

8. Zusammenfassung

In den letzten 50 Jahren haben sich der deutsche Staat, die Gesellschaft und die Menschen gravierend verändert. Das gilt natürlich auch für den Sozialstaat sowie dessen »Agenturen«. Entwickelte sich nach dem Krieg der (west-)deutsche Staat und Gesellschaft in enger Westbindung mit deutschen Eigenheiten zunächst in einen politisch und staatlich eingehegten »rheinischen Kapitalismus«, so entfaltete er sich seit Ende der 1970er-Jahre mit zunehmender technischer und globaler Dynamik in eine wettbewerbsbestimmte »neoliberale« Gesellschaft, in der traditionelle Institutionen zunehmend durch wettbewerbsbestimmte neoliberale Mechanismen ersetzt wurden und die Ökonomisierung weiter gesellschaftlicher Bereiche um sich griff, insbesondere nach dem Zusammenbruch des sozialistischen »Ostblocks«. Verbunden hiermit war ein zunehmender Prozess der »Entbettung« (Giddens) der Individuen aus traditionellen Milieus und Institutionen und es setzte ein Veränderungsprozess von Wertorientierungen und Subjektivierungsformen durch, der als Prozess der »Individualisierung« (Beck) nicht nur »Entbettung« beklagte, sondern auch die damit verbundenen Freiheitsrechte der Individuen in den Vordergrund stellte. Allerdings formulierten diese zunehmenden Freiheits- und Entscheidungsrechte immer auch einen »Zwang zur eigenen Entscheidung«. Im Verlauf der kapitalistischen Entwicklung und der damit verbundenen wettbewerbsorientierten »Ökonomisierung des Sozialen« geht es hinsichtlich von Individualisierung zunehmend in Richtung »Singularisierung«, d.h. einer Subjektform, die sowohl ökonomisch als auch reflexiv-psychologisierend in einem nie endenden Prozess sich ständig in einem Wettbewerb mit anderen begreift und sich als einzigartiges Subjekt optimieren muss – und will. In den letzten Jahren kommt der ungezügelter Neoliberalismus hinsichtlich seiner dramatischen Folgen für die groteske Ungleichheit von Einkommen und Vermögen sowie seiner ökologischen Folgen auch im Weltmaßstab in die Kritik.¹ Verbunden hiermit ist die Kritik der Folgen für Kultur und Subjekt. Die »entbettete« auf Wettbewerb und Optimierung angelegte Singularisierung führt zu einer zunehmenden »Erschöpfung«² und »ontologischen Ungewissheit.«³

1 Bude und Staab 2016; Lessenich 2016.

2 Ehrenberg 2008.

3 Illouz 2019.

Der eigentümliche deutsche Sozialstaat folge dieser Entwicklung und trieb sie zum Teil auch voran. Hierbei erwies sich die komplexe institutionelle Struktur von unterschiedlichen Sozialversicherungen und der staatlichen Aufgabenteilung im föderalen System zwischen Bund, Ländern und Gemeinden als äußerst resilient gegenüber den vielen ökonomischen Krisen und gesellschaftlichen Veränderung. Im Gegenteil, bei vielen – gerade für psychisch kranke Menschen fatalen – Lücken und Löcher im sozialen Netz wurde er institutionell ausgebaut, wie nicht nur das SGB XI, sondern jüngst auch das SGB IX zeigt. Auch zeigte er sich – trotz Pfadabhängigkeit – so flexibel, dass die unterschiedlichsten politischen Strategien in diesem Rahmen institutionell abgesichert werden konnten. Dies begann mit der Strategie der Nothilfe in der Nachkriegszeit. Die Strategie der »Statussicherung« auch der arbeitenden Bevölkerung läutete die für viele »goldene Zeit« des Sozialstaates im Wirtschaftswunder ein, die ergänzt wurde durch die Dienstleistungsstrategie ab den 1975er-Jahren, in der über staatliche Programme die sich entwickelnde Dienstleistungsgesellschaft umgesetzt wurde. Nach der Wirtschaftskrise setzte in den 1980er eine neoliberal orientierte Phase der Grundsicherung ein, die in den 1990er und 2000er-Jahren zu ihren Höhepunkten kam durch die Einführung des SGB XI als neue Sozialversicherung und SGB XII, die zugleich grundsicherungs- wie auch wettbewerbsorientiert waren. Ihren für viele traurigen Höhepunkt fand diese Strategie in den Hartz Gesetzen Anfang des Jahrtausends. Allerdings – und dies zeigt eindrücklich die »Ambivalenz der flüchtigen Moderne«⁴ – hat sich die Dienstleistungsstrategie in der gleichen Zeit gewandelt zu einer auf gesellschaftliche Teilhabe und Selbstbestimmung abzielenden Befähigungsstrategie, die als »Fördern und Fordern« kontrovers diskutiert wird.

