

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.

Dörner, Niels Pörksen, Manfred Bauer, Asmus Finzen und Hilde Schädle-Deining, Maria Rave-Schwank und andere, wobei insbesondere die ersten drei schon in den 1960er-Jahren unermüdlich »geackert« haben, Gespräche gesucht und Netzwerke aufgebaut haben, um Politiknetzwerke zu knüpfen. Das soll unvergessen sein. Darüber hinaus haben die um 1970 herum »jungen« Psychiater, Psychiaterinnen und andere Berufsgruppen auch neben der DGSP geradezu manische Aktivitäten entfaltet, die man sich heute kaum noch vorstellen kann. Aber die frühen Protagonistinnen trafen eben auch auf eine bewegte Zeit, die derartige Reformen in fast allen gesellschaftlichen Bereichen und einen Modernisierungsschub für die ganze Republik herausforderte, um zukunftsfähig zu sein. Hierzu gehörte auch die Psychiatriereform.

Die Psychiatriereform *folgte* (!) einer Sozialpolitik, die zwar die institutionellen Strukturen des deutschen Sozialstaates nicht verändern wollte, aber dabei war, ihre strategische Ausrichtung in Richtung. Dienstleistungs- bzw. Teilhabeorientierung zu auszuweiten und zu verändern. Dies zeigt sich in vielen Bereichen staatlicher oder staatlich finanzierter sozialstaatlicher Aufgabenpolitik, wie z.B. in der Gesundheitspolitik durch Ausbau des maroden Krankenhauswesens und der Prävention, in der gesamten Ausrichtung der Jugendpolitik, in der Rehabilitationsgesetzgebung und in der Behindertenpolitik. Dies bedeutet zumindest strukturell, dass die Psychiatriereform nur deshalb erfolgreich in Gang gesetzt werden konnte, weil sie an Entwicklungen anschließen konnte, die schon vorher an anderer Stelle stattfanden. So wäre die Einrichtung von psychiatrischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern ohne ein vorher verabschiedetes Krankenhausfinanzierungsgesetz mit den entsprechenden Änderungen im Grundgesetz und RVO überhaupt nicht möglich gewesen. D.h.: Ohne Modernisierung des gesamten Krankenhauswesens ein paar Jahre vorher wäre eine Abteilungspsychiatrie nicht möglich gewesen.

So wäre auch der Ausbau des sog. komplementären Bereiches inklusive der – unseeligen – Heime nicht möglich gewesen, wenn nicht vorher das BSHG verändert worden wäre. D.h.: Der komplementäre Bereich entstand auf der Grundlage der Modernisierung der Behindertenpolitik.

Somit lässt sich behaupten, dass die Sozialpsychiatrie insgesamt gesellschaftlichen Modernisierungstrends folgte, die die Entwicklung zu einer postfordistischen Dienstleistungsgesellschaft aufnimmt. Dies zeigt sich insbesondere in der Entwicklung von Psychiatrie-Enquête hin zu den Empfehlungen der Expertenkommission. Sie folgt auch dem Trend einer zunehmenden »Individualisierung«, den die Sozialpsychiatrie zunächst als »Subjektorientierung« deutet und in der nächsten Dekade als »personenzentrierter Ansatz« handlungsleitende Funktionen erhalten wird. Die Psychiatriereform nahm zwar die durch die Netzwerke der Protagonisten eingebrachten Entwicklungen des Auslandes, vornehmlich England und die USA auf; diese »Modelle« wurden jedoch in die institutionelle Struktur des (west-)deutschen Sozialstaates transformiert. Diese war für alle Parteien im Deutschen Bundestag sakrosankt und leitete die »Pfadabhängigkeit« der deutschen Sozialpolitik bis in die 1990er-Jahre und noch weiter. Diese von allen Parteien auch in den 1960er und 1970er immer wieder beteuerte Pfadabhängigkeit, ermöglichte die Psychiatriereform einerseits, doch begrenzte der »Pfad« mögliche Reformoptionen, die über diese Grenzen hinausgingen.

