

Dinge des täglichen, sondern gerade für Dinge des »gehobenen« Bedarfs und im Tourismus. Die Zahlen des Urlaubstourismus, nun auch ins exotische Ausland, steigen rapide und stellen eine private Seite der Globalisierung dar.⁴¹ Eine Reihe von Autoren, wie z.B. Doering-Manteuffel und besonders Heitmeyer stellen die Prozesse von Individualisierung und Differenzierung/Pluralisierung von sozialen Milieus und Lebensstilen nicht nur in den Zusammenhang von innenorientierten »postindustriellen Wertorientierungen« (Bell), sondern auch in den einer sich entfaltenden »neoliberalen Revolution«, einer immer weiter um sich greifenden »Ökonomisierung des Sozialen«,⁴² die alle Bereiche des sozialen Lebens umfasst – bis in die intimsten Beziehungen hinein.⁴³ Auf jeden Fall ist zu verzeichnen, dass die Wertorientierungen, die bislang dem alternativen Milieu zugeschrieben wurden,⁴⁴ sich Zug um Zug – ggf. zusammen mit den Protagonisten – im Mainstream der »Erlebnisgesellschaft«⁴⁵ breit machten und dafür sorgten, dass Hedonismus, Selbstverwirklichung, Expressivität und Ich-Bezogenheit/Authentizität zumindest für »entbettete« Mittelschichtsindividuen eine gängige »Identitätskonstruktion« wurde. Richard Sennett bringt diesen Typus auf den Punkt: »Der flexible Mensch«.⁴⁶

Was sich hieran anschloss, beschreibt Rödder so: »Ausgehend von den Achtzigerjahren bestimmen zwei Hauptströme die weitere soziokulturelle Entwicklung. Der eine war der postmoderne Dekonstruktivismus, aus dem die neue Ganzheitsvorstellung der »Kultur der Inklusion« hervorging. Der andere, [...] war das Modernisierungsparadigma der Marktorientierung und der kulturellen Ökonomisierung, das in den neunziger Jahren die Vorherrschaft gewann und nach der Weltfinanzkrise von 2008 seine Glaubwürdigkeit verlor«⁴⁷. Das verweist auf das nächste Kapitel – zunächst jedoch...

4.2 Sozial-, Behinderten- und Gesundheitspolitik

Auch in der Sozialpolitik neigte sich mit dem Regierungswechsel die Zeit der »Sozialpolitik als Gesellschaftspolitik« dem Ende zu.⁴⁸ Angesichts der wirtschaftlichen Krise, die sich auch als Krise des Sozialstaats bemerkbar machte, der globalen Veränderungen in Wirtschaft und Kultur sowie auch der demografischen Veränderungen sollte nun (auch) das System der sozialen Sicherung nicht nur konsolidiert, sondern auch umgebaut werden, sodass es den neuen Herausforderungen gerecht werden kann. Hierzu gehörten jedoch nicht nur das, was als »Sparpolitik« von den politischen Gegnern gegeißelt wurde, sondern vielmehr Elemente von »Eigenverantwortung« oder neue Leistungen. Die Kommentare zu dieser Phase der Sozialpolitik sind unterschiedlich: Auf der »linken«

41 Doering-Manteuffel 2007; Doering-Manteuffel und Raphael 2012.

42 Im Überblick: Heitmeyer 2018, S. 129-145.

43 Illouz 2007a, 2007b.

44 Reichardt 2014.

45 Schulze 1993.

46 Sennet 2000.

47 Rödder 2015, S. 108.

48 Schmidt 2005b; Doering-Manteuffel 2007.

Seite wird von einer »Spaltung des Sozialstaates«⁴⁹ oder von einer »Transformation der Sozialpolitik« gesprochen, der den Einstieg in einen Sicherungsstaat bedeute.⁵⁰ Andere feiern diese Phase der bundesdeutschen Politik eher als eine Erfolgsstory, die in der finanziellen Konsolidierung und institutionellen Reform des Sozialstaates angesichts der institutionellen, akteursspezifischen und korporativen Verflechtungen im internationalen Vergleich große Erfolge sieht.⁵¹ So lässt sich die Zeit der Kohl Regierung vielleicht am besten als eine »Durchgangsphase« bezeichnen mit einer ambivalenten Mischung aus »Sozialstaatsexpansion, finanzieller Konsolidierung und partiellem Umbau«.⁵²