Die westdeutsche Psychiatrie und Sozialpsychiatrie folgte den oben genannten Entwicklungen und unterstützte den Modernisierungsprozess der Gesellschaft, der schon kurz vorher das Sozialwesen mit dem BSHG und 1969 das Gesundheitswesen mit dem KHG 1972 erreichte und die institutionellen Grundlagen für die Psychiatriereform schaffte. Die wenigen Menschen der ersten Reformära, die mit unglaublicher Energie Engagement die Reformen anschoben und von denen ein Teil dann die DGSP gründeten, waren weit davon entfernt, Revolutionäre zu sein, sondern sie waren eher humanistisch ausgerichtet, die sicher auch von den entsetzlichen Verbrechen der Psychiatrie im nationalsozialistischen Deutschland bewegt wurden. Letzteres spielte für die Psychiatriereform allerdings weniger eine Rolle. Mit der Psychiatrie-Enquête verabschiedete sich die westdeutsche Psychiatrie von dem Modell der Anstalt, das noch einem »hochkapitalistischen« Modell der Staats- und Wirtschaftsorganisation verhaftet war⁵ und orientierte sich am schon zu Ende gehenden »fordistischen« Modell der Industrieproduktion mit seiner »standardisiert-verketteten Massenproduktion« und »korporatistischen« Steuerung. Das Modell der »therapeutischen Kette« im »Standardversorgungsgebiet« kann hierfür paradigmatisch stehen. Die zweite Modernisierung der psychiatrischen Versorgung reflektierte dann 20 Jahre später nicht nur die technologisch induzierte und globalisierte postfordistische Produktionsweise im funktional

4 Bauman 1992; Bauman 2007 Von mir abgewandelt.

5 Der Staat, so sagt Max Weber, ist anstaltsförmig organisiert. Weber 1999 (1922).

organisierten gemeindepsychiatrischen Verbund sowie auch die gesellschaftlichen Prozesse der Individualisierung durch »Subjektorientierung« und »Personenzentrierung«. Hierzu trugen die in die Sozial- und Gemeindepsychiatrie Eingang findenden (psycho-)therapeutischen Ansätze und Methoden bei, die auf die individuelle Entfaltung des Subjektes abzielen. Die zunehmende Wettbewerbsorientierung und Neoliberalisierung machte sich auch in der Sozial- und Gemeindepsychiatrie bemerkbar und sorgten dafür, dass sich die Konzepte des GPV oft nur auf dem Papier finden ließen und faktisch nicht flächendeckend umgesetzt wurden. Neue Reformkonzepte oder auch geplante Innovationen sind gegenwärtig kaum in Sicht und eher einer Politik des »Muddling Through« gewichen.⁶

Von den Entwicklungen blieben auch die Psychiatrieerfahrenen und Selbsthilfegruppen nicht unberührt. Auf den Grundlagen von »Empowerment« und »Recovery« konnten neue »Koalitionen« mit der professionellen Psychiatrie eingegangen werden, wobei auf die Selbstbestimmung und Teilhabe ermöglichenden Befähigungsstrategie Bezug genommen werden konnte – inklusive der »Mitwirkung« fordernden und fördernden Methoden.