Folgt man Rosewitz und Webber, so liegt das Ausbleiben von weitreichenden Reformen (...), wie in der gemeindepsychiatrischen Perspektive angelegt, in drei spezifischen Strukturmerkmalen des politischen Systems und des im Gesundheitswesen vorherrschenden Regulierungssystems: 1. meist Koalitionsregierungen im Bund, 2. den Beziehungen zwischen Bund und Ländern, wobei die Länder bedeutende Entscheidungskompetenzen haben und 3. auf der Ebene der Selbstverwaltung der Krankenversicherung.³¹⁹ Darüber hinaus: »Die »Strukturkontinuität [ist] nicht nur als Resultat einer institutionellen Konfiguration zu verstehen (ist), die ausschließlich für Strategien inkrementeller Weiterentwicklung »durchlässig« ist, sondern auch auf die Orientierungskraft eines gesundheitspolitischen Ordnungsmodells zurückzuführen ist, das den Bereich zulässiger Reformoptionen wirksam abgrenzt.«³²⁰

In der Sozialpsychiatrie-Szene und darüber hinaus wird oft und gern vom »großen« Modellprogramm gesprochen. Aber: Im Vergleich zu anderen gesundheits- und sozialpolitischen Programmen in der sozialdemokratischen Reformära der Gesellschaftspolitik und –Steuerung³²¹ nahmen sich die Beträge von circa 250 Mio. DM für das »große« Modellprogramm bescheiden aus. Der Betrag war immerhin auf fünf Jahre und 14 Modellsektoren verteilt, was – über den Daumen – circa 3,6 Mio. DM pro Sektor/Jahr ausmacht. Das war auch schon damals nicht sonderlich viel und es erscheint auf den ersten Blick verwunderlich, dass es so erfolgreich war, zumal in den 1980er-Jahren die sozialdemokratische Ära beendet war. Die Gründe liegen meines Erachtens in vielen Aspekten:

Es war ein Anreizprogramm, das insbesondere die Länder von einer Psychiatriereform überzeugen sollte. Und in der Tat haben auch die (CDU-regierten) Länder, die nicht am Modellprogramm beteiligt waren, durch eigene Programme »mitgemacht«. Hierbei spielten die Aussagen der Psychiatrie-Enquête eine große Rolle, da hiermit Standards gesetzt waren, die nicht mehr hintergebar waren. Das bedeutete, dass die Länder und Kommunen auch ihrerseits daran gingen, vor, neben und nach dem Modellprogramm, gemeindeorientierte Versorgungsstrukturen – insbesondere im sog. »komplementären« Bereich – aufzubauen, wobei die Aufwendungen hierfür sicher ein Vielfaches der des Modellprogrammes betragen. Es waren eben auch ökonomisch motivierte Beschäftigungsprogramme.

Die gesamte psychiatrische Versorgung hat in den 15 Jahren seit Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquête eine beeindruckende Entwicklung genommen. Dies soll anhand einiger weniger statistischen Zahlen verdeutlicht werden:

So hat sich die Anzahl der Fachärzt*innen mit der Gebietsbezeichnung Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie auf 7.265 bis 1990 entwickelt.³²² Wie viele Sozialpsychiatrische Dienste es 1990 an den Gesundheitsämtern gab, ist nicht bekannt. Allerdings gab es 1990 im freiverbandlichen Bereich 433 Sozialpsychiatrische Dienste, Kontakt- und Beratungsstellen für psychisch Kranke mit 285 Voll- und 247 Teilzeitbeschäftigte.

319 Rosewitz und Webber 1990, S. 299.

320 Döhler und Manow 1995, S. 142.

321 Kersting 2003; Streeck 2015b.

322 DESTATIS 1992b, S. 476 Für niedergelassene Psychotherapeuten liegen mir keine Daten vor.

Weiterhin gab es 66 ambulante sozialpsychiatrische Pflegedienste für psychisch Kranke und Behinderte mit 177 Vollzeit- und 55 Teilzeitbeschäftigte.³²³

Die klinisch-psychiatrische Versorgung durch Krankenhäuser³²⁴ wurde geleistet durch 300 Fachabteilungen mit 71.882 Betten, davon sind 127 Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern mit 22.527 Betten. Sie hatten 1990 circa 140.000 Aufnahmen und Entlassungen; die Verweildauer lag bei 50,9 Tagen. Darüber hinaus gab es weiterhin 192 Sonstige Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen oder psychiatrischen und neurologischen Betten mit insgesamt 54.936 Betten. Zwar gab es 76 Häuser mit weniger als 100 Betten, jedoch immer noch 31 Krankenhäuser mit 500 – 1000 Betten und 7 Häuser mit mehr als 1000 Betten. Insgesamt gab es circa 215.000 Aufnahmen und Entlassungen und die durchschnittliche Verweildauer von 84,1 Tagen hatte eine Varianz – je nach Größe – zwischen 74,1 und 121,6 Tagen. 69 Tages- und Nachkliniken waren mit 1.345 tages- und 81 nachtklinischen Plätzen eher an den großen Krankenhäusern mit mehr als 500 Betten angesiedelt, jedoch gab es auch 43 teilstationäre Einrichtungen mit 715 tages- und 86 nachtklinischen Plätzen an den Fachkrankenhäusern, die kleiner waren. 12 reine Tages- und Nachtkliniken gab es mit 304 tages- und 43 nachtklinischen Plätzen.

Rudimentär differenzierte Daten zu Personal im Gesundheitswesen liegen für das Jahr 1988 vor. Hiernach betrug die Anzahl der Ärzt*innen in Krankenhäusern 78.701 und in Sonderkrankenhäusern 10.997. Die Anzahl von Krankenschwestern und -pflegern betrug 213.770 in Akutkrankenhäusern bzw. 35.089 in den Sonderkrankenhäusern. 1.241 Beschäftigungstherapeut*innen arbeiteten im Gesundheitswesen und 3.456 in den Sonderkrankenhäusern. Weiterhin arbeiteten 1.599 Sozialarbeiter*innen in Akutkrankenhäusern und 2.155 in Sonderkrankenhäusern.³²⁵

1990 gab es an Vorsorge und Rehabilitationseinrichtungen 98 psychiatrische Einrichtungen mit 6.970 Betten und einer Verweildauer von 110,6 Tagen und 85 psychosomatische Einrichtungen mit 7.824 Betten und einer Verweildauer von 47,1 Tagen. Diese Einrichtungen sind meist in privater Trägerschaft und 2/3 der Einrichtungen liegen in Baden-Württemberg oder Bayern.

Für den außerklinischen (Reha-)Bereich liegen mir kaum Daten vor, nur dass es im Bereich der Werkstätten für Behinderte³²⁶ in der freien Wohlfahrtspflege 453 WfBn gab mit 69.662 Plätzen und fast 14.000 Beschäftigten.³²⁷ Davon dürften circa 8.000 für Menschen mit seelischen Behinderungen sein. Darüber hinaus gab es unter dem Dach der freien Wohlfahrt 45 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke mit 970 Plätzen, 473 Vollzeit- und 159 Teilzeitbeschäftigten.³²⁸

Für den Bereich der Eingliederungshilfe wird in der offiziellen Statistik nicht zwischen unterschiedlichen Behinderungsarten getrennt erhoben. Dennoch seien hier einige Daten genannt, weil sie die allgemeine Entwicklung illustrieren. Die Statistik weist

323 BAGFW 1990, S. 19.

324 Vgl. zum Folgenden: DESTATIS 1992a.

325 DESTATIS 1990, S. 476. Sonderkrankenhäuser sind psychiatrische Fachkrankenhäuser.

326 Noch 1990 hießen die heutigen WfBM nur WfB.

327 BAGFW 1990, S. 18.

328 Ebd. S. 15

für das 1990 290.000 Empfänger*innen von Eingliederungshilfe für Behinderte aus, davon 75.000 außerhalb und 215.000 innerhalb von Einrichtungen.³²⁹ Aus der Gesamtstatistik der Freien Wohlfahrtspflege ergibt sich, dass es dort 1990 8.122 Einrichtungen gab, die Hilfen für Menschen mit geistigen Behinderungen bzw. psychischen Erkrankungen vorhielten. Sie verfügten über 248.562 Betten/Plätze und in ihnen waren 96.659 Beschäftigte tätig.³³⁰ Für den gemeindepsychiatrischen Bereich ergibt sich folgendes Bild: Es gibt 1990 122 Heime für psychisch Kranke einschließlich gerontopsychiatrischen Einrichtungen mit 7.206 Plätze, 2.490 Vollzeit- und 660 Teilzeitbeschäftigte. Weiterhin gab es 180 Übergangsheime mit 5.767 Plätzen und 1.826 Vollzeit- und 651 Teilzeitkräften. Last not least existierten 453 Wohngemeinschaften und Einrichtungen des betreuten Wohnens für psychisch Kranke/Behinderte mit 4.581 Plätzen und 977 Vollzeit- und 338 Teilzeitbeschäftigten.³³¹ Darüber hinaus gab es 558 Selbsthilfegruppen bzw. 303 Gruppen des bürgerschaftlichen Engagements.³³² Soweit zu den Zahlen.

Die Psychiatriereform und das Modellprogramm wurden nicht nur von den führenden psychischen Fachexperten, sondern auch durch eine gesellschaftliche »Bewegung«, insbesondere im links-alternativen Milieu, gefordert und – im Verlauf mit deutlicher ideologischer Distanz – praktisch getragen. Und sie war ein Teil einer Modernisierungsstrategie, die die Psychiatrie später als andere gesellschaftliche Bereiche – erfasste und die die Bundesrepublik anschlussfähig an die Modernisierung der westlichen Welt bzw. des zunehmend globalisierten kapitalistischen Systems machen sollte. Die Dienstleistungsgesellschaft wurde aktiv durch die gleichnamige Strategie des westdeutschen Sozialstaates vorangetrieben. Die Gewinner der Reform waren vor allen Dingen die Professionellen, als die verschiedenen Berufsgruppen, die sich mit psychisch kranken und seelisch behinderten Menschen befassten und natürlich (?) auch die genannten Menschen selbst – allerdings eher differenziert. Für diese Bereiche ergaben sich eine Reihe von Gewinnen.³³³

Für die klinische Psychiatrie galt weiterhin, dass das medizinische und medikalisierte Paradigma nicht nur weiterbestand, sondern, auch durch Inkorporierung von psychotherapeutischen Ansätzen und Methoden eine Ausweitung erfuhr, und zwar in mehrerlei Hinsicht. Die Definitionsmacht der Psychiatrie ist nicht geschmälert, sondern eher ausgeweitet worden und es wurden mehr Bedarfe geschaffen. Die »Expertendominanz« ist ausgeweitet worden. Durch die Psychiatriereform gab es nicht weniger Psychiatriepatient*innen, sondern eher mehr. Hierfür sorgten nicht nur die zunehmend etablierten psychiatrischen Abteilungen, Tageskliniken und Ambulanzen, sondern auch die Sozialpsychiatrischen Dienste in den »Gemeinden« sowie die rapide zunehmenden niedergelassenen (Fach-)Ärzt*innen. Neue Berufsgruppen, wie z.B. Psychologen- und Psychotherapeutinnen, Sozialarbeiter*innen und andere Berufsgruppen kamen in die Krankenhäuser.

329 DESTATIS 1992b, S. 505.

330 BAGFW 2018, S. 12.

331 BAGFW 1990, S. 15.

332 Ebd. S. 28.

333 Ich folge hier im Wesentlichen: Wedel-Parlow 1981; Forster 1997; Weinmann 2019; Wollschläger 1997.

Darüber hinaus entstand ein großer Bereich der »medizinischen Rehabilitation«, der später bis zu 20.000 Betten umfasste. Er war allerdings eher psychosomatisch-psychotherapeutisch ausgerichtet und wandte sich eher an die (Mittelschichts-)Patientinnen bestimmter Indikationen, die keine schweren Störungen umfassten, und wurde an der Gemeindepsychiatrie völlig vorbei etabliert.

Insbesondere mit der Etablierung psychiatrischer Abteilungen an den Allgemeinkrankenhäusern und dem Funktionswandel des psychiatrischen (fach-)Krankenhauses hat die sich modernisierende wissenschaftliche Psychiatrie Anschluss an internationale Entwicklungen gefunden und konnte sich als anerkanntes naturwissenschaftliches medizinisches Fach in der Medizin etablieren. Für viele war die »Sozialpsychiatrie« bzw. Gemeindepsychiatrie eher ein regional bezogenes Organisationsmodell als ein neues wissenschaftliches Paradigma. Allerdings hatten diese Entwicklungen Folgen: Schwer, langfristig erkrankte bzw. behinderte Menschen gerieten zunehmend aus dem Fokus der Krankenhausversorgung bzw. mutierten zu »Drehtürpatienten«; aus den medizinischen Rehaeinrichtungen waren sie ohnehin ausgegrenzt. Dieselbe Gruppe rückte auch aus dem Fokus der wissenschaftlichen Psychiatrie, und zwar auch der kaum entwickelten »sozialpsychiatrisch« orientierten Wissenschaft/Forschung.

Die Muster der Professionalität bzw. der »Habitus«, wie Hans Pfefferer-Wolf schreibt, haben sich auch im sozialpsychiatrisch orientierten klinischen Bereich nicht wesentlich verändert.³³⁴ Ich glaube jedoch, dass auch hier mit einer psychotherapeutischen Orientierung, der (langsamen) Teamorientierung sowie auch einer veränderten »Grundhaltung« in vielen klinischen Bereichen den Patient*innen mehr Respekt und Empathie gezollt wurde.

Auch im außerklinischen Bereich waren die Profis die Gewinner*innen. Dies gilt ganz besonders für die Sozialpädagogen und Sozialarbeiterinnen, die in dem in den 1970er und 1980er-Jahren entstehenden sog. komplementären Bereich der Beratungsstellen, Tagesstätten, betreuten Wohnen sowie den Heimen und Übergangwohnheimen in den Bundesländern und Kommunen zu Tausenden neue Beschäftigungsfelder fanden.³³⁵ Angesichts der Tatsache, dass viele dieser Projekte bzw. Einrichtungen im Rahmen von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen entstanden sind, könnte man fast sagen, dass diese Berufsgruppen die »Gewinnerinnen« der Wirtschaftskrise und den damit verbundenen beschäftigungspolitisch motivierten Arbeitsprogramme waren. Hier hat sich – folgt man Bonß et al. – auch ein neuer Typus von Professionalität entwickelt, der geprägt war von einem eher links orientierten alternative Milieu, einer »Grundhaltung«, die der von Döner und Plog folgte, jedoch mehr oder weniger durch die traditionelle »Fürsorgeorientierung« der frei-verbandlichen Wohlfahrtspflege beeinflusst wurde.³³⁶ Die Dominanz der Expertinnen zeigte sich hier im fürsorglichen Gewand.

Die institutionelle Struktur des deutschen Sozialstaatsmodells erwies sich bei dem »Marsch durch die Institutionen« vieler sozialpsychiatrisch orientierten jungen Menschen als äußerst resilient; im Gegenteil: Die Institutionen »gingen durch die Individuen hindurch«, wie Anthony Giddens schreibt. Alle diese Gruppen waren überdies

334 Pfefferer-Wolf 1999, S. 301.

335 Eichenbrenner 2009.

336 Bonß et al. 1985, S. 275.

damit befasst, den gesellschaftlichen Trend zur Dienstleistungsgesellschaft, die neue, auf Teilhabe und soziale Kontrolle »vor Ort« ausgerichtete »Sozialisationsfunktion« des bundesrepublikanischen Sozialstaates sowie den säkularen Trend zur »Individualisierung« aktiv umzusetzen.

Aber auch die Betroffenen waren die Gewinner, allerdings im unterschiedlichen Maß: Die Schließung, Verkleinerung und Modernisierung der alten Anstalten, die Etablierung von psychiatrischen Abteilungen, das Entstehen von Praxen und komplementären Einrichtungen hatte zur Folge, dass die betroffenen Menschen – von einzelnen Heimen abgesehen – nun zumeist sächliche Bedingungen vorfanden, die nicht mehr von Vernachlässigung, Not und Elend geprägt, sondern modern und zunehmend therapeutisch aufgestellt waren.³³⁷ Sie fanden nun auch Profis vor, deren qualifizierter Kontakt von Respekt, Einfühlungsvermögen und Empathie gekennzeichnet war. Dies galt insbesondere für diejenigen Menschen, die in der Lage waren, die Hilfen von niedergelassenen Ärzten/Therapeuten bzw. den medizinischen Reha-Einrichtungen für sich aktiv zu nutzen – oder auch »ins Konzept passten«. Dies galt auch für diejenigen Menschen, die als enthospitalisierte oder vergleichbare Gruppe die entstandenen gemeindepsychiatrischen Dienste und Einrichtungen bei gelegentlichen stationären Aufenthalten Hilfen erwarten konnten. Schwer erkrankte bzw. behinderte Menschen verblieben jedoch oft in dem entstandenen »Heimbereich«, dessen therapeutisch-rehabilitative Möglichkeiten begrenzt waren. Zum Schluss gab es noch diejenigen Gruppen, wie z. B. obdachlose Menschen oder Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen mit gravierenden Problemsyndromen, an denen die Psychiatriereform schlicht vorbei ging.

Auf einen weiteren Aspekt weist auch Heiner Keupp hin. Er schreibt, dass die Psychiatriereform zwar in weiten zu einer Verbesserung der Versorgung für viele psychisch kranke und seelisch behinderte Menschen geführt, aber dass sie nicht zu einer Befreiung der Menschen geführt habe.³³⁸ Dies wird von anderen Autoren in gewisser Weise bestätigt, die jedoch das Hauptaugenmerk auf die Frage der sozialen Kontrolle legen. Sie vertreten eine Position, die behauptet, dass eine soziale Kontrolle nun nicht mehr entlang eines »Anstaltsparadigma« disziplinierend verlaufe, sondern dass sie mit der Psychiatriereform gewissermaßen dezentralisiert in die Gemeinde und darüber hinaus – begleitend – bis in das Individuum hinein verlagert wurde.³³⁹

4.6 Die DGSP in den ersten 20 Jahren

Die Psychiatriereform wurde getragen von Expert*innen, die weitgehend untereinander vernetzt waren.³⁴⁰ Hierbei spielte die gemeinsame Mitgliedschaft in DGSP eine ganz wesentliche Rolle; allerdings führte dies auch zu Spannungen innerhalb der DGSP.

In den 20 Jahren ihres Bestehens hat die DGSP drei Generationen von Mitgliedern gehabt: Die erste Generation der akademischen, humanistisch engagierten psychiatri-

337 Bauer und Engfer 1990

338 Keupp 2001, S. 80.

339 Mutz 1983; Armbruster und Obert 1990; Flick 1993.

340 Vgl. auch Söhner 2020, S. 149