

heraus formuliert, die ihrerseits nun auch Grundsicherungsmodelle und die oben genannten neuen Finanzierungsformen thematisierten. Allerdings werden hier eher Fragen einer »integrierten Sozial- und Arbeitsmarktpolitik« diskutiert wobei Fragen einer »bedarfsbezogenen integrierte Grundsicherung« den Schwerpunkt ausmachten.⁸⁸ 15 Jahre später fanden diese beiden Positionen in den »Hartz-Gesetzen« der Rot-Grünen-Koalition ihren politischen Niederschlag.

Eine andere Art der Kritik, die eine gewisse Nähe zu konservativ-liberalen Ansätzen aufweist, formulierten systemtheoretische Ansätze. Insbesondere Niklas Luhmann formulierte in seiner Theorie autopoietischer Systeme, dass der Staat in der sich in unterschiedliche Teilsysteme ausdifferenzierten Gesellschaft nicht mehr »das Ganze« repräsentiere, sondern ein Teilsystem unter anderen sei, weiches seiner eigenen »Logik« folge.⁸⁹ Es liegt in der politisch partizipativen Eigendynamik des Wohlfahrtsstaates, dass die Ansprüche und Aufgaben des Wohlfahrtsstaates ständig einer Anspruchsspirale unterliegen. Deshalb fordert er eine Begrenzung der Staatsaufgaben.⁹⁰ Helmut Willke hat sich insbesondere mit der Steuerungstheorie aus systemtheoretischer Sicht beschäftigt. Auch er ist davon überzeugt, dass der Staat andere »soziale Systeme« nicht direkt beeinflussen oder gar steuern kann. Allerdings kann der (Wohlfahrts-)Staat durch seine Möglichkeiten bzw. den »bindenden Entscheidungen« des politischen Systems den Kontext anderer gesellschaftlicher Teilsysteme oder auch personaler Systeme entscheidend beeinflussen. Hieraus entwickelt er eine Steuerungstheorie der sog. »Kontextsteuerung«, die sich in der Folge nicht nur in der Politik, sondern auch in der »systemischen Therapie« steigender Beliebtheit erfreut.⁹¹

4.3 Die 1980er-Jahre der Psychiatrie: Modelle und Diskurs

4.3.1 Das große Modellprogramm

Wesentlich beeinflusst wurde die weitere Entwicklung in der Gemeindepsychiatrie durch das sog. »große Modellprogramm« der Bundesregierung. Ein solches Modellprogramm wurde schon seit Jahren von der Fachwelt gefordert und erst nach einigen Gesprächen, unter anderem auch mit Niels Pörksen und Horst Eberhard Richter,⁹² stellte der damalige Finanzminister Matthöfer (SPD) zunächst 500 Mio. DM für den Zeitraum von 1980 – 1985 zur Verfügung. Allerdings konnte es hierbei nicht bleiben. Auf Initiative Bayerns und Baden-Württemberg scherten – mit Ausnahme des Saarlandes – die CDU-regierten Länder aus dem Modellprogramm aus. Sie machten vor allem verfassungsrechtliche Gründe hierfür geltend, jedoch lagen auch Gründe darin, dass sie sich durch die Teilnahme nicht unter einen Zugzwang zur Reform setzen lassen wollten. Die Länder hatten aufgrund der Förderungsbedingungen für die

88 Heinze et al. 1988a.

89 Luhmann 1984, 1997.

90 Luhmann 1981.

91 Willke 1983, 2006 (1988), 1992, 1993, 1999, 2014.

92 Mündliche Mitteilung von Niels Pörksen am 18.03.2019.

Anschlussfinanzierung der Projekte zu sorgen und vor allem im stationären Bereich für infrastrukturelle Voraussetzungen, etwa durch Einrichtung psychiatrischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern, sowie für eine »Netzversorgung« zu schaffen. Darüber hinaus waren wohl auch ideologische Gründe maßgeblich. So ist der damalige Ministerpräsident Bayerns, Franz-Joseph Straus, durch die Lande gereist und hat den Zustand vollständiger gesellschaftlicher Anomie nach einer Freilassung der psychisch Kranken in drastischen Worten geschildert, gegen die man sich wehren müsse.⁹³ Bayern und Baden-Württemberg führten eigene Modellprogramme und Reformen durch, die sich vor allem vom Bundesmodellprogramm durch die stärkere Einbindung von frei-gemeinnützigen Einrichtungsträgern z.B. in die »Sozialpsychiatrischen Dienste« unterschied.⁹⁴