So hat sich dem 50-jährigen Betrachtungszeitraum das psychiatrische Versorgungssystem gravierend verändert. Heute stellt sich das Versorgungssystem auch auf örtlicher Ebene – mit starken regionalen Unterschieden – als ein sehr differenziertes System von unterschiedlichen Einrichtungen und Diensten dar. Gemeindepsychiatrie wird allerorten praktiziert – wenngleich manchmal lediglich als Organisationsprinzip.

So sind Ende 2018 nahezu 6.000 Fachärzt*innen niedergelassen, was 6-mal so viele sind wie zu Beginn der 1970er-Jahre. Die Anzahl der niedergelassenen ärztlichen und nicht-ärztlichen Psychotherapeut*innen hat sich von knapp über 1.000 auf circa 30.000 verdreifacht. In den Kommunen sind heute weit mehr als 500 Sozialpsychiatrische Dienste, fast 700 Kontakt- und Beratungsstellen sowie Hunderte von Tagesstätten tätig. Ergänzt wird dieses System von Familienpflege in einigen Bundesländern sowie durch eine sich weiterentwickelnde Bürger- und Selbsthilfebewegung der Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen, die zunehmenden politischen Einfluss gewinnen. Neue Hilfeformen, wie integrierte Versorgung versuchen mit Mühe, sich als Regelversorgung zu etablieren.

Auch im außerklinischen Bereich der Eingliederungshilfe, der Leistungen zur sozialen Teilhabe, hat sich einiges verändert. Wurde dieser Heim-Bereich für Menschen mit seelischen Behinderungen in den 1970 erst etabliert, so ist er nun eine wesentliche Säule der regionalen Versorgung. Allerdings gibt es wenig valide Informationen über diesen Bereich, jedoch haben anscheinend auch hier gravierende Veränderungen stattgefunden. Skandalöse Zustände sind die Ausnahme und mittlerweile erhalten 2/3 der circa 200.000 Menschen ambulante Assistenzleistungen zur sozialen Teilhabe und 1/3 der Menschen leben nach wie vor in »Heimen« bzw. besonderen Wohnformen. Inwieweit sich hier ein Problem in Richtung stationäre Pflegeheime verschoben hat, kann nur spekuliert werden, da keine Zahlen vorliegen.

Im Bereich der Krankenhausversorgung ergibt sich auf den ersten Blick ein erstaunliches Bild. Rechnet man die psychosomatischen Betten und die der Vor- und Nachsor-

6 Lindblohm 1975.

geeinrichtungen hinzu, so ist die Anzahl der Betten zwischen den 1970er-Jahren und der Gegenwart nahezu gleichgeblieben, nämlich bei circa 148.000 Betten. Allerdings verbergen diese Zahlen die gewaltigen Strukturveränderungen. Deutschland ist um 14 Mio. Menschen gewachsen und die Krankenhäuser haben sich gravierend gewandelt. Zwar hat sich die Anzahl der »Sonderkrankenhäuser« im Vergleich zu den 1970er-Jahren nur um circa 50 Häuser verringert, jedoch hat sich Bettenzahl halbiert. Darüber hinaus haben sich die Krankenhäuser verkleinert. Es gibt kein Haus mehr mit mehr als 1000 Betten und die Hälfte der Häuser haben weniger als 100 Betten, sind also kleiner als manche psychiatrischen Abteilungen. Gegenwärtig gibt es fast 400 psychiatrisch-psychotherapeutische Abteilungen an (allgemeinen) Krankenhäusern, sodass hier – von Ausnahmen abgesehen – eine flächendeckende Versorgung gewährleistet erscheint. In Abteilungen und Fachkrankenhäusern liegt die durchschnittliche Verweildauer bei circa 24 Tagen – im Gegensatz vielen Monaten und Jahren in den 1970er-Jahren. Heute gehören zur Regelversorgung darüber hinaus auch Tageskliniken und Institutsambulanzen und eine Reihe von Krankenhäusern bieten ambulante StäB-Leistungen an.

