

andere (Fach-)Verbände verteilte und dort fortentwickelt wurde. Allerdings waren andere Verbände, z.B. Berufs-, Fach- oder Wohlfahrtsverbände eher in der Lage, mit den Konzepten auch ihre jeweiligen »Provider-Interests« zu verbinden und somit ihre Vorstellungen organisations- und politikfähig in die politischen Arenen, insbesondere auf Länderebene einzubringen, zumal sie dort auch personell mit den politischen Akteuren verwoben waren.

4.4 Die DGSP in den 1980er-Jahren

In den 1980er-Jahren verändert sich, wie gesagt, das Politikfeld hinsichtlich der DGSP entscheidend. Der Prozess der zunehmenden gesellschaftlichen Differenzierung entwickelt sich und bringt auch im Bereich der Sozial- bzw. Gemeindepsychiatrie neue Organisationen und Akteure hervor, die zu den bisherigen Akteuren wie DGPN oder die traditionellen (ärztlichen) Berufs- und Institutionenverbände hinzukommen. So treten insbesondere im Laufe des Aufbaus außerklinischer gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen die Wohlfahrtsverbände zunehmend als Akteure auf und beteiligen sich – politikfähig – auch an sozialpsychiatrischen Diskursen, nicht zuletzt auch durch den Aufbau eigener Fachreferate, Fachverbände und die Durchführung von Tagungen. Hinzu kommt, dass nicht nur der »Dachverband« ein weiterer sozialpsychiatrisch orientierter Akteur ist, sondern auch 1985 der »Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V.« gegründet wird sowie die Psychiatrieerfahrenen langsam aus dem Schattendasein der »Selbsthilfe« oder »Patientenklubs« heraustreten und sich als eigenständige politische Akteure hervortun. Vor allem die APK wird nach der Enquête sowie im Laufe des Modellprogramms aufgrund ihrer Politiknähe zu einem der relevantesten politischen Akteure, in der sich die sozialpsychiatrisch orientierten »Pragmatiker*innen« sammeln. Die APK wird mit ihren Jahrestagungen und Veröffentlichungen in den nächsten Jahrzehnten das Forum sein, in der die politischen Weichen für die Entwicklung der Sozialpsychiatrie gestellt werden.

Aber auch näher an der DGSP tut sich einiges. Mit der Übernahme der Leitung der psychiatrischen Klinik in Gütersloh durch Klaus Dörner verändern sich auch die »Gütersloher Fortbildungswochen«. Waren sie vorher ein eher klinisch orientiertes Forum, in dem zwar auch Fragen der Sozialpsychiatrie erörtert wurden, so werden sie nun ein Forum, in dem Fragen und Perspektiven der Gemeindepsychiatrie sowohl in praktischer Hinsicht, mit Bezug auf einzelne Problemgruppen oder auch in theoretischer Hinsicht, sei es mit ökologischer oder auch ethischer Perspektive diskutiert werden. Die Gütersloher Fortbildungswochen werden – auch durch ihre Nähe und personellen Verflechtungen zur DGSP gewissermaßen neben dem Mannheimer Kreis und der DGSP-Jahrestagung zu einem dritten Forum, in dem Fragen der Gemeindepsychiatrie diskutiert werden. So finden zunehmend Diskurse im sozialpsychiatrischen Feld trotz vielfältiger Überschneidungen und persönlicher Überlappungen *neben* der DGSP statt. Die Folge für die DGSP ist, dass sie langsam aber stetig ihren bislang dominierenden Einfluss auf die Ausformulierung und Entwicklung sozial- und gemeindepsychiatrischer Entwicklung verliert und mit anderen teilen muss. Verbunden hiermit ist auch, dass eine Reihe von (ehemaligen) DGSP-Aktivist*innen nun (auch) in anderen Organi-

sationen und Verbänden Einfluss gewinnen oder auch Karrieren machen und in Einzelfällen die DGSP – meist links – liegen lassen. Der Erfolg, den die DGSP mit der Verbreiterung sozialpsychiatrischer Ideen, Konzepte und Haltungen hatte, geht einher mit dem Verlust an politischem Einfluss.

Zunächst jedoch: Ohne Atempause beginnt die DGSP die neue Dekade, hat sie doch ein großes Päckchen aus den 1970er-Jahren mitgebracht: Es gibt einen Auflösungsbeschluss, es gibt eine Diskussion um »Hilfe: Ersatz – Macht«, es gibt in der Nachfolge zur Enquête ein Modellprogramm Psychiatrie und der DGSP-Vorstand hat einige unerledigte Aufgaben, wie die inhaltliche Ausrichtung bzw. Programmatik und Strategie der DGSP.

Unter dem Motto: »Ausgrenzen oder sich ertragen« wurde der Mannheimer Kreis in der namensgebenden Stadt vom 15.-18. Mai 1980 mit über 1.200 Teilnehmer*innen und rund 40 Arbeitsgruppen ein großer Erfolg. Thema war, wie unterschiedliche Lebensbereiche – wie man heute sagen würde – so umgestaltet werden können, dass »das Abschieben von ›störenden‹ Schülern, Arbeitnehmern, Familienangehörigen, Patienten, Behinderten und alten Menschen in Sondereinrichtungen reduziert oder vermieden werden kann« – so der DGSP-Rundbrief.¹⁷⁷

Natürlich stand im Zentrum der Diskussion der im letzten Jahr in Freiburg erfolgte »Auflösungsbeschluss«, der noch einmal bekräftigt wurde. Darüber hinaus wurde beschlossen, im Oktober 1980, im Anschluss an die Jahrestagung in Dortmund zu einer großen Demonstration, einem »Sternmarsch« nach Bonn durchzuführen, um der Forderung nach Auflösung und dem Aufbau von Alternativen und »den Aufbau von Alternativen, die es uns erlauben, die psychosozialen Probleme der Menschen in ihren gesellschaftlichen Alltag einbezogen aufzunehmen und zu behandeln«. ¹⁷⁸ Der Auflösungsbeschluss wurde durch den zur selben Zeit in Berlin stattfindenden »Gesundheitstag« mit seinen mehr als 5.000 Teilnehmer*innen breit unterstützt. Ergänzend hierzu wurde der DGSP-Vorstand beauftragt, sich bei Bundes- und Landesregierungen für die Durchführung des »Modellprogramms Psychiatrie« einzusetzen.

Schon im Juni 1980 gab der Vorstand in einer Presseerklärung einen Aufruf zur Teilnahme am Sternmarsch heraus. Unter dem Motto. »Wir fordern Menschenrechte für psychisch kranke und behinderte Bürger in der Bundesrepublik« wandte sich die DGSP an »alle, die sich betroffen fühlen, zur Mitwirkung am Sternmarsch nach Bonn«. ¹⁷⁹ Es ist ein sehr umfangreicher Aufruf (7 Seiten) an die gesamte Bevölkerung, und an einige spezielle Gruppen (Gewerkschaften, Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Politik etc.), in der unter Bezugnahme auf die Patient*innentötungen im »Dritten Reich« die Missstände in der Psychiatrie angeprangert werden, und eine breite Solidarität mit seelisch kranken und behinderten Menschen eingefordert wird, sowie mit den Hinterbliebenen der Nazi-Opfer. Hinsichtlich einer »Auflösung« betont die DGSP, »dass die Auflösung zwar ohne Verzug, aber nicht schlagartig erfolgen kann«, ¹⁸⁰ sondern koordiniert mit dem

177 DGSP-Rundbrief Nr. 11/Juni 1980, S. 2.

178 Ebd., S. 2.

179 DGSP-Vorstand 1980.

180 Ebd. S. 4.

Aufbau insbesondere ambulanter und teilstationärer Angebote erfolgen muss. Psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern kommen bei den Alternativen nicht vor.

Zurück zum Mannheimer Kreis, auf dem noch andere Dinge diskutiert und initiiert wurden: So wurde weiterhin, im Anschluss auf die Kampagne hinsichtlich der »Transinstitutionalisierung« von Langzeitstationen bzw. der Abschiebung viele seelisch behinderter Menschen in Heime eine Aktion/Umfrage gestartet, die sich auf die Aufdeckung von Zuständen und Missständen in Heimen bezieht. Es war ein Fragebogen entwickelt worden, durch den Missstände sowie einige Umfeldbedingungen ermittelt werden sollten. Damit im Zusammenhang steht auch die Gründung eines Fachausschusses »Forschung« in der DGSP. Die vormalige Arbeitsgruppe »Forschung und Therapie« soll sich als Fachausschuss, um die inhaltlichen Belange des zu gründenden »Institut zur Erforschung des Normalen, des Alltages und des Gesunden« kümmern mit dem Ziel, Informationen über Forschungsprojekte zu sammeln und zu koordinieren sowie kritisch zu begleiten, Kriterien für eine DGSP-nahe Forschung auszuarbeiten und mit Betroffenen (!) zu diskutieren und ggf. Projektträgerschaften zu übernehmen oder zu vermitteln.¹⁸¹ Die Durchführung der Heim-Aktion gehörte zu den ersten Aufgaben dieses Fachausschusses. Wie es mit diesem Institut (das bisher in der DGSP-Öffentlichkeit nur als vage Idee bestand) dem Fachausschuss und der Sozialpsychiatrie dann weiterging, wird weiter unten berichtet.

So wurde dann der Sternmarsch zum Auflösungsbeschluss in der DGSP und ihren Landesverbänden vorbereitet und sorgte für Diskussionen nicht nur in der Fachwelt.¹⁸² Nicht nur, dass die gesamte deutsche Presse und andere Medien breit darüber berichteten, sondern auch politisch war das eine kontroverse Angelegenheit, die hohe Wellen schlug. So berichtet Finzen, der selbst gegen den Auflösungsbeschluss war und mit seinen leitenden Mitarbeitern nicht zur Demo fahren wollte, dass sich das Klima in Wunstorf änderte, als der Krankenhausträger den Mitarbeiter*innen die Teilnahme am Sternmarsch unter Androhung disziplinarischer Maßnahmen verbot. 15 Mitarbeiter*innen, meist aus dem ärztlichen und psychologischen Dienst, sowie Hilde Schädle-Deininger als einzige Krankenschwester erwirkten jedoch mit der Drohung einer einstweiligen Verfügung eine Zurücknahme des Verbotes und fuhren nach Dortmund und (nicht) zur Demo.¹⁸³ Zu Zeiten des Radikalenerlasses, Berufs- und sonstigen hysterischen Verboten gab es solche Vorfälle nicht nur in Wunstorf.

Vor dem Sternmarsch fand die Jahrestagung der DGSP vom 16. bis zum 18. Oktober mit 1.200 Teilnehmer*innen in Dortmund statt. Themen gab es genug und neue Herausforderungen kamen hinzu. Zunächst fasste Niels Pörksen in einem Grundsatzreferat die inhaltlichen Grundpositionen zusammen, die die Positionen zur Gemeindepsychiatrie mit denen der hauptsächlich von Dörner und Plog formulierten »Grundhaltung« zu vereinigen suchte.¹⁸⁴ Er ging dabei davon aus, dass die Probleme und Bedürf-

181 DGSP Rundbrief 11/Juni 1980, S. 3f.

182 Eine Dokumentation der DGSP-Auflösungskampagne findet sich in: Sozialpsychiatrische Informationen, 11 (62), Mai 1981 sowie in einem Sonderband der SPI: (DGSP 1981).

