

zumal hier auch dieselben Personen beteiligt sind. Dies gilt auch für die Themen EX-IN und UN-BRK, die zwar schon am Ende des ersten Jahrzehnts im neuen Jahrtausend aufkommen, jedoch erst im zweiten Jahrzehnt voll zur Geltung kommen. Zuvor gab es jedoch ein »Versöhnungstreffen« ...

Am 29. September 2009 trafen sich der Vorstand DGSP mit dem Vorstand der DGPPN zu einem Gedankenaustausch. Der Präsident der DGPPN, Prof. Dr. Frank Schneider sprach von einem »historischen Moment in der deutschen Psychiatriegeschichte«,³²⁹ der lange hat auf sich warten lassen. Es gebe viele Gemeinsames zwischen der DGPPN und DGSP, nicht zuletzt in der Sicherstellung einer guten medizinischen Versorgung psychisch erkrankter Menschen. Themen des Gespräches waren vor allem das Verhältnis zur Pharmaindustrie, wo die Positionen unterschiedlich waren, Kooperationen bei Tagungen sowie ein regelmäßiger Austausch zwischen Vorständen und Geschäftsführungen. Auf seine prägnante Art kommt Richard Suhre zum Ergebnis: »Dieses erste Treffen der beiden Verbände ist als positiv zu bewerten«.

Ein paar Jahre später, im Jahre 2015 wird das neue Bündnis auch auf eine inhaltliche Basis gestellt. Für die Erstellung der »S 3 – Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« erhalten Steffi Riedel-Heller, Uta Gühne, Thomas Becker und Stefan Weinmann den Forschungspreis der DGSP überreicht.³³⁰ Natürlich gab es innerhalb der DGSP auch hierüber Diskussion, denn einige sahen in der Preisverleihung einen symbolischen Akt, mit dem die DGSP die fachliche Dominanz in der Sozialpsychiatrie an die DGPPN abgegeben hat. Aber selbst dann, wenn man dieser Argumentation nicht folgen kann, ist das ein Schritt in Richtung »Mainstream«. In der Konsequenz arbeitete danach die DGSP neben anderen in der »Konsensgruppe zur Revision der »S3-Leitlinien Psychosoziale Therapien« aktiv mit.

6.5 Resümee

Inmitten einer sich nicht nur friedlich, dynamisch verändernden Welt, geprägt von Globalisierung, zunehmender Digitalisierung, Neoliberalisierung sowie Terrorismus, Krisen und weltweiter Ungleichheit entwickelt sich Deutschland und sein Sozialstaat ähnlich dynamisch. Die Zeiten eines »sorgenden Staates«,³³¹ der Lebensrisiken – auch mit der Perspektive der Stattsicherung – absichert, ist anscheinend endgültig vorbei. Der Sozialstaat entwickelt sich zunehmend einerseits zu einem »investiven« oder auch »Gewährleistungsstaat«, der seine Investitionen als Standortfaktor sowie seine »Gewährleistungen« als Beitrag zu einer florierenden Ökonomie begreift. Hierzu gehört auch, dass garantierte Leistungen zunehmend als Leistungen der »Mindest- oder Grundsicherung« erbracht werden, die über privat zu finanzierenden Zusatzleistungen – wie in der Rentenversicherung – aufgestockt werden. Mit den Hartz-IV-Gesetzen kommt eine Strategie zum Tragen, die als »Fördern und Fordern« Furore macht und

329 Vgl. auch zum Folgenden: Suhre 2010.

330 Hoffmann 2015.

331 DeSwaan 1993.

Mitwirkung an den Dienstleistungen zur Bedingung der Leistungsgewährung.³³² Der »aktivierende Sozialstaat«, der im Rahmen einer »Befähigungsstrategie« seine Klientel zur Teilhabe insbesondere am Arbeitsmarkt sowie – allgemein – am Leben in der Gesellschaft aktivieren will entfaltet seine Wirkungen.³³³ Orientiert sind diese Strategien an einer Sozialfigur, die Ulrich Bröckling als »unternehmerisches Selbst«³³⁴ beschreibt. »Arbeitskraftunternehmer«³³⁵ oder auch »Ich-AG«, wie in den Hartz-IV-Gesetzen vorgesehen, sind die Perspektiven, die der aktivierende Sozialstaat als »Erziehungsagentur«³³⁶ mit durchaus auch moralisch motiviertem Anspruch³³⁷ durchzusetzen versucht. Die Ausrichtung des Sozialstaates sowie seine Klientel, die Leistungsberechtigten, werden zunehmend unter ökonomische Kategorien subsumiert. Dies gilt einerseits für die genannten »Unternehmer« aber es zeigt sich auch daran, dass Leistungsberechtigte in ihrer Funktion als »Kunden« oder »Konsumenten« angesprochen werden.³³⁸ Dies gilt nicht nur für die »Kunden« von arbeitsmarktbezogenen Leistungen des SGB II oder III, sondern explizit auch für Leistungen des neu geschaffenen SGB IX, der Rehabilitation und Teilhabe.

Mit dem SGB IX bekommt die nun einsetzende »Teilhabe- oder Befähigungsstrategie« des deutschen Sozialstaates eine entscheidende Bedeutung. Sie ist in diesem Zusammenhang das Pendant zu den direkt arbeitsmarktbezogenen Leistungen, da sie die Individuen zur »unternehmerischen« Lebensführung befähigen bzw. hierfür die Voraussetzungen schaffen soll. Aber auch hier bedient sich der Sozialstaat marktwirtschaftlich-ökonomischer Instrumente, die die Leistungsberechtigten als Konsumenten ansprechen. Paradigmatisch kann hierfür das (trägerübergreifende) »Persönliche Budget« stehen, dass durch das SGB IX als Rechtsanspruch eingeführt wurde. Wenn man so will, wird hier eine Sozialfigur unterstellt, die dem oben genannten »Unternehmer« marktwirtschaftlich entspricht. Es ist die des »Konsumenten«, der/die souverän den »Markt« überblickt, seine Bedürfnisse und Präferenzen kennt und entsprechend die besten Angebote zur Entwicklung seiner Teilhabe (Recovery) auswählt. So erscheint es in gewisser Hinsicht nur folgerichtig, dass 2006 durch das Antidiskriminierungsgesetz rechtliche Voraussetzungen geschaffen wurden, die dafür sorgen sollten, dass die Entwicklung als »souveräne Konsumenten« nicht durch Diskriminierung behindert wird. Darüber hinaus erscheint anderen auch die UN-BRK im Zusammenhang der weltweiten Neoliberalisierung eine wichtige Funktion innezuhaben.³³⁹

Natürlich darf die kritische Einschätzung nicht darüber hinwegtäuschen, dass Diskriminierungsverbote und vor allem die UN-BRK die sozialen Rechte und Teilhabemöglichkeiten von Menschen mit Behinderungen enorm befördert haben. Dies gilt insbe-

332 Nicht nur Helga Spindler sieht hierin eine Entrechtung der Betroffenen Spindler 2006, 2008, 2010; Bartelheimer 2007.

333 Ob das tatsächlich so umgesetzt wurde, bezweifelt Irene Dingeldey 2006.

334 Bröckling 2007.

335 Pongratz und Voß 2004.

336 Lessenich 2012b, 2012a.

337 Ostner et al. 2001.

338 Vgl. hierzu allgemein Streeck 2016.

339 Schädler 2015.

sondere auch für Menschen mit psychischen Krankheiten bzw. seelischen Behinderungen, die besonders nach dem Weltkongress für Sozialpsychiatrie nicht nur im Rahmen des Dialoges in die weitere Entwicklung der Sozialpsychiatrie eingebunden waren. Internationale Entwicklungen aus der Zivilgesellschaft oder Selbsthilfe, wie Empowerment oder auch Recovery mitsamt ihren Voraussetzungen der Salutogenese, Resilienz oder auch EX-IN verbreiten sich zu Beginn der 2000er-Jahre zunehmend in Deutschland und werden auch in professionellen Fachkreisen breit diskutiert. Die Professionellen und die Psychiatrieerfahrenen gehen Bündnisse ein, die besonders virulent werden in der weiten Verbreitung des »Recovery-Konzeptes« und der Einbeziehung von EX-IN Genesungsbegleiter*innen in die gemeindepsychiatrisch tätigen Teams oder etwa auch in den präventiv und Antistigma orientierten Schulprojekten. Dies erscheint erklärungsbedürftig.

Für die professionelle Sozialpsychiatrie ist schon seit Jahren eine subjektorientierte Perspektive theorie- und handlungsleitend geworden, d.h. die aktive Einbeziehung und Partizipation von Psychiatrieerfahrenen in die sozialpsychiatrische Theoriebildung und – nicht zuletzt über den »personenzentrierten Ansatz« in die Praxis. Allerdings hat sich auch bei vielen Psychiatrieerfahrenen, ihren Organisationen und Selbsthilfegruppen ein gravierender Wandel vollzogen. Waren zu Beginn der Psychiatriereform – vor allem die aktiven – Psychiatrieerfahrenen sehr anti-psychiatrisch eingestellt und haben die Psychiatrie als einen Unterdrückungsapparat angesehen und – entsprechend – sich selbst als Objekt von Unterdrückung, Stigmatisierung und Etikettierung so hat sich dieses Selbstbild gravierend verändert.³⁴⁰ Auch an den Psychiatrieerfahrenen ist die gesellschaftliche Entwicklung mit ihren Konsequenzen der Individualisierung nicht vorbei gegangen, dies lässt sich z.B. an dem aus der Selbsthilfebewegung von Psychiatrieerfahrenen entwickelten Recovery Ansatz gut belegen. Der Recovery-Ansatz hat nicht mehr als Grundlage, dass eine »psychische Störung« lediglich das Ergebnis von Etikettierung und Stigmatisierung ist, sondern konzediert, dass eine psychische Beeinträchtigung vorhanden ist. Aber dennoch – und zwar ohne das eine »Heilung« im medizinischen Sinne erfolgen müsste – nimmt der Recovery-Ansatz und seine (meist) weiblichen Protagonistinnen für sich in Anspruch, selbstverantwortlich die Perspektive eines »guten Lebens« zu entwickeln und zu verfolgen. Je nach Ausformung ist das Ziel, »ein Wiedererlangen von Fähigkeiten, die scheinbar durch die psychische Krankheit verloren gegangen sind oder verlernt wurden« oder »die persönliche Überwindung von Widrigkeiten, die im Zusammenhang mit einschneidenden Lebenserfahrungen, wie z.B. einer psychischen Krankheit einhergehen, zentral. Das Ziel ist es dabei, ein selbstbestimmtes, sinnerfülltes Leben, an einem selbst gewählten Ort führen zu können. Recovery wird nicht als ein Ergebnis, sondern als ein lebenslanger Prozess verstanden.«³⁴¹ Mit der israelischen Soziologin Eva Illouz lässt sich hierzu behaupten, dass mit dem Recovery-Ansatz eine »therapeutische Inszenierung des Selbst« vorgenommen wird. »Diese Inszenierungen« (*performances*) begannen im Sprechzimmer des Psychoanalytikers, wurden aber später auf eine ganze Reihe neu hinzugekommener Schauplätze ausgedehnt, unter denen besonders die Selbsthilfegruppe (sic!) und die Fernseh-

340 Das gilt selbstverständlich nicht für alle Psychiatrie-Erfahrenen

341 Burr et al. 2013, S. 10.

talkshow herausragen«. ³⁴² Die Inszenierung besteht Eva Illouz zufolge in erster Linie in einer »therapeutischen Erzählung«, in deren Verlauf ein individueller Leidens- und – später – Recovery-Prozess eine große Bedeutung erhält. Entscheidend hierbei ist, dass die Selbstveränderung – der Recovery-Prozess – eigenverantwortlich verläuft, »weil sich moderne Subjekte in der Erfahrung der Selbstveränderung und in der Konstruktion dieser Erfahrung moralisch und sozial am kompetentesten fühlen. Die Selbstveränderung ist vielleicht die wichtigste Quelle moralischen Werts in der Gegenwart«. ³⁴³ Darüber hinaus: »Es (das Individuum) ist im höchsten Maße für seine Selbsttransformation verantwortlich, wird jedoch für seine Defizite moralisch nicht verantwortlich gemacht«. ³⁴⁴ Sie kommt hinsichtlich des therapeutischen Diskurses zur These, »dass die therapeutische Kultur einen großen Fortschritt für das Ethos der Selbstständigkeit und des Selbstvertrauens darstellt; obwohl sie sich hinsichtlich der Vergangenheit auf den Standpunkt des Objektes und der moralischen Reinwaschung zurückzieht, macht sie eine voluntaristische Verantwortung für die Zukunft zur Pflicht«. ³⁴⁵ Hier zeigt sich eine deutliche Nähe zu dem von Ulrich Bröckling beschriebenen »unternehmerischen Selbst«, wobei sich die Übereinstimmungen nicht nur darin zeigen: Beide betonen die »Erzählungen« eigener Lebenswege, die sich z.B. auch in den vielfältigen Biografien Psychiatrieerfahrener Personen zeigt, an der entsprechenden Ratgeberliteratur, die die Psycho-Märkte überschwemmen sowie an der nicht zufälligen Übereinstimmung manualisierter Recovery-Kurse mit entsprechenden Verfahren kognitiver Psychologie.

In der Quintessenz bedeutet dies – so meine These – dass die Fruchtbarmachung von zivilgesellschaftlichen und selbsthilfeorientierten Ansätzen, wie Empowerment, Recovery oder auch EX-IN nur auf der Grundlage eines Konsenses, nämlich dass »die Psychiatrieerfahrenen« sich in ihrem Selbstbild am gesellschaftlichen Mainstream orientierten, geschehen konnte. Nicht mehr das »Opfer eines etikettierenden, stigmatisierenden Unterdrückungsapparates«, sondern eine »Kotherapeutin«, die einerseits ihre Beeinträchtigungen akzeptiert, jedoch der Sozialfigur eines sich ständig – gegebenenfalls auch mit Unterstützung – weiterentwickelnden unternehmerischen Selbst verbunden ist, genießt nun zunehmende Aufmerksamkeit in der Fachwelt. In der Sprache der Behindertenpolitik heißt dies entsprechend der UN-BRK: »Volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft«. Etwas flapsig könnte man dies auch so formulieren: Das »Mehr« an Freiheit und Partizipation wird erkauf mit einem »Mehr« an Kapitalismus – das ist Teilhabe.

Die theoretisch orientierte Sozialpsychiatrie ist der Soziologie verlustig gegangen und eher verunsichert und in viele Facetten aufgesplittet. Herrmann Elgeti versucht sie als eine »Haltung« am Leben zu erhalten und die sich neu etablierende »anthropologische Psychiatrie« begründet ihre Haltung bzw. ihr Menschenbild moralisch orientiert anhand phänomenologischer oder daseinsanalytischer »Klassiker«, die nach und nach »modernisiert« werden. Die praktische Sozialpsychiatrie jedoch ist im ersten Jahrzehnt des neuen Jahrtausends sehr aktiv, und zwar in allen Versorgungsbereichen. Vor allem

342 Illouz 2011, S. 300.

343 Ebd. S. 309.

344 Ebd. S. 311.

345 Ebd. S. 312.

im außerklinischen »komplementären« Bereich wird der »personenzentrierte« Ansatz der APK im gesamten Bundesgebiet »implementiert«. Mit großem Einsatz wird dafür gesorgt, dass ein »Paradigmenwechsel« in der gesamten Versorgungslandschaft umgesetzt wird. Mit dem personenzentrierten Ansatz wird die deutsche Gemeindepsychiatrie zum zweiten Mal modernisiert. Sie vollzieht damit einerseits einen Anschluss an die zunehmende Individualisierung der Gesellschaft und die damit verbundene »Singularisierung« individueller Lebensentwürfe und Teilhabemöglichkeiten. Andererseits wird gleichzeitig ein Prozess der Flexibilisierung und Vernetzung der Leistungserbringung vollzogen, der einen Abschied vom »fordistischen« und eine Ankunft im »postfordistischen« Zeitalter markiert. Mit dem personenzentrierten Ansatz hat die APK die nahezu vollständige »Lufthoheit« in der Entwicklung der Gemeindepsychiatrie übernommen.

Für den klinischen Bereich sieht die Situation jedoch ein wenig anders aus. Zum einen wird durch unterschiedliche Anstrengungen versucht, die psychiatrische Krankenhausfinanzierung, nach dem mangelhaften Erfüllungsgrad der Psych-PV weiterhin auf sichere Füße zu stellen und auf der anderen Seite wird versucht, neue Formen einer flexiblen Leistungserbringung bis in den ambulanten Bereich hinein zu erproben. Besondere Aufmerksamkeit erhalten in diesem Bereich die Beispiele von regionalen Psychiatriebudgets, die vor allem im Landkreis Steinburg oder auch Nordhausen erprobt werden. Darüber hinaus werden neue Möglichkeiten der ambulanten Behandlung ermöglicht, wie z.B. die »Integrierte Versorgung«, die ambulante psychiatrische Pflege sowie die Soziotherapie. Bedeutsam in diesem Zusammenhang ist hierbei, dass insbesondere bei den genannten neuen ambulanten Behandlungsleistungen bisher in »komplementären« Bereich tätige Leistungserbringer initiativ werden und so durch eine »Koordination von Unten« (Scharpf) für die Durchlässigkeit der beiden institutionell getrennten Bereichen könnte. Allerdings können sich diese neuen Leistungen (noch?) nicht flächendeckend in Deutschland durchsetzen, was zum größten Teil an dem inhaltenden Widerstand der Krankenversicherungen liegt, aber auch an dem spärlich ausgeprägten Umsetzungswillen von möglichen Leistungserbringern und Verordnern. Auch im Krankenhausbereich bleibt eine Budgetlösung die Ausnahme; für diesen Bereich wird eine dauerhaft sichere, auch teilstationäre- und ambulante Leistungen ermöglichende Finanzierung gesucht, die sich bis in das nächste Jahrzehnt hinziehen soll. Vor diesem Hintergrund ist die Debatte zwischen der Abteilungspsychiatrie und den Fachkrankenhäusern bzw. der zwischen Regionalisierung und Spezialisierung weit in den Hintergrund getreten, wenn nicht gar verschwunden.

Für die DGSP stellten die ersten 10 Jahre des neuen Jahrtausends große Herausforderungen dar, die große Probleme bedeuteten. Zwar hat die DGSP bzw. deren Vorstand schon früh seine Bereitschaft zur Unterstützung des personenzentrierten Ansatzes der APK bekundet, doch wurde schon recht früh Skepsis bzw. deutliche Kritik hieran geäußert. Die Umsetzung des Ansatzes in den Bundesländern bzw. Regionen bedeutete zudem, dass nicht nur die APK die oben genannte »Lufthoheit« in ihrer Gesamtheit übernommen hatte, sondern auch, dass im Rahmen der Umsetzung – obwohl wie schon bei vorhergehenden Reformen sehr viele DGSP-Mitglieder maßgeblich beteiligt waren – Wohlfahrtsverbände und andere Fachverbände vor Ort einen relevanten Einfluss bei der Umsetzung erzielen konnten. Dazu kam auch, dass insbesondere 2004 die Diskussion um den personenzentrierten Ansatz und IBRP sowie um die »Soltau Initiative« erbit-

terte Ausmaße annahm. Diese Auseinandersetzungen sowie auch die Abspaltung der Soltauer Initiative und deren Etablierung als »Kooperationspartner« haben die DGSP erheblich politisch geschwächt, da nun keine politischen Diskussionen in den obersten Gremien mehr stattfanden. Wie oben beschrieben war die Rede von Sebastian Stierl im 2005 die letzte politische Rede, die ein DGSP-Vorstandsmitglied auf einer Jahrestagung hielt und die in der Sozialen Psychiatrie veröffentlicht wurde.

In der Folge vollzog die DGSP einen (weiteren) Strategiewechsel. Zum einen machte sie ihren Frieden mit bislang kontrovers diskutierten Themen, nämlich mit den Krankenhäusern und den Heimen – und zum Ende des Jahrzehnts auch der DGPPN. Hinsichtlich der Krankenhäuser folgte sie dem oben genannten Mainstream und forderte – wie die anderen politischen Akteure auch – eine hinreichende Finanzierung jeglicher Krankenhausversorgung. Hinsichtlich der Heime wandelte sich die Position der DGSP von einer Position, die die Auflösung der Heime forderte hin zu einer Position, die eine inklusive, teilhabe- und sozialraumorientierte Orientierung von Heimen empfahl. Verbunden mit dieser »Mainstreamorientierung« hat die DGSP dann angefangen, sich auf Themenbereiche zu konzentrieren, die vornehmlich von Initiativen aus (internationalen) psychiatrienerfahrenen Bewegungen oder Kreisen stammten und/oder die die Rechte bzw. deren Durchsetzung von Psychiatererfahrenen zum Gegenstand hatten. Hier hatte die DGSP eine lange Tradition, die sich unter anderem darin äußerte, dass seit den 1990er-Jahren der Trialog aktiv unterstützt wurde, die Tagungen der DGSP immer auch mit Redner*innen mit Psychiatererfahrung bestückt wurden und Psychiatererfahrene Vorstandsposten innehatten. So führte die DGSP das genannte Projekt zu den Beschwerdestellen durch. Aber auch Themenbereiche wie Recovery oder auch EX-IN wurden durch die DGSP aktiv unterstützt. Am Ende der ersten 10 Jahre kommt dann noch die intensive Diskussion der UN-BRK hinzu.

Kurzgefasst: Die DGSP hat in den beginnenden 2000er-Jahren einen Veränderungsprozess fortgeführt, der schon in den 1990er-Jahren begonnen wurde und nun mit einigen Entscheidungen und Brüchen verbunden war. Sie hat ihren Frieden mit den Krankenhäusern und Heimen gemacht – und letztlich auch mit dem personenbezogenen Ansatz sowie der DGPPN, deren wissenschaftlich-fachliche Dominanz sie ein paar Jahre später sie auch anerkannte. Sie hat eine »Fundamentalopposition« ausgegliedert und damit aus der eigenen Diskussion verbannt. Und sie hat sich in der Folge mit Themen befasst, die in erster Linie Rechte und Teilhabemöglichkeiten psychiatrienerfahrener Menschen fokussieren. Ob das für die Zukunftsfähigkeit für die DGSP hinreichend ist, wird sich im nächsten Kapitel zeigen.

Mutmachend veröffentlichte die britische Band Muse Ende 2009 ihren Hit »Uprising«.