Abgerundet wird das Bild durch die Veränderungen im Bereich der Rehabilitation. Zwar ist die medizinische Rehabilitation immer noch keine Regelleistung der Sozialversicherungen, jedoch gibt es zumindest in den meisten Bundesländern die Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK), die durch andere Einrichtungen wie Berufliche Trainingszentren, Berufsbildungswerke, Integrationsbetriebe und andere Möglichkeiten ergänzt werden. Selbst die Werkstätten für behinderte Menschen haben sich zum Teil zu modernen Unternehmen entwickelt. Aber im Bereich der Rehabilitation und Teilhabe am Arbeitsmarkt ist noch viel Luft nach oben, was ganz besonders begleitende Hilfen am Arbeitsplatz betrifft.

In vielen Regionen Deutschlands haben sich die verschiedenen Leistungserbringer, Leistungsträger und Gebietskörperschaften, Psychiatrieerfahrene und Angehörige zu »Gemeindepsychiatrischen Verbänden« zusammengeschlossen, aber auch hier besteht noch erheblicher Entwicklungsbedarf.

Eine ganz entscheidende Veränderung hat sich jedoch hinsichtlich der Haltung gegenüber psychisch erkrankten Menschen ergeben, insbesondere im beruflichen Kontakt. In der Regel erfahren die Menschen heute eine höfliche und wertschätzende »Behandlung« durch die professionellen Berufsgruppen, die darüber hinaus durch eine reflexiv und auf Verstehen ausgerichtete therapeutische Beziehungsgestaltung ergänzt wird.

Allerdings ist die Psychiatriereform an einigen Gruppe in vielen Aspekten vorbei gegangen. Hierzu gehören die schwer und langfristig behinderten Menschen, die nach wie vor in (Pflege-)Heimen oder: »Besonderen Wohnformen« leben und die nicht in den Genuss therapeutischer, rehabilitativer oder teilhabe-orientierter Maßnahmen kommen; hinzukommen – vor allem: wohnungs- und obdachlose Menschen.

Die akademische Sozialpsychiatrie hat sich nach ihren hoffnungsvollen Anfängen vergleichsweise bescheiden entwickelt. Das mag daran liegen, dass viele der frühen Sozialpsychiater*innen nicht an die Hochschulen gegangen sind, sondern in die sozial- und gemeindepsychiatrische Praxis. Aber auch an den sozialpsychiatrischen Lehrstühlen ist die Sozialpsychiatrie theoretisch-konzeptionell kaum weiterentwickelt worden. Das wurde dadurch verstärkt, dass vor allem ab den 1990er-Jahren entsprechende Lehr-

