

156.132 und einer Verweildauer von 35,1 Tagen. In 285 Einrichtungen arbeiten 559 Fachärzt*innen für Psychiatrie/Psychotherapie und in 168 Ärzt*innen für psychotherapeutische Medizin/Psychotherapie. In 208 Einrichtungen arbeiten 1.759 Personen im psychiatrischen Pflegedienst. Wie schon vorher angedeutet, stehen diese Einrichtungen jedoch für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen in der Regel nicht zur Verfügung.

Im Bereich der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben hat eine Recherche bei »REHADAT« folgendes ergeben: Es gibt 68 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK), 40 Berufliche Trainingszentren (BTZ), 64 Berufsbildungswerke (BBW) und 43 Berufsförderungswerke (BFW), die Plätze für psychisch erkrankte Menschen vorhalten.¹⁴⁰ Darüber hinaus gab es 2018 insgesamt 919 Inklusionsbetriebe. Natürlich gibt es noch weitere Formen der Unterstützung im Bereich Arbeit, wie Integrationsfachdienste etc., hierüber ist mir jedoch kein statistisches Material bekannt.

2018 existierten in Deutschland circa 1.500 Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, die insgesamt 313.108 Personen beschäftigten. Der Anteil von seelisch behinderten Menschen bei den Beschäftigten liegt bei 20 %; das sind 62.621 Menschen.¹⁴¹

7.3 Die DGSP in jüngster Zeit

In den letzten 10 Jahren hat sich die DGSP in vielen Themenbereichen mehr oder auch weniger aktiv eingelassen, Diskussionen vorangetrieben und Positionen entwickelt. Dies waren zum Teil mehrjährigen Prozesse. Deshalb wird hier nicht chronologisch vorgegangen, sondern, um eine gewisse Übersicht zu gewährleisten, werden einzelnen Themenbereiche nacheinander abgehandelt, wobei innerhalb der Themen eine Chronologie beibehalten wird.

Im Jahre 2010 feierte die DGSP im Frankfurter Römer ihr 40-jähriges Jubiläum. Margit Weichold führte hierzu die von Jens Clausen begonnene Chronik ab 1991 fort.¹⁴² Der Vorsitzende Friedel Walburg eröffnete die Veranstaltung mit einer kurzen Begrüßung und Hilde Schädle-Deininger führt danach weiter durch die Veranstaltung.¹⁴³ Neben Hans-Ulrich Deppe, dessen Rede leider nicht dokumentiert ist, ist Thomas Bock der Hauptredner, der sich in seinem Vortrag vor allem auf die aktuelle Zeit nach der Psychiatrie-Enquête bezieht,¹⁴⁴ denn es gibt weiterhin Strukturprobleme bei der psychiatrischen Versorgung und deren Finanzierung, die Psychiatriereform ist erst »auf halben Weg«. Allerdings gib es einige Lichtblicke: Neben den Initiativen zum Regionalbudget oder auch Diskussionen um eine »Öffnung« der Psychotherapie auch für schwer erkrankte Menschen sind für Thomas Bock insbesondere zukunftsweisende Projekte die »Integrierte Versorgung«, wobei vor allem das »Hamburger Modell« und das TK-Modell

¹⁴⁰ <https://www.rehadat.de/> (Zugriff am 16.11.2020).

¹⁴¹ Con_sens 2020, S. 33–34.

¹⁴² Weichold 2011.

¹⁴³ Müller 2011.

¹⁴⁴ Bock 2011b.

zukunftsweisend ist. Darüber hinaus wirbt er eindringlich für das Anliegen der »anthropologischen Psychiatrie«. Gegen Pathologisierung und Reduktionismus »erscheint es umso wichtiger, psychische Erkrankungen nicht nur medizinisch, sondern auch entwicklungspsychologisch, nicht nur pathologisch, sondern auch anthropologisch und im psychosozialen/politischen Zusammenhang zu betrachten.«¹⁴⁵ Angesichts des Eigensinns der Menschen und dem notwendigen Respekt vor der subjektiven Bedeutung von Psychosen sind für ihn Krankheitseinsicht und Compliance die »Höllenhunde am Eingang der Psychiatrie«. Neben anderem, liegen im Dialog sowie »EX-IN« große Zukunftshoffnungen. Er schließt seinen Vortrag mit 10 Abschlussthesen ab, in denen er die Psychiatrie auffordert, vor allem in der Wohnungsfrage politischer zu werden. Im Zentrum der Thesen stehen weiterhin die integrierte Versorgung, die anthropologische, auf Verstehen ausgerichtete Psychiatrie, der Dialog und EX-IN. »Die Entwicklung vom Erfahrenen zum Experten kann und wird die Psychiatrie sowie die Wahrnehmung psychischer Erkrankungen wesentlich verändern.«¹⁴⁶

Auch andere Vorträge der Frankfurter Jahrestagung setzen sich mit der Zukunftsfähigkeit der Sozialpsychiatrie auseinander. Allerdings vor dem Hintergrund eines sich zunehmend neoliberalisierenden Sozialstaates, wie Christoph Butterwege beschreibt. Er stellt die These auf, dass aus dem Sozialversicherungsstaat ein »Fürsorge-, Almosen- und Suppenküchenstaat wird, der in der Folge eine »moderne Spielart des Sozialdarwinismus« hervorbringt.«¹⁴⁷ Heiner Keupp bezieht sich mit kultur- und subjektorientierten Bezügen auf die Folgen, die der globalisierte Netzwerkkapitalismus auf die Lebens- und Arbeitsformen hat.¹⁴⁸ Hieraus ergeben sich für ihn 5 Prioritätensetzungen für das »Sozialpsychiatrische Projekt«, nämlich: Es bedarf einer kritischen Reflexion der neoliberal dominierten Menschenbildannahmen, die Humanisierung der Arbeit muss neu thematisiert werden, das Inklusionsprinzip fordert ein grundlegendes Umdenken hin zur voraussetzungslosen Würde der Person, notwendig ist eine Gerechtigkeits- und Grundsicherungsperspektive im Zugang zu materiellen und immateriellen Verwirklichungschancen (Capabilities) und Ermöglichung und Förderung einer selbstbestimmten Suche nach Lebenssinn und Identität.

Natürlich präsentierte auch der DGSP-Vorstand psychiatriepolitische Positionen in Form von 12 Eckpunkten auf der Tagung. Mit Bezug auf Artikel 1 der UN-BRK legte er Zukunftsentwürfe und Ideen vor, die er als »notwendige Utopie und als Forderung zur aktiven Gestaltung der Gesellschaft« begreift.¹⁴⁹ Sie beziehen sich auf ein Krankheits- und Gesundheitsverständnis, auf personen- und sozialraumorientierte Interventionen, auf konsequenten Lebensfeldbezug der Behandlung und Unterstützung, eine veränderte Pharmaka-Behandlung, haltgebende Strukturen für Nutzer und Helfer und ein gemeinsames Krankheitsverständnis unterschiedlicher Professioneller, Psychiatrieerfahrener und Genesungsbegleiter. Weiterhin wird gefordert, berechnete Ansprüche vor Ort durchzusetzen, eine am Menschen orientierte Planung, den »doppelten Auftrag«

145 Ebd. S. 23.

146 Ebd. S. 26.

147 Butterwege 2011.

148 Keupp 2011.

149 DGSP-Vorstand 2011.

von Hilfe und Kontrolle mit Verantwortung auszuführen, ein gleichberechtigtes Nebeneinander von Menschen mit Krisenerfahrung, verletzlichen Menschen, Menschen mit herausfordernden Verhalten in der Gesellschaft und dass krisenerfahrene Menschen ihr Wissen in viele gesellschaftliche Bereiche einbringen und »gesellschaftlich respektierte Aufgaben« übernehmen und – überhaupt – mehr Teilhabechancen für alle Menschen. Die Quintessenz der Vision hierbei formuliert der Vorstand anhand der UN-BRK: »Orientierung für individuelles und gesellschaftliches Handeln sind nunmehr humane Werte; die Politik hat sich offensiv mit der ethischen Grundhaltung und den Zielen der Konvention auseinandergesetzt und zu einem positiven Lebensgefühl aller beigetragen – von Menschen mit und ohne Behinderungen.«¹⁵⁰

Fast begleitend zum Jubiläum schreibt Matthias Heißler der DGSP die Perspektive »Post Psychiatrie« ins Stammbuch.¹⁵¹ Die Gesellschaft und die Subjekte unterliegen einem dramatischen Wandel, bei dem nicht nur neue Ungleichheiten entstehen, sondern auch die Wissenschaft, die Psychiatrie und das berufliche Handeln gravierenden Veränderungen unterliegen. »Es wird kein Stein auf dem anderen bleiben« formuliert Matthias Heißler dramatisch. Dies mache ein neues Denken erforderlich, in dem die Profis als »Coach für die Schwächsten« fungieren und alle therapeutischen Strategien der Normalität des Alltages angepasst sein und ihn ermöglichen. Die Post-Psychiatrie gehöre zu den Aufgaben der DGSP, »weil sie sich die Kultivierung des sozialen Raumes wie keine andere Organisation zur Aufgabe gemacht und zum Programm gemacht hat. Post-Psychiatrie steht auch am Anfang einer Entwicklung, nach der das Verhältnis zwischen Psychiatrie und Gesellschaft ein anderes sein wird, ... nämlich ein ›Wir‹ für das Soziale, das sich die DGSP zur Aufgabe gemacht hat.«¹⁵²

Innerhalb der DGSP oszillieren die zu verfolgenden Ziele und Perspektiven zwischen vagen Utopien und konkreten Anliegen, mit denen jedoch sehr große Hoffnungen verbunden werden. Dazwischen ist jedoch der politische Alltag, in dem die DGSP und ihr Vorstand in einzelnen Themenbereichen recht aktiv agieren, der jedoch in den einzelnen Bereichen behandelt wird. Erst auf der Jahrestagung 2016 in Berlin, in der es um eine kritische Bilanz der nun auch 40 Jahre alten Psychiatriereform in Deutschland, erfolgen bilanzierende und Perspektiven zur »Psychiatrie 4.0« eröffnende Aussagen. Zwischendurch sammelt der Vorstand in einem sog. »Baustellenpapier« eine Reihe von Problembereichen, die er unter der Überschrift »Reformbedarf in der Psychiatrie – Problemanzeigen und Handlungsoptionen« veröffentlicht.¹⁵³ In diesem Papier sind, ähnlich wie in den Denkanstößen nur viel kürzer, 16 »Probleme von A – Z« benannt – von Arbeit bis Zwang.