Auch die Wirtschaftskrise und Krise des Sozialstaates der Bundesrepublik machte sich restriktiver bemerkbar. Weiterhin – so wurde in der »Szene« kolportiert – wurden zeitgleich der Türkei im Rahmen der Wirtschaftshilfe zwei Fregatten zur Verfügung gestellt, die ungefähr die Hälfte der Modellförderung verschlangen. So sollten 1980, zu Beginn des Förderungszeitraumes, zunächst nur 30 Mio. DM zur Verfügung gestellt werden.⁹⁵ Letztlich jedoch wurden für das Modellprogramm circa 186,6 Mio. DM zur Verfügung gestellt. Für die beteiligten Regionen waren das 93 Mio. DM, für ergänzende Maßnahmen im stationären Bereich 44,1 Mio. DM, für investive Maßnahmen im Rehabilitationsbereich 15,4 Mio. DM und für die Begleitforschung durch das Wirtschaftsforschungsunternehmen »PROGNOS AG« und Verwaltung wurden 34 Mio. DM veranschlagt.⁹⁶

Die Konzeption des Programms sah vor, dass in 14 ausgewählten städtischen und ländlichen Regionen nicht einzelne Einrichtungen erprobt werden sollten, sondern unterschiedliche ambulante und stationäre Einrichtungen und Dienste – angefangen von niedergelassenen Ärzt*innen, Kontakt- und Beratungsstellen, Sozialpsychiatrische Dienste, Wohnheime und -gruppen bis hin zu klinisch-stationären Einrichtungen – in ihrem vernetzten Zusammenwirken erprobt werden. So sollten Erkenntnisse über den Aufbau einer bedarfsgerechten Versorgungsstruktur »mittlerer Intensität« für alle psychisch kranken und behinderten Menschen auf regionaler Ebene gewonnen werden.⁹⁷ Die 14 Modellregionen, in denen ganz unterschiedliche »Netzkonfigurationen«, also ein jeweils unterschiedliches Set von Einrichtungen und Diensten getestet wurden, waren:

- Berlin – Kreuzberg
- Berlin – Steglitz
- Bremen
- Hamburg-Eilbek
- Kassel

93 Mündliche Mitteilung von Niels Pörksen am 18.03.2019.

94 Mit weiteren Verweisen Rudloff 2010, S. 210.

95 Bundeshaushaltspol 1980, Kap. 1502, Titelreg. 10.

96 Deutscher Bundestag 1990b, S. 3.

97 Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit 1980.

- Kreis Marburg – Biedenkopf
- Darmstadt
- Duisburg
- Essen
- Kreis Herford
- Kreis Lippe
- Oberbergischer Kreis
- Wipperfürth
- Saar-Pfalz Kreis

Die Durchführung des Modellprogramms war mit sehr vielen Schwierigkeiten verbunden. Das bezieht sich zum einen auf die Einrichtung von Versorgungsnetzen, die noch gar nicht vorhanden waren. Das bezieht sich zweitens auf Projekte, die mit dem Ende des Modellzeitraumes noch nicht beendet waren, und das bezieht sich drittens auf Projekte, die sich als politisch und forschungstechnisch undurchführbar erwiesen.