183 Finzen 2016, S. 161.

184 Vgl. zum Folgenden Pörksen 1981.

nisse psychisch Kranker sich nicht von denen der Gesunden unterscheiden würden. Allerdings würden die derzeit angewandten Lösungsmethoden sich auszeichnen durch institutionelle Ausgrenzung und professionell organisierte Fremdhilfe und nicht dort ansetzen, wo die Probleme entstehen. Gefordert sind also Lösungswege, die auf allen Ebenen das Ausgliederungs-, Vermeidungs- und Fremdhilfeprinzip überwinden durch Förderung von sozialer Kompetenz und Selbsthilfe, solidarische Grundhaltung und Begegnung mit uns und anderen, sowie solidarische Lösungen, in denen nicht durch die Organisation das verhindert wird, was eigentlich erreicht werden soll. Erreicht werden kann dies durch Akzeptanz der Realitäten, der Schulung von Selbst- und Fremdwahrnehmung, der Normalisierung der Begegnung sowie der vollständigen Wahrnehmung des psychisch Kranken, denn auch die Begegnung mit psychisch Kranken unterscheidet sich nicht grundsätzlich von der Begegnung mit anderen Menschen. Hierbei kann auch der Fachmann Hilfe in Anspruch nehmen. Zum Schluss geht Pörksen auch auf die Psychiatrie-Enquête ein (noch gab es das Modellprogramm nicht) und fordert in Anlehnung an deren »Standardversorgungsgebiete« die Schaffung von »überschaubaren Einzugsbereiche, in denen alle notwendigen psychosozialen Dienste vorhanden sind« und »das gemeinsame Zusammenwirken aller (i. O. unterstrichen) medizinischen, sozialen und freien Gruppen« gewährleistet ist. Letztendlich jedoch, so Pörksen, »kommt (es) darauf an, die Arbeit in den Institutionen und vor allem das Verständnis und den Umgang mit psychisch Kranken außerhalb von Institutionen so zu fördern, dass Selbsthilfe und soziale Kompetenz erreicht und nicht behindert werden«.¹⁸⁵ Hiermit gelingt es Pörksen, die eher auf »Organisation« bezogenen Positionen der Gemeindepsychiatrie mit denen eher auf »Haltung« bezogene Positionen zu vereinen und so eine ganz wesentliche bis heute gültige Grundposition der DGSP zu formulieren, die fest im »Genpool« der DGSP eingepägt ist. Hinzu kommt die tiefe Skepsis gegenüber institutionellen und professionellen »Lösungen« verbunden mit der Zuwendung auf »Selbsthilfe« und dem, was heute wohl »Empowerment« genannt werden würde. Auch diese Position, die immer mit einem »Ambiguitätsproblem« verbunden ist, ist tief in die DGSP eingepägt und begleitet sie – als ein oft unausgesprochener Konflikt – bis heute. Die Diskussion um »EX-IN« kann hierfür paradigmatisch stehen.

Natürlich ist der Beitrag von Pörksen im Zusammenhang mit dem drei Tage später stattfindenden Sternmarsch zu sehen; deshalb ist es bemerkenswert, dass die Frage der klinischen Versorgung nicht thematisiert wird. Dieses Problem wird später auf der Tagung noch virulent werden, jedoch ist anzunehmen, dass zum einen die Frage der klinisch-stationären Versorgung innerhalb der DGSP nicht konsensfähig diskutiert werden konnte, es keine dezidierte Position von Vorstand oder anderen Gremien zu dieser Frage existierte und man ebenso stillschweigend wie konfliktvermeidend davon ausging, dass sich dieses Thema mit dem erhofften Ausbau der ambulanten Gemeindepsychiatrie von selber lösen würde. Aber dennoch kam der Konflikt auf den Tisch als Asmus Finzen – stellvertretend für eine Reihe von (klinisch orientierten) DGSP-Mitgliedern eine Gegenposition zum Auflösungsbeschluss formulierte und mitteilte, dass er an der Demo nicht teilnehmen würde. Finzen selbst: »Als einziger von 800 Teilnehmern meldete ich mich gegen den Auflösungsbeschluss zu Wort und begründete,

185 Ebd. S. 8.

warum ich am nächsten Tag nicht nach Bonn, sondern nach Hause fahren würde. Mein Votum löste zunächst betretenes Schweigen aus. Eine ganze Reihe von Mitgliedern, besonders Heiner Keupp, beschwor mich, doch Solidarität zu zeigen und meinen Entschluss noch einmal zu überdenken. Im Gegensatz zu mir, sah Klaus Dörner keinen Interessenkonflikt darin, wenige Wochen vor der Übernahme der Leitung der westfälischen Landeslinik Gütersloh die Hauptrede bei der Bonner Demonstration zu halten.¹⁸⁶ So nahm dann das Zerwürfnis von Asmus Finzen – und sicherlich auch anderen – und der DGSP seinen weiteren Verlauf...

Allerdings wurde der Konflikt auch von anderer Seite am Kochen gehalten. Wolfgang Münster, Krankenpfleger und Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes, thematisierte ihn indirekt, indem er auf die konfliktreichen Beziehungen zwischen akademischen Personal und Pflegepersonal hinwies, welches sich auch innerhalb der DGSP manifestierte. Zwar seien zahlenmäßig die Pflegeberufe in der Mehrheit, jedoch in den Gremien und der innerverbandlichen Meinungsbildung deutlich unterrepräsentiert. Er findet harte Worte für die »akademischen« Kolleg*innen: »Ein entscheidender (Unterschied) ist, dass ich es bin, der eure Anordnungen ausführt. Wenn ich zupacke, festhalte, Medikamente und Spritzen verteile; wo ihr euch menschlich abwenden könnt, bin ich das Schwein. Ich meine den Arzt, den Psychologen, Sozialarbeiter und Beschäftigungstherapeuten, der in kritischer Situation nach dem Pfleger ruft, um sein »therapeutisches Verhältnis« zum Patienten nicht zu gefährden. [...] ich behaupte weiter, der Pflegedienst ist die Berufsgruppe, die erst überhaupt Gemeinschaft und Atmosphäre herstellt und damit die Basis jeglichen therapeutischen Handelns schafft«. Auf den Punkt bringt er hinsichtlich des Auflösungsbeschlusses seine Haltung: »Bei einer Vorstandssitzung der DGSP meinte ein Arzt zum Thema »Sicherung der Arbeitsplätze, Auflösung der Großkrankenhäuser«, »Gefragt sind mobile und dynamische Persönlichkeiten«. Ich denke, diese Betrachtungsweise spricht für sich selber. Darüber hinaus zeigt sie aber den einen oder anderen Standpunkt innerhalb der DGSP. Das Pflegepersonal hat da eine andere Meinung. Wir orientieren uns stärker an den Gewerkschaften, das hat eine lange Tradition und ist gut so.«¹⁸⁷ Münster formuliert damit auch die Distanz, die die ÖTV hinsichtlich des Auflösungsbeschlusses gegenüber der DGSP einnimmt.

Bei den turnusmäßigen Vorstandswahlen traten Klaus Dörner und Ursula Plog nach 10 Jahren Vorstandsarbeit nicht mehr an. Gewählt wurden nun Inge Jührens (Psychologin), Niels Pörksen (Psychiater), Klaus Pramann (Psychiater), Hilde Schädle-Deininger (Krankenschwester) und Helga Schmidt (Sozialarbeiterin) in den geschäftsführenden Vorstand und Thomas Bock (Psychologe), Jörg Demand (Psychiater), Charlotte Köttgen (Psychiaterin), Wolfgang Münster (Krankenpfleger), Rainer Nathow (Psychologe), Veronika Osslander (Arbeits- und Beschäftigungstherapeutin), Stefan Wolff (Psychologe/Soziologe), Arnd Schwendy (Journalist), Manfred Zaumseil (Psychiater) und Antje Zech (Sekretärin) in den erweiterten Vorstand. Die Schwerpunkte der Vorstandsarbeit, so wurde auf der ersten Sitzung beschlossen, sollten vor allem in einer kommunalpolitischen Ausrichtung liegen und in der verstärkten Zusammenarbeit mit Patienten und Angehörigen sowie niedergelassenen Nervenärzten und den Wohlfahrtsverbänden.

186 Finzen 2016, S. 162.

187 Siehe zum Folgenden: Münster 1980b.

Die Teilnehmer*innen der Jahrestagung hätten nun entspannt entweder nach Hause oder zum Sternmarsch nach Bonn gehen können, aber leider war ihnen das nicht vergönnt, denn die Nürnberger »Indianerkommune« war angereist und machte Randalen. Die Indianerkommune war eine Kommune, in der pädophile Erwachsene mit meist trebegehenden Kindern zusammenlebten. Sie wurde 1972 in Heidelberg mit explizit antipädagogischer und antipsychiatrischer Ausrichtung im Umfeld des SPK gegründet und zog 1977 nach Nürnberg. Sie forderten offensiv eine freie Sexualität, die Abschaffung jeglicher Missbrauchsregelungen, ein Scheidungsrecht für Kinder von ihren Eltern sowie die Abschaffung pädagogischer Einrichtungen. Sie beeinflussten insbesondere die Programmatik der Grünen in Nordrhein-Westfalen und Berlin. Nun agitierte die Kommune auch in Dortmund, zunächst bei einer frühzeitig abgebrochenen Diskussionsveranstaltung mit der Moderatorin Carmen Thomas, dann in einigen Arbeitsgruppen der Tagung wie, z.B. zum Thema »Jugendliche Psychose« und später auch in der Plenarveranstaltung. Die Kinder und Jugendlichen schrien, kreischten, stürmten Podien und denunzierten anwesende Diskutand*innen deutlich.¹⁸⁸ (Die älteren pädophilen Gönner hielten sich still feixend im Hintergrund). Die Tagungsteilnehmer*innen waren zum Teil recht geschockt und zum Teil auch unfähig, angemessen mit den Aktionen der Indianerkommune umzugehen. Charlotte Köttgen hat kurz darauf im DGSP-Rundbrief eine entschieden professionelle Antwort auf die Ereignisse verfasst,¹⁸⁹ aber es gab auch Zustimmung zur Indianerkommune¹⁹⁰ sowie Versuche, Positionen der DGSP zu einer »liberalen« Sexualität zu formulieren,¹⁹¹ die glücklicherweise im Sande verliefen. Die Grünen hingegen hatten sich Jahre später mit ihren damaligen Positionen heftiger Kritik auszusetzen; sie haben sich jedoch sehr selbstkritisch dieser Kritik gestellt und diese aufgearbeitet.¹⁹²

Also fuhren auch die Tagungsteilnehmer*innen leicht bis mittelprächtig geschockt zum Sternmarsch nach Bonn und demonstrierten mit mehr als 4.000 anderen Menschen aus der gesamten Bundesrepublik für die Auflösung der Großkrankenhäuser. Auf der Kundgebung auf dem Münsterplatz erläuterte Dörner in seiner Rede – nachdem der Opfer der Euthanasie gedacht wurde – was es mit der Forderung nach Auflösung auf sich hat: Er betont, dass es nicht um die Abschaffung von Krankenhausbetten geht, sondern: »Das psychiatrische Großkrankenhaus ist eben nicht nur eine Frage der Bettenzahl. Es ist vielmehr ein Programm, ein System und eine Haltung.«¹⁹³ Diese sei »nicht humanisierbar«. Weiterhin sagt er, dass der Prozess der Auflösung schon im Gange sei und »wir brauchen den Weg nur weiterzugehen, auf dem wir uns sowieso befinden.«¹⁹⁴ Konsequenterweise appelliert Dörner am Schluss seiner Rede an die anwesenden Mitarbeiter*innen neben anderem: »Die innere Großkrankenhaus-Haltung der Zwangsbeglückung, der Fremdkontrolle und des Besser-Wissens zunächst einmal

188 Ratsak und Treutlein 1981.

189 Köttgen 1980.

190 Siehe hierzu den Leserbrief von O. Keitler im DGSP Rundbrief Nr. 15/Februar 1981, S. 26-27.

191 Schuchardt 1981.

192 Siehe hierzu: Walter et al. 2015.

193 Dörner 1980b, S. i.

194 Ebd., S. i.

in sich selbst aufzulösen, Leiden nicht abzuschieben, sondern zu leben und Anders-Sein zu akzeptieren«. ¹⁹⁵ Neben 8 Appellen an die Mitarbeiter*innen richtet Dörner Appelle an Patienten und Angehörige, Sozialversicherungen, Gewerkschaften, Gebietskörperschaften und Bundesländer, Bundestag und -rat, Bundesregierung und die Öffentlichkeit sich für ihre Interessen einzusetzen und eine menschliche Psychiatrie voranzubringen. Wolfgang Münster geht in seiner Rede konkreter auf die Situation in den Großkrankenhäusern und – unter Bezugnahme auf eigene Erfahrungen – die Arbeitssituation des Pflegepersonals ein. Seine Forderungen ergänzen die von Klaus Dörner. Er fordert: »Statt Großkrankenhäuser, überschaubare Einrichtungen, die regional sein können, die Öffentlichkeit zulassen, statt sich auszugrenzen«. ¹⁹⁶ Ansonsten beziehen sich seine gewerkschaftlich orientierten Forderungen eher auf die Arbeits- und Ausbildungssituation des Pflegepersonals.