Bevor Ernst von Kardorff die Psychiatriereform kritisch unter die Lupe nimmt, wartet die Jahrestagung mit einer Neuerung auf. Unter dem Titel »Don't panic 2030?! Per Anhalter durch die Sozialpsychiatrie« fand ein Vorkongress nur für junge, meist studierende Leute unter 30 statt. Mit einem »Wegebier« wurden sie dann in die Tagung

150 DGSP-Vorstand 2011, S. 25.

151 Vgl. zum Folgenden: Heißler 2011.

152 Heißler 2011, S. 9.

153 DGSP-Vorstand 2014b.

gelockt. Auf der Grundlage seines Aufsatzes aus 2015 zu 40 Jahre Psychiatrie-Enquête¹⁵⁴ zieht Ernst von Kardorff dort eine kritische Bilanz.¹⁵⁵ Als Perspektive empfiehlt er, Basaglias Ideen wieder aufgreifen und weiterdenken. »Die Ideen der »Demokratischen Psychiatrie« lassen sich mit den Forderungen der UN-BRK nach Inklusion und einer Kultur der Anerkennung von Heterogenität sehr gut für die Wiederbelebung der Psychiatriereform als gesellschaftspolitischem Projekt nutzbar machen.« Er fährt dann fort: »Basaglias Gedanke war, die gesellschaftliche »Delega«, also den weitgehenden gesellschaftlichen Auftrag an die Psychiatrie bis auf die Krisenintervention und Behandlung zurückzuweisen und die Sorge um die an sich und an der Gesellschaft leidenden Menschen wieder an die Gesellschaft, konkret an ihre Lebensorte in der Kommune und an die staatliche und kommunale Finanzverantwortung »zurückzugeben«, also sich der Segregation – und heute müsste man ergänzen – sich der fortschreitenden Psychiatriisierung des Alltages entgegenzustellen.«¹⁵⁶

Reinhold Kilian kommt in seinem Vortrag zu dem Ergebnis, dass – auch sofern genetische Ursachen bei Gen-Umwelt-Interaktionen dominant sind – die Sozialpsychiatrie die Aufgabe hätte, krankheitsbedingte Exklusions- und Abstiegsprozesse zu vermeiden oder zu reduzieren. Darüber hinaus sollte – unter dem Gesichtspunkt belastender Umweltfaktoren – die Primärprävention ausgebaut werden sowie eine qualifizierte primärärztliche und psychotherapeutische Versorgung in der Region und psychotherapeutische Angebote am Arbeitsplatz.¹⁵⁷ Stefanie Graefe referiert über das »erschöpfte Selbst«¹⁵⁸ bzw. die »Krise des Subjekts«, die sich, so ihr vorläufiges Fazit, durch eine Verfeinerung von Therapeutisierung im Namen von Resilienz oder vergleichbaren Konzepten nicht heilen lässt. Es braucht einer Erneuerung von Gesellschaftskritik, die der komplexen Gegenwartssituation Rechnung trägt.«¹⁵⁹

Das »erschöpfte Selbst« muss erst einmal ohne die DGSP auskommen, denn die DGSP will sich zunächst um die Bundestagswahl 2017 kümmern und verfasst zu diesem Zweck Wahlprüfsteine, die in einigen Bereichen der Sozialpsychiatrie Fragen an Politiker*innen stellen, inwieweit sie im Sinne der DGSP zur Lösung der angeführten Probleme beitragen wollen. Ausgangspunkt der DGSP ist hierbei: »Sozialpsychiatrische Handlungsweisen zeichnen sich in besonderer Weise durch eine intensive Zusammenarbeit von psychisch erkrankten Menschen, deren Angehörigen und professionell Tätigen aus.«¹⁶⁰ Die Fragen an die Politiker*innen beziehen sich auf 10 Bereiche, die hier nur cursorisch aufgelistet werden können, nämlich: Inklusion von Menschen mit Behinderungen, qualifiziertes Personal, Verzahnung der Hilfen, Krankheitsverständnis, soziale Dimension psychischer Erkrankungen, Menschen mit Fluchterfahrung – Migration, Kinder psychisch erkrankter Eltern, Pflege und Betreuung, Zwang und Gewalt

154 Kardorff 2015.

155 Siehe hierzu den vorhergehenden Abschnitt.

156 Kardorff 2017, S. 8.

157 Kilian et al. 2017.

158 Sie bezieht sich hierbei auf: Ehrenberg 2008, 2011.

159 Graefe 2017. Vgl. auch: Graefe 2019. Der letzte Vortrag der Tagung von Stefan Lessenich zur Sozialstaatsentwicklung liegt leider nicht schriftlich vor. Er bezieht sich jedoch im Wesentlichen auf: Lessenich 2013 (2008), 2012a, 2012b.

160 DGSP-Vorstand 2017a, S. 2.

und – wie seit Jahren – eine regelmäßige Berichterstattung. Ihr sozialpsychiatrisches Grundverständnis formuliert die DGSP so: »Grundlage sozialpsychiatrischer Behandlung und Betreuung für Menschen in psychischen Krisen und Erkrankungen ist vor allem ein ganzheitliches Verständnis von Krise und Erkrankung sowie eine Grundhaltung und Arbeitsweise, die versucht, soziale Ausgrenzung und Stigmatisierung der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen zu vermeiden. Zum Krankheitsverständnis und zur Grundhaltung gehört auch, dass in sozialpsychiatrischer Arbeit psychische Krisen und Erkrankungen als subjektiv sinnhafte Erlebnisse gesehen werden, die verstehbar sind und deren subjektiver Sinn respektiert werden muss. Praktisch bedeutet das: Sozialpsychiatrische Arbeit ist subjektorientiert. Im Zentrum stehen die persönliche Situation und die Besonderheit des einzelnen Menschen und seine Ressourcen.«¹⁶¹

Ein Jahr später fasst der DGSP-Vorstand die Papiere der letzten Jahre zu einem Grundlagenpapier zusammen,¹⁶² in dem unter dem Motto »Psychiatrie gemeinsam bewegen« die ausgemachten Reformbedarfe benannt werden. Zentral ist wiederum die Forderung nach einer regelmäßigen Berichterstattung, die sich nicht an einer »Enquête« ausrichten sollte, sondern als Vorbild gilt der regelmäßige Jugendbericht der Bundesregierung.¹⁶³ Ansonsten geht es um:

1. Ambulante Hilfen, die niedrigschwellig, abgestimmt und verzahnt sein sowie durch Hilfeplankonferenzen (Open Dialog) gesteuert werden sollen.
2. Die Krankenhauspsychiatrie ist vor allem mit hinreichendem und qualifiziertem Personal auszustatten.
3. Nicht nur für die Psychotherapie sind die Zugangsbedingungen insbesondere für schwer erkrankte Menschen zu verbessern.
4. Es wird die Aufhebung des Primates der Psychopharmakotherapie in der Behandlung auch schwerer psychischer Erkrankungen gefordert.
5. Es werden politische Antworten hinsichtlich der Wohnsituation psychisch erkrankter Menschen gefordert. Heime bieten ein Asyl, einen Wohnort, wo die Menschen so sein können, wie sie sind.
6. Das Recht auf Arbeit und Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen muss umgesetzt werden.
7. Es wird eine Behandlungssicherheit für chronisch Abhängigkeitskranke sowie eine umfassende Unterstützung von Kindern in suchtselasteten Familien gefordert.
8. Es werden umfangreiche Reformen im Bereich der Forensik gefordert, insbesondere bei den »juristischen« Krankheitsmerkmalen in § 20 StGB.
9. Auch hinsichtlich Migration und psychischer Erkrankung werden umfangreiche Forderungen gestellt sowie bei:
10. Betreutem Wohnen bzw. Begleitung in Familien.
11. Es wird partizipative Forschung sowie eine sozialpsychiatrische Grundlagenforschung neben der Versorgungsforschung gefordert.

161 Ebd. S. 2.

162 Redaktion SP 2018.

163 DGSP-Vorstand 2018.

12. Es sollen Genesungsbegleiter*innen und Expert*innen aus Erfahrung regelhaft in die Versorgung einbezogen werden, da diese einen nutzerorientierten Perspektivenwechsel einleiten könnten.
13. Kinder psychisch kranker Eltern sollten unterstützt werden.
14. Die Versorgungsstrukturen sollen verändert werden. Rechtsansprüche sollen nicht als »Ware« diskreditiert werden. Strukturen sollen kooperativ und partizipativ organisiert werden.
15. Als Grundhaltung wird eine ständige Reflexion der Professionellen hinsichtlich der Partizipation von Betroffenen gefordert sowie eine Förderung methodischer Ansätze, die das Krankheitsverständnis und den Sinngehalt der Erkrankung bei den Patient*innen, Angehörigen und im Umfeld fördern und erschließen.
16. Es werden »Antistigma-Kampagnen von unten« gefordert, und
17. Es soll die Würde des Menschen geachtet werden, wobei die Diskussion sich nicht nur auf das Thema Zwangsmaßnahmen begrenzen darf, sondern umfassend geführt werden sollte. »Haltungen und Maßnahmen müssen entwickelt werden, die es vermeiden, dass psychisch kranke Menschen etwas gegen ihren Willen oder gegen ihre innerste Überzeugung aufgezwungen wird.«¹⁶⁴

Zur Wahl des Europäischen Parlaments im Jahre 2019 gibt die DGSP noch einmal Wahlprüfsteine heraus, in denen die Umsetzung der UN-BRK, die Wahrung von Menschenrechten, die Inklusion und der Zugang zu Wohnraum sowie gesundheitlichen und sozialen Dienstleistungen im Vordergrund stehen, die anlassbezogen jedoch auf die spezifischen Gegebenheiten Europas rekurrieren.¹⁶⁵

Angesichts der Vielfalt von Themenbereichen sowie der vielfältigen Herausforderungen der Zukunft, hatte sich der Vorstand der DGSP schon 2018 entschlossen, im Rahmen eines Projektes »DGSP-Future« Themen zu benennen, die für die weitere Arbeit der DGSP leitend sein sollen. »Ein zentrales Ziel des Projektes ist es, gesamtgesellschaftliche Phänomene auf Fragestellungen und Handlungsstrategien zu beziehen, die sich für die Sozialpsychiatrie und die DGSP aus diesen Phänomenen ergeben.«¹⁶⁶ Hier wurden auf dem Verbandstag 2018 fünf Themenbereiche benannt: Digitalisierung, soziale Isolation, UN-BRK, Selbstbestimmung und Empowerment sowie Ökonomisierung und Privatisierung des Gesundheitssystems. Darüber hinaus, so berichtet Marie Schmetz, wird die Aufgabe der »AG Profil« sein, »zentrale Merkmale des Begriffs der Sozialpsychiatrie herauszuarbeiten und bisherige Annahmen und Überzeugungen auf ihre aktuelle Gültigkeit hin zu überprüfen.«¹⁶⁷ Diese Aufgabe erscheint, auch vor dem Hintergrund der theoretisch und konzeptionelle darniederliegenden und geradezu zerfledderten Sozialpsychiatrie, die sich auch in den vielfältigen eben genannten Papieren niederschlägt, dringend geboten und es wird sich erweisen, inwieweit diese große Aufgabe unter den genannten fünf Themenbereichen möglich werden kann.

164 DGSP-Vorstand 2018, S. 10.

165 DGSP-Vorstand 2019a.

166 Schmetz 2019, S. 50.

167 Schmetz 2019, S. 51.

Bis diese Aufgabe erfüllt werden kann, beteiligt sich die DGSP an dem vom Gesundheitsministerium einberufenen Psychiatrie-Dialog. Hier hat sie sich bisher in den Themenbereich »Psychiatrische Behandlung« eingebracht, wo sie einerseits einige strukturelle Veränderungen in der Gemeindepsychiatrie fordert¹⁶⁸ und in einem anderen Papier, in dem sie ergänzend einige neue Abrechnungsziffern für niedergelassenen Fachärzt*innen fordert.¹⁶⁹ Für den Bereich der Partizipation fordert sie vor allem eine Finanzierung von EX-IN durch alle Sozialleistungsträger.¹⁷⁰

Aber auch in die andere Richtung, in die Vergangenheit, werden in der DGSP Aktivitäten entfaltet. Unter der Trägerschaft der Berliner Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (BGSP) stellen Ilse Eichenbrenner, Holger Kühne und Christian Reumschüssel-Wienert, alle drei aktiv im Ruhestand, das »Berliner Archiv für Sozialpsychiatrie« (BAS) vor. Sie sammeln und bewahren Materialien und Medien mit besonderem Interesse für sog. »graue Literatur« für die Nachwelt und stellen den ständig wachsenden Bestand für Recherchen, wissenschaftliche Arbeiten etc. zur Verfügung.¹⁷¹

Innerhalb der DGSP wurde das Thema »Integrierte Versorgung« lang und ausgiebig diskutiert, wobei das Für-und-Wider ganz unterschiedlicher Modelle in diversen Ausgaben der »Sozialen Psychiatrie« zur Sprache kam. Schon früh war Thomas Bock, besonders mit dem »Hamburger Modell«¹⁷² einer der Hauptprotagonisten, der die klinikzentrierte IV als Chance zur Verwirklichung alter DGSP-Forderungen nach Aufhebung fragmentarischer Strukturen und Entwicklung einer umfassenden gemeindepsychiatrischen Versorgung sah.¹⁷³ In eine ähnliche Richtung argumentierten Christian Zechert et al., die jedoch eher die ambulant-trägergesteuerte IV-Variante der Techniker Krankenkasse mit der Berliner PINEL-Gesellschaft propagierten.¹⁷⁴ Ilse Eichenbrenner berichtete kritisch aber recht wohlwollend über die Berliner Hausarzt-zentrierte Variante des »Vereins für Psychiatrie und Seelische Gesundheit.«¹⁷⁵ Als einer der ersten entwirft Matthias Rosemann eine kritische Position zur IV, da diese die sektoralen Grenzen innerhalb der Behandlung sowie zwischen unterschiedlichen Sozialleistungssystemen nicht überwinde, Entscheidungen über Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit auch nach ökonomischen Erwägungen erfolgen kann und die IV nicht als Regelleistung im SGB V etabliert ist.¹⁷⁶ Der DGSP-Vorstand hält in seinen Diskussionen zur IV eher eine kritische Distanz. Die Diskussionen im Vorstand erfolgen sehr zurückhaltend und schleppend, da eine Reihe von Vorstandsmitgliedern direkt in Verhandlungen mit Kassen involviert waren, jedoch aufgrund der Geheimhaltungspflichten sich nicht »outen« konnten. Darüber hinaus überwog eine kritische Haltung insbesondere gegenüber den ambulant-zentrierten Varianten, die in einer langen Tradition der DGSP gegenüber niedergelassenen Ärzten und ökonomisch agierenden Trägern steht. Deutlich

168 DGSP-Vorstand 2019c.

169 DGSP-Vorstand 2019b.

170 DGSP-Vorstand 2019d.

171 Eichenbrenner 2019a.

172 Meigel-Schleiff et al. 2010.

173 Bock 2010, 2011a, 2011b, 2012, 2013a.

174 Zechert et al. 2010; Faulbaum-Decke und Zechert 2010.

175 Eichenbrenner 2010; Meyer et al. 2010.

176 Rosemann 2010.

wird diese Haltung insbesondere in einem Papier, das der DGSP-Vorstand auf einer Sitzung 2010 zur IV verfasst hat und eine »kritische Begleitung« der Modelle einforderte. Kritisiert wird insbesondere die Selektivität der Verträge, unterschiedliche, ökonomisch motivierte Zielsetzungen, die Begrenzung auf Behandlungsleistungen (SGB V) und die Begrenzung der »Rolle« des psychisch erkrankten Menschen auf die des »Leistungsberechtigten«. Darüber hinaus wird gefordert: Das »Wunsch- und Wahlrecht, sowie das »Recht auf Krankenhausbehandlung« umsetzen« (sic!). Gefordert wird eine wissenschaftliche Begleitung, die insbesondere eine partizipative Akteursforschung sein soll, die Versorgungspfade auch sektorübergreifend klärt.¹⁷⁷ Die kritische Haltung zur IV kommt zu einer Zuspitzung, als bekannt wird, dass eine Managementgesellschaft, an der ein Pharmakonzern wesentlich beteiligt ist, in Niedersachsen mit der AOK in Vertragsverhandlungen steht,¹⁷⁸ um dort großflächig IV durchzuführen – unterstützt von einigen DGSP-Mitgliedern im dortigen Vorstand und Landespsychiatriebeirat. Dies sorgte für erhebliche Empörung bei anderen DGSP'ern in Niedersachsen und anderswo, deren Kritik Herrmann Elgeti später auf den Punkt bringt: »Die Eroberung der Psychiatrie durch einen entzügelten Kapitalismus ist Folge mangelnder Verantwortung der Politik und der Kostenträger für eine flächendeckend bedarfsgerechte Versorgung.«¹⁷⁹ Die DGSP hatte sich schon auf der Jahrestagung 2010 gegen IV-Verträge mit Pharmakonzernen ausgesprochen und organisierte nun aktiven Widerstand gegen die Verträge zwischen der »AOK« und »I3G«. Eine Veranstaltung zur IV in Niedersachsen in der evangelischen Akademie in Loccum wurde durch die DGSP in Form eines »Go-in« aktiv gestört und eine von mehr als 5000 Psychiatrie-Mitarbeiter*innen unterzeichneten Resolution überreicht.¹⁸⁰ Die DGSP hat danach versucht, über den Weg einer Petition eine Rücknahme der §§ 130c und 140b im SGB V zu erreichen – leider vergeblich. Ein ähnliches Schicksal ereilte jedoch auch dem »Modell« der AOK mit der »I3G«. Trotz der Entwicklung von Qualitätskriterien durch ausgewiesene Sozialpsychiatern,¹⁸¹ scheiterte dieses Modell aus unterschiedlichen Gründen.

Für die DGSP hatte das Engagement hinsichtlich der »I3G« auch interne Konsequenzen bei einem Vorfall bei den Vorstandswahlen 2013 während der Jahrestagung in Erfurt. Dort hatte sich ein psychiatrieerfahrener Mitarbeiter der »I3G«, ohne diese Tätigkeit anzugeben, für den erweiterten Vorstand zur Wahl gestellt und ist gewählt worden. Schon war der Skandal da und es wurde leicht tumultartig in der Mitgliederversammlung. Nach langer, sehr emotionaler Diskussion ist der gewählte Kandidat jedoch von seinem Amt zurückgetreten. Als Konsequenz beschloss der Vorstand, dass in Zukunft jede sich zur Wahl stellende Kandidat*in über seine beruflichen Hintergründe Auskunft geben soll. 2011 haben der DVGP, die DGSP mit dem Paritätischen Gesamtverband eine Broschüre mit gemeinsamen Positionen zur integrierten Versorgung erstellt.¹⁸² Im Rahmen von 15 Forderungen werden die zentralen Anliegen der Verbände

177 Achberger 2010.

178 Walle und Reichwaldt 2010; Walle et al. 2010.

179 Elgeti 2019c, S. 106 Vgl. auch: Aderhold 2011; Zechert 2011.

180 Eppendorfer 4/2011, S. 12

181 Weinmann und Becker 2009.

182 Achberger et al. 2011.

markiert. Sie liegen vor allem in den Forderungen, dass die IV als Regelleistung des SGB V angeboten werden soll, dass sie nicht als ein Instrument der »Ökonomisierung« verwendet werden soll, dass sie multiprofessionell erbracht und anschlussfähig zu insbesondere zu rehabilitativ- und teilhabeorientierten Leistungen im gemeindepsychiatrischen Verbund sein soll.

In den nächsten Jahren hat sich die DGSP in Fragen der IV nicht mehr so sehr geäußert, sie hat dieses Politikfeld eher dem Dachverband überlassen, der dieses Feld emsig bearbeitet. Erst als im Rahmen der Krankenhausgesetzgebung und der Auseinandersetzungen um die Regelungen der Leistungen nach § 64 b SGB V und dem PsychVVG sog. StÄB-Leistungen ambulant erbracht werden konnten, haben sich zunächst DGSP und DVGP 2017 mit einer gemeinsamen Stellungnahme¹⁸³ und danach 2018 dieselben Akteure wie 2011 zusammengetan und eine Art Neuauflage der genannten Broschüre verfasst. Diese bezog die Positionen nun nicht mehr allein auf die IV, sondern auf »Home Treatment« im Allgemeinen: »Home Treatment ist eine Unterstützungsform für Menschen mit psychischer Erkrankung bzw. Menschen mit Behinderung, die überwiegend aufsuchend erfolgt und im Haushalt, »Home«, bzw. im Lebensumfeld des betroffenen Menschen stattfindet. Das schließt auch Unterstützungsleistungen im Bereich des Arbeitslebens ein.«¹⁸⁴ Versucht wurde hiermit, unterschiedliche sozialrechtliche Formen an übergreifende Qualitätsanforderungen zu binden, die nun für unterschiedliche Adressaten formuliert wurden. So wurden an die Leistungserbringer Forderungen nach lebensfeldlicher Orientierung, Teambasierung und regionaler Einbindung gestellt; an die Leistungsträger wurde appelliert, die Möglichkeit einer »Komplexleistung« zu eröffnen oder auch eine präventive Leistungserbringung zu ermöglichen sowie eine gesicherte Finanzierung zu garantieren und an den Gesetzgeber wurde die Forderung gerichtet, komplexes Home Treatment in den unterschiedlichen Sozialgesetzbüchern zu verankern.¹⁸⁵

Hinsichtlich der Perspektiven psychiatrischer Krankenhausfinanzierung – und damit der Zukunft der klinischen Versorgung in der Gemeindepsychiatrie – eröffnete Peter Kruckenberg nach Verabschiedung des KHRG die Diskussion in der DGSP. Er mahnte die Verantwortung auch der DGSP an, für die komplizierten Fragen, die hiermit verbunden sind, Positionen zu beziehen. Entscheidende Punkte sind für ihn die regionale Pflichtversorgung und dabei die Funktion, die das Krankenhaus in einem regionalen Verbundsystem (GPV) hat, sowie eine qualitativ optimale Personalausstattung, die sich an die Psych-PV anlehnt.¹⁸⁶ Dabei verströmt er Mut: »Ich bin überzeugt, dass sich auf Dauer das Regionalbudget für die psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung durchsetzen wird, weil es dem Krankenhaus die optimale Flexibilisierung patientenbezogener Leistungen ermöglicht und Krankenhäusern wie Krankenkassen mehr Planungssicherheit gibt.« Und weiter: »Es gibt durchaus gute Perspektiven. Letztlich wäre ein Finanzierungssystem, das stärker ambulant und gemeindepsychiatrisch

183 DGSP – DVGP 2017.

184 Adler et al. 2018, S. 5.

185 Ebd. S. 31.

186 Kruckenberg 2010.

orientiert und sorgfältig regional qualitätsgesichert ist, im wohlverstandenen Interesse auch der Krankenkassen und der Politik. Für die aktuell prozesssteuernden Akteure ist diese Perspektive bisher noch ungewohnt. Das kann sich ändern.¹⁸⁷ Den Aufruf hat der DGSP-Vorstand zustimmend zur Kenntnis genommen und hat sich im Vorfeld zur Diskussion um das PEPP der Stellungnahme von unterschiedlichen Fachverbänden angeschlossen.¹⁸⁸ Darüber hinaus hat er einen geharnischten Protestbrief an den Gesundheitsminister Bahr verfasst, der trotz anhaltenden Widerstandes vieler Fachverbände eine Ersatzvornahme des PEPP angekündigt hatte.¹⁸⁹ Hierin schließt sie sich der Forderung nach einem Moratorium um zwei Jahre an, um die Datenbasis und fordert ergänzend eine Sicherstellung der Personalausstattung gemäß Psych-PV und die Berufung einer Expertenkommission, die den Umsetzungsprozess der geplanten Maßnahmen begleitet, und zwar unter den Kriterien der Einführung angemessener Verfahren zur Ermittlung des Personalaufwandes unter Beachtung des Vorhalteaufwandes bei regionaler Pflichtversorgung, die Bedarfsgerechtigkeit der Personalbemessung auch unter den Bedingungen der UN-BRK und der Urteile des BVerfG, der Verhinderung von fehl- und missbräuchlicher Entwicklungen und einer Umstellung zu vernetzten sektorübergreifenden ambulanten Behandlungsformen (§ 64 b SGB V). Diese Stellungnahme wurde 2014 mit einer weiteren Stellungnahme an den nun zuständigen Gesundheitsminister Gröhe noch einmal bekräftigt. Hier wird angemahnt, dass ich die Situation für chronisch erkrankte Menschen durch die Einführung von PEPP »weiter deutlich verschlechtern« wird und neben dem sofortigen Stopp der Umsetzung von PEPP die Einsetzung einer Expertengruppe sowie die Einbeziehung alternativer, sektorübergreifenden Behandlung in die weiteren Überlegungen. Nachgelegt wird dann noch einmal 2016, als die Eckpunkte für das PsychVVG vorlagen, mit einer umfänglichen (20 Seiten) Stellungnahme, die mit zwei »essenziellen Forderungen« abgeschlossen wird: Der Gesetzentwurf solle den »Grundsatz von mehr Leistungsorientierung und Transparenz« erfüllen und es soll eine »unabhängige Expertenkommission« umgehend berufen werden.¹⁹⁰ Nachdem das PsychVVG verabschiedet war, hat sich der DGSP-Vorstand an der Initiative von 22 Fachverbänden beteiligt, die für die nun eröffneten Möglichkeiten der »stationsäquivalenten Behandlung« (StäB) in der eigenen Häuslichkeit (Home Treatment) auf der Basis des funktionalen Basismodells eine Reihe von Anforderungen und Standards entwickelt. Die neuen StäB-Umsetzungen wurden entsprechend auch innerhalb der DGSP diskutiert¹⁹¹ – ebenso wie die eröffneten Formen eines Regionalen Psychiatriebudget.¹⁹² In der Folge ihres Engagements für die Krankenhausversorgung für psychisch erkrankte Menschen veröffentlicht die DGSP einen weiteren Denkanstoß, »Soziale Psychiatrie und Klinik«, der die Anforderungen der DGSP zusammenfasst.¹⁹³ Das reicht von einem übergreifenden und gemeinsamen Krankheitsverständnis und

187 Ebd. S. 13.

188 ACKPA et al. 2012.

189 DGSP-Vorstand 2013a.

190 DGSP-Vorstand 2016b.

191 Marggraf 2020.

192 Wilms 2018.

193 DGSP 2018.

daraus resultierenden Grundhaltungen, der Möglichkeit des Home-Treatments, Zusammenarbeit im Verbund und der Verantwortung der Bundesländer für die Investitionskosten sowie Beibehaltung angemessener Personalressourcen. Deutlicher formuliert wurden die Positionen der DGSP in einem 2019 herausgegebenen »Dossier – Soziale Psychiatrie und Klinik«, in dem in verschiedenen Beiträgen unterschiedliche Perspektiven der stationären Versorgung aufgezeigt wurden.¹⁹⁴

Die DGSP hat mit eigenen und der Mitwirkung bei diesen sehr engagierten Initiativen zur Krankenhausversorgung in der Psychiatrie einen ganz deutlichen Positionswechsel vollzogen. In der Vergangenheit stand die DGSP oft recht kritisch den Kliniken gegenüber, insbesondere den »Anstalten« bzw. den nun so genannten »Fachkrankenhäusern«. In ihren Anfängen hat sie diese »totalen Institutionen« vehement abgelehnt. Aber sie hat sich seit den 2000er-Jahren deutlich und eindeutig für psychiatrische Abteilungen ausgesprochen. Diese Präferenz wurde – wie auch der Streit innerhalb der Krankenhauserpsychiatrie – in den letzten Jahren, in denen die Krankenhäuser um eine angemessene Finanzierung kämpften, zunehmend obsolet. Die DGSP hat eine Reihe von Anforderungen an die klinische Versorgung, wie Grundhaltung, Ausrichtung an Empowerment, Recovery und Partizipation, der Ausrichtung an UN-BRK, Hinwendung zu eher psychotherapeutischer Ausrichtung (Soteria) und Abkehr von medikamentöser Behandlung etc. aber sie erkennt im Grundsatz nun die stationär-klinische Versorgung als notwendigen Funktionsbereich gemeindepsychiatrischer Hilfesysteme an. Mit Augenzwinkern: Die DGSP hat mit ihren Initiativen und Positionen zur klinisch-stationären Versorgung den progressiven Rand des Mainstreams gemeindepsychiatrischer Versorgungskonzepte erreicht.

Die UN-Behindertenrechtskonvention ist kurz nach ihrer Ratifizierung durch die Bundesrepublik Deutschland durch Michael Wunder¹⁹⁵ und Claudia Zinke¹⁹⁶ dem DGSP-Publikum bekannt gemacht worden. Beide betonen den »Diversity-Aspekt« und den Paradigmenwechsel, der mit der UN-BRK verbunden ist, wobei Michael Wunder später eher die ethischen Aspekte in den Vordergrund stellt¹⁹⁷ und Claudia Zinke mit Jörg Adler zusammen den Aspekt von »Rechten und Pflichten«,¹⁹⁸ der später in »Teilhabe und Teilgabe«¹⁹⁹ übersetzt wird. Die kritische Stellungnahme der Soltauer Initiative²⁰⁰ wird zwar von der DGSP finanziert, kann sich jedoch in ihrem Gehalt nicht durchsetzen. Die DGSP tritt der sich schnell bildenden BRK-Allianz bei,²⁰¹ in der die Vertretungen der Menschen mit psychischen Behinderungen deutlich in der Minderheit sind. Hier setzt sie sich besonders in Fragen der Zwangsbehandlung und Zwangsunterbringung ein. Margret Osterfeld ist nicht nur im 2011 gegründeten Fachausschuss Psychopharmaka aktiv, sondern aufgrund ihres Engagements gegen

194 DGSP 2019.

195 Wunder 2009.

196 Zinke 2009; Zinke und Adler 2011.

197 Wunder 2012, 2013, 2014, 2015, 2018.

198 Zinke und Adler 2011.

199 Utschakowski 2016.

200 Soltauer Initiative 2009.

201 <https://www.brk-allianz.de>.

Zwang in der Psychiatrie²⁰² kurze Zeit später auch in einem Ausschuss der UN, der sich mit Menschenrechtsfragen in der Psychiatrie befasst.²⁰³ Zusammen mit anderen Verbänden wird vom sog. »Kontaktgespräch Psychiatrie« eine ausführliche Stellungnahme zur UN-BRK veröffentlicht,²⁰⁴ in der die Kommentare zu Art. 14 »Freiheit und Sicherheit der Person« und Art. 17 »Schutz der Unversehrtheit der Person« eine zentrale Rolle spielen. Aber auch die Verantwortung des Staates zur Bekämpfung von Diskriminierung, Unterstützung bei der Durchsetzung der Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie insbesondere zur Bereitstellung einer hinreichenden Infrastruktur wird gefordert. Darüber hinaus werden die Positionen der UN-BRK in einem neuen »Denkanstoß« der DGSP gewürdigt, in dem eine »menschenrechtsbasierte Psychiatrie« gefordert wird: »...die heutige und die zukünftige Psychiatrie muss daran gemessen werden, inwieweit die Rechte von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eingehalten werden«.²⁰⁵

Die DGSP hat seit ihrer Gründung eine lange Tradition in der Unterstützung von Psychiatrieerfahrenen, psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen in ihren Rechten; aus diesem Grund nehmen die DGSP und ihre Gremien die UN-BRK nicht nur ernst, sondern betrachten sie darüber hinaus in der weiteren Zukunft als eine zentrale Grundlage ihrer fachlich-inhaltlichen und politischen Arbeit allgemein. In fast allen Stellungnahmen, Verlautbarungen und Positionen wird mehr oder weniger deutlich Bezug genommen auf Teilhabe, Inklusion und Partizipation, auf die Problembereiche bei dem Thema Zwang und Gewalt sowie auch in der möglichen Fortentwicklung der Sozialpsychiatrie.

Dies macht sich unter anderem auch an den Positionen bemerkbar, die hinsichtlich des 2016 verabschiedeten Bundesteilhabegesetzes (BTHG) vertreten wurden. Schon im Vorfeld des Gesetzgebungsprozesses haben Christian Reumschüssel-Wienert und Matthias Rosemann auf die Bedeutung des kommenden Gesetzes mit seiner Intention, anstelle des »alten Fürsorgerechts ein modernes Teilhaberecht« zu schaffen hingewiesen.²⁰⁶ Auch die DGSP hat mit den Verbänden des »Kontaktgesprächs Psychiatrie« schon 2015 zu einigen Themen des zukünftigen Gesetzes Position bezogen.²⁰⁷ Hierbei ging es vor allem um Folgendes:

- Eine partizipative und sozialraumbezogene Bedarfsermittlung.
- Die Sicherung von Rechtsansprüchen der Teilhabe am Arbeitsleben unabhängig von bestimmte Einrichtungstypen.
- Die Einbeziehung von Leistungen der Krankenversicherungen in die Rehabilitation.
- Die Sicherstellung von Hilfen auch ohne vorhergehende Antragstellung.

202 Osterfeld 2012, 2017.

203 Mandatsträgerin der Vereinten Nationen und Mitglied im Unterausschuss für die Prävention von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe. Vgl. auch: <https://www.apk-ev.de/projekte/psychiatrie-und-menschenrechte/folterpraevention>

204 Kontaktgespräch Psychiatrie 2012.

205 DGSP 2017, S. 7; DiTolla 2017.

206 Reumschüssel-Wienert 2014; Reumschüssel-Wienert und Rosemann 2014; Rosemann und Reumschüssel-Wienert 2014.

207 Vgl. zum Folgenden: Kontaktgespräch Psychiatrie 2015.

- Die Gewährung von Leistungen ohne Anrechnungen von Einkommen und Vermögen.
- Die offensive Fruchtbarmachung des »persönlichen Budgets« anstelle eines »Bundesteilhabegeldes« (Hier hat der Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen nicht zugestimmt), und
- Die Beibehaltung des Anspruches auf individuell bedarfsdeckende Leistungen«.

Vor allem jedoch wurde gefordert: »Die bisher in der Fachwelt diskutierte Verknüpfung von inhaltlicher Reform der Eingliederungshilfe und Beteiligung des Bundes an den Kosten der Eingliederungshilfe ist jedoch weggefallen. Die Verbände im Kontaktgespräch Psychiatrie bringen ihre Sorge zum Ausdruck, dass die Leistungsträger der Eingliederungshilfe nach wie vor völlig unzureichende finanzielle Mittel zur Verfügung haben, um den steigenden Fallzahlen und den Anforderungen der UN-Behindertenrechtskonvention entsprechen zu können.«²⁰⁸ Diese Positionen wurden 2016 durch die DGSP noch einmal dezidiert bestärkt und durch eine Stellungnahme konkretisiert.²⁰⁹ Hier ging es besonders um die Problembereiche, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe nicht in ein »Leistungsgesetz« überführt wurden, dass die angekündigte Trennung von existenzsichernden- und Fachleistungen nicht so gestaltet wurden, um dem Grundsatz »ambulant vor stationär« umzusetzen und dass die Leistungen in Zukunft ausschließlich Antragsleistungen sein sollen. Zentral war die geplante Eingrenzung des leistungsberechtigten Personenkreises durch die »5 von 9 – Regelung«. Aber auch die Regelungen zur Ermittlung des Hilfebedarfs und der Hilfeplanung, die befürchtete Einschränkung des Leistungskataloges und notwendige Verbesserungen bei den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Die Einrichtung von ergänzender unabhängiger Teilhabeberatung wurde ausdrücklich begrüßt. Auf der Berliner Jahrestagung 2016 wurde eine ähnlich lautende Resolution durch die Teilnehmer*innen verabschiedet,²¹⁰ und natürlich reihten sich viel DGSP-Mitglieder in die Demonstrationen in Berlin ein, in denen es vor allem um ein »Leistungsgesetz« sowie um die äußerst problematische »5 von 9 – Regelung« ging. Als das BTHG im Dezember 2016 verabschiedet wurde und erste, grundlegende Regelungen ab 2018 in Kraft traten, diskutierte, wie viele andere auch, die DGSP das Gesetz trotz einiger Kritiker²¹¹ weitgehend positiv und betonte die Möglichkeiten, die in diesem epochalen Gesetzeswerk stecken.²¹² Die fachliche Diskussion ging jedoch – sehr verständlich – über die DGSP weit hinaus, da die Wohlfahrtsverbände und andere Fachverbände als direkt »Betroffene« des BTHG an den Umsetzungsproblemen weitaus »dichter dran« waren.²¹³ In der DGSP wurden eher fachliche Fragen der Assistenz, Bedarfsermittlung

208 Kontaktgespräch Psychiatrie 2015, S. 1.

209 Vgl zum Folgenden: DGSP-Vorstand 2016a.

210 DGSP 2016.

211 Vgl. hierzu Kellmann 2017, 2019.

212 Reumschüssel-Wienert 2018b.

213 Vgl. hierzu im Überblick: Rosemann 2018; Rosemann und Konrad 2017, 2020; Konrad 2018, 2019; Conty et al. 2017/2018 Vgl. auch die vielfältigen, hier nicht im Einzelnen angeführten Aufsätze von Michael Konrad und Matthias Rosemann in der »Psychosozialen Umschau« sowie die Publikationen unterschiedlicher Autor*innen in der »Kerbe«.

und der ICF diskutiert, die eine wichtige Bedeutung im BTHG erhielten.²¹⁴ In der Frage einer kritischen Begleitung der Umsetzung des BTHG und der nun seit 2020 rechtsgültigen Regelungen des SB IX hat sich die DGSP nicht nur insgesamt zurückgehalten und die dezidierte Bearbeitung dieses Themas den Wohlfahrtsverbänden und anderen Fachverbänden überlassen. Im Gegenteil: Die zentralen Inhalte des BTHG der Teilhabe, Selbstbestimmung und Partizipation erscheinen mit den auch traditionellen Positionen der DGSP kompatibel und durchziehen im Zusammenhang mit den Inhalten der UN-BRK (fast) alle öffentlichen Verlautbarungen. Die DGSP hat sich entschieden, mit der Teilhabeorientierung des deutschen Sozialstaates ihren Frieden zu machen und die Kritik hieran ggf. »immanent« zu gestalten.

Die DGSP hat sich im Laufe ihrer Geschichte wiederholt nicht nur mit dem Thema Teilhabe und Menschenrechte im Allgemeinen, sondern speziell auch mit dem Thema Gewalt und Zwang in der Psychiatrie auseinandergesetzt. Dies hat nach in Kraft treten der UN-BRK nicht abgenommen, sondern nachdem das Bundesverfassungsgericht und andere höchste Gerichte einige bahnbrechende Urteile zu Zwangsbehandlung und -unterbringung verkündet haben eher zugenommen. Für die DGSP waren die Themen von Zwang und Gewalt auch im Rahmen der Teilnahme von Margret Osterfeld und Patrizia DiTolla an wichtigen UN-Gremien von vorrangiger Bedeutung. Auch innerhalb der DGSP kam das Thema voran, als Margret Osterfeld und Martin Zinkler geharnischte Artikel zu einer Stellungnahme der DGPPN zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Zwangsbehandlung schrieben. Osterfeld beurteilt die Stellungnahme als »skandalös« und Zinkler spricht von »Aufforderung zum Rechtsbruch«.²¹⁵ Der DGSP-Vorstand veröffentlicht eine Stellungnahme, in der er sich nicht total gegen Zwangsbehandlung ausspricht, jedoch auf die Rechtsförmigkeit beharrt, den Ansatz »Verhandeln statt Behandeln« in den Vordergrund stellt und fordert: »Zwangsbehandlung ist ein schwerer Eingriff in die körperliche Integrität und das Selbstbestimmungsrecht und darf auf keinen Fall durch mögliche Fremdgefährdung, Personalknappheit oder disziplinarische Gründe gerechtfertigt werden.«²¹⁶ Eine ähnlich lautende Erklärung wird auf einem Frankfurter Fachtag verabschiedet. Hier wird festgestellt, dass Rechtsänderungen Freiheitsbeschränkungen in der Psychiatrie nicht verhindern können und kommen zum Ergebnis, dass die Grundhaltung stets die Selbstbestimmung der Betroffenen im Blick haben muss. Mit der Position, dass die Zwangsunterbringung/Behandlung eine »Ultima Ratio« sein muss und im Übrigen eine auf Selbstbestimmung gerichtete Behandlung Vorrang hat, versucht die DGSP bzw. ihr Vorstand, die – wieder einmal – äußerst kontroversen Positionen »unter einen Hut« zu bringen. Allerdings gilt hierbei auch bei den Positionen, die Zwangsunterbringung nicht vollständig ablehnen, die Bedingungen der Rechtsförmigkeit, die das BVerfG einfordert als ein »Lernfeld«, welches in die Richtung einer »gewaltarmen und menschenfreundlichen Psychiatrie«²¹⁷ verweist. Die Diskussion verzweigt sich in der Zukunft hauptsächlich in zwei Wege: Zum einen in die Diskussion der Zwangsunterbringung in der psychiatrischen Klinik – meist im Rahmen einer

214 Reumschüssel-Wienert 2017, 2018c.

215 Osterfeld 2012; Zinkler 2012 Vgl. auch Osterfeld 2017.

216 DGSP-Vorstand 2013b.

217 Gonther 2018, S. 36.

öffentlich-rechtlichen Unterbringung (Psych-KG) und zum anderen der »geschlossen« Unterbringung im Rahmen der bürgerlich-rechtlichen Unterbringung (BGB).

Mit Bezug auf den ersten Weg einer gewaltarmen oder auch – freien Psychiatrie entwerfen insbesondere Martin Zinkler und einige Kolleg*innen eine Vision. Kern der Argumentation ihrer letztlich auf eine Neuorganisation des psychiatrischen Hilfesystems hinauslaufenden Perspektive ist, dass ein psychiatrisches Hilfesystem ausschließlich nur dann in Aktion treten sollte, wenn ein*e Patient*in dies wünscht. Entsprechend sollen Methoden des »Supported-Decision-Making« verschärft zum Einsatz kommen.²¹⁸ Diese Diskussion, die vor allem Heinz Kammeier juristisch-kritisch begleitet,²¹⁹ wird die DGSP und auch andere Fachgesellschaften noch lange beschäftigen und erscheint als eine der wichtigen Fragen der Zukunft der Sozialpsychiatrie. Auf der Jahrestagung 2019 in Leverkusen wurde ein öffentlicher Anfang mit dieser Zukunftsfrage gemacht, den Martin Osinski in seinem Bericht mit der Überschrift versieht: »Das Ende des doppelten Auftrags.«²²⁰

Der andere Weg befasst sich – wie oben schon angedeutet – in der Nachfolge der »Heimdebatte« mit der Frage der geschlossenen Unterbringung in »Heimen« (Pflegeheimen). Auch hier ist die Diskussionslage der DGSP uneindeutig, jedoch wird diese Debatte eher in den Landesverbänden der DGSP geführt, wie z. B. in Berlin, wo, auch im Anschluss an eine länger zurückliegende Untersuchung über »Fehlplatzierung«²²¹ bereits 2012 eine Veranstaltung durchgeführt wurde.²²² In den nächsten Jahren wird das Problemfeld immer wieder thematisiert.²²³ Auf der DGSP-Jahrestagung 2019 in Leverkusen berichtet Matthias Rosemann über ein vom BMG gefördertes Projekt, das auch Unterbringungen nach § 1906 BGB umfasst, dass neben dem Einsatz von »Peers« als Genesungsbegleiter*innen und Behandlungsvereinbarungen vor allem die Kommunikation der Beteiligten untereinander eine große Rolle bei der Vermeidung von Zwang spielen. Dies sind vor allem (strukturierte) Besprechungen in den Teams aber auch z. B. Besprechungen in »Runden Tischen« sowie regionale Konferenz-, Beratungs- und Konsultationsbesprechungen auch über das psychiatrische Hilfesystem hinaus sowie kooperativ ausgeübte Versorgungsverpflichtung und – last not least – Fort- und Weiterbildungen gerade für Führungskräfte.²²⁴ Auch in diesem Bereich ist die Diskussion noch nicht abgeschlossen. Sie nimmt jedoch (noch?) nicht die grundsätzlichen Ausmaße an, die sie in der oben genannten Variante hat, sondern wird, wie Matthias Rosemann schon angesprochen hat, als eine kollektive Verantwortung eines Verbundsystems gesehen und nun – freundlicherweise dem Mainstream folgend – als »geschützte Wohnplätze« bezeichnet.²²⁵

218 Zinkler 2012, 2013; Zinkler und Koussemou 2014; Zinkler 2019; Zinkler und Peter 2019; Waibel und Zinkler 2020.

219 Kammeier 2013, 2019a, 2019b, 2020.

220 Osinski 2020a.

221 Vock et al. 2007.

222 Eichenbrenner et al. 2012.

223 Vgl. statt anderer: Schulte Kemna 2014; DiTolla 2017; Müller 2017; Giertz und Gervink 2017; Meyer und Zechert 2017.

224 Rosemann 2020.

225 Eipperle und Obert 2019.

Für die DGSP war das Thema Maßregelvollzug/Forensik schon immer ein Thema, dies galt in der jüngeren Geschichte der DGSP vor allem für den Problembereich, dass in den Zeiten, in denen die Klinikbetten immer weiter abgebaut wurden im Gegenzug sich die Plätze im Maßregelvollzug ständig ausweiteten und zum Bau forensischer Kliniken führten. Sebastian Stierl hat in seiner aktiven Vorstandszeit oft auf dieses Problem hingewiesen. Auch innerhalb der Sozialpsychiatrie bzw. in der DGSP wurde dieses Thema – mit unterschwelligem gegenseitigen Schuldzuweisungen – diskutiert. So wurde es als ein willkommenes Folgeproblem der Debatte um Selbstverantwortung und Teilhabe kolportiert, das zum Anlass genommen wird, sich »schwieriger« Patient*innen zu entledigen.

Im Zusammenhang mit den Reformüberlegungen des Bundesministeriums für Justiz zur Unterbringung nach § 63 StGB hat sich die DGSP 2013 zu Wort gemeldet. Sie veröffentlichte eine Stellungnahme zu den vorgelegten Eckpunkten und kurze Zeit später gab es (wieder) einen Fachausschuss Forensik, aus dessen Feder die Stellungnahme kam. Schon in dieser ersten Stellungnahme wurde angedeutet, dass die Forensik auch in der Verantwortung der Gemeindepsychiatrie liegen sollte.²²⁶ Der Fachausschuss Forensik entfaltete in den nächsten Jahren eine erstaunliche Aktivität und veröffentlichte im nächsten Jahr eine Stellungnahme zu den geplanten Neubauten in der Forensik, in der sie beispielsweise auf die Notwendigkeit hinwiesen, sich hierbei von therapeutischen und rehabilitationsorientierten Gesichtspunkten leiten zu lassen, auch halb-offene und offene Bereiche im Vollzug, kleinere Wohngruppen und eine angemessene Personalausstattung zu gewährleisten.²²⁷ Im Laufe der Diskussionen der Reform und auch innerhalb des Fachausschusses konkretisierten sich die Positionen laufend und liefen auf eine Stellungnahme hinaus, in der die Forderungen auf 4 Punkte konzentriert wurden:²²⁸

- Maßregelvollzug nicht ausschließlich in einem Krankenhaus.
- Maßregelvollzug als Sozialpsychiatrie.
- Krankenhaus nur soweit wie zwingend erforderlich.
- Ambulanzen im Vollzug – nicht in der Nachsorge.

Damit war für den Fachausschuss und die DGSP konzeptionell klar, dass der Maßregelvollzug nicht allein eine Sache von Spezialeinrichtungen ist, sondern in die Verantwortung der Gemeinde bzw. des gemeindepsychiatrischen Verbundes gehört. Entsprechend enttäuscht äußerte sich die DGSP zum Diskussionsentwurf der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Reform des § 63 StGB,²²⁹ den sie trotz einiger positiver Aspekte als »Ausdruck von Hilfs- und Ratlosigkeit« betrachtet, bei denen die Verfasser selbst einräumen, dass keine nachhaltigen Veränderungen zu erwarten sind. Gefordert wird, dass »symbolische Gesetzgebung« vermieden werden soll, Medikalisierung hinterfragt

226 DGSP-Vorstand 2013c.

227 DGSP-Vorstand 2014a; Walburg 2014.

228 DGSP-Vorstand 2014c; Kammeier und Fachausschuss Forensik der DGSP 2015.

229 Vgl. zum Folgenden: DGSP-Vorstand 2015b.

wird, Alternativen zum Wegschluss geschaffen werden, Forensik als Soziale bzw. Gemeindepsychiatrie zu gestalten, Alternativen vor einer stationären Unterbringung zu ermöglichen und keine Parallelen zur Sicherungsverwahrung zuzulassen. Im Zusammenhang mit der weiteren politischen Diskussion, der »Affäre Mollath« und der Würdungen des 40-jährigen Jubiläums der Psychiatrie-Enquête wurde das Thema Forensik in der DGSP breit diskutiert.²³⁰ Darüber hinaus war es gelungen, das Thema auch bei anderen Psychiatrie-Verbänden im Rahmen der »Kontaktgespräche Psychiatrie« breit zu diskutieren, die 2015 ein Symposium in Berlin dazu veranstalteten, in dem sie sich kritisch mit den Entwürfen auseinandersetzten.²³¹ Zu dem Gesetzentwurf gab es dann eine weitere Stellungnahme, die die Positionen der vorhergehenden übernahm. Michael Hechsel formulierte für die Neuauflage der »denk-an-stöße« 2017 unter der Überschrift »Spiel nicht mit den Schmuddelkindern« die Positionen zur Forensik, die oben schon angeführt sind und die noch einmal eindringlich fordern, dass der Maßregelvollzug eine Verantwortung der Sozial- und Gemeindepsychiatrie ist.²³² Ein Jahr später war es dann gelungen, dass die Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie eine gemeinsame Broschüre herausbrachten, in der sie die Forderungen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen des psychiatrischen Maßregelvollzuges und des Maßregelrechts darlegten:²³³

- Gewährleistung der medizinisch-therapeutischen Behandlung.
- Beteiligung an der regionalen Versorgungsverpflichtung.
- Maßnahmen gegen den Verlust der Unterkunft
- Änderungen der Strafprozessordnung und des Strafgesetzbuches
- Keine Unterbringung nach § 63 StGB ausschließlich in einem psychiatrischen Krankenhaus.
- Streichung oder Modifizierung des § 20 StGB (juristischer Krankheitsbegriff)

Erste Erfolge konnten in Entwürfen der Änderungen des Strafgesetzbuches verzeichnet werden.²³⁴ Nach einer Bildungsreise nach Italien, um dort die Abschaffung der Forensik zu bewundern,²³⁵ hat der Fachausschuss eine Veranstaltung in Berlin mit der BGSP und dem Paritätischen-Berlin durchgeführt. Anlass war die Berliner Diskussion um geschlossene Heime. Allerdings konnte auch auf dieser Veranstaltung keine einheitliche Position der Anwesenden herbeigeführt werden. Ilse Eichenbrenner schreibt. »Das Thema wird also weiterkochen, auch wenn sich alle Redner einig waren: Wir brauchen keine geschlossenen Heime, wenn wir Personal für gute Beziehungsarbeit haben.«²³⁶

Ist in der Frage von Gewalt und Zwang in der Gemeindepsychiatrie die DGSP in sich noch gespalten, so hat sie dennoch ein eindeutiges Schwergewicht auf die Heraus-

230 Vgl. hierzu das Themenheft der Sozialen Psychiatrie 40 (1) 2016, insbesondere Kammeier 2016; Massenbach 2016.

231 Eichenbrenner 2016

232 Michel Hechsel in: DGSP 2017, S. 19. ff

233 Kontaktgespräch Psychiatrie 2018.

234 DGSP-Vorstand 2019e.

235 Massenbach 2019.

236 Eichenbrenner 2019b, S. 34.

forderungen gelegt, die sich auf die Umsetzung der Anforderungen der UN-BRK sowie der auf Selbstbestimmung rekurrierenden Rechtsprechung beziehen. Insbesondere die Vorstellungen einer menschenrechts-basierten und gewaltfreien Psychiatrie markieren für die DGSP Zukunftsperspektiven, die es weiter zu verfolgen gilt. Dass die Forensik in die Entwicklung der Gemeindepsychiatrie zumindest konzeptionell einbezogen ist, d.h., dass die Prinzipien der Gemeindepsychiatrie mit der regionalen Versorgungsverpflichtung auf diesen bisher vernachlässigten Versorgungsbereich übertragen wurden – daran haben vor allem die DGSP und ihr Fachausschuss großen Anteil.

Die von Volkmar Aderhold angestoßene Diskussion um Neuroleptika fand in der DGSP große Resonanz. Der Berliner Landesverband führte eine erste Erhebung über das Ausmaß von Neuroleptika-Verordnungen im Berliner Hilfesystem, welches beunruhigende Ergebnisse aufzeigte. Im Durchschnitt bekamen die Klient*innen mehr als zwei Neuroleptika verordnet.²³⁷ Auch andere Reaktionen gab es, die nicht negativ waren. So äußerte sich der Verein Baden-Württembergischer Krankenhaupsychiatrie e. V. durchaus wohlwollend, dass die DGSP die Diskussion angestoßen hat, sie vermisste jedoch den »Realitätsbezug« der Debatte.²³⁸ Das hielt die DGSP und die diesbezüglich engagierten Mitglieder jedoch nicht davon ab, im Frühjahr 2011 einen »Fachausschuss Psychopharmaka« zu gründen, der – trialogisch besetzt – sich sofort an die Arbeit machte. Bevor er jedoch seinerseits mit einer Broschüre zu Wort meldete, haben Charlotte Köttgen und Stefan Richter die Gelegenheit ergriffen und – nach vielen Jahren eindrucklicher und engagierter Diskussion – 2013 eine Broschüre veröffentlicht, die die immensen Gefahren der Ritalin-Behandlung Kinder und Jugendlicher herausstellt.²³⁹ Im Jahre 2014 hat dann der Fachausschuss Psychopharmaka seine Broschüre »Psychopharmaka reduzieren und absetzen« herausgebracht, die für viel Aufsehen in der gesamten Fachwelt sorgte.²⁴⁰ Damit ging nicht nur innerhalb der DGSP die Diskussion erst richtig los, sondern auch im (näheren) Umfeld.²⁴¹ Recht bald wurde auch die Medikamenten-Reduzierung in einen Zusammenhang mit den gerade diskutierten modernen Formen der Psychosebehandlung (Home Treatment/Open Dialog)²⁴² und Selbsthilfe²⁴³ gestellt, sowie ein kritischer Bezug zur Pharmaindustrie und von ihr finanzierter Forschung hergestellt, der aufgrund der Aufarbeitung der Forschungsarbeiten durch Volkmar Aderhold und anderen unumgänglich war.²⁴⁴ Der Einfluss der kritischen Diskussion um Psychopharmaka war kaum zu überschätzen: Es bildeten sich nicht nur in Berlin trialogische Psychopharmaka-Gruppen,²⁴⁵ es wurden sozialpsychiatrisch orientierte Lehrbücher entsprechend neu- oder umgeschrieben, (Finzen et al. 2017) bzw. neu aufgelegt²⁴⁶ und der Einfluss reicht bis in die kritische wissenschaft-

237 Berg et al. 2010a, 2010b.

238 Längle et al. 2010.

239 Köttgen und Richter 2013.

240 Fachausschuss Psychopharmaka der DGSP 2014.

241 Vgl. z.B.: Aderhold 2014; Finzen et al. 2015.

242 Aderhold 2016; Schlimme 2016

243 Bellion 2016.

244 Aderhold et al. 2016.

245 Schlimme et al. 2019.

246 Lehmann 2013a; Lehmann et al. 2017; Finzen et al. 2017; Greve et al. 2017.

liche Auseinandersetzung mit der Geschichte der Psychopharmaka²⁴⁷ sowie mit dem Fach »Psychiatrie« selbst – bis hin in die Revision der »S 3 – Leitlinien«. Folgt man Stefan Weinmann, so ist der Glaube an die heilende Wirkung von Psychopharmaka eine der »Selbsttäuschungen« der Psychiatrie.²⁴⁸ Die Arbeit des Fachausschusses und seiner Protagonist*innen zeigt einmal mehr eindrücklich, wie kritisch inspirierte Mitglieder der DGSP mit außergewöhnlicher Sachkenntnis und Engagement ein wichtiges Thema politikfähig machen können und einiges in Bewegung bringen!

Wiederholt hatte sich die DGSP in ihrer Vergangenheit mit dem in dieser Chronik bisher vernachlässigten Thema Migration, Flucht und Asyl auseinandergesetzt. Schon seit Beginn des Jahrtausends wurde die Beschäftigung mit diesem Themenbereich intensiviert. Insbesondere Wieland Machleidt widmete sich in der Nachfolge von Erich Wulff diesem Thema mit großer Energie. Ausgehend von seiner Initiative verabschiedeten im November 2002 einige Fachvereinigungen die »Sonnenberger Leitlinien«, die Orientierung für psychiatrisch-psychotherapeutisches Arbeiten bieten sollten.²⁴⁹ Die Leitlinien orientierten sich am Inklusionsprinzip, da sie nicht eine einseitige Anpassung der Migrationspopulation an das deutsche Gesundheitssystem forderten, sondern die Öffnung und Qualifizierung des Hilfesystems an die Bedürfnisse und Erfordernisse der Migrant*innen. In der Folge setzte eine Diskussion in der DGSP ein, im Anschluss an Machleidt und dem »Sonnenberger« Ansatz »interkulturelle Kompetenzen« zu entwickeln. Auch hier wurde ein einseitiger Begriff der Integration als zu einseitig abgelehnt und eher die »interkulturellen Wechselwirkungen« oder der »interkulturellen Öffnung« – wie Maria Canovai und Christian Zechert schrieben, in den Vordergrund gestellt.²⁵⁰ Auch andere forderten »interkulturelle Kompetenz«²⁵¹ und sehen insbesondere in großstädtischen Milieus eine »Zukunft (...) in den multikulturellen Potenzialen.«²⁵²

Als 2014/2015 Tausende von Flüchtlingen und Asylsuchende nach Deutschland kamen und die sog. »Flüchtlingskrise« mit einer solidarischen Sternstunde der Zivilgesellschaft ihren Anfang nahm, reagierte die DGSP schnell. Im Mai 2015 gab der Vorstand unter der Überschrift »Psychiatrie in der Verantwortung – Menschenwürde achten!« ein Positionspapier heraus,²⁵³ in dem – unter der Ausgangslage, dass der »Neoliberalismus mitschuldig an Kriegen, scheinbar religiösen oder ethnischen Konflikten und der tiefer werdenden Kluft zwischen Arm und Reich« sei – einerseits die besondere Vulnerabilität von Flüchtlingen dargestellt sowie die Verantwortung und die Kompetenzen der Sozialpsychiatrie eingefordert wird. Der Zugang zum Hilfesystem muss gewährleistet sein und es wird ein besonders offenes und kultursensibles Vorgehen der Professionellen angemahnt. Abschiebung psychisch erkrankter Flüchtlinge dürfe es nicht geben. In der

247 Balz 2014.

248 Weinmann 2019.

249 Machleidt 2003, 2008; Machleidt et al. 2006.

250 Canovai und Zechert 2005.

251 Claußen 2005.

252 Thomas 2005.

253 DGSP-Vorstand 2015a.

Folge wurde in der DGSP der menschenrechtsbasierte und humanistische Ansatz verfolgt im Zusammenhang mit einem kritischen Ansatz, der sowohl die Politik der Herkunftsländer oder Regionen wie auch die (Einwanderungs- und Migrations-)Politik der Europäischen Union und Deutschland.²⁵⁴ Im Februar 2016 führte die DGSP einen Fachtag zum Thema Flucht und Asyl in Frankfurt a.M. durch,²⁵⁵ wo – neben den politischen Themen der Verschärfung des Asylrechts – die Notwendigkeit von niedrigschwelligen und aufsuchenden Hilfen²⁵⁶ sowie die »Vernetzung« der Hilfen²⁵⁷ thematisiert wurden. Auf Initiative Michaela Hoffmanns, die so nach Ihrer Pensionierung ehrenamtlich der DGSP erhalten blieb, und Martin Osinski, der in Neuruppin nun für die Flüchtlingsunterkünfte zuständig war,²⁵⁸ wurde 2017 der Fachausschuss »Migration« gegründet,²⁵⁹ der im September 2019 zusammen mit der sächsischen Landesärztekammer und dem Flüchtlingsrat einen Fachtag in Dresden durchführte.²⁶⁰ Ergänzt wurde diese Arbeit der DGSP durch die vielfältigen Aktivitäten der Landesverbände.

Auch die Partizipation von Psychiatrieerfahrenen wurde im Rahmen der »neuen« Teilhabeorientierung der DGSP unterstützt. Dies gilt im ganz besonderen Maße für die Einbeziehung von Psychiatrieerfahrenen »EX-IN« Genesungsbegleiter*innen. Deutlich wird dies besonders durch das besondere Engagement der DGSP-Vorsitzenden Christel Achberger, die seit vielen Jahren das Engagement vorantreibt. Sie fordert »Zuversicht als Grundhaltung« ein. Genesungsbegleiter im Team haben eine wichtige Funktion, »sie greifen andere Themen auf als Profis. Sie stellen andere Fragen, entdecken »blinde Flecken« und eröffnen neue Perspektiven.« Und: »Genesungsbegleiter können mit ihrer eigenen Recovery-Geschichte Modell sein und Hoffnungen machen«²⁶¹ – und zwar auch für die Profis. Darüber hinaus können Genesungsbegleiter einen großen Beitrag zur »Empowerment-Kultur« leisten und damit auch zur Weiterentwicklung einer Grundhaltung beitragen. »Die Begegnung zwischen psychiatrischen Fachkräften und Genesungsbegleitern und die Unterschiede in den Wahrnehmungen und Beziehungsgestaltung bieten die Chance, tradierte professionelle Grundhaltungen zu überprüfen und eventuell neu zu bestimmen«.²⁶² Wenngleich nicht alle diese enthusiastische Begeisterung teilen, setzt sich die Bereitschaft, psychiatriereeferne Genesungsbegleiter*innen oder Berater*innen in der gesamten Gemeindepsychiatrie einzusetzen nicht nur in DGSP Kreisen, sondern weit darüber hinaus durch. In den »S 3-Leitlinien« zu psychosozialen Therapien werden Genesungsbegleiter*innen, ebenso wie Empowerment und Recovery empfohlen. So werden in den nächsten Jahren die unterschiedlichen Möglichkeiten von »EX-IN« – in der Regel sehr wohlwollend – vorgestellt und disku-

254 Vgl. hierzu Leidinger 2015; Osinski 2015.

255 Hax-Schoppenhorst 2016.

256 Häberlin und Obert 2016.

257 Wolff 2016.

258 Osinski 2016.

259 Hoffmann 2020.

260 Osinski 2020b Vgl. auch das Themenheft der Sozialen Psychiatrie 44 (1) 2020

261 Achberger und Utschakowski 2015, S. 14.

262 Achberger und Utschakowski 2015, S. 15.

tiert.²⁶³ Eine angestrebte enge Zusammenarbeit zwischen »EX-IN« Deutschland und der DGSP kommt nicht zustande. »EX-IN Deutschland« wird – wie andere dialogische oder selbstbestimmte Projekte auch²⁶⁴ – zunehmend professionalisiert und organisiert seine Aktivitäten selbstständig.²⁶⁵

7.4 Die letzten 10 Jahre – Krisen ohne Ende

Bei einer insgesamt vergleichsweise recht befriedigenden wirtschaftlichen Entwicklung in Deutschland war das Jahrzehnt von vielen Krisen gekennzeichnet. An der Wende des Jahrzehnts stand die Finanzmarkt- und Bankenkrise, die die Bundesrepublik mit einigen Blessuren überstanden hat. Sie wurde abgelöst durch die Staatsschuldenkrise der südeuropäischen Staaten, die die erheblichen Unterschiede der Staaten hinsichtlich der Finanzkraft, Sozialsystem und politischer Agenda offenbarte. Diese Krise hinterließ die Europäische Union tief zerrissen, wobei sich insbesondere die in eine autoritär-nationalistische Richtung abdriftenden und südeuropäischen Länder gegen den reichen Norden abgrenzen. Darüber hinaus tat dann am Ende des Jahrzehnts der Brexit ein Übriges. Auch durch die sog. Flüchtlingskrise sorgt nach wie vor zu gravierenden Auseinandersetzungen zwischen den Mitgliedsstaaten der EU. Nicht zuletzt diese Krise sorgte auch dafür, dass in Deutschland und auch anderen Ländern eine spürbare Rechtsentwicklung offenbar wurde, die der AfD zweistellige Wahlergebnisse bescherte und sie in den Bundestag und alle Länderparlamente katapultierte. Interpretiert wird diese Entwicklung auch als eine gesellschaftliche Krise, als Klassenkampf zwischen »alter« und »neuer« Mittelschicht. Diese Transformationskrise krempelt nicht nur das »Soziale« um, sondern haben auch zu einer tiefen ökonomischen Spaltung der Gesellschaft in Arm und Reich geführt, wobei die Schere ständig weiter aufgeht. Sichtbarer Ausdruck dessen ist die Krise auf dem Wohnungsmarkt, wo insbesondere in einigen Ballungsgebieten die Mietpreise durch die Decke gehen, die »Gentrifizierung« innerstädtischer Quartiere zunimmt und gleichzeitig die Wohnungslosigkeit auch. Und dann wurde uns – dank der Initiative der Fridays-for-Future-Bewegung zu guter Letzt die Klimakrise bewusst, die die Welt vor erhebliche Probleme stellt. Leider ist das noch nicht alles: Die Kulturwissenschaften bzw. die Sozialpsychologen konstatieren eine tiefe Krise des Subjekts. Die zunehmende Ökonomisierung, Singularisierung und Psychologisierung der Gesellschaft treibt die Individuen in eine »Erschöpfungskrise«, anscheinend nicht nur ein theoretisches Konstrukt ist, sondern sich auch empirisch messbare Ergebnisse stützen kann. Eva Illouz spricht in diesem Zusammenhang von »otologischer Unge-
wissheit«.

263 Utschakowski 2016; Müller 2016; Schulz 2016; Ackers und Flögel 2017 Eine kritische Diskussion über die Rolle bestimmter Recovery- und Empowerment-Konzepte sowie »EX-IN« Genesungsbegleiter*innen hinsichtlich der Propagierung eines »unternehmerischen Selbst« spielen können, unterbleibt weitgehend. Zur Rolle von Geschichten bei der Propagierung des unternehmerischen Selbst, vgl. Bröckling 2002a. Oder auch weiter oben das »therapeutische Selbst« von Illouz 2011.

264 Zu denken wäre hier z.B. an: »Irre Menschlich« in Leipzig oder an jüngst an die »Recovery-Colleges«.

265 Vgl. <http://EX-IN-akademie.de/>