So z.B. in der Modellregion Hamburg – Eilbek:⁹⁸

1981 beschloss die Freie und Hansestadt Hamburg (FHH), sich am Modellprogramm Psychiatrie zu beteiligen (Bürgerschaft der FHH DS 9/3.913). Waren in Hamburg mindestens zwei Modellregionen geplant (Eilbek, Harburg, u.U. auch Altona), konnten aufgrund der Kürzungen des Programms – neben einer Institutsambulanz am Allg. Krankenhaus Ochsenzoll und einer diesem Krankenhaus angegliederten Tagesklinik in Hamburg Harburg – nur die Region Eilbek als »Standardversorgungsgebiet« gefördert werden. Schwerpunkt der Hamburger Beteiligung am Modellprogramm war der komplementäre Bereich. Durch Schaffung von Übergangswohnheimen und Wohngruppen sollten »zwanglose Integration psychisch Kranker in die Gemeinde«⁹⁹ erreicht werden. Eine Entlastung und Verknüpfung des stationären Bereiches mit dem ambulanten Bereich sollte angestrebt werden durch Ausbau von Beratungsdiensten und Behandlungsangeboten in Ambulanz und Tagesklinik am Krankenhaus Eilbek. Auch sollte eine Verbesserung der Kooperation und Koordination der Dienste und Einrichtungen durch eine psychosoziale Arbeitsgemeinschaft (PSAG) erreicht werden.¹⁰⁰ Neben der in Hamburger Regie und finanziellen Verantwortung durchgeführten Einrichtung einer sektorbezogenen psychiatrischen Abteilung am Allg. Krankenhaus Eilbek wurden in Hamburg sukzessive folgende Einrichtungen aufgebaut:

- Eine psychiatrische Ambulanz am AKH-Eilbek (1981)
- Die personelle Erweiterung der sozialpsychiatrischen und jugendpsychiatrischen Dienste der Bezirksämter Hamburg Nord und Wandsbek (1982)
- Die Einrichtung einer Sozialarbeiterstelle bei einem niedergelassenen Nervenarzt (1981)
- Eine Fortbildungsstelle für die Mitarbeiter*innen der Region (1981)

98 Vgl. auch Lorenzen und Hölzke 1992.

99 Bürgerschaft der Freien und Hansestadt Hamburg DS 9/3913 1981, S. 1.

100 Ebd. S. 2.

- Ein (Übergangs-)Wohnheim 1984
- Eine Tagesstätte 1983 und
- Die psychosoziale Kontaktstelle »Treffpunkt Eilbek« (1981).

Schon die unterschiedlichen Eröffnungsdaten der diversen Einrichtungen, insbesondere von Wohnheim und Tagesstätte, verweisen auf die Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Modellprogramms in Hamburg, welches auf Streitigkeiten des Bundes, des Landes Hamburg und dem Träger der Komplementäreinrichtung, die Hamburgische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (HGSP), über Konzeption und Finanzierungen zurückzuführen ist. Aus dem ursprünglich geplanten gemeindepsychiatrischen Zentrum Eilbek (Wohnheim und Tagesstätte) wurden zwei getrennte Einrichtungen, wobei die Tagesstätte aus dem Mitarbeiterstamm von PSK und Wohnheim (das zunächst noch gar nicht existierte) aufgebaut wurde. Das Wohnheim, bzw. die mit dem Aufbau befass-ten Mitarbeiter, hatten Schwierigkeiten, geeignete Räumlichkeiten zu finden, die von der Behörde unter Miet- und Umbaukostengesichtspunkten akzeptiert werden konnte. Dies hatte zur Folge, dass schon eingestellten Mitarbeitern wieder gekündigt werden musste, um sie erst dann erneut einzustellen, nachdem ein von der Behörde akzeptiertes Objekt gefunden werden konnte. Eine »kooperative Netzversorgung« konnte erst ab Ende 1983, also erst nach Ablauf der ersten Hälfte des Förderungszeitraumes, einsetzen. Dies ließ es fraglich erscheinen, ob – insbesondere auch unter Berücksichtigung von Anlaufphasen der Einrichtungen – überhaupt bis zum Ende des Programms ange-messene Forschungsergebnisse vorgelegt werden konnten, die zudem noch planungs-relevant wären. Dennoch verwiesen Behörde und politisch Verantwortliche immer wieder auf die zu erwartenden Forschungsergebnisse, um von politischen Notwendigkei-ten abzulenken. Dies wurde besonders deutlich in einer Anhörung des Gesundheitsaus-schusses der FHH zum Psychiatriebericht, die aufgrund des Druckes der GAL-Fraktion im Dezember 1983 stattfand und in der Fragen bezüglich der Anschlussfinanzierung mit genau diesem Argument abgewehrt wurden. Insgesamt bedeutete diese Situation für die betroffenen Einrichtungen – ähnlich wie in anderen Modellprogrammen auch¹⁰¹ – eine erhebliche Beeinträchtigung ihrer Arbeit, standen sie doch unter einem hohen Er-folgsdruck und Legitimationszwang. Zudem wurden Arbeitskapazitäten absorbiert, um auf politischer Ebene nach Möglichkeit eine Anschlussfinanzierung zu sichern. Letzte-res war z.B. für die psychosoziale Kontaktstelle (PSK) besonders prekär, da deren Arbeit, die auch die Betreuung von Wohngemeinschaften beinhaltete, außerhalb traditionel-ler Finanzierungsformen stand.¹⁰² Durch diese Unsicherheiten stand die Arbeit ständig unter dem Damoklesschwert des finanziellen Nichts und unter einem Vorzeichen der Vorläufigkeit. Dies schlug sich in einem anderen Fall nieder. Im Rahmen der Begleitfor-schung stand ein kleines Budget, welches für eine qualitativ orientierte Evaluation der Zielsetzungen der genannten PSK sowie zur Ermittlung von »professionellen Haltun-gen« deren Mitarbeiter*innen verwendet wurde. Die Ergebnisse dieser kleinen Studie fielen kritisch aus und wurden – nicht veröffentlicht.¹⁰³ Eine weitere Schwierigkeit er-