stühle wieder konventionell oder konservativ besetzt wurden. Ausnahmen sind das Zentralinstitut für seelische Gesundheit in Mannheim, die Universitätsklinik in Leipzig, die Universitätsklinik Ulm/Günzburg sowie die Charité in Berlin und die Universitätsklinik in Hamburg. Insbesondere in den ersten drei Institutionen wird – neben Einstellungsforschung in Leipzig – vor allem konventionelle Versorgungsforschung betrieben. Mittlerweile wird Forschung, wie auch Theorie und Konzeptarbeit auch an den Hochschulen für angewandte Wissenschaft (Sozialarbeit) betrieben, aber Uni-Forschung und Hochschulforschung haben kaum etwas miteinander zu tun. Zwar sind immer wieder Vorstöße zur Weiterentwicklung oder andere Beiträge erschienen, an denen vor allem DGSP-Mitglieder beteiligt waren, jedoch ist das was ich oben als »konzeptionelles Dach« bezeichnet habe, zunehmend abhandengekommen. Dies gilt auch für die Verbindungen zu anderen Wissenschaften, wie die Soziologie oder die (Sozial-)Psychologie und andere Sozial- und Kulturwissenschaften. Allerdings scheint es, wie im letzten Abschnitt erwähnt, in den letzten Jahren Bemühungen zu geben, insbesondere anthropologische Traditionen oder auch soziologisch-phänomenologische Ansätze und darauf rekurrierende Methoden fortzuentwickeln. Hinzu kommen auch andere Ansätze wie der Capability Approach, der in der Versorgungsforschung Bedeutung erlangt hat. Auch hieran waren vielfältig DGSP Mitglieder beteiligt. Die Ansätze bestehen aber gegenwärtig relativ kommunikationslos nebeneinander. Aber: Hier bestehen relevante und notwendige Perspektiven.

Die DGSP und ihre Mitglieder haben insbesondere die Entwicklung der Sozial- und Gemeindepsychiatrie in den ersten 20 Jahren seit 1970 ganz wesentlich vorangetrieben und entwickelt. Deshalb ist sie auch gegründet worden. Trotz aller inhaltlichen Unterschiede und Konflikte war innerhalb der DGSP Konsens, trotz Etikettierungen und Stigmatisierung die Existenz einer psychischen Krankheit nicht infrage zu stellen und die Versorgungsbedingungen der betreffenden Menschen zu verbessern, auf eine gemeindepsychiatrische Grundlage zu stellen und sich für ihre Rechte einzusetzen.

DGSP Mitglieder und auch der Verband als kollektiver Akteur initiierten mit einem enorm engagierten persönlichen Aufwand die Psychiatriereform. Dies gelang zunächst vor allem durch einen internen Kompromiss der an der Enquêtekommision mitarbeitenden DGSPler und dem Verband, der eine »Doppelstrategie« beinhaltete und der die Frage der Anstalten konsensual löste. Dies Strategie beinhaltete, dass die DGSP-Mitglieder in den Enquête-Arbeitsgruppen mitarbeiten konnten und die DGSP als »Verband« diesen Prozess »moderat« kritisierte. Daneben sorgten der »Mannheimer Kreis« und später auch die Jahrestagungen und Fortbildungen dafür, dass sozialpsychiatrisches Gedankengut an Tausende (!) von Mitarbeiter*innen verbreitet wurde. Ergänzend dazu sorgten die Mitglieder der unterschiedlichen Arbeitsgruppen der Enquêtekommision für die Verbreitung. Mit dem Ende der 1970er-Jahre und in der ersten Hälfte der 1980er-Jahre erreichte die DGSP eine große Bedeutung, indem sie nach großen Konflikten eine »sozialpsychiatrische Grundhaltung« entwickelte, die im erfolgreichen Lehrbuch »Irren ist menschlich« eine riesige Verbreitung fand, eine »Sozialpsychiatrische Zusatzausbildung« für alle in der Psychiatrie arbeitenden Berufsgruppen anbot und mit dem Modell des »Regionalen Psychriatriebudget« eine Vision eines alternativen Sozialsystems vorlegte. Die DGSP als Bundesverband hatte allerdings eine ambivalente Position zur einsetzenden Psychiatriereform, da das »medizinische Modell« im

Mainstream nicht infrage gestellt wurde. Die »Geltinger Thesen« stellten einen ersten Strategiewechsel dar, da nun die DGSP über ihre Landesverbände und Regionalgruppen mehr »Politik vor Ort« machen wollte. Das war auch notwendig, da die Länder nun begannen, mit Modellprogrammen oder auch ohne vor allem die außerklinische Gemeindepsychiatrie aufzubauen und damit zugleich die »Dienstleistungsgesellschaft« durchzusetzen sowie auch über die zur Verfügung stehenden Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen die Arbeitslosigkeit zu bekämpfen. Allerdings passierte oft genau das, was die DGSP vermeiden wollte. In den Ländern mussten – je nach politischen Verhältnissen – Kompromisse gefunden und man musste sich beim Aufbauen der Strukturen an die institutionellen Bedingungen halten, wenn man erfolgreich sein wollte. Darüber hinaus schlossen sich die »Träger« der neuen Einrichtungen und Dienste oft zu eigenen Verbänden zusammen oder Wohlfahrtsverbänden, die ihrerseits damit begannen, sozialpsychiatrische Kompetenzen aufzubauen, diese jedoch mit Provider-Interests zu verbinden. Hierdurch ergab sich eine gewisse Differenz zwischen der Bundesebene des Verbandes, d.h. Vorstand und Fachausschüsse, sowie den Landesverbänden, ganz besonders denen, die eigene Einrichtungen führten oder sehr stark darin verwickelt waren. Besonders deutlich wurde das am Verhältnis des Hamburger Landesverbandes zum Bundesverband. Den Hamburgern war die Bundesebene eher egal.

Am Ende der 1980er-Jahre fand sich die DGSP in einer in gewissen Aspekten paradoxen Situation. Sie und ihre Mitglieder waren sehr erfolgreich gewesen, in dem Modellprogrammen oder auch daneben eine neue gemeindepsychiatrische Infrastruktur aufzubauen, Know-how zu vermitteln und eine neue sozialpsychiatrische Grundhaltung zu verbreiten. Aber je erfolgreicher die DGSP darin war, desto mehr schwand ihr politischer Einfluss, da es nun auch andere politische Verbände gab, die praktische Politik in den Ländern machten. Darüber hinaus verlief die Psychiatriereform für die DGSP zum großen Teil enttäuschend. Das »medizinische Modell« blieb dominant und die traditionellen Strukturen der sozialen Sicherungssysteme auch. Zum Dritten machte sich die Neoliberalisierung und Ökonomisierung des Sozialstaates nun mit Macht bemerkbar. Und – viertens – beunruhigte an der Wende des Jahrzehnts auch noch die Rumänienkrise und die Vereinigung mit der Gesellschaft für kommunale Psychiatrie die DGSP – von den vielen Prozessen mit Herrn Atrott gar nicht zu reden.

Die DGSP versuchte unter anderem, durch eine »Zielediskussion« aus der Krise herauszukommen. Dies gelang jedoch nur teilweise. Nach zwei Anläufen versandete die Zielediskussion. Viel Energie wurde in die Vorbereitung des Weltkongresses gelegt und in der Gemeindepsychiatrie übernahm die AKTION PSYCHISCH KRANKE die »Luft-hoheit« mit Psych-PV und personenzentrierten Ansatz. Beides unterstützte die DGSP offiziell, jedoch teilweise mit der Faust in der Tasche. Diese holte sie bei einem erneuten Strategiewechsel aus der Tasche heraus, indem nun der »Widerstand« gegen den Sozialabbau zu erklärten Ziel der DGSP erklärt wurde. So ging sie ins neue Jahrtausend.

Zu Beginn des neuen Jahrtausends wurde die DGSP durch einen erheblichen Konflikt geschüttelt, der sich in zwei Aspekten zeigte, in dem Konflikt um den personenzentrierten Ansatz/IBRP und den um die Soltauer Initiative. Es ist deshalb *ein* Konflikt, da bei beiden Themen zur selben Zeit dieselben Protagonist*innen jeweils auf derselben Seite standen. Auf der einen Seite standen »Pragmatiker« und auf der anderen »Ethiker«. Dieser Konflikt zerriss die DGSP fast und wurde dadurch gelöst, dass sich die

»Soltau Initiative«, in der zahlreiche Mitglieder des DGSP-Vorstandes vertreten waren, als sozial- und milieuhomogen geschlossene Gruppe außerhalb der DGSP konstituierte, ihre eigenen Veranstaltungen durchführte und »Denkzettel« verteilte – finanziert durch die DGSP. Die Folge war, dass »politische« Diskussionen vor allem in den Gremien der DGSP nun nicht mehr stattfanden. Sieht man von der Widerstandaktion gegen die Einrichtung eines Netzes der integrierten Versorgung durch einen Pharmakonzern in Niedersachsen ab, hielten sich politische Aktivitäten der DGSP in Grenzen. Dies ist sicher den Zeiten geschuldet, in denen sich die sozioökonomischen und kulturellen Bedingungen insbesondere auch nach der deutschen Vereinigung gravierend veränderten. Edith Borchers setzt die sich veränderten Werte und Menschenbilder in Bezug mit unterschiedlichen Identitätskonstruktionen, die zwischen Anpassung und Widerstand oszillieren. Die von ihr interviewten Mitarbeiter*innen entwickelten Identitäten, die nun nicht mehr von Veränderungsenthusiasmus getragen sind, sondern etwa als »Grenzgänger« oder »Überlebenskünstlerin« immer noch sozialpolitische Ambitionen haben, die jedoch sehr flexibel und pragmatisch ausgerichtet sind.⁷ Weitere Gründe können darin liegen, dass die Zeit der »utopischen Energien« immer noch vorbei ist und dass die jüngeren Generationen sich nicht mehr langfristig an Verein oder Verbände binden wollen. Das spürt auch die DGSP, die zwar weiterhin äußerst heterogen in ihrer Mitgliederstruktur ist – mit der Folge, dass Ärzt*innen schon lange nicht mehr dominant vertreten sind und das Durchschnittsalter der Mitglieder langsam aber sicher steigt.

Die DGSP fing nach dieser konflikthaften Episode an, in einzelnen Feldern auf sich aufmerksam zu machen. Sie unterstützte die Etablierung von Beschwerdestellen und vor allem – in Person von Volkmar Aderhold – initiierte sie die Diskussion um Psychopharmaka, die eine nachhaltige Wirkung in der gesamten Fachwelt entfalten sollte. Mit zunehmendem Pragmatismus hat die DGSP darüber hinaus ihren Frieden mit den »Heimen« und den Krankenhäusern gemacht. Die Strategie wurde in den letzten 10 Jahren von den verschiedenen Vorständen bei einigen Kontinuitäten weiterverfolgt. Besonders in Fragen der Neuroleptika und des Maßregelvollzuges haben die entsprechenden Fachausschüsse die Kompetenz der DGSP nachhaltig demonstriert. Dasselbe gilt für die Positionierung zur Frage von Flüchtlingen, Asyl und Migration. Das Thema EX-IN wurde besonders von Geschäftsführenden Vorstand vertreten. Wie auch die gesamte Sozialpsychiatrie verfügt die DGSP gegenwärtig über kein in sich geschlossenes Leitbild oder Konzept. Ihre Positionen werden in »Baustellenpapieren« und vor allem in den »denk-an-stößen« sowie in Stellungnahmen zum »Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen« und anderen Themen dargelegt. Das Thema Menschenrechte, Selbstbestimmung und Teilhabe spielt in den letzten Jahren eine immer größere Rolle, wobei bislang noch nicht einzuschätzen ist, welche Positionierung die DGSP einnimmt. Hinsichtlich der Teilhabe und Inklusion unterstützt sie die UN-BRK und die Intention des BTHG bzw. des SGB IX und damit die Teilhabe- und Befähigungsstrategie des deutschen Sozialstaates. Wenn die DGSP eine Zukunft haben will, dann wäre es angeraten, Perspektiven zu entwickeln.

Aber das ist eine andere Geschichte...

7 Borchers 2009.