Wesentliche Maßnahmen zur Konsolidierung wurden Anfang der 1980er-Jahre durch das Rentenanpassungsgesetz von 1982 sowie die Haushaltsbegleitgesetze 1983 und 1984⁵³ eingeleitet und brachten viele einschneidende Einschnitte und Leistungskürzungen, wie z.B. bei direkten Leistungen und Beihilfen im Bereich der Arbeitsförderung, eine »Neuordnung der Rentenformel« und Krankenversicherung der Rentner.⁵⁴ Im Bereich der Arbeits- und Rentenpolitik folgten weitere Gesetze, die hier im Einzelnen nicht referiert werden können.⁵⁵ Im Bereich der Rehabilitation und Behindertenpolitik ergaben sich durch die Haushaltsbegleitgesetze einige drastische Auswirkungen. Hilfe sollten sich nun mehr darauf beschränken, dass »die Hilfe des Staates denjenigen zukommen soll, die sie wirklich benötigen« – so Helmut Kohl in seiner Regierungserklärung.⁵⁶ So wurden im Reha-Bereich starke Kürzungen vorgenommen insbesondere bei individuellen Unterstützungen. Im Bereich der Behindertenpolitik wurden für WfbM-Mitarbeiter*innen die Bemessungsgrundlagen für die Beiträge zur Rentenversicherung von 90 auf 70 % des Durchschnittsentgeltes gekürzt und es gab heftige Einschnitte bei der unentgeltlichen Beförderung Schwerbehinderter.⁵⁷ Die Einschnitte in der Rehabilitation waren »erfolgreich« im Sinne der Konsolidierung und hatten Auswirkungen: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gingen zwischen 1981 und 1983 um mehr als ein Drittel zurück und die Leistungen zur beruflichen Rehabilitation⁵⁸ der Rentenversicherung erreichten 1984 einen Tiefstand.⁵⁹ Vielleicht liegt in dieser »strategischen« Ausrichtung der Rehabilitationspolitik ein Grund, weshalb die berufliche Rehabilitation im Modellprogramm Psychiatrie praktisch nicht berücksichtigt wurde. Auch im Bereich der Sozialhilfe,

49 Leibfried und Tennstedt 1985; Leibfried und Voges 1992; Bermbach et al. 1990.

50 »Der Sicherungsstaat ist Sozialstaat ohne den Willen zur sozialen Gestaltung, er ist ein Sozialstaat ohne Umverteilungskonzeption und ohne demokratische Öffnung«, so Nullmeier und Rüb 1993, S. 14.

51 Schmidt 2005a.

52 Süß und Woyke 2012, S. 6.

53 Deutscher Bundestag 1982, 1983

54 Frerich und Frey 1993, S. 177ff; 235ff. Nullmeier und Rüb 1993; Schmid und Oschmiansky 2005; Schmähl 2005.

55 Siehe hierzu die vorherige Fußnote.

56 Vgl. mit Verweis: Schliehe 2005, S. 468.

57 Frerich und Frey 1993, S. 280; Schliehe 2005, S. 469.

58 Heute heißen diese Leistungen »Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben« (SGB IX).

59 Schliehe 2005, S. 471.

z.B. bei den Heimbewohner*innen sollten beim sog. »Taschengeld« Kürzungen vorgenommen werden. Dies musste jedoch aufgrund vielfältiger Proteste – auch der DGSP – wieder zurückgenommen werden. Erst nach der Mitte der 1980er-Jahre änderte sich die Situation. 1984 wurde der erste »Bericht der Bundesregierung über die Lage der Behinderten« vorgelegt. Mit Änderung des Schwerbehindertengesetzes 1986 wurde nicht nur eine Anpassung des Behinderungsbegriffes an die Definition der Weltgesundheitsorganisation vorgenommen, sondern auch im SGB I ausdrücklich das »soziale Recht« auf Rehabilitation im Sinne des »Finalprinzip« festgeschrieben, der Kündigungsschutz ausgeweitet und die Ausgleichsabgabe erhöht.⁶⁰ Nicht nur diese Maßnahmen hatten zur Folge, dass in der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre sich die medizinische und berufliche Rehabilitation wieder entwickeln konnte. Allerdings blieben Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen hiervon weitgehend ausgeschlossen.

Die Gesundheitspolitik stand im Wesentlichen unter dem Primat der Kostendämpfung, wozu auch Leistungskürzungen gehörten. Aber es kamen auch einige neue Leistungen hinzu; dies gilt insbesondere für die Einführung der Künstlersozialversicherung 1981 sowie der Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung für Prävention, Früherkennung und Gesundheitsförderung 1988 und Leistungen für Schwerpflegebedürftige. Die für Versicherte einschneidenden Maßnahmen der Kürzungen bezogen sich meist nicht auf Leistungen, sondern in der Regel auf Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen bei Krankenhausaufenthalten, Medikamenten und Brillen etc. Darüber hinaus wurden vor allem auch Rentner*innen stärker mit Beitragszahlungen in die KVdR eingebunden.

Auch in der Krankenhausfinanzierung erfolgten zahlreiche gesetzgeberische Maßnahmen, die der Kostendämpfung dienen sollten. Krankenhauspläne mussten durch Finanzierungspläne ergänzt werden, Pflegesätze mussten dem Gebot der Wirtschaftlichkeit folgen und der Bund zog sich aus der Investitionsförderung zurück. Bedeutsam ist, dass 1984 im Bereich der Krankenhäuser das sog. »prospektive Selbstkostendeckungsprinzip« eingeführt wurde, also die prospektive Kalkulation von Entgelten, die es erlaubte, Gewinne oder auch Verluste zu erwirtschaften. Darüber hinaus wurden unterschiedliche Finanzierungsformen, wie Pauschalen oder auch Budgets ermöglicht.⁶¹ Rückblickend erscheinen diese Regelungen als Vorbereitung der großen Privatisierungswelle, die ab den 1990er-Jahren im Krankenhausbereich einsetzte. 1988 sollte das Gesundheitsreformgesetz ein »großer Wurf« der Kostendämpfung und Institutionsreform werden, der allerdings nicht vollständig gelungen ist. Jedoch wurden neben anderem einige relevante Veränderungen vorgenommen:⁶²

- Das GKV-Recht der Reichsversicherungsordnung wurde in das neue Sozialgesetzbuch fünftes Buch (SGB V) übernommen.
- Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung wurde eingeführt.

60 Deutscher Bundestag 1988c; Frerich und Frey 1993, S. 282; Schliehe 2005, S. 473.

61 Wasem et al. 2005, S. 423; Knieps und Reiners 2015, S. 329.

62 Hierzu dezidiert: Frerich und Frey 1993, S. 285; Wasem et al. 2005; Knieps und Reiners 2015, S. 84.

- Das Wirtschaftlichkeitsgebot und Prinzip der Beitragsstabilität sowie ein Finanzgleichgewicht der Kassen auf Landesebene wurden eingeführt, und
- Leistungen für Schwerstpflegebedürftige zulasten der GKV wurden eingeführt.

Auch hinsichtlich der Psychiatrie ist das Gesetz von Interesse. Zwar ergaben sich keine direkten Verbesserungen, z.B. aus den Konsequenzen des Modellprogrammes, jedoch wurde nach den Gesetzesberatungen, die auf den Entwurf der Regierungskoalition folgten, im § 27 Krankenbehandlung ein kleiner Satz eingefügt: »Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und in der medizinischen Rehabilitation« (schräggedr. Durch Verf.). Das ist zwar nichts wirklich Konkretes, jedoch entfaltete diese Generalklausel in der Folge schon eine gewisse Bedeutung, die sich z.B. in der Veränderung der Heilmittelrichtlinie bezüglich der Ergotherapie zeigt.⁶³ Auch in der Rehabilitation zeigte dieser Satz eine gewisse Wirkung, die jedoch damit nicht vergleichbar war.⁶⁴ Insgesamt haben sich die Ziele, die mit dem GRG verfolgt wurden hinsichtlich der Kostendämpfung nicht wirklich erfüllt; ähnlich erging es den Maßnahmen zum Umbau des Systems, aber sie stellten einen weiteren – vorbereitenden – Schritt zu der Liberalisierung des Gesundheitsbereiches dar, die dann in den 1990er-Jahren erfolgen sollte. So bilanziert Döhler, dass die gesundheitspolitischen Maßnahmen der Kohl-Regierung kaum den »programatischen Erfordernissen der Wende entsprechen. Lediglich die Dezentralisierung der Krankenhausfinanzierung und Teile des GRG, vor allem die Ausweitung der Selbstbeteiligung und die Einführung der Kostenerstattung deuten in diese Richtung«.⁶⁵ Darüber hinaus kann die Einführung der Leistungen für Schwerstpflegebedürftige als eine Reaktion der Bundespolitik auf das sich zunehmend manifestierende Problem der Veränderung der Altersstruktur der Bevölkerung mit dem damit verbundenen Problem der zunehmenden Pflegebedürftigkeit gesehen werden. Eine Diskussion um eine versicherungsmäßige Absicherung des Risikos von Pflegebedürftigkeit gab es schon seit Jahren. Insofern sah Igl die oben genannten Regelungen als einen Einstieg in die 1995 erfolgende Einführung der Pflegeversicherung im Rahmen, des SGB XI.⁶⁶

Allerdings ergaben sich – gewissermaßen en passant – bei der Überführung der RVO in das SGB V einige »Klarstellungen«, die für die Sozialpsychiatrie, besonders für die Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen gravierende Auswirkungen hatte. In der Begründung zum neuen § 11 SGB V (Leistungen der Krankenversicherung) stellte der Gesetzgeber in seiner Begründung ausdrücklich fest: »Bei Rehabilitationsleistungen ist darauf zu achten, dass psychisch Kranke mit somatisch Kranken gleichbehandelt werden. Psychosoziale Maßnahmen, die bei der Betreuung psychisch Kranker eine wichtige Rolle spielen, gehören allerdings weiterhin nicht zum Leistungskatalog der GKV, da sie über deren gesetzlich festgelegte Zuständigkeit hinausgehen«⁶⁷. Dies wird

63 Sozialrechtlich gesehen ist die Ergotherapie ein Heilmittel, welches als Dienstleistung abgegeben wird.

64 Vgl. hierzu im nächsten Kapitel die Ausführungen über die RPK.

65 Döhler 1990, S. 512.

66 Igl 2005.

67 Deutscher Bundestag 1988b, S. 162.

in der Begründung zum § 43 SGB V für die »ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation« ausdrücklich noch einmal bestätigt. Diese kleine, versteckte und für die Gemeindepsychiatrie nachgerade *teuflische* Formulierung sorgte (und sorgt) Jahrzehnte lang dafür, dass die Krankenversicherungen erfolgreich ihre Verantwortung für die Rehabilitation insbesondere schwer psychisch kranker Menschen leugnen und sich so aus einer Versorgungsverantwortung heraushalten konnten.⁶⁸ Die oben genannten Formulierungen des § 27 wurden hier – eine Ebene tiefer und kaum öffentlich zur Kenntnis genommen – in weiten Teilen zurückgenommen. Die Frage z.B. der medizinischen Rehabilitation als Regelleistung der GKV sowie eine Mischfinanzierung von Übergangswohnheimen war damit »vom Tisch«. Vorschläge des Bundesrates zur spezifischen Berücksichtigung gemeindepsychiatrischer Belange⁶⁹ wurden von der Bundesregierung ignoriert. Auch hier hat eine auf Strukturkonservatismus setzende Konsolidierungspolitik über eine Reform- bzw. Modernisierungsperspektive die Oberhand behalten. Aber: Für die Psychiatrie ergaben sich in den 1980er-Jahren einige spezielle Regelungen: So wurde 1981 durch das Krankenhaus Kostendämpfungsgesetz (sic!) in seinem Artikel 6 der sog. »Halbierungserlass« vom 5. September 1942 als Relikt der Nazidiktatur formal aufgehoben.⁷⁰ Dies war insbesondere für vielfach noch verbliebenen sog. Langzeitbereiche der alten Anstalten bzw. Landes- oder Fachkrankenhäuser von Bedeutung, denn die neue Regelung sah vor, dass bei Streitigkeiten zwischen Krankenversicherung und Sozialhilfeträger, der (überörtliche-)Sozialhilfeträger in Vorleistung gehen sollte. Wie oben schon angedeutet, hat sich die Bundesregierung damit für ein Prinzip entschieden, das eine Leistungszuständigkeit bei jeweils einem Sozialleistungsträger belässt. Sie folgt damit dem Prinzip der Pfadabhängigkeit im System der sozialen Sicherung. Leider hat diese Entscheidung für die schwer und langfristig erkrankten und behinderten Menschen negative Folgen, denn damit ist die Abschiebung in Heime oder andere komplementäre Bereiche eine besiegelte Sache. Renate Schepker betont, dass mit dem Halbierungserlass nicht nur eine Verwaltungsvereinfachung sowie eine Kostenverlagerung auf die Angehörigen intendiert war.⁷¹ »Interessanterweise war es der Halbierungserlass, der die Grundlagen für die Unterscheidung von »Krankenhausfall« und »Pflegefall« festlegte, der später sozialrechtlich im Krankenhausfinanzierungsgesetz verankert wurde und bis heute fortwirkt. Unter Perpetuierung der alten Krankheitsbegriffe bis in die 1960er-Jahre blieben bestimmte Patientengruppen finanztechnisch von einer kassenfinanzierten Akutbehandlung ausgeschlossen und wurden ideell weiterhin als »Bewahrfälle« diskriminiert.«⁷² Die Aufhebung des »Halbierungserlasses« war somit nichts weiter als »symbolische Politik«.⁷³ Darüber hinaus wird den insbesondere aus der DGSP heraus gestarteten Versuchen, zu einer Mischfinanzierung von – sektorübergreifenden,

68 Ergänzt wurde das o.g. Abwehrargument damit, dass die Reha-Einrichtungen nicht unter »ärztlicher Leitung« stünden.

69 Deutscher Bundestag 1988a.

70 Deutscher Bundestag 1981.

71 Schepker 2017.

72 Ebd. S. 508.

73 Edelman 1975, 2005 (1976).

wie man heute sagen würde – gemeindepsychiatrischen Leistungen zu gelangen, eine Absage erteilt.

In eine andere, für die Versorgung positive Richtung zielte 1986 das »Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker«.⁷⁴ Hier wurde, als eine der wenigen Folgerungen des Bundes aus dem großen Modellprogramm, nicht nur die zeitlich unbegrenzte Krankenhauspflege auch für psychisch erkrankte Menschen geregelt, sondern auch die teilstationäre- und ambulante Versorgung (PIA) durch psychiatrische Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern ermöglicht – mit Segen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Gegen den Widerstand der niedergelassenen (Fach-)Ärzte wurde hinsichtlich gemeindepsychiatrischer Hilfen ein echter Fortschritt erreicht.⁷⁵

Die Regierung Kohl beschritt auch alternative Pfade, in der Sozialpolitik, die sich nicht nur auf sozialen Wandel bezogen, sondern auf die »neuen sozialen Bewegungen« und diese sozialstaatlich einhegten. So interpretiert Nicole Kramer die Maßnahmen der Kohl Regierung im Bereich der Familienpolitik – auch in der Berücksichtigung von Erziehungszeiten im Rentenrecht – insbesondere die Einführung des Erziehungsgeldes nicht nur als Reflex auf Arbeitslosigkeit und neuer Armut, sondern auch als Berücksichtigung relevanter Belange von Frauen sowie eine Abkehr von der Erwerbsarbeitszentrierung des deutschen Sozialstaates.⁷⁶ Darüber hinaus: Keineswegs sei die Zeit der Sozialpolitik als Gesellschaftspolitik vorbei, eher im Gegenteil wird Sozialpolitik immer mehr zur Gesellschaftspolitik, die eine Lebensplanung z.B. für Frauen und (zunehmend auch für pflegebedürftige Menschen) ermöglichen soll.⁷⁷ Die Ausweitungen der sozialen Dienste, die die Teilhabechancen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen sichern und entwickeln – und die ungebrochen in ganz unterschiedlichen Hilfefeldern erheblich ausgebaut werden⁷⁸ – zeigen nicht nur, dass auf vielfältige soziale Bewegungen auch in der Selbsthilfe eingegangen wird, sondern zeigt auch das »Bemühen, die Lebenswelten der Bevölkerung zu regulieren«.⁷⁹ Damit wird ein Wandel der Sozialpolitik benannt, der sich mit Foucault als »Biopolitik« bezeichnen lässt.⁸⁰ Der Staat übernimmt (oder finanziert) zunehmend – mithin als eine Art »Erziehungsagentur«⁸¹ – die Funktion, das Verhalten der Individuen aktiv zu beeinflussen.

Ein Beispiel hierfür ist die AIDS-Kampagne der Gesundheitsministerin Rita Süßmuth in den 1980er-Jahren, als sich die Immunschwäche mit großer Geschwindigkeit auf der Welt verbreitete.⁸² Die Kampagnen der Bundesregierung reagierten nicht mit von konservativer Seite gefordert obrigkeitsstaatlichen Maßnahmen, sondern im Verbund mit neu entstehenden Selbsthilfeorganisationen (Deutsche AIDS-Hilfe etc.) wurden Aufklärungskampagnen gestartet – »AIDS geht uns alle an«. Die Kampagnen ap-

74 Deutscher Bundestag 1986.

75 Frerich und Frey 1993, S. 278; Knieps und Reiners 2015, S. 331.

76 Kramer 2012, S. 219.

77 Geyer 2008b.

78 Grunow 2005.

79 Kramer 2012, S. 230.

80 Foucault 2014a.

81 Lessenich 2012b.

82 Vgl. zum Folgenden Beljan 2015

pellierten an die Selbstverantwortung und das Empowerment der möglicherweise Betroffenen, sich zu schützen und »Safer Sex« zu betreiben. Die Frage der Infektion und des Schutzes davor wurde zu einer Angelegenheit individuellen Verhaltens und Verantwortung. Sie zielte ab auf die Schaffung eines »präventiven Selbst«⁸³ und bewirkten, dass die Nutzung eines Kondoms zum »kulturellen Standard« avancierte, verbunden mit Angst vor »sozialer Ausgrenzung und Stigmatisierung« bei Infizierung. Auch hier finden sich erste Anfänge einer neuen Strategie, die sich nicht nur im Bereich der »Prävention« zunehmender Beliebtheit erfreut: Das sog. »Nudging«,⁸⁴ eine Strategie des »Anstupsens«, die eine neue Form einer auf Mitmachen gerichteter, personenzentrierter sozialer Kontrolle darstellt. Diese motivierende Form, die sich der Verhaltensökonomik sowie der positiven Psychologie bedient, wird in den nächsten Jahrzehnten wesentlicher Bestandteil einer sozialpolitischen Strategie werden, die unter dem Slogan »Fördern und Fordern« Karriere macht.

Angesichts des gravierenden ökonomischen, technologischen und demografischen Wandels mit seinen nun auch ökologisch wahrgenommenen Folgen entwickelt sich nun auch eine Sozialstaatskritik, die hierauf reflektierte. Im Folgenden werden einige Ansätze stichwortartig vorgestellt, die im sozialpsychiatrischen Spektrum registriert wurden. So radikalisierte Joachim Hirsch die Sozialstaatskritik von Klaus Offe: Er prognostiziert angesichts der weltweiten Krise das Ende des »Modell Deutschland«. Mit dem Ende der fordistischen Vergesellschaftung geraten, um weiterhin die Reproduktionsbedingungen des Kapitals zu sichern, die Funktionen der Einpassung, Normalisierung und soziale Kontrolle (nicht nur) in den Fokus der Sozialpolitik. Der Sozialstaat entwickelt sich zu einem »Sicherheitsstaat«.⁸⁵ Eine in breiten Kreisen der Grünen und Sozialdemokraten sowie auch der Wohlfahrtsverbände relevante Sozialstaatskritik beschäftigte sich mit den Möglichkeiten, angesichts des »Endes der Arbeitsgesellschaft« zugleich auch eine ökologische Sozialpolitik zu betreiben. Vor allem aus dem Spektrum der GRÜNEN kamen weitreichende Pläne zum »Umbau des Sozialstaates«. Im Zentrum standen hier Pläne zu einem »garantierten Grundeinkommen« oder auch einer »negativen Einkommenssteuer«, deren Finanzierung durch eine »Maschinensteuer« oder »Wertschöpfungsbeitrag« gesichert werden soll. Auch die Selbsthilfe spielte in diesen Vorstellungen eine große Rolle; sie sollte zum Teil – auch in der psychiatrischen Versorgung – professionelle Hilfen ersetzen.⁸⁶ Eine ähnliche Position wurde aus den Kreisen der (kirchlichen) Wohlfahrtsverbände formuliert. Auch hier wurde ein radikaler Umbau des Sozialstaates gefordert, in dem eine »garantierte Mindestsicherung«, finanziert durch Wertschöpfungsbeitrag und Ressourcensteuer im Zentrum steht. Ergänzt werden diese Formen der sozialen Sicherung durch Selbsthilfeaktivitäten oder auch informeller Tätigkeiten. Ziel ist die Gestaltung einer Sozialpolitik »jenseits von Markt und Staat«.⁸⁷ Ähnliche Ansätze wurden auch aus dem sozialdemokratischen Spektrum

83 Lengwiler und Madarász 2010.

84 Thaler und Sunstein 2009; Irgmaier und Ulbricht 2017.

85 Hirsch 1980.

86 Opielka et al. 1984.

87 Heinze et al. 1988b.

heraus formuliert, die ihrerseits nun auch Grundsicherungsmodelle und die oben genannten neuen Finanzierungsformen thematisierten. Allerdings werden hier eher Fragen einer »integrierten Sozial- und Arbeitsmarktpolitik« diskutiert wobei Fragen einer »bedarfsbezogenen integrierte Grundsicherung« den Schwerpunkt ausmachten.⁸⁸ 15 Jahre später fanden diese beiden Positionen in den »Hartz-Gesetzen« der Rot-Grünen Koalition ihren politischen Niederschlag.

Eine andere Art der Kritik, die eine gewisse Nähe zu konservativ-liberalen Ansätzen aufweist, formulierten systemtheoretische Ansätze. Insbesondere Niklas Luhmann formulierte in seiner Theorie autopoietischer Systeme, dass der Staat in der sich in unterschiedliche Teilsysteme ausdifferenzierten Gesellschaft nicht mehr »das Ganze« repräsentiere, sondern ein Teilsystem unter anderen sei, welches seiner eigenen »Logik« folge.⁸⁹ Es liegt in der politisch partizipativen Eigendynamik des Wohlfahrtsstaates, dass die Ansprüche und Aufgaben des Wohlfahrtsstaates ständig einer Anspruchsspirale unterliegen. Deshalb fordert er eine Begrenzung der Staatsaufgaben.⁹⁰ Helmut Willke hat sich insbesondere mit der Steuerungstheorie aus systemtheoretischer Sicht beschäftigt. Auch er ist davon überzeugt, dass der Staat andere »soziale Systeme« nicht direkt beeinflussen oder gar steuern kann. Allerdings kann der (Wohlfahrts-)Staat durch seine Möglichkeiten bzw. den »bindenden Entscheidungen« des politischen Systems den Kontext anderer gesellschaftlicher Teilsysteme oder auch personaler Systeme entscheidend beeinflussen. Hieraus entwickelt er eine Steuerungstheorie der sog. »Kontextsteuerung«, die sich in der Folge nicht nur in der Politik, sondern auch in der »systemischen Therapie« steigender Beliebtheit erfreut.⁹¹

4.3 Die 1980er-Jahre der Psychiatrie: Modelle und Diskurs

4.3.1 Das große Modellprogramm

Wesentlich beeinflusst wurde die weitere Entwicklung in der Gemeindepsychiatrie durch das sog. »große Modellprogramm« der Bundesregierung. Ein solches Modellprogramm wurde schon seit Jahren von der Fachwelt gefordert und erst nach einigen Gesprächen, unter anderem auch mit Niels Pörksen und Horst Eberhard Richter,⁹² stellte der damalige Finanzminister Matthöfer (SPD) zunächst 500 Mio. DM für den Zeitraum von 1980 – 1985 zur Verfügung. Allerdings konnte es hierbei nicht bleiben. Auf Initiative Bayerns und Baden-Württemberg scherten – mit Ausnahme des Saarlandes – die CDU-regierten Länder aus dem Modellprogramm aus. Sie machten vor allem verfassungsrechtliche Gründe hierfür geltend, jedoch lagen auch Gründe darin, dass sie sich durch die Teilnahme nicht unter einen Zugzwang zur Reform setzen lassen wollten. Die Länder hatten aufgrund der Förderungsbedingungen für die

88 Heinze et al. 1988a.

89 Luhmann 1984, 1997.

90 Luhmann 1981.

91 Willke 1983, 2006 (1988), 1992, 1993, 1999, 2014.

92 Mündliche Mitteilung von Niels Pörksen am 18.03.2019.