¹⁰¹ Raschke und Schliehe 1979.

¹⁰² Prognos AG und Nowak 1984, S. 245.

¹⁰³ Reumschüssel 1988.

gab sich im Hamburger Sektor, die Auswirkungen auf die späteren Empfehlungen der Expertenkommission hatte. Quer durch den Modellsektor verlief eine Bezirksgrenze, d.h., für die beiden beteiligten Sozialpsychiatrischen Dienste waren unterschiedliche (kommunale) Verwaltungsbezirke zuständig. Dies führte regelmäßig zu Kompetenzstreitigkeiten sowie Verunsicherungen für Zuständigkeiten bei Zwangseinweisungen.

Dennoch gingen auch in Hamburg vom Modellprogramm wichtige Impulse in die Entwicklung gemeindepsychiatrischer Hilfen aus. Zwar wurden nicht unmittelbar die für Hamburg zuständigen, jedoch weit außerhalb der Hansestadt gelegenen Langzeit-Krankenhäuser Heinrich-Sengelmann-Krankenhaus, Rickling wie auch das allgemeine Krankenhaus Ochsenzoll nicht aufgelöst oder wesentlich verkleinert, aber im außerklinischen Bereich tat sich einiges. Im Rahmen einer von der Hansestadt 1985 verabschiedeten Strategie¹⁰⁴ wurden neu entstandene gemeinnützige Hilfsvereine in den Hamburger Bezirken damit beauftragt, ein ambulant-komplementäres Hilfesystem aufzubauen. Hierzu wurden für die ersten drei Jahre im Rahmen von Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen eingeworbene Stellen und Finanzierungen genutzt, die danach eine dauerhafte Finanzierung im Hamburger Haushalt erhielten.

Ein zweites Beispiel: Die Auflösung des Klosters Blankenburg.

In Bremen wurde die erste Anstalt, sieht man von Brauweiler ab, aufgrund eines planvollen Prozesses geschlossen. Die Bremer Strategie bezog sich hierbei darauf, dass auf der einen Seite die Bewohner*innen des Klosters Blankenburgs nach einer notwendigen Renovierungsphase z.B. im Rahmen von Enthospitalisierungsstationen auf ein möglichst selbstständiges Leben außerhalb der Klinik vorbereitet wurden und parallel in Bremen ein »ambulant-komplementäres« System von Hilfen aufgebaut wurde.¹⁰⁵

Es zeigte sich, dass die Auflösung mit zahlreichen Problemen behaftet war. Sie gingen von der Motivierung der Bewohner*innen, der Einbeziehung der Mitarbeiterinnen und ihrer Gewerkschaften in den Prozess sowie auch der politischen Akteure vor Ort, insbesondere der Wohlfahrtsverbände.¹⁰⁶ Zwar wurden die ersten Patient*innen schon Anfang der 1980er-Jahre aus Blankenburg entlassen, jedoch der eigentliche Prozess ging mit dem Ende des Modellprogramms erst richtig los. Er gestaltete sich als ein komplexer, konfliktbeladener Verhandlungsprozess unterschiedlicher Gruppen, in denen – natürlich – politische Rahmenentscheidungen hinsichtlich der Versorgungsstrukturen in Bremen und deren Finanzierung – folgt man Kruckenberg – eine große Rolle spielte, also »Steuerung durch Macht und Geld«.¹⁰⁷ Die heftigen, auch im erweiterten Vorstand der DGSP geführten, Auseinandersetzungen um die »richtige« Organisationsform und -Struktur der (zukünftigen) bremischen Gemeindepsychiatrie gingen quer durch die DGSP-Bremen, mit ihren hauptsächlichen Protagonisten Klaus Pramann und Peter Kruckenberg. Im Zentrum der Auseinandersetzung stand die Frage einer »Zentrumslösung« vs. »Dezentrales Wohnen«.¹⁰⁸ Die Jahrestagung der DGSP in

¹⁰⁴ FHH 1985.

¹⁰⁵ Zum gesamten Prozess vgl. Gromann-Richter 1991.

¹⁰⁶ Breeger 1991.

¹⁰⁷ Kruckenberg 1991b.

¹⁰⁸ Vgl. zur Auseinandersetzung: Munzel 1985; Pörksen 1985; Kruckenberg 1986.

Hamburg befasste sich mit dem Thema, verabschiedete eine Resolution und der Vorstand wandte per Brief an den bremischen Sozialsenator Brückner.¹⁰⁹ Die Auseinandersetzungen dauerten auch mit anderen Themen (z.B. Organisation der Sozialpsychiatrischen Dienste) bis weit in 1990er-Jahre. Veranstaltungen mussten z.T. mit auswärtigen Moderatoren stattfinden, um halbwegs gedeihliche Debatten führen zu können. Letztlich setzte sich aber »Macht und Geld« durch. 1988 war das Kloster Blankenburg aufgelöst und in den Bremer Sektoren wurden die Einrichtungen und Dienste mit Versorgungsverpflichtung (!) eingerichtet.¹¹⁰

Ein drittes Beispiel: Der Oberbergische Kreis

Das Modellprojekt im Oberbergischen Kreis stellte insofern eine Besonderheit dar, da hier nicht das Zusammenwirken von Einrichtungen und Diensten, sondern das von Kosten- und Leistungsträgern ermittelt werden sollte. Mit dem Ziel der Entwicklung eines regionalen Psychiatriebudgets sollte eine »möglichst exakte und umfassende Abbildung des Versorgungsgeschehens unter Verwendung der Messgröße: Ausgaben in DM« erreicht werden. Durch Analyse der Mittelherkunft und Verwendung sollte danach die Einbeziehung der unterschiedlichen Verantwortlichen in ein regionales Psychiatriebudget ermittelt werden.¹¹¹

Es zeigte sich schon bei der Erhebung die außerordentliche Schwierigkeit, im Rahmen des komplexen Systems der sozialen Sicherheit einigermaßen valide Daten zu erhalten. Ergänzt wurde die Schwierigkeit, den Bereich der »Psychiatrie« einzugrenzen. Die Ergebnisse deuteten darauf hin, dass der Träger der Sozialhilfe sowie die Krankenversicherungen große Anteile an der Versorgung hatte, die sich im Wesentlichen auf stationär in Krankenhäusern und Heimen untergebrachte Personen bezog. Im Vordergrund standen hierbei ältere Menschen, die zum großen Teil in Pflegeheimen untergebracht waren. Auf diese bezog sich auch der beträchtliche Teil der sog. »Eigenanteile«, also der Anteil der Kosten am Budget, die von den Betroffenen oder deren Angehörigen selbst zu entrichten waren. Im Vergleich zu diesen war der Anteil ambulanter Leistungen durch Ärzt*innen, Sozialpsychiatrische Dienste oder Kontakt- und Beratungsstellen gering.¹¹² Als besonders hinderlich erwiesen sich folgende Strukturmerkmale:

- Die Vielzahl unterschiedlicher Kostenträger,
- Eine Parallelität unterschiedlicher Finanzierungsarten, und
- Eine kaum überschaubare Vielzahl individueller Anspruchsvoraussetzungen.¹¹³

Das Projekt des »Regionalen Psychiatriebudgets« versandete in den Auseinandersetzungen im sog. »Kosten- und Finanzierungsausschuss« des Modellprogramms sowie an der auf Konsolidierung und Pfadabhängigkeit setzenden Bundesregierung und Sozialleistungsträger. Es ist jedoch insbesondere von der DGSP aufgenommen und pro-

¹⁰⁹ Vgl. auch zur Resolution: Bock und Nathow 1985.

¹¹⁰ Gromann 1988.

¹¹¹ Riedel und Steinhausen 1986.

¹¹² Ebd. S. 2.

¹¹³ Kunze 2015, S. 29.

pagiert worden; andere Akteure haben dieses Modell mehr als 10 Jahre später in einer weitaus einfacheren, auf Versorgungsbereiche und -Sektoren bezogenen Version aufgenommen.

Der Kosten- und Finanzierungsausschuss

Das Modellprogramm wurde neben einer Expertenkommission begleitet von einem sog. »Kosten- und Finanzierungsausschuss, der unter der Federführung des zuständigen Ministeriums, bestückt von Vertretern von Kosten- und Leistungsträgern sowie anderen relevanten Akteuren, die Aufgabe hatte, wichtige Erkenntnisse, die sich hinsichtlich notwendiger Finanzierungsfragen ergaben, möglichst einer Lösung zuzuführen. Leider ist über diesen Ausschuss so gut wie nichts bekannt. Die Zeitzeugen, die über diesen Ausschuss berichten, kommen übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass dieser Ausschuss bzw. seine Mitglieder einem – veralteten – institutionellen Denksystem sowie einem geradezu »imperativen Mandat« ihrer jeweiligen Verbände verhaftet blieb, welches nicht auf Integration abzielte,¹¹⁴ sondern sich in endlosen Debatten um (Nicht-)Zuständigkeiten gegenseitig blockierte. Dies zeigt sich besonders in den Debatten um Zuständigkeiten für Einrichtungen und (Einzel-)Leistungen, insbesondere in sog. »Psychosozialen Zentren« oder auch Übergangswohnheimen, für die Caspar Kulenkampff noch 1982 einen verhaltenen Optimismus demonstrierte.¹¹⁵ Das einzige Ergebnis in fünfjährigen (!) Verhandlungen, war die Konzipierung einer »Rehabilitationseinrichtung psychisch Kranker« (RPK), die ab 1990 in fünf Modelleinrichtungen erprobt werden sollte – wie immer erfolgreich aber ohne flächendeckende Umsetzungschancen. Insgesamt zeigt sich hier, dass die Konsolidierungspolitik der Bundesregierung, die sich nicht zuletzt in der Rehabilitationspolitik bemerkbar machte (s.o.), im »Non-Decision-Making«¹¹⁶ des Kosten- und Finanzierungsausschuss ihre Entsprechung fand. Dasselbe gilt für die Pfadabhängigkeit der Sozial- und Gesundheitspolitik, die im sensiblen Gleichgewicht der institutionellen Akteure verharrte und möglichen Erschütterungen dieses Kompromisses ablehnend gegenüberstand.

Prognos

Auch mit der begleitenden Forschungsfirma PROGNOS gab es eine Reihe von Konflikten. Für die Erhebungen der Einrichtungs-, Patienten- und Tätigkeitsdokumentationen waren Begleitforscherteams in den Regionen zuständig. Der sich anfangs regende Widerstand der Praktiker gegenüber der eher quantitativ orientierten Forschung¹¹⁷ erwies sich als nahezu folgenlos, was an der Anzahl der über das gesamte Bundesgebiet und Westberlin verteilten Regionen mit Einrichtungen teilweise außerordentlich unterschiedlicher Träger liegen mag, das einen koordinierten bzw. politikfähigen Widerstand gegen zentrale Beforschung erschwerte. Jedoch wurde auch angeführt, dass es

¹¹⁴ Kunze 2015, S. 39; Kruckenberg 2015.

¹¹⁵ Kulenkampff 1982, S. 7.

¹¹⁶ Bachrach et al. 1977.

¹¹⁷ Allerdings ist hierzu auch zu sagen, dass die vor Ort tätigen Begleitforscher*innen solidarisch mit den Mitarbeiter*innen waren und sich nicht selten am Aufbau Trägervereinen, Einrichtungen und Diensten beteiligten.

auch an einem spezifischen »technizistischen« Denken der Professionellen liegen könne, sowie an einem »die strukturellen Ursachen von Rückschlägen vernebelnden Altruismus« und in der »mangelnden Professionalität in der Vertretung von Zielen und Methoden nach außen«.¹¹⁸ Es konnte sich so eine Begleitforschung etablieren, die vorwiegend quantitativen Effizienzkriterien verpflichtet war, sich an vorgegebenen Finanzierungsmöglichkeiten orientierte, Tätigkeiten getrennt nach Berufsgruppen erhob und damit Konzepte multiprofessioneller Teamarbeit konterkarrierte sowie traditionellen psychiatrischen Diagnosen verhaftet blieb. Darüber hinaus wurde das Geld knapp, was dazu führte, dass es keinen zusammenfassenden Abschlussbericht über das Modellprogramm gab. In der Konsequenz berief das zuständige Ministerium wieder eine Expertenkommission, die – unter der Geschäftsführung der AKTION PSYCHISCH KRANE (APK) – erst 1988 Ergebnisse und Folgerungen aus der Modellerprobung vorlegte.¹¹⁹ Die Stellungnahme der Bundesregierung erfolgte 1990.¹²⁰ Hierzu später.

Mit dem Ende des Modellprogramms ging der Psychiatriereform trotz einiger Reanimierungsversuche die Puste aus – zumindest was die Bundesebene betrifft. Im Prinzip waren alle Akteure froh, dass dieses ungeliebte Modellprogramm nun irgendwie sang und klanglos zu Ende ging und man nun zur Tagesordnung übergehen konnte. Die utopischen Energien hatten sich erschöpft und der »real existierende Sozialismus« brach zusammen.

Dennoch muss man aus heutiger Sicht sagen, dass das Modellprogramm die Ansprüche der Psychiatrie-Enquête nicht nur umzusetzen versuchte und »kleinarbeitete«, im Sinne einer »Modernisierungsstrategie« erfolgreich verlief. Es implementierte eine auf Arbeitsteilung beruhende Versorgungsstruktur, die auf regionaler Ebene organisiert war. Die Zusammenarbeit der Träger, Dienste und Einrichtungen bleibt jedoch bis heute eine Achillesferse des Hilfesystems. Erfolgreich zur Verbreitung und Implementation der Ideen und Konzepte der Enquête waren vor allem auch – neben den Modellregionen – die Vielzahl der Mitarbeiter*innen, die an der Enquête mitgearbeitet hatten.¹²¹ Natürlich gehören hierzu auch die vielen Tagungen der DGSP und des Mannheimer Kreises, die zur Verbreiterung der sozial- und gemeindepsychiatrischen Ideen und Konzepte beigetragen hatten. Während der Modellphase war es besonders die APK, die regelmäßig ihre Jahrestagungen zu den relevanten Themen im Rahmen des Modellprogramms veranstaltete. Das ging um die Fragen ambulanter Dienste,¹²² die Problembereiche von Tageskliniken¹²³ und psychiatrischen Abteilungen,¹²⁴ komplementäre Dienste¹²⁵ bis hin zum »Gemeindepsychiatrischen Verbund«.¹²⁶ In den 1980er-Jahren etablierte sich die APK – nicht zuletzt durch ihre Nähe zum zuständigen Bundesministerium, Bundestag und Bundesregierung – als die pragmatisch orientierte Organi-

¹¹⁸ Mitzlaff 1983, 1987.

¹¹⁹ BMJFFG 1988.

¹²⁰ Deutscher Bundestag 1990b.

¹²¹ Finzen 2011; Bauer 2003, S. 158.

¹²² Bauer und Rose 1981.

¹²³ Bosch et al. 1983.

¹²⁴ Bauer 1984.

¹²⁵ Bosch et al. 1985.

¹²⁶ Kulenkampff et al. 1986.

sation, die nahezu unangefochten die »Lufthoheit« in Fragen konkreter Ausgestaltung gemeindepsychiatrischer Hilfen übernommen hat.

4.3.2 Sozialpsychiatrie neben dem großen Modellprogramm

Wie oben schon angedeutet, haben auch die Bundesländer, die sich nicht am Modellprogramm der Bundesregierung beteiligten, eigene Reformaktivitäten entfaltet. Hierzu gehören Bayern und Baden-Württemberg, die Reformprogramme vorlegten.¹²⁷ Dies soll zunächst kurz mit einem Beispiel illustriert werden.

Baden-Württemberg führte zwischen 1982 und 1986 ein eigenes Modellprogramm durch, welches sich vor allem auf die flächendeckende Einführung von Sozialpsychiatrischen Diensten (SpDi) bezog.¹²⁸ Die fachlich-inhaltlichen Vorgaben entsprachen im Wesentlichen denen der Psychiatrie-Enquête, jedoch mit Differenzen zum klinischen Bereich, der im Baden-Württemberger Programm explizit nicht berücksichtigt wurde.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste in Baden-Württemberg unterschieden sich zudem von denen im übrigen Bundesgebiet. Sie waren nicht kommunal an den Gesundheitsämtern angesiedelt, sondern befanden sich in frei-verbandlicher Trägerschaft, was bedeutete, dass sie nicht nur keine Behandlungsbefugnis, sondern auch keine hoheitlichen Aufgaben zu erfüllen hatten. Ihre Finanzierung erfolgte über ein pauschalisiertes Mischfinanzierungssystem, an dem sich die Kommune, das Land und die gesetzlichen Krankenkassen beteiligten. Im Gegenzug wurden in Baden-Württemberg keine Institutsambulanzen eingerichtet – bis 2002. Die Aufgaben der SpDi bestanden vor allem in der Versorgung schwer psychisch erkrankter und seelisch behinderter Menschen und umfassten Funktionen der Beratungs- und Kontaktstelle sowie aufsuchender Hilfen.

Etwas anders stellte sich die Situation in Stuttgart dar.¹²⁹ Mit einer vergleichsweise überdurchschnittlichen Personalausstattung übernahmen hier 8 SpDi mit regionalen Zuständigkeiten die Versorgung der gesamten Stadt. Klaus Obert zitiert den Versorgungsauftrag durch den Gemeinderat: »Die Hilfe des SpDi ist auf diejenigen psychisch kranken Menschen ausgerichtet, die vom bestehenden ambulanten System medizinischer und psychosozialer Hilfsangebote nicht oder nur unzureichend unterstützt werden können. Der gemeindenahen Arbeitsansatz des SpDi zielt auf ein umfassendes Hilfsangebot vor allem für chronisch psychisch Kranke«.¹³⁰ Der SpDi, der explizit als ein Baustein regionaler Grund- und Basisversorgung angelegt war, sollte im Verbund mit anderen Bausteinen, dafