁴ Das, was Peter Lehmann und andere Psychiatrierfahrene schon seit Jahren, wenn nicht Jahrzehnten, wussten, propagierten und veröffentlichten,³¹⁵ schien nun durch wissenschaftliche Forschungen eindrucksvoll bestätigt.

Die Fachwelt war beunruhigt, insbesondere als Volkmar Aderhold weitere Unterstützung durch Stefan Weinmann und Bruno Müller-Oerlinghausen bekam und die Artikel später auch in der etablierten Fachpresse veröffentlicht wurden.³¹⁶ Die Thesen von Aderhold werden von der DGSP weitgehend positiv aufgenommen. Lediglich Johannes Kebbel setzt sich öffentlich kritisch mit den Ergebnissen Volkmar Aderholds auseinander. Er rät, »Atypika nicht zu skandalisieren«, kommt aber letztlich zu einem ähnlichen Ergebnis und empfiehlt einen äußerst vorsichtigen Umgang mit Neuroleptika.³¹⁷ Die Antwort von Aderhold folgt auf dem Fuße. Er wiederum schreibt, dass er nicht Atypika skandalisieren will, sondern »schlechte Pharmakotherapie, zu hohe Dosierungen, ungerechtfertigte Kombinationen, keine effektive Kontrolle schädigender Nebenwirkungen und den Mangel an Behandlungsmodellen.« Und merkt an: »Dass wir zu diesen Aspekten über ausreichend gesichertes Wissen verfügen, kann man wohl nicht vermuten.«³¹⁸ Natürlich wird die Frage der Psychopharmaka/Neuroleptika in einen Zusammenhang mit der Pharmaindustrie gestellt³¹⁹ und eine unabhängige Kontrolle und Information gefordert.³²⁰ Nicht ganz so freundlich war die Arbeitsgruppe »Biologische Psychiatrie« der Bundesdirektorenkonferenz, die Aderhold eine »pauschale Betrachtungsweise« vorwirft und vor allem: »Die Empfehlung einer maximalen Zurückhaltung bei der Anwendung von Neuroleptika ist unwissenschaftlich. Es mutet merkwürdig an, dass einerseits eine akribisch evidenzbasierte Datenanalyse erfolgt, andererseits ein psychosoziales Behandlungsmodell propagiert wird, für das keinerlei evidenzbasierte, evaluierte Datenlage existiert.«³²¹ Natürlich antwortet Aderhold auch hierauf mit der ihm eigenen Akribie und bedauert, dass die Arbeitsgruppe keinerlei Lösungsvorschläge unterbreitet.³²² Er wird unterstützt durch Dieter Lehmkuhl und Klaus Weise. Lehmkuhl ist erfreut, dass die »Mainstream-Psychiatrie« die Thesen Aderholds ernst nimmt, aber leider dennoch nicht wirklich darauf eingehet. Er hätte es auch begrüßt, wenn die beteiligten Kritiker mögliche Interessenkonflikte offengelegt hätten. Klaus Weise begrüßt die Thesen Aderholds, weist darauf hin, dass Neuroleptika auch psychisch schädigende »Nebenwirkungen« haben und findet es einen Skandal, dass die Neuroleptika-Kritik so lange ignoriert wurde. Deshalb fordert er, dass Psychiatrierfahrene in die Debatte

³¹⁴ Aderhold 2007, S. 9.

³¹⁵ Lehmann 1986, 1990b, 1990a; Lehmann und Bellion 1998.

³¹⁶ Weinmann et al. 2009; Weinmann und Aderhold 2010; Weinmann 2009b.

³¹⁷ Kebbel 2008.

³¹⁸ Aderhold 2008b, S. 35.

³¹⁹ Moncrieff et al. 2008.

³²⁰ BUKO-Pharmakampagne 2008.

³²¹ AG »Biologische Psychiatrie« 2008, S. 28.

³²² Aderhold 2008a.

einbezogen werden müssen. »Für den Fortgang der Debatte wäre meines Erachtens die Förderung eines trialogischen Vorgehens nützlich. Von den Psychiatrierefahrenen ist am ehesten Unterstützung zu erwarten.«³²³ An diesen Rat hielt sich die DGSP auch in ihren Landesverbänden. An zahllosen Orten wurde über dieses Thema diskutiert und es fanden in nahezu allen Landesverbänden hierzu Veranstaltungen statt. Astrid Delcamp berichtete aus Berlin, dass zur Veranstaltung im »Pinellodrom« der Veranstaltungsort mit seinen circa 120 Plätzen überfüllt war, sodass mehr als 100 Leute vor der Tür standen. Alle wollten die Auseinandersetzungen insbesondere zwischen Volkmar Aderhold, Jürgen Gallinat und Peter Lehmann miterleben.³²⁴ Einen ersten Fachtag zu »Fluch und Segen von Psychopharmaka« veranstaltete die DGSP am 26. Februar 2009 in Frankfurt, in dem – trialogisch – das Thema diskutiert wurde und erste Forderungen etwa nach Milieutherapie aufgestellt wurden.³²⁵ Kurz danach fand am 20. März ein nicht-öffentlichtes – trialogisches – Expertenhearing der DGSP in Köln statt, in dem die Expert*innen nicht nur die einseitige Psychopharmakotherapie kritisierten, sondern auch erste Forderungen aufstellten. Zentrale Forderungen waren die Ermöglichung einer langfristigen Behandlung ohne Psychopharmaka, die Einbeziehung der Nutzer*innen in die Bewertung von Behandlungserfolgen (Recovery) sowie in Forschung und Praxis, und Veränderungen von psychiatrischer Versorgungsstruktur und entsprechend den Entgelten.³²⁶ Eine zweite Tagung fand im Herbst 2009 in Berlin statt. Doch davor verabschiedete die DGSP ein Memorandum zur Anwendung von Neuroleptika. In dieser viel beachteten Broschüre, die mittlerweile (2020) in der dritten Auflage erschienen ist, wird zum einen auf die unsachlich zunehmende Verschreibungspraxis und den Einfluss der Pharmaindustrie hingewiesen. Gefordert wird eine strengste Indikationsstellung für den Einsatz möglichst minimaler Dosen, sowie eine strenge begleitende Kontrolle bei der Anwendung von Neuroleptika. Weiterhin wird – wie zum Teil in England und Skandinavien praktiziert – eine systematische Einbeziehung auch psychotherapeutischer Methoden in die Schizophreniebehandlung (Need-adapted-Treatment/Hometreatment). Die Beachtung der UN-BRK, eine kooperative Leistungserbringung im GPV und die Berücksichtigung des Trialoges auf allen Ebenen gefordert.³²⁷

Die Tagung »Richtig eingestellt? Gratwanderung Neuroleptika« am 24 September in Berlin Schöneberg thematisierte die unterschiedlichen Sichtweisen, die auch im Memorandum dargelegt wurden. DGSP Vorstandsmitglied Bettina Scholz resümierte kurz und bündig: »Wenn überhaupt, dann niedrig dosieren, niedrig, niedrig...! Sonst grenzt die übliche Praxis an Körperverletzung.«³²⁸ Darüber hinaus ist bemerkenswert, dass der Zusammenhang zwischen Reduktion von Psychopharmaka und den »neuen«, ambulanten Behandlungsformen hergestellt wird. Diese werden neben der Frage der Medikamentenreduktion die sozialpsychiatrische Debatte im nächsten Jahrzehnt beleben,

323 Lehmkuhl und Weise 2009, S. 44.

324 Delcamp 2008.

325 Hoffmann 2009b.

326 Suhre 2009; Weinmann 2009a.

327 DGSP 2018 (2010).

328 Scholz 2010.

zumal hier auch dieselben Personen beteiligt sind. Dies gilt auch für die Themen EX-IN und UN-BRK, die zwar schon am Ende des ersten Jahrzehnts im neuen Jahrtausend aufkommen, jedoch erst im zweiten Jahrzehnt voll zur Geltung kommen. Zuvor gab es jedoch ein »Versöhnungstreffen« ...

Am 29. September 2009 trafen sich der Vorstand DGSP mit dem Vorstand der DGPPN zu einem Gedankenaustausch. Der Präsident der DGPPN, Prof. Dr. Frank Schneider sprach von einem »historischen Moment in der deutschen Psychiatriegeschichte«,³²⁹ der lange hat auf sich warten lassen. Es gebe viele Gemeinsames zwischen der DGPPN und DGSP, nicht zuletzt in der Sicherstellung einer guten medizinischen Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Themen des Gespräches waren vor allem das Verhältnis zur Pharmaindustrie, wo die Positionen unterschiedlich waren, Kooperationen bei Tagungen sowie ein regelmäßiger Austausch zwischen Vorständen und Geschäftsführungen. Auf seine prägnante Art kommt Richard Suhre zum Ergebnis: »Dieses erste Treffen der beiden Verbände ist als positiv zu bewerten«.

Ein paar Jahre später, im Jahre 2015 wird das neue Bündnis auch auf eine inhaltliche Basis gestellt. Für die Erstellung der »S 3 – Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« erhalten Steffi Riedel-Heller, Uta Gühne, Thomas Becker und Stefan Weinmann den Forschungspreis der DGSP überreicht.³³⁰ Natürlich gab es innerhalb der DGSP auch hierüber Diskussion, denn einige sahen in der Preisverleihung einen symbolischen Akt, mit dem die DGSP die fachliche Dominanz in der Sozialpsychiatrie an die DGPPN abgegeben hat. Aber selbst dann, wenn man dieser Argumentation nicht folgen kann, ist das ein Schritt in Richtung »Mainstream«. In der Konsequenz arbeitete danach die DGSP neben anderen in der »Konsensgruppe zur Revision der »S3-Leitlinien Psychosoziale Therapien« aktiv mit.

6.5 Resümee

Inmitten einer sich nicht nur friedlich, dynamisch verändernden Welt, geprägt von Globalisierung, zunehmender Digitalisierung, Neoliberalisierung sowie Terrorismus, Krisen und weltweiter Ungleichheit entwickelt sich Deutschland und sein Sozialstaat ähnlich dynamisch. Die Zeiten eines »sorgenden Staates«,³³¹ der Lebensrisiken – auch mit der Perspektive der Statussicherung – absichert, ist anscheinend endgültig vorbei. Der Sozialstaat entwickelt sich zunehmend einerseits zu einem »investiven« oder auch »Gewährleistungsstaat«, der seine Investitionen als Standortfaktor sowie seine »Gewährleistungen« als Beitrag zu einer florierenden Ökonomie begreift. Hierzu gehört auch, dass garantierte Leistungen zunehmend als Leistungen der »Mindest- oder Grundsicherung« erbracht werden, die über privat zu finanziierenden Zusatzleistungen – wie in der Rentenversicherung – aufgestockt werden. Mit den Hartz-IV-Gesetzen kommt eine Strategie zum Tragen, die als »Fördern und Fordern« Furore macht und

³²⁹ Vgl. auch zum Folgenden: Suhre 2010.

³³⁰ Hoffmann 2015.

³³¹ DeSwaan 1993.