Mehr als 20 Jahre später hat Manfred Bauer die Forderung nach Auflösung der Großkrankenhäuser als eine »Mogelpackung« bezeichnet, die die zwischenzeitlich eingesetzten Reformprozesse 1980 schon nicht mehr abbildete. ¹⁹⁷ Überhaupt hätte die DGSP keine Position zur klinischen Versorgung auch in psychiatrischen Abteilungen, weil jene eine »Medizinisierung« der Psychiatrie in der Kommune fördere. ¹⁹⁸ Bauer deutet die unkonkrete Auflösungsforderung und Rede Dörners eher so, dass sie dem inneren Zusammenhalt der DGSP diene. Eine ähnlich gelagerte Kritik formuliert Erich Wulff. Er schreibt, dass Dörner nicht die konkrete Auflösung forderte, sondern eher die »Auflösung« eines Programms, eines Systems und Haltung« (s.o.) und schreibt an die Adresse Dörners: »Lieber Klaus, bei dir klingt das fast so, als könne es ruhig stehen bleiben, wenn wir es in uns überwunden und seine bösesten Folgewirkungen beseitigt haben«. ¹⁹⁹ Ohne jetzt darauf einzugehen, ob das eine Mogelpackung war oder nicht oder auch stehen bleiben kann, kann ich die Position Dörners nur so deuten, dass sie genau auf der Linie liegt, die Ursula Plog und er schon in »Irren ist Menschlich« und im Rahmen der Diskussion um »Therapie: Hilfe Ersatz, Macht« einnehmen. Auch dort ist der »anti-institutionelle« Impetus reduziert worden auf eine »Innerlichkeit« bzw. »Tugendhaftigkeit« oder »Grundhaltung«, für die die »äußeren« Bedingungen weitgehend an Relevanz verloren haben.

In der traditionell orientierten psychiatrischen Fachwelt sind die Auflösungsforderung und Demonstration eher wörtlich genommen worden und trafen auf zum Teil erbitterte und erboste Kommentare. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger psychiatrischer Krankenhäuser äußert sich in einer Stellungnahme noch sehr moderat, indem

195 Ebd., S. i.

196 Münster 1980a.

197 Bauer 2003, S. 160.

198 Bauer schreibt weiter, dass dies das »Dilemma der DGSP bis heute (2003, CRW) ist, deren Mitglieder überwiegend noch immer der Idee nachhängen, man könne z.B. auf psychiatrische Betten verzichten, wenn alles andere stimmen würde. Bauer 2003, S. 161 Allerdings ist mir (CRW) keine Position der DGSP oder auch Vorstandspapiere und Diskussionen bekannt, die nach 2000 eine solche Forderung überhaupt noch in Erwägung zogen. Da hatte die DGSP schon längst ihren Frieden mit psychiatrischen Abteilungen und Fachkrankenhäusern gemacht, nur nicht so viel darüber geredet. Allerdings könnte diese Frage im Zeitalter von »StäB« eine neue Aktualität bekommen.

199 Wulff 1991, S. 3.

sie darauf hinweist, dass mit einer »Auflösung« psychische Krankheiten nicht aus der Welt sind, Krankenhausbetten weiterhin »eine wichtige Rolle spielen« und eine weitere Reduzierung von Betten an den Aufbau gemeindenaher, teilstationärer, komplementäre einhergehen müsse.²⁰⁰ Heftiger zur Sache ging es in einem Heft des »Spektrums« zu, in dem Stellungnahmen gesammelt veröffentlicht wurden. Gesprochen wird von »destruktiver Ideologie«, von der »Sprache des gesellschaftlichen Umsturzes« oder auch von »einer schwer nachvollziehbaren Leichtfertigkeit, mit der über das Schicksal von Kranken verfügt wird«. Die Liste ließe sich fortsetzen. Keupp hat die Kommentare für die Sozialpsychiatrischen Informationen zusammengefasst und seinerseits kommentiert.²⁰¹ In der gesamten Presse sowie auch im Fernsehen haben der Sternmarsch und die Kundgebung ein breites Echo gefunden. Allerdings ist die ÖTV, zu der die DGSP enge Beziehungen pflegte, zum Auflösungsbeschluss auf eine große Distanz gegangen, der es notwendig machte, dass mehrere Gespräche zwischen DGSP und Gewerkschaften stattfanden,²⁰² um die Positionen abzuklären. Folgt man weiterhin Tollgreve, kamen die DGSP und ihre Gremien durch diese öffentlichkeitswirksamen Aktionen nun in die Situation, in der sie ihre bisher sehr allgemein gehaltenen Postulate in konkretere Positionen formulieren mussten, um ihre Glaub- und Politikfähigkeit unter Beweis stellen zu können. 1981 veröffentliche der »Gesundheitspolitische Ausschuss« der DGSP unter dem Titel »Bewegung in der Psychiatrie« ein Resümee der »Auflösungspolitik« der DGSP.²⁰³ Er setzte sich kritisch mit der bisherigen Entwicklung in der Psychiatrie sowie der Politik der DGSP auseinander, betonte jedoch eine positive Wendung in der jüngsten Zeit nach den Tagungen in Freiburg (1979) und Rickling (1980), in denen die »Sozialtechnologie der Enquête Ära« durch eine neue Aufbruchsstimmung abgelöst wurde, die letztendlich im Auflösungsbeschluss und Sternmarsch mündete. Darüber hinaus wurde – versöhnlich – betont, dass der Auflösungsbeschluss für erhebliche Kontroversen innerhalb der DGSP gesorgt hat, jedoch das Positive eben in der breiten Diskussion bestehe. Als Perspektive für die DGSP forderte der Ausschuss eine »Rekommunalisierung und Resozialisierung der Psychiatrie«, warnte aber zugleich vor falscher Euphorie. Ausgehend von den Positionen und Erfahrungen seit der Enquête, die da schon 5 Jahre zurücklagen, wird gefordert, dass DGSP sich mit einer Rekommunalisierungs-Strategie zunehmend in die kommunalen »realen und politischen Bewegungen und Entwicklungen« einmischen und diese zu gestalten versuchen sollte. Das gilt insbesondere für ambulante psychiatrische Hilfen: »Ambulante Dienste als Formen der Verwirklichung der Auflösungsforderung müssen gegen die vorherrschenden Interessenkonstellationen als Alternative und nicht als Ergänzung erkämpft werden«.²⁰⁴ Als Ansatzpunkte des verstärkten kommunalpolitischen Engagements der DGSP und ihrer Landesverbände und Regionalgruppen sieht der Ausschuss vor allem in einer genauen Analyse regionaler Versorgungsstrukturen inklusiver der dahinter liegenden politischen Strukturen und

200 Zitiert in DGSP-Rundbrief Nr. 11/Juni 1980, S. 5f.

201 Keupp 1981.

202 Tollgreve 1984, 48ff.

203 Vgl. zum Folgenden: Gesundheitspolitischer Ausschuss der DGSP 1981.

204 Ebd. S. 15

Prozesse, eine Definition dessen, was überhaupt mit dem Begriff der »Gemeinde« gemeint ist sowie der dazugehörenden »Hintergrundinteressen« und eine Analyse des politischen Umfeldes und Rahmenbedingungen von »Gemeinde«, um so auch auf Bundes- und Landesebene agieren zu können. Allerdings wird kritisch eingewandt: »Wenn sich die DGSP verstärkt auf die Kommunalpolitik einzulassen versucht, dann darf nicht nur eine kundiges »Mitmischen« sein, das sich von der Eigendynamik des Machtspiels abhängig macht. Wir müssen vielmehr eine spezifische Zielorientierung entwickeln, die unser »Eingemischen« anleiten kann.«²⁰⁵ Hierzu gehören:

- Sich nicht nur für die Projekte engagieren, die »schnelle Erfolge« garantieren, sondern für die Menschen »für die die Gesellschaft keine Integrationsmöglichkeiten anbietet«.
- Es muss für ein Bewusstsein gekämpft werden, dass Städte und Gemeinden für alle ihrer Bürger*innen zuständig sind. Und
- Es müssen die »eigenen Konzepte« rekommunalisiert werden, d.h. zurückgekoppelt werden an die Lebenswelt, damit Ausgrenzung durch eine Fusion von Sozialtechnologien und (kommunaler) Verwaltungsrationalität vermieden wird.

Fast 15 Jahre später kritisiert Manfred Bauer diese Positionen und er vermisst eine »Stellungnahme, in der die DGSP eine (derartige), zwangsläufig mit Kommunalisierung und Gemeindenähe einhergehende Entwicklung vorbehaltlos begrüßt und die flächendeckende Einrichtung psychiatrischer Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern gefordert hätte«.²⁰⁶

Nichtsdestotrotz werden durch diese Thesen Leitbilder und Konzepte aufgestellt, die später unter den Slogans »Mit den Schwächsten beginnen« oder auch »Eine Gesellschaft ist nur vollständig mit ihren Behinderten« Furore machen. Inhaltlich wird ein solches Konzept verkoppelt mit einer »lebensweltlich« orientierten Perspektive²⁰⁷ und wird ein Jahr später durch die sog. »Geltinger Thesen« des Vorstandes und weitere Perspektiven konkretisiert werden. Zuvor jedoch zwei kleine Schlenker:

Dem neuen GV-Mitglied Klaus Pramann (Stationsarzt in LKH-Schleswig) ist von seinem Arbeitgeber, dem zuständigen Minister, wegen »mangelnder Übereinstimmung mit den Zielen des Arbeitgebers« gekündigt worden. Hintergrund war, dass in der Patientenzeitschrift »Der Ausblick« einige Interna über die Zustände in dem Landeskrankenhaus veröffentlicht wurden, für die Pramann verantwortlich gemacht wurde. Dem damaligen Chefredakteur wurde gekündigt, weil er »entmündigt« – wie das damals hieß – war, jedoch konnten einige Nummern der teilweise mit einer Auflage von 3.000 Stück erscheinenden Zeitschrift veröffentlicht werden, bevor sie geschlossen wurde.²⁰⁸ Die DGSP bekundet ihre Solidarität und rief zur finanziellen Unterstützung für Prozesskosten auf. Ähnliche Konflikte mit vor allem leitenden kritischen Mitarbeiter*innen in den bundesrepublikanischen Psychiatrien gab es häufig, schließlich galt noch der

205 Ebd. S. 18.

206 Bauer 1995, S. 13.

207 Wolff 1978.

208 Vgl. DIE ZEIT Nr. 10/27. Februar 1981.

sog. »Radikalenerlass« der Bundesregierung. Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang auch an die Ablehnung Elmar Spankens als Nachfolger von Alexander Veltin an der Landesklinik Mönchengladbach durch den Landschaftsverband Rheinland.²⁰⁹

Die inhaltliche Diskussion innerhalb der DGSP wird 1981 befeuert durch einen Artikel von Finzen: »Die neue Einfachheit oder die Entprofessionalisierung der Psychiatrie – Gegen den moralischen Pietismus in der DGSP«. Er wendet sich in seinem Artikel gegen die von Plog, Pörksen und Dörner formulierten Positionen zu dem Thema »Therapie: Hilfe – Ersatz – Macht« und formuliert hierzu eine explizite Gegenposition, die ausdrücklich den Ansatz der vorgenannten kritisiert und eine auf Professionalität und »Methodenkompetenz« ausgerichtete Haltung propagiert. In seiner Kritik kommt er zu dem Ergebnis: »Die neue Einfachheit führt zu einer Gesellschaft, in der alle einander helfen. Bei einer wahren therapeutischen Gemeinschaft gibt es keine Abhängigkeit zwischen Helfenden und Patienten mehr. Alle helfen einander, indem sie normal miteinander helfen. Der ehemalige Therapeut wächst in die Rolle des verantwortlichen Garanten für die Normen und Werte des geläuterten Zusammenlebens«.²¹⁰ Er kritisiert, dass die »Neue Einfachheit« die »neue moralische Behandlung« sei, auf »Entprofessionalisierung« abziele und letztlich »therapeutische Willkür« fördere. Für sich beschreibt er: »Die Forderungen, die mir entgegenschlagen, klingen nach Einschränkung, nach Verzicht, nach Frömmelei, flache Absätze, Lodenmantel, Verzicht auf leicht verdientes Geld, auf dem Boden sitzen, einen Volkswagen fahren... Ich kann das alles wollen. Ich kann verstehen, wenn andere das wollen. Aber ich will es nicht wollen müssen. Das ist mein persönliches Argument gegen die neue Einfachheit«.²¹¹ Finzen behauptet, dass gerade schwer psychisch Kranke »zusätzlich besondere Formen des Umganges (verlangen), wenn wir ihnen helfen wollen: spezifische therapeutische Techniken«.²¹² Zum Schluss formuliert er in Richtung DGSP: »Die neue moralische Bewegung muss eingegrenzt werden. Sie ist eine Gefahr für die Psychiatrie. Sie ist auch eine Gefahr für die DGSP. Indem sie auf das Gute im Menschen zurückgreift, ist sie in sich theoriefeindlich. Indem sie unrealistische, romantische Vorstellungen vorantreibt, wird sie dazu führen, dass die DGSP isoliert und die Verbindung zur psychiatrischen wie zur gesellschaftlichen Wirklichkeit in unserer Republik verliert«.²¹³ Im selben Heft der »Sozialpsychiatrischen Informationen« kommen eine Reihe anderer prominenter Autor*innen zu Wort, die die eine, andere oder Zwischenpositionen vertreten. Die Positionen sollen an dieser Stelle nicht weiter referiert werden. Hinsichtlich der Auseinandersetzung kommt Peter Kruckenberg – unnachahmlich – zu dem für ihn typischen Resümee: »Vielleicht können wir dieses Gespräch an einem warmen Sommerabend oder am Kamin persönlich mit einigen von den alten Mannheimern weiterführen, aber nein, besser noch mit alten und jungen«.²¹⁴ Auch in den nächsten Jahren wird Bezug auf diese Diskussion Be-

209 Vgl. Der Spiegel 16/18. April 1983, S. 74.

210 Finzen 1981, S. 12.

211 Ebd. S. 19.

212 Ebd. S. 20.

213 Ebd. S. 20.

214 Kruckenberg 1981, S. 50.

zug genommen.²¹⁵ Mitzlaff spricht später von der Gefahr einer »pathetischen Sublimierung«²¹⁶ und Keupp an anderer Stelle von »moralisch aufgeladenen Helferpathos«.²¹⁷ Zu Beginn des Jahres 2019 wird der Text noch einmal in den Sozialpsychiatrischen Informationen veröffentlicht, allerdings unter anderen Aspekten.²¹⁸

Die Auseinandersetzungen, die damals geführt worden sind, wiederholen sich in unterschiedlicher Form in der DGSP und stellen einen fast »turnusmäßig« wiederkehrenden Konflikt für die DGSP dar – so z.B. in der 20 Jahre später stattfindenden Auseinandersetzung um den »personenzentrierten Ansatz« der APK, die fast gleichzeitig erfolgte Auseinandersetzung um die »Soltauer Thesen« sowie später um den Umgang mit der »UN-Behindertenrechtskonvention«. Auch auf der Jahrestagung der DGSP im November 1981 in Regensburg wird dieses Thema diskutiert. Peter Bastiaan formuliert hierzu einen »Kompromissvorschlag«, den der Fachausschuss für Aus-, Fort- und Weiterbildung der DGSP entwickelt hat. Hiernach ist psychiatrisches Handeln von Moral und Werten geleitet, findet in normalen, alltäglichen Situationen statt und muss, im Rahmen von Psychotherapiemethoden auch systematisches Handeln berücksichtigen. Sie sollen jedoch das Ziel haben, die Selbsthilfepotenziale des Patienten fördern.²¹⁹ Auf derselben Jahrestagung formuliert Pörksen in seinem Vortrag die Positionen der DGSP. Als Ausgangspunkt dienen ihm hierbei »im Wesentlichen moralisch geprägte Grundpositionen« der neuen Einfachheit, die jedoch – ganz im friedenspolitischen Zeitgeist – erweitert werden um Positionen, »dass innerer Frieden ohne äußeren Frieden undenkbar ist, dass die Antwort auf die Angst vor der vermeintlichen Aggressivität des Gegenübers nicht der Rüstungsselbstmord sein kann usw.«.²²⁰ Deutlich wird hier nicht nur die Anlehnung an die Friedensbewegung, sondern damit auch eine Hinwendung an die neu entstandene Partei der GRÜNEN, zu der die DGSP in den nächsten Jahren eine Nähe sucht. Weiterhin betont Pörksen, dass sich die DGSP nicht darin aufreiben sollte, indem sie oder ihre Gruppierungen »neue« Einrichtungen aufmacht, sondern: »Unser Orientierungsrahmen muss die Region werden, für wir zuständig sind«.²²¹ Er fährt fort: »Ich glaube, dass wir uns besonders dafür einsetzen müssen, die politische und finanzielle Macht der Kommunen gegenüber den Landesbehörden, überregionalen Hoheiten, Versicherungsträgern usw. zu stärken. Die Entscheidungsgewalt und die Finanzhoheit müssen an die Gemeinden zurückgegeben werden. (...) Die Planungs- und Finanzhoheit psychosozialer Versorgung gehört auf die Ebene der Gemeinde oder der Landkreise. Die überörtlichen Sozialhilfeträger müssen genauso ihren Einfluss verlieren oder ausgelöst werden wie andere Strukturschwächen, gegliederte Versicherungssysteme«.²²² Dies seien »politische und nicht therapeutische (Ziele). Und das ist alles andere als eine neue Einfachheit«.²²³ Die Richtung, die Niels Pörksen mit seinen Grund-

215 Siehe z.B. Lauterbach 1982 Reifenberger 1982.

216 Mitzlaff 1987, S. 155.

217 Keupp 2000, S. 30.

218 Menzel und Brieger 2019.

219 Bastiaan 1982.

220 Pörksen 1982, S. 18.

221 Ebd. S. 18.

222 Ebd. S. 21.

223 Ebd. S. 21.

linien vorgab, wurden durch die »Geltinger Thesen« des DGSP-Vorstandes konkretisiert, die in Regensburg auf der Mitgliederversammlung diskutiert worden sind. Die 10 Thesen wurden den Mitgliedern zur Diskussion vorgelegt. Gefordert wurde »Ausgrenzung verhindern« oder »Selbsthilfe und Mithilfe statt Versorgung« und: »Regionale Zuständigkeit und klare Verantwortlichkeiten ohne Tendenz zur Psychiatisierung oder zur institutionellen Verschiebung sind Grundbestandteile der Rekommunalisierung«. Alle kommunalen Dienste und Einrichtungen müssen sich »mit klaren Zuordnungen« für psychisch Kranke öffnen. Zwar wird kein Bekenntnis zum Aufbau psychiatrischer Abteilungen abgegeben, jedoch »Ein Schritt zur Kommunalisierung ist auch die Sektorisierung eines Großkrankenhauses als erster Schritt zur Auflösung«. Zur Umsetzung dieser Konzepte soll ein »pauschales Mischfinanzierungssystem« dienen. »Wir fordern ein Pauschal- und Mischfinanzierungssystem für ein Standardversorgungsgebiet, jedoch nicht als Sparmaßnahme.«²²⁴ Diese Forderung, nach einem »Regionalen Psychiatriebudget«, die im nächsten Jahr noch weiter konkretisiert wird, wurde erhoben auch in dem Bewusstsein, dass sie »eine vollständige Änderung unseres Versicherungssystems (bedeute)«.²²⁵ Hier wurden zum ersten Mal in der politischen Öffentlichkeit der Psychiatrie die Forderung nach einem »Regionalen Budget« erhoben. Sie ist an anderer Stelle erhoben worden, wie z.B. von Kulenkampff in seiner Stellungnahme zum Modellprogramm.²²⁶ Sie steht auch in einem engen Zusammenhang zu dem entsprechenden Projekt des »Großen Modellprogramms« im Oberbergischen Kreis, in dem ein »Regionales Psychiatriebudget« ermittelt und erprobt werden sollte.²²⁷ Hierzu später mehr.

Zunächst jedoch zeigte sich (nicht nur) in Regensburg, dass die DGSP in sich sehr uneins war und mit viel Verve um gemeinsame Positionen rang. Dies galt nicht nur im Rahmen der Diskussionen um die »Neue Einfachheit«, sondern auch um eine Reihe von Themenbereichen und Strategien insbesondere über die italienische Psychiatrie. Finzen warnte – schon etwas versöhnlich – vor »einfachen Lösungen«.²²⁸ Klaus Nouvertné kritisierte den Stil und Inhalt der Jahrestagung, die unpolitisch und theoriefeindlich verlaufen sei.²²⁹ Die BayGSP kritisierte, dass sich »falsche Alternativen einschleichen« und dass die DGSP in ein »selbst gewähltes elitäres Abseits driftet«.²³⁰ Und Jörg Demand fürchtete, dass die »politischen Machtverhältnisse ausgeblendet bzw. vertuscht« werden.²³¹ Trotz aller Unstimmigkeiten, Diskussionen und Meinungsverschiedenheiten – einig war sich die Mitgliederversammlung darin, der »AG Forschung im Modellprogramm Psychiatrie« zu folgen, damit eine Tagung zum Modellprogramm Psychiatrie im nächsten Jahr stattfinden soll, unter anderem mit der Begründung »Die DGSP-Mitglieder werden in eine Tätigkeit einbezogen, die dem Wesen der DGSP fremd sein muss«.²³² Zur Position zum Modellprogramm später, denn...

224 DGSP-Vorstand 1982, S. 13.

225 Ebd. S. 13.

226 Kulenkampff 1982.

227 Vgl. Riedel und Steinhausen 1986.

228 Finzen 1982.

229 Nouvertné 1982.

230 BayGSP 1982.

231 Demand 1982.

232 DGSP Rundbrief 6 (17) 1982, S. 23.

1982 brachten die DGSP, Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) und Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG), die sog. »Plattformverbände«, im Anschluss an eine Tagung bei der Arbeiterwohlfahrt vom 25./26. Februar 1982 in Remagen-Rolandek eine Broschüre heraus, die die Positionen der DGSP auf den Punkt brachten und die eine große Strahlkraft bis heute entwickeln sollte: Unter der Überschrift »Psychosoziale Hilfen im Regionalen Verbund« wurde nicht nur die bisherige Psychiatriepolitik unter dem Diktum der »Finanzkrise« des Sozialstaates kritisiert, sondern auch das zersplitterte Sozialrecht mit seinen institutionellen Handlungsimperativen, die zu Ausgrenzung und Stigmatisierung führen.²³³ Die Perspektiven dieses programmatischen Entwurfs waren folgende:

Grundlegende Vorstellung war die, dass die zuständigen Gebietskörperschaften und Sozialleistungsträger einen »regionalen Verbund« bilden und die dort anfallenden Leistungen planen, durchführen (lassen) und im Rahmen eines »regionalen Psychiatriebudgets« finanzieren, also eines Gesamtbudgets, welches innerhalb der Region durch die beteiligten politischen Akteure bedarfsorientiert verteilt wird. Dies mit dem Ziel, dass die Schwerpunkte der Versorgung sich von der stationären Krankenhausbehandlung auf ambulante und teilstationäre Dienste verlagern sowie gestufte Angebote in den Lebensbereichen »Wohnen« und »Beschäftigung«. Getragen wurden die »Perspektiven der psychosozialen Versorgung« von folgenden Prinzipien:

- *Gemeindenähe* forderte die *Integration* der Dienste/Einrichtungen in die Lebenswelt der Bevölkerung.
- *Umfassende Versorgung* forderte für alle Dienste und Einrichtungen einen regionalen Versorgungsauftrag (Verpflichtung), der keine*n ausschließen soll.
- *Koordination* bedeutet die Einbeziehung von Psychosozialen Arbeitsgemeinschaften (PSAG) und Psychosozialen Ausschüssen (PSAS) zusammen mit Selbsthilfegruppen, Mitarbeiter*innen, Einrichtungsträgern und Kommunen in die gesamte Versorgung.
- *Orientierung an den Bedürfnissen* fordert eine partizipative Ermittlung und Umsetzung regionaler »Richtwerte« der Planung.
- *Selbsthilfe vor Fremdhilfe* fordert die Nutzung Selbsthilfepotenzials von Familie, Nachbarn und Selbsthilfegruppen inklusive deren Aufbaus.
- *Präventive Orientierung* fordert eine entsprechende Gestaltung von Lebens- Arbeits- und Wohnmöglichkeiten, Organisationen und Öffentlichkeitsarbeit.
- *Ambulante Hilfe* vor stationärer Behandlung soll nicht nur eine lebensweltliche Versorgung ermöglichen, sondern auch zum Abbau stationärer zugunsten ambulanter, teilstationärer und komplementärer Dienste beitragen.
- *Multiprofessionalität* und Mobilität dient nicht nur zur Teamarbeit und umfassenden Problemsensibilität, sondern ist auch verbunden mit einer »Bezugsperson«, die eine ...
- *Kontinuität* in der therapeutischen Begleitung herstellen kann.

233 Vgl. im Folgenden: DGSP et al. 1982. Die Broschüre wurde 1986 in einer überarbeiteten Version neu herausgebracht.

- *Kontrollierbarkeit* statt sozialer Kontrolle. Die Einrichtungen sollen demokratisch »durch die Bevölkerung« kontrolliert werden.²³⁴

Die hier dargestellte Grafik eines Verbundsystems stellt, neben den »Angeboten eines Standardversorgungsgebietes« der Psychiatrie-Enquête die Blaupause jeder folgenden Überlegung der regionalen Organisation psychosozialer Hilfen dar. Im Zentrum hierbei steht die »Gemeinschaftliche Pauschalfinanzierung«, d.h., ein Budget, welches durch die beteiligten Sozialleistungsträger im Rahmen eines »Regional-Pools« an die beteiligten Regionen bzw. »Leistungserbringer« zahlt, damit diese ohne Not ihre Dienste anbieten können.²³⁵ Sicher ist die taktische Zielrichtung in Richtung des begonnenen »Großen Modellprojektes Psychiatrie« der Bundesregierung zu sehen. So wird am Ende der Broschüre postuliert: »Das Modellprogramm bietet die einmalige Chance, den hier vorgeschlagenen Regionalverbund zu erproben. Es ist zu hoffen, dass die Bundesregierung und die anderen Verantwortlichen diese Gelegenheit nutzen. Wird diese Chance verschenkt, so ist schon heute zu befürchten, dass das Modellprogramm nicht zu relevanten Ergebnissen führt.«²³⁶

Ganz sicher stehen diese Forderungen zunächst im Zusammenhang mit dem bereits erwähnten Modellprojekt zum regionalen Psychiatriebudget im Oberbergischen Kreis, welches für den Zeitraum ab 1983 geplant war.²³⁷ Aber auch darüber hinaus entfaltete die Forderung nach einem »Budget Global« eine große Strahlkraft, die auch etwas damit zu tun hatte, dass sie – gerade in Zeiten einer Krise des Sozialstaates – im Grundsatz völlig unrealistisch war und an der gesellschaftlichen und politischen Realität vorbei ging. Die »Plattformverbände« beachteten mit ihren Forderungen die möglichen verfassungsrechtlichen und institutionellen Konsequenzen nicht oder sie waren ihnen egal. Darüber hinaus: Mehrfach hatten die letzten Bundesregierungen betont, dass sie bei aller Reformfreudigkeit die institutionelle Struktur des deutschen Systems der sozialen Sicherung nicht antasten wollten. Weiterhin war der Sozialstaat und seine »Organe« damit beschäftigt, »selbstreferenziell« bzw. »reflexiv« auf sich selbst zu reagieren, um funktionsfähig bleiben zu können. Sie sind damit eher als ein weiterer Versuch zu sehen, sozialstaatliche Alternativen zum »Modell Deutschland« zumindest für den Bereich der Psychiatrie aufzuzeigen. Genau darin lag die große Strahlkraft dieser Vorstellungen, die bis heute ihre Wirkungen entfaltet.

So postuliert Thomas Bock, der ab 1984 nun auch Mitglied im Geschäftsführenden Vorstand war in einer Stellungnahme die »Gestaltung von Lebensräumen als Ziel und Sinn psychiatrischen Handelns« und kommt zum Schluss: »Wenn es uns gelingt, die ökologische Gestaltung der Lebensräume von Patienten in den Vordergrund unseres Denkens und Handelns zu rücken, ist die globale Finanzierung unabhängig von Institutionen eine notwendige Konsequenz.«²³⁸ Auch 10 Jahre später setzen sich innerhalb

234 DGSP et al. 1982, S. 17.

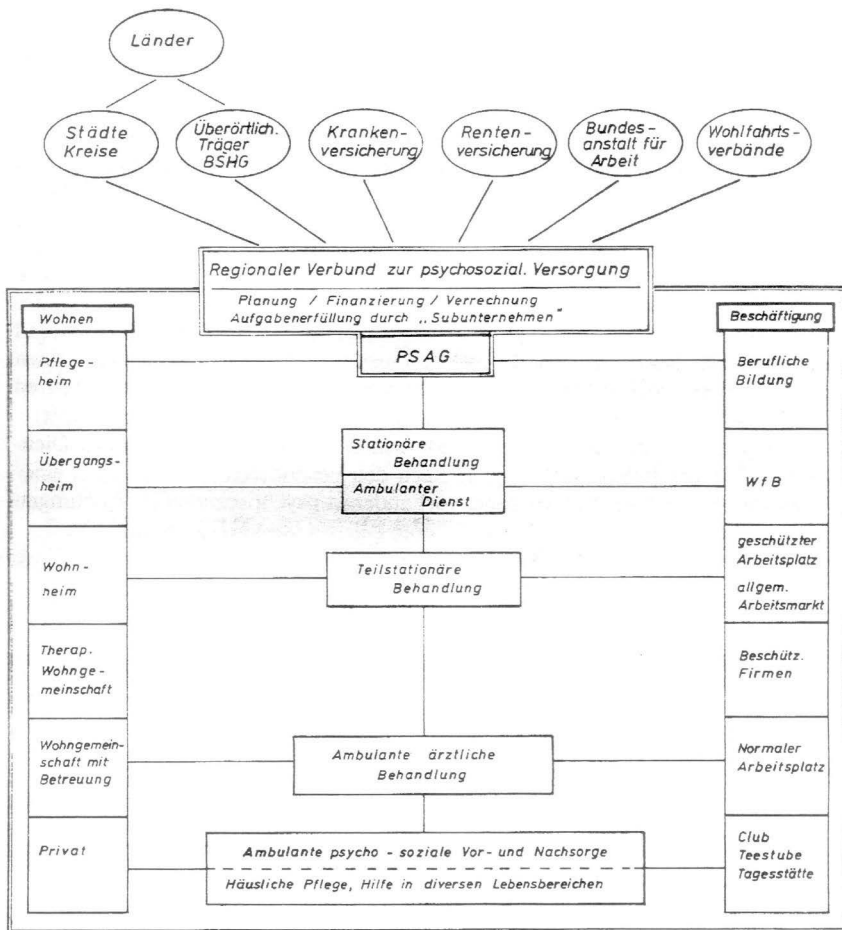
235 Ebd. S. 25.

236 Ebd. S. 27.

237 Siehe oben.

238 Bock 1984 Nebenbei kommt bei Thomas Bock die »Ökologie« in das gemeindepsychiatrische Denken.

Abbildung 2: Psychosoziale Hilfen im regionalen Verbund



Zielvorstellung: Gebietskörperschaften, Kosten-, und Maßnahmeträger bilden regionalen Verbund; sie planen und etatisieren bzw. finanzieren den Regionalverbund gemeinsam. (Vorbild: Regionaler Verkehrsbund und andere Zweckverbände). Der Schwerpunkt der Versorgung wird von der stationären Krankenhausbehandlung auf ambulante und teilstationäre Dienste sowie gestufte Angebote in den Lebensbereichen »Wohnen« und »Beschäftigung« verlagert. Dabei muss Krankenhauspersonal auch in anderen Diensten tätig werden können. Die Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft als Organ der in der Region tätigen Fachkräfte wird in Planung und Koordination beteiligt. (Quelle: DGSP et al. 1982, S. 39)

der DGSP-Autoren mit dem »Budget Global« auseinander. Wie immer skeptisch, fordert Reumschüssel-Wienert zum »Schlachten einer heiligen Kuh« auf und möchte ein Budget lediglich als ein Planungsinstrument behalten.²³⁹ Weitere 10 Jahre später wird

239 Reumschüssel-Wienert 1994b.

für circa 8 Jahre eine Berliner Variante eines Budgets, das »Berliner Trägerbudget« im außerklinischen Bereich der Eingliederungshilfe (Betreutes Wohnen) sehr erfolgreich eingeführt,²⁴⁰ wird aber trotzdem vom rot-roten Senat abgeblasen. Und weitere 10 Jahre später kommen im Bereich der klinischen Versorgung im Rahmen sog. § 64b SGB V Modelle zur Anwendung, die es Kliniken erlauben, Modalitäten der ambulanten, teilstationären und stationären Behandlung im Rahmen eines Budgets bedarfsorientiert selbst festzulegen.²⁴¹

Auch die – hiermit zusammenhängende – Idee des »Gemeindepsychiatrischen Verbundes« mit regionaler Versorgungsverpflichtung, die schon in der Psychiatrie-Enquête angelegt war, bekommt durch die Vorstellungen der »Plattformverbände« noch einmal neuen Auftrieb und wird durch die »Empfehlungen der Expertenkommission« 1988 gewissermaßen zu einem »Standard«²⁴² erhoben und durch den »Personenzentrierten Ansatz« der APK dezidiert ausformuliert.²⁴³ Das geht von regionaler Verantwortung und Steuerung²⁴⁴ bis hin zu Empfehlung von inter-institutionellen, ambulanten Teams mit einer personenzentriert arbeitenden »Therapeutischen Bezugsperson« oder auch der Einbeziehung von Selbsthilfe. Die Inhalte der Broschüre demonstrieren eindrücklich, wie weit die BGSP noch in der Mitte der 1980er-Jahre anderen Verbänden in der psychiatrischen Fachwelt bzw. im gesundheitspolitischen Feld – sieht man von der APK ab – in ihren richtungsweisenden Vorschlägen entfernt war. Die Broschüre zum regionalen Verbund war eine Sternstunde der DGSP!

Weniger eine Sternstunde war das Verhältnis der DGSP zur Wissenschaft, namentlich zur eigenen Forschung. Die »bürgerliche« Forschung stand seit Gründung der DGSP im Zentrum der Kritik. Auch die Gründung des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit in Heidelberg durch Häfner u.a. wurde sehr kritisch betrachtet – beruhte aber auf Gegenseitigkeit.²⁴⁵ Die wissenschaftliche Bearbeitung des Themas Psychiatrie war eher im kritisch-linken Spektrum angesiedelt und – hinsichtlich DGSP – weitgehend dominiert durch die sog. »Münchener Gruppe«.²⁴⁶ Darüber hinaus erhielt die umfangreiche qualitativ orientierte teilnehmende Beobachtung von Christa und Thomas Fengler »Alltag in der Anstalt«²⁴⁷ in der gesamten Szene eine große Beachtung und sorgte für die Erkenntnis, dass die Verbindung von Sozialwissenschaften und Sozialpsychiatrie sehr erkenntnisreiche Ergebnisse hervorbringen kann. Auf der Freiburger Jahrestagung 1979 wurde das Forschungsthema intensiv diskutiert und Klaus Dörner kündigte die Gründung eines Forschungsinstitutes »Zur Erforschung des Ge-

240 UAG 2/6 der Vertragskommission Soziales 2011; Reumschüssel-Wienert 2012.

241 Deister 2011; Deister und Wilms 2014.

242 BMJFFG 1988.

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

244 Vgl. statt anderer Armbruster et al. 2006; Schmidt-Zadel et al. 2009.

245 Insbesondere Heinz Häfner, der die DGSP als »forschungsfeindlich« betrachtete und Klaus Dörner waren in der Auseinandersetzung. Vgl. Dörner 1981.

246 Das waren im Wesentlichen: Heiner Keupp, Barbara Riedmüller, Ernst von Kardorff, Stephan Wolff, aber auch andere wie z.B. Ute Daub (Darmstadt), Christoph Tholen (Kassel) Dietrich Krämer (Berlin).

247 Fengler und Fengler 1994 (1976).

sunden, des Normalen und des Alltages« an.²⁴⁸ Im Anschluss haben die interessierten Wissenschaftler*innen sich im »Arbeitskreis Forschung« getroffen und Fragestellungen sowie ein Konzept erarbeitet. Dies sollte nicht nur eine Kritik der Wissenschaft, Forschung und Forschungspolitik beinhalten, eigene Möglichkeiten und Bereiche von Forschung inklusive Forschungsförderung eruieren und durch Ergebnisse Wissen generieren, welches die Chancen der Umsetzung von Reformprojekte erleichtern sollte. Darüber hinaus sollte es dazu beitragen, die Evaluation und Reflexionen von Projekten voranzutreiben und zu unterstützen.

1980 wurde das Programm auf einer DGSP-Vorstandssitzung vorgestellt und skeptisch beurteilt. Zwar stimmte der Vorstand einem Forschungsausschuss zu, aber »Der Forschungsausschuss müsste durch eigene Aktivitäten dafür sorgen, dass er zum Forum für Diskussionen dieses wichtigen und brisanten (und wie die Reaktionen bei vielen Vorstandsmitgliedern zeigten, innerhalb der DGSP noch wenig diskutierten) Themas werden kann«.²⁴⁹ Im April 1981 lud der Forschungsausschuss der DGSP zu einer Tagung nach Kassel unter dem Motto »Wer löst Wen Wohin auf – Zum Dilemma der Forschung im Wandel der Psychiatrie«. Hier sollte eine breite Diskussion von an Forschung Interessierten zu den Problemfeldern Forschung zwischen institutioneller Reform und Initiativen, methodische Zwänge und Probleme politischer Durchsetzung in der Psychiatrieforschung sowie zum Verhältnis von Forschern und Beforschten stattfinden. Die unterschiedlichen Beiträge sind in einem Sonderband der SPI abgedruckt.²⁵⁰ Auf der Tagung wurden unterschiedliche Möglichkeiten kritischer Forschung sowie auch Möglichkeiten eines DGSP-eigenen Instituts kritisch unter die Lupe genommen. Allerdings währte die Hoffnung nicht lange; im Nachwort zum oben genannten Sonderband berichten Ute Daub et al. darüber, dass es sich »schon wenige Wochen nach dem Kasseler Kongress heraus (stellte), dass eine solche Form der Institutionalisierung des Forschungsausschusses nicht realisiert werden konnte, weil sie vom Vorstand der DGSP nicht gebilligt und von uns dann nicht weiterverfolgt wurde«.²⁵¹ Damit war ein eigenes Forschungsinstitut der DGSP »vom Tisch«; der Forschungsausschuss gab danach seine Arbeit auf.²⁵² Erst über 10 Jahre später gab es neue forschungsorientierte Initiativen innerhalb der DGSP.

Diese Entwicklung wurde innerhalb der DGSP-Mitgliederschaft fast gar nicht zur Kenntnis genommen, jedoch von einigen mehr als 10 Jahre später heftig kritisiert. Manfred Bauer spricht davon, dass die DGSP um die »Evaluation dessen, was ein Großteil ihre Mitglieder tagtäglich treibt, nicht sonderlich gekümmert und die die forschungsorientierte Seite der Sozialpsychiatrie sträflich vernachlässigt (hat)«.²⁵³ Er begründete dies mit Bezug auf Ciompi, welcher kritisierte, dass die DGSP als »Bewegungs« mehr emotionale, ideologische, eher antiakademische und zum Teil auch anti-

248 Vgl. zum Folgenden: Kardorff und Tholen 1980.

249 Kardorff und Tholen 1980, S. 48.

250 Forschungsausschuss der DGSP 1982.

251 Daub et al. 1982, S. 118.

252 Meines Erachtens hat damit auch die »Münchener Gruppe« und die links-kritische sozialwissenschaftliche Begleitung der Psychiatriereform ihren Einfluss verloren, jedoch blieben einige Mitglieder dieser Gruppe der DGSP treu.

253 Bauer 1995, S. 14.

medizinische Dimensionen aufgenommen hat und damit akademisch-forschungsbezogene Dimensionen von Sozialpsychiatrie aus der DGSP erstickt bzw. hinausverlagert hat.²⁵⁴ In dieselbe Richtung argumentierten sowohl Finzen als auch Hoffman-Richter. Finzen schreibt von »Gesinnung vor Erkenntnis«²⁵⁵ und Ulrike Hoffmann-Richter vom »Verschwinden der Sozialpsychiatrie als Wissenschaft«. Der Grund: »Mit der Entwicklung der Sozialpsychiatrie zur Bewegung rückt die Gesinnungsliteratur in den Mittelpunkt«.²⁵⁶

Ob der oben postulierte Wandel zur Ökologie hiermit etwas zu haben könnte, kann an dieser Stelle nicht untersucht werden. Auf jeden Fall aber ist auch in der DGSP, die ab September 1984 ihre Geschäftsstelle zur Freude von Finzen von Wunstorf nach Hannover verlegte,²⁵⁷ ein deutlicher Schwenk hin zu »grüner« Politik zu verzeichnen. Sicherlich hat dies viel mit der Affinität vieler (junger) DGSP-Mitglieder zur Alternativbewegung zu tun, was die Thematisierung entsprechender Themen von Ökologie oder Friedenspolitik zur Folge hatte.²⁵⁸ Auch das Verhältnis zu den Gewerkschaften war nicht mehr das Beste. Darüber hinaus gab es zum Teil in einzelnen Landesverbänden engste personelle Überschneidungen mit den Grünen.²⁵⁹ So kam es, dass die DGSP auf den Kongress der Grünen »Die Zukunft der psychosozialen Versorgung« von 30.11. bis 2.12. 1984 eingeladen war und ihre Vorstellungen vortragen konnte. Allerdings geriet die Veranstaltung völlig aus den Fugen: Der arme Thomas Bock musste ertragen, dass sein Vortrag im wütenden Protest und Geschrei unterging.²⁶⁰ Im Vorstand wurde dies im Nachgang freundlicherweise so ausgedrückt: »In einer äußerst angespannten und aggressiven Tagungsatmosphäre war es kaum möglich, Standpunkte überhaupt einzubringen oder vorhandene gemeinsame Zielsetzungen zu diskutieren«.²⁶¹ Bock formulierte es in seinem Brief an die Grünen schärfer, er sprach von einer »hasserfüllten und sehr anstrengenden Atmosphäre« und davon, dass das Hinein-gedrängt-Werden in die Rolle der Psychiatrie für ihn schwer auszuhalten wäre und für die DGSP unangemessen ist.²⁶² Er wandte sich hierbei an die in Berlin sehr aktive radikal-antipsychiatrisch orientierte »Irren Offensive«, die die DGSP-Position als »Absicherung, Perfektionierung, Rationalisierung und Modernisierung der Psychiatrie« bezeichneten, und: »Die mystifizierende Verwendung eines gesellschafts- und kapitalismuskritischen Vokabulars dient lediglich dazu, die projektierte Praxis zu legitimieren und sie in einen »alternativen« Diskurs einzubinden«,²⁶³ so Tina Stöckle und Peter Lehmann zur DGSP. Auch für Keupp

254 Ebd. S. 14.

255 Finzen 1998, S. 91.

256 Hoffmann-Richter 1995, S. 21.

257 Tjaden 1984 78.

258 Siehe z.B. die Broschüre: DGSP – Arbeitsgruppe »Militärpsychiatrie« 1983.

259 Zum Beispiel bestand die »Fachgruppe Gesundheit« der GAL Hamburg in ihrer Mehrheit aus DGSP-Mitgliedern.

260 Ich glaube, dass auch Michael Wunder aus Hamburg ein ähnliches Schicksal ereilte.

261 DGSP-Rundbrief 1985, 18 (28), S. 5.

262 Bock 1985a.

263 Stöckle und Lehmann 1985, 35f.

war diese Tagung eine »traumatische Erfahrung«, ²⁶⁴ die ihm zeigte, wie weit die Vorstellungen der wohlmeinenden Profis von den Erfahrenen auseinanderlagen.

Die Thesen der Grünen zur Psychiatrie gaben sich im Gefolge der Tagung zum Teil noch antipsychiatrisch. Sie forderten die Schließung der Irrenhäuser, das Modellprogramm nicht weiter zu führen, den psychiatrischen Patient*innen Menschen- und Bürgerrechte zu garantieren, Elektroschockbehandlungen zu verbieten sowie eine radikale Kommunalisierung psychiatrisch-therapeutischer Hilfen und Vorrang der Selbstorganisation Betroffener. ²⁶⁵ Kurze Zeit später haben die Grünen dann ihre Vorstellungen wesentlich »entschärft« und 1985 als alternativen Gesetzentwurf eingebracht. Dies brachte ihnen wiederum ein wohlwollenderes Urteil der DGSP ein, ²⁶⁶ sie verscherzten es sich aber mit der Irrenoffensive, die dieser Wandlung ein »Armutszeugnis« ausstellte. ²⁶⁷ Zwei Jahre später waren (Münchner) DGSPler aktiv an einer Ausarbeitung eines psychiatriepolitischen Konzeptes der Grünen beteiligt. ²⁶⁸

Das waren jedoch nicht die einzigen praktisch-politischen Aktivitäten der DGSP. Neben Aktivitäten zur Vormundschaftsgesetzgebung ²⁶⁹ sowie zur Pflege ²⁷⁰ etc. und immer wieder gegen die Etablierung eines Heimbereiches insbesondere durch Aufteilung der Landeskrankenhäuser, ²⁷¹ die hier nicht alle referiert werden können, standen im Mittelpunkt die Auseinandersetzung mit dem Modellprogramm sowie die Auseinandersetzung mit der Bundesgesetzgebung – nicht zuletzt im Zusammenhang mit dem geforderten »Psychiatrie-Rahmengesetz«. 1983 beschäftigte sich der Mannheimer Kreis in Remscheid mit dem großen Modellprogramm des Bundes. Obwohl allerorten DGSP-Mitglieder in den Modellsektoren aktiv am Aufbau gemeindepsychiatrischer Versorgungsstrukturen beteiligt waren, fiel die Beurteilung des Programms durch die DGSP insgesamt kritisch aus. Kritisiert wurde, dass keine Auflösung erfolgte, dass falsche Finanzierungsstrukturen gefestigt werden, die Anschlussfinanzierung für die Projekte nicht gesichert sind und das (Pflege-)Personal nicht eingebunden wurde. ²⁷² Auch 1984 auf der Jahrestagung in Berlin setzte man/frau sich sehr kritisch mit dem Modellprogramm auseinander, forderte neben anderem »eine Psychiatrie ohne Anstalten«, ein »eigenständiges Wohnrecht« für psychisch kranke Menschen sowie die Einbeziehung der Selbsthilfe, jedoch nicht als Sparmaßnahme. ²⁷³ Zum Auslaufen des Modellprogramms wurde festgehalten: »Das Modellprogramm hat nur bestätigt, was längst bekannt war: Ambulante Einrichtungen mit gezieltem Versorgungsauftrag können auch Patienten mit langer Psychiatriekarriere ein eigenständiges Leben ermöglichen und

264 Keupp 2001, S. 80.

265 Opielka und Die GRÜNEN, BAG-Soziales und Gesundheit 1985.

266 Vgl. hierzu Bock 1985c.

267 Lehmann et al. 1987.

268 Cramer et al. 1986.

269 DGSP Arbeitskreis Recht und Psychiatrie 1983.

270 Bock 1983.

271 DGSP-Vorstand 1983.

272 Oben ist schon auf die Kritik der »Münchner Gruppe« hingewiesen worden: Bonß et al. 1985; Kar-dorff 1985a.

273 DGSP-Vorstand 1984.

Anstaltsaufenthalte überflüssig machen. Eine Psychiatrie ohne Großanstalten ist möglich!²⁷⁴ Auf der Jahrestagung 1985 in Kaufbeuren wurde das Modellprogramm auch für die DGSP – fast lautlos, wie Clausen später schreibt²⁷⁵ – zu Grabe getragen. Als kurzer, thematisch orientierter Nachtrag bleibt: Auch nachdem 1988 der Bericht der Expertenkommission erschien,²⁷⁶ blieb die Reaktion der DGSP zurückhaltend bis skeptisch. »Zwar wurden die Defizite und Hindernisse der derzeitigen Situation gut beschrieben, doch der Ausweg nur halbherzig beschritten«. Das betrifft z.B. die »nahe liegende Forderung nach einer Auflösung der Großkrankenhäuser«. Auch seien die notwendigen Bausteine der gemeindepsychiatrischen Verbundsysteme bekannt. Die DGSP kommt zu dem Schluss. »Geforscht und debattiert ist genug, jetzt muss gehandelt werden.«²⁷⁷

Ähnlich wie die Grünen hat die SPD über die Landesregierung NRW im Bundesrat einen Gesetzentwurf im Bundestag eingebracht, der zumindest einen Teil der bisher nicht erfolgten Psychiatriereformen nachholen sollte. Im Zentrum hierbei standen Aufgaben und Finanzierungsfragen von Tageskliniken und Institutsambulanzen, aber auch von Übergangswohnheimen und ambulanten Pflegediensten.²⁷⁸ An diesem Entwurf haben DGSPler mitgewirkt, zumal über den Arbeitskreis »Sozialdemokraten im Gesundheitswesen« Verbindungen zur SPD bestanden.²⁷⁹ So wurde dieser Entwurf z. B. von Plog recht positiv und optimistisch gestimmt kommentiert – »10 Jahre nach der Enquête passiert etwas«.²⁸⁰ Auch der DGSP-Vorstand äußerte sich positiv, forderte jedoch Ergänzung, die in Richtung »Finanzierungspool« gingen.²⁸¹ Er kann sich als weitere Perspektive jedoch ein Zusammengehen mit beiden Parteien vorstellen, da die sozialpolitischen Kerne beider Entwürfe nicht »grundverschieden seien«; »eine »Kernfusion« würde viel Energie freisetzen«.²⁸² Mit dem nach einer Anhörung²⁸³ verabschiedeten Gesetz zur Verbesserung der ambulanten und teilstationären Versorgung psychisch Kranker²⁸⁴ durch die schwarz-gelbe Koalition entpuppte sich der Optimismus allerdings als Illusion, da sich das Gesetz nur auf Tageskliniken und Institutsambulanzen bezog, und aus Sicht der DGSP-Rundbrief-Redaktion eine »amputierte Lösung« darstellte.²⁸⁵

Anfang 1986 verlässt der langjährige Geschäftsführer, Detlef Klotz, die DGSP und Lothar Evers beginnt seine Karriere in der DGSP.²⁸⁶ 1986 legt die DGSP nach langen Diskussionen ihre »Prüfsteine zu einem Psychiatriegesetz« vor, in denen sie ihre Positionen

274 DGSP-Vorstand 1985, S. 4.

275 Clausen 1990, S. 12.

276 Vgl. BMJFFG 1988. Siehe auch oben.

277 DGSP-Vorstand 1988b.

278 Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung und Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgung (Psych VWG) vom Mai 1985.

279 Siehe auch den oben angeführten Briefwechsel von Klaus Dörner u.a.

280 Plog 1985.

281 Bock 1985d.

282 Bock 1985b.

283 Thamm 1985.

284 Siehe oben.

285 Redaktion DGSP-Rundbrief 1986, 19 (32), S. 45f.

286 Vgl. zum Wechsel: DGSP Rundbrief 1986, 19 (32), 37ff.

zu einer »Rahmengesetzgebung« darlegt.²⁸⁷ Sie stellen eine Ergänzung der »Plattform-broschüre« dar, die im selben Jahr eine zweite Auflage erfährt.²⁸⁸ Mit den Prüfsteinen, die eher ein Eckpunktepapier darstellen, verfolgt die DGSP das Ziel, dass in den unterschiedlichen Regionen Versorgungssysteme entstehen, die sich an einer gemeinsamen Zielsetzung ausrichten. Hierbei gilt grundsätzlich »Nicht mehr die Störung, sondern der betroffene Mensch und seine Lebenssituation stehen im Mittelpunkt«.²⁸⁹ Weitere Ziele sind vor allem:

- Die Grundrechte und Rechtsstellung psychisch kranker Menschen sind zu verbessern, was sich nicht nur in einer sozialrechtlichen Gleichstellung erschöpft, sondern reicht im Sinne einer Sicherung der Grundrechte von einer »sozialen Existenzsicherung« (Grundeinkommen) über die Veränderung von Vormundschaftsrecht und partizipativen Elementen (Ombudsmann) bis zur Forderung, dass Behandlung schädigungsfrei, auf einer informierten Grundlage und »grundsätzlich nur auf freiwilliger Basis« erfolgen soll und nicht die Grundrechte einschränken darf.
- Die Struktur der psychiatrischen Versorgung soll so gestaltet werden, dass die psychiatrischen Großkrankenhäuser »mit einem festen Zeitplan aufzulösen« sind, d.h. mit einem schrittweisen Übergang in ein lebensweltorientiertes »breit gefächertes Hilfsangebot«. Nicht nur für den Übergang dient ein pauschales Budget, welches mit der Auflösung der großen Kliniken »schrittweise mit dem Prozess der Umgestaltung für eine Versorgung außerhalb der Anstaltsmauern umgewidmet« wird.

Für die Versorgung werden als wesentlichste Einrichtungen der Grundversorgung genannt:

- Sozialpsychiatrische Dienste; betreutes Wohnen; Einrichtung zur Arbeit und Rehabilitation; Tageskliniken, stationäre Akutversorgung an psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern und Institutsambulanzen sowie Übergangseinrichtungen und Einrichtungen zur sozialen Rehabilitation.
- Die Kooperation, Koordination und Planung, wobei die Betroffenen und ihre Angehörigen zu beteiligen sind.
- Aus-, Fort- und Weiterbildung für alle Berufsgruppen sind Team- und Gemeinwesen orientiert zu gewährleisten.

Auch diese Prüfsteine bzw. Eckpunkte lesen sich heutzutage (2020) auf eine gewisse Art und Weise hochaktuell, nehmen sie doch viele Dinge vorweg, die erst Jahre oder Jahrzehnte später aktualisiert und in die Diskussion breit eingeführt werden. Das betrifft nicht nur ein Budget, sondern auch eine »personenzentrierte Perspektive«, die

287 DGSP-Vorstand 1986 In einem »Rahmengesetz« sollten durch den Bund rechtliche Vorgaben erfolgen, die dann auf Länderebene konkretisiert werden.

288 DGSP et al. 1986.

289 DGSP-Vorstand 1986, S. 7.

Fragen von Menschenrechten und Partizipation und – vor allem – die Frage einer auf Gewaltfreiheit und Freiwilligkeit basierenden Psychiatrie.²⁹⁰

Die Quintessenz dieser Positionen trug Thomas Bock als Vorstandssprecher im Oktober 1986 auf der DGSP-Jahrestagung in Offenburg vor²⁹¹ und stellte sich – wie oben schon angedeutet – der alternativen Gesundheitsszene ein halbes Jahr später zusammen mit dem neuen Geschäftsführer Lothar Evers auf dem Gesundheitstag in Kassel.²⁹² Mit dem Gesundheitstag verband die DGSP neben vielen thematischen und personellen Überschneidungen besonders die Positionen, die hinsichtlich der sog. »Euthanasie« und »Aktion T 4«, der Verfolgung, Verstümmelung und Ermordung von psychisch kranken und behinderten Menschen sowie der Ende der 1980er-Jahre aufflammenden Diskussion um aktive Sterbehilfe. Im Zentrum der Diskussionen standen der Chirurg Julius Hackethal und der Gründer und Präsident der »Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben«, Hans Henning Atrott. Beide traten mit Unterstützung einiger Prominenter öffentlich wirksam für das Recht auf, seinem Leben ein Ende zu setzen bzw. für die Straffreiheit aktiver Sterbehilfe.²⁹³ Hackethal und Atrott bezichtigten sich diesbezüglich selbst. Wie oben schon angedeutet, konnte Hackethal mit Mühe, davon angehalten werden, 1987 auf dem Gesundheitstag in Kassel zu sprechen. Atrott war neben seinen skandalösen Thesen auch dafür berüchtigt, dass er gern, oft und verbissen seine Gegner mit Prozessen überzog – meist ohne Erfolg.

Die DGSP hingegen hat sich seit ihrer Beschäftigung mit den Verbrechen im »3. Reich« sehr intensiv mit den Fragen der Zwangssterilisierung sowie der Anerkennung als und Entschädigung der Opfer. So beschäftigte sich die DGSP beispielsweise 1984 auf ihrer Jahrestagung in Berlin mit der Frage der Zwangssterilisation und wandte sich entschieden gegen die noch immer herrschende Praxis bei Kindern und Jugendlichen.²⁹⁴ Im Rahmen der Diskussion um ein Bundesentschädigungsgesetz, wandte sich Dörner sehr moralisch insistierend an die DGSP-Mitglieder und forderte: »Jedes DGSP-Mitglied hat jetzt etwas für die psychiatrischen NS-Opfer zu tun!«.²⁹⁵ Hierdurch angeregt, schrieben Ärzte des PKH-Philippshospital an Bundestagsabgeordnete in ihrem Einzugsgebiet einen Brief, in dem sie gleichfalls Anerkennung und Entschädigung für die Betroffenen forderten.²⁹⁶ Und im Jahr 1986 beschäftigten sich mehrere DGSP-Rundbriefe auch im Zusammenhang mit einem skandalösen Euthanasieprozess in Frankfurt gegen drei NS-Ärzte²⁹⁷ mit dem Thema.²⁹⁸ Es wurde ein Brief an Bundespräsidenten, -Kanzler, Ministerien und Fraktionen geschrieben, in dem das Anliegen und Forderungen geschildert wurden. Von dem damaligen Kanzleramtsminister Schäuble

290 Vgl. hierzu Zinkler und Peter 2019.

291 Bock 1986.

292 Bock 1988; Bock und Evers 1988.

293 Auf die hiermit in Verbindung stehende Diskussion um die »Neue Euthanasie« und »Bio-Ethik« des Peter Singer kann hier nicht eingegangen werden. (Mit weiteren Verweisen Münner und Sierk 2013, 105f.).

294 Köttgen und Mörtl 1984.

295 Dörner 1985b.

296 Ärzte Philippshospital 1986.

297 Dr. med. Mabuse 1986.

298 Mecklenburg 1986; Hartung 1986.

kam eine Antwort, die dem Anliegen gewissermaßen aus »systematischen Gründen« eine Abfuhr erteilte, da die Psychisch Kranken nicht wegen Ihrer Rasse, sondern aus erbbiologischen Gründen sterilisiert worden seien; und: »Selbst einzelne Korrekturen würden das gesamte System des Wiedergutmachungs- und Kriegsfolgenrechts gefährden und zwangsläufig neue Ungerechtigkeiten schaffen«,²⁹⁹ so Schäuble. Nach umfangreicher Vorbereitung veranstaltete die DGSP kurz vor der Bundestagswahl am 18. Januar 1987 in der Rheinischen Landesklinik in Bonn eine Tagung »Verdrängen? Verschieben? Vergessen?« zum Thema Anerkennung und Entschädigung auch der psychiatrischen Opfer, für die seit mehr als 3 Jahren eine entsprechende Petition beim Bundestag vorlag. Nach dem Gesundheitstag 1987 wurde das Thema Euthanasie und Sterbehilfe auch im DGSP-Rundbrief breit diskutiert, wo Klaus Dörner und Udo Sierk eine Verbindung der heutigen zur damaligen Nazi-Debatte zogen.³⁰⁰ Kurze Zeit später erläuterte Dörner seine in Anlehnung an Götz Aly und Karl-Heinz Roth entwickelte These der »Endlösung der sozialen Frage« in seinem Buch »Tödliches Mitleid«.³⁰¹ Sterbehilfe war auch 1988 eines der Hauptthemen auf der Jahrestagung in Herborn. Die Auseinandersetzungen mit dem Thema hatten zur Folge, dass auch die DGSP und einige ihrer Protagonisten von Atrott mit Prozessen überschüttet wurden. Obwohl Atrott die Prozesse letztlich erfolglos anstrebte, haben sie für die DGSP nicht nur einiges Geld, sondern auch unglaublich viel Energien und Zeit insbesondere in der Geschäftsstelle gekostet. Dies war in der Zeit nach 1988, als die DGSP langsam in Ihre Krise schlidderte nicht zu unterschätzen.

Eine weitere Verbindung mit der – hier nun internationalen – »Szene« muss erwähnt werden, weil sie nicht unbedingt für die DGSP als Verband, jedoch für viele DGSPler*innen ein doch sehr nachhaltig wirkendes Erlebnis gewesen ist: Wie schon angedeutet, hatten viele DGSPler*innen Verbindungen zur italienischen Psychiatrie, die insbesondere den außerklinischen Bereich befruchtete. In diesem Zusammenhang waren sie auch Mitglieder bei »Reseau«, einer Initiative für Alternativen zur Psychiatrie³⁰² und fuhren im Mai 1984 zum Reseau-Kongress nach Rom. Dort wurden viele Bereiche der europäischen Psychiatrie unter einer systemkritischen und anti-psychiatrischen Perspektive diskutiert und kritisiert. Das Besondere an diesem Kongress jedoch war, dass hier Menschen zusammenfanden, die nicht nur kritisierten und theoretisierten, sondern auch gut und gern zusammen feierten und ihre theoretischen Initiativen mit Kunst- und Kulturaktionen verbanden. Von der Tagung wurde berichtet, dass »Marco Cavallo, das blaue Pferd, als Symbol der Befreiung von der Irrenanstalt in Triest erbaut«, auf dem Tagungsgelände stand, in den nächsten Tagen durch die Abruzzens trabte und zum Tagungsende auf der Piazza Pantheon erschien, »auf der es begeistert umjubelt, inmitten der ausgelassenen fröhlichen, von Wein, der Musik und der römischen Nachtluft berauschten Menschenmenge auftauchte«.³⁰³ Es wurde beschlossen, dass die nächste Reseau-Tagung 1985 im September 1985 in Bremen stattfinden soll

299 Evers 1986, S. 6. Vgl. auch Pingel 1993, 183ff.

300 Dörner 1988a; Sierk 1988.

301 Dörner 1988b Vgl. auch Dörner 1991.

302 Heute (2020) hat Reseau sein Betätigungsfeld verlagert. Siehe: <https://reseauinternational.net/>

303 Hessemer-Kühn 1984.

und vorher ein »Zug durch die Anstalten« vier Wochen durch die Bundesrepublik ziehen soll. Die »Blaue Karawane« war geboren.

Wenngleich die Blaue Karawane durchaus auf Distanz zur DGSP ging, haben viele DGSPler*innen inklusive der bremischen Vorstandmitglieder Klaus Pramann und Rainer Nathow an der Vorbereitung und dem Zug der Blauen Karawane mitgewirkt.³⁰⁴ Die Karawane machte nun ihren Zug durch westdeutsche Klinken mit vielen künstlerischen Aktionen, Happenings und Festen und wurde in der Regel mit großer Gastfreundschaft und Freude empfangen. In Bremen gab es dann mit dem Kongress das Abschiedsfinale³⁰⁵ und Pramann prognostizierte: »Die ›Blaue Karawane‹ bleibt nicht ohne Folgen«,³⁰⁶ war sie doch Ausdruck eines Konfliktes zwischen »radikalen« und nicht (ganz-so) radikalen DGSP Vorständler*innen. Dass gerade Klaus Pramann und Rainer Nathow mitgewirkt zeigt den schon oben genannten bremischen Konflikt sowie auch den Konflikt innerhalb des DGSP-Vorstandes. Nathow und Hessemer-Kühn schreiben in ihrem Kongressbericht über die Einigkeit der Kongressteilnehmer*innen in der Ablehnung des Irrenhauses: »Diese Einigkeit wirkt auf die DGSP in ihrer derzeitigen Verfassung (!) gewiss wie eine Provokation, und so war es wahrlich kein Wunder, dass wir als DGSP außer von unserem kritischen Freund Klaus Hartung keines Wortes in einem der Referate gewürdigt wurden, leider!«. ³⁰⁷

Die eben angedeuteten Konflikte im Vorstand sind nicht die einzigen gewesen, die sich in der DGSP im Verlauf der 1980er-Jahre auftaten. Schon mit Beginn der DGSP in den 1970er-Jahren taten sich Konflikte zwischen theoretisierenden Systemveränderern und Kolleg*innen, die einfach nur lernen wollten, auf. Es gab im Rahmen der »Auflösungsdebatte« Konflikte nicht nur zwischen Befürwortern und Gegnern, sondern auch zwischen Berufsgruppen und auch die Debatte um die »Neue Einfachheit« lies die DGSP nicht ungeschoren. Nun kamen neue Konflikte dazu und alte perpetuierten sich (immer wieder). Schon früh ist ein »Generationsproblem« angesprochen worden, dass sich darin äußere, dass Ältere von »DGSP-Fläche« verschwinden oder austreten, dass Jüngere nichts mehr von der DGSP-Geschichte wissen und dass in den Sitzungen immer nur dieselben etwas sagen, so Christiane Haerlin. Sie kommt auch zu einer politisch-taktischen Interpretation: »Heute sehe ich, dass vieles im Geiste der DGSP vor Ort aufgebaut ist, aber die Initiatoren es aus Klugheit vermeiden, die linkslastige DGSP auf die Fahnen zu schreiben. Vielleicht ist das gut so. Der Geist der DGSP ist vielerorts am Wirken, auch wenn diese Leute nicht »in die DGSP-Kirche« kommen (Tagung, Mannheimer Kreis etc.)«. ³⁰⁸ Manfred Zaumseil hat z.T. ähnlich wie Haerlin den Eindruck, dass sich der Fokus der DGSP von der – verurteilten – Anstalt über die Therapie hin zum ambulanten Bereich verschob und den sozialpolitischen Bedingungen der Arbeit. »Bei diesen, grob und nur beispielhaft skizzierten Veränderungen wandten sich alte Mitglieder ab – mit den damit verbundenen Enttäuschungen auf beiden Seiten – und neue Mitglieder wurden angezogen. Eine Reihe von »Alten« – so denke ich – wollten

304 Bremer Stadtmusikanten 1984

305 Vgl. hierzu: Hessemer-Kühn und Nathow 1985.

306 Pramann 1985.

307 Hessemer-Kühn und Nathow 1985.

308 Haerlin 1983, S. 9.

neue Orientierungen aus politischen Gründen nicht mehr tragen. Manche zu Amt und Würden gekommene Mitglieder zogen sich zurück aus der öffentlichen Identifikation mit der DGSP, obwohl sie intern weiterhin Sympathie bekundeten.³⁰⁹ Aber auch über die Themenstellungen und die Art ihrer Behandlung gab es Kritik. Hans Luger kritisierte die Berliner Jahrestagung »Blick zurück nach vorn« dahingehend, dass die DGSP ihr Ziel, Anschluss an die sozialen Bewegungen für selbstbestimmtes Leben verpasst habe, denn die Vorträge von Erich Wulff, Dirk K. Wolter u.a. »zeugen mehr über deren Vorurteile als von tatsächlicher Kenntnis über die Arbeit der Alternativprojekte«. Er kommt zum Resümee: »Die DGSP schmorte in Berlin im eigenen Saft und schien sich nicht gerne darin stören lassen zu wollen«.³¹⁰ Ähnliche Kritik gab es auch am Mannheimer Kreis 1986, bei dem es um »Utopien in der Psychiatrie« ging und Erich Wulff sich nicht nur Sozialist outete, sondern nach wie vor im Postulat »Abschaffung der Institutionen der Ausgrenzung« die »ich für unabdingbar halte, wenn unsere Arbeit überhaupt eine Perspektive haben soll«.³¹¹ Als Gegenbegriff zur Utopie sieht er nicht Realismus oder Wirklichkeitsnähe, sondern »letztlich Opportunismus: Die Wahrung kurzfristiger Interessen und die Unterwerfung unter die aus diesen erwachsenen ›Sachzwänge‹«³¹² Mit solchen kenntnisreich-gebildeten und theoretisierenden Äußerungen eines – immerhin – Klinikdirektors konnten viele junge Mitglieder und »Sympathisant*innen« der DGSP, die sich in ihren Projekten abmühten, nicht mehr wirklich viel anfangen. Die Konflikte verschärften sich bei der Mitgliederversammlung im Oktober 1986. Stefan Richter spricht von »offeneren« Kontroversen«, als sich der bisherige Vorstand spaltete und nun zwei »Fraktionen« – die Horrorvision eines jeden aufrechten Sozialisten – zur Wahl antraten, eine linke und eine anscheinend nicht-ganz-so-linke Fraktion, deren Kontroversen der Berichterstatter leider nicht benennen konnte (wollte?). Er kommt jedoch zu dem Schluss: »Das Wahlergebnis berechtigt zu der Hoffnung, dass die zukünftige Vorstandsarbeit weniger von internem Tauziehen bestimmt wird und mehr Gemeinsamkeiten in den Grundpositionen der DGSP herausgearbeitet werden...«.³¹³

In den folgenden Jahren erlahmte die Diskussion um Utopien, umfassende Konzepte etc. in der DGSP merklich, was durchaus mit einer gewissen Ermüdung, oder auch den Mühen mit dem Aufbau eigener, neuer Projekte zu tun haben mag. Darüber hinaus – und auch dies sei hier nur als These formuliert – mag ein langsames Zerfasern der alternativen Bewegung in unterschiedliche Milieus im Zuge der gesellschaftlich-kulturellen Entwicklung, sowie der Zusammenbruch des »real existierenden Sozialismus« mit seinen auch ideellen Folgen, eine weitere Ursache der Diskussionsmüdigkeit sein. Aber Günther Wienberg forderte im Namen der WGSP ein »Ende der Besinnlichkeit« und »die Verantwortungsfrage muss geklärt werden: Verbindliche Übernahme von Pflichtaufgaben auch im ambulanten und komplementären Bereich«.³¹⁴

309 Zaumseil 1983.

310 Luger 1984.

311 Wulff 1986, S. 10.

312 Ebd. S. 11.

313 Richter 1986, S. 10.

314 Wienberg 1989.

Auf den Tagungen der letzten beiden Jahre des Jahrzehnts ging es bei aller Kritik an der Gesundheitspolitik, der Auseinandersetzung mit der Sterbehilfe und Herrn Atrott, sowie den Reformbestrebungen »vor Ort« zunehmend ermattet und enttäuscht als theoretisch inspiriert und utopisch zu. Das Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1988 enttäuschte – wieder einmal – letzte Hoffnungen, die noch da waren. »Psychisch Kranke sind von den Reformaspekten des GRG weitgehend ausgenommen. Die Einschränkungen des Gesetzes treffen sie hingegen besonders hart: wie z.B. bei Kurmaßnahmen, Belastungserprobung und Arbeitstherapie, ergänzende Leistungen zur Rehabilitation sowie bei der Befristung von »Krankenhausersatzpflege«.³¹⁵

Mit dem Zusammenbruch des real existierenden Sozialismus 1988 bahnte sich zudem eine Krise der DGSP an, die sie an die Grenze trieb. Dies gilt nicht so sehr für die Vereinigung mit der ostdeutschen »Gesellschaft für kommunale Psychiatrie«, sondern für die Konsequenzen, die sich aus dem Engagement Lothar Evers, des neuen Geschäftsführers der DGSP, in der Hilfe für die »Kinder aus Cighid« ergaben. Beides wird jedoch im nächsten Abschnitt behandelt.

Nachzutragen wäre, dass die DGSP sich nun den vielfältigen Herausforderungen von Köln aus stellen musste, denn die Geschäftsstelle war 1985 nach Köln umgezogen. Auch der DGSP-Rundbrief veränderte sich. Im Januar 1988 kam das erste »Schwerpunktheft« (Sterbehilfe) des DGSP-Rundbriefes heraus und im September 1989 erschien die erste »Soziale Psychiatrie«, die nun den Anspruch hatte, nicht mehr »Vereinspostille« zu sein, sondern eine Fachzeitschrift für Sozialpsychiatrie. Das wurde sie auch!

4.5 Psychiatriereform in Deutschland – ein erstes Resümee

Die Zeit der großen Psychiatriereform in Deutschland war mit den 1980er-Jahren vorbei. Deshalb lässt sich nach nunmehr mehr als 20 Jahren Debatte und Politik der Psychiatriereform in (West-)Deutschland als auch für die DGSP ein erstes Resümee ziehen. Das soll an dieser Stelle in Thesenform vorgestellt werden.

Kersting interpretiert die Reform aus dem »Geist der Studentenbewegung«.³¹⁶; Rudloff fasst sie als »Paradefall »verwissenschaftlichter Politik« im Rahmen sozialdemokratischer Strukturpolitik auf³¹⁷ und Söhner betrachtet die Reform im Rahmen von »Oral History«, die auch unterschiedliche Rahmenbedingungen thematisiert.³¹⁸ Mein Ansatz ist der, dass ich in Thesen die Entwicklung interpretierend zusammenfasse, hierbei sozioökonomische und kulturelle, insbesondere auch sozialstaatliche Entwicklungstendenzen in Betracht ziehe und hierin die Psychiatriereform und die DGSP einzuordnen.

Gesellschaftliche Veränderungen sind immer auch an handelnde Personen gebunden: Ohne das geradezu unglaubliche Engagement der Aktivist*innen der ersten Stunde, wäre eine Psychiatriereform fast undenkbar. Ich denke hierbei zunächst an Klaus-Peter Kisker, Heinz Häfner und Caspar Kulenkampff, aber auch an Klaus

315 DGSP-Vorstand 1988a.

316 Kersting 2001b, 2001a, 2003.

317 Rudloff 2010.

318 Söhner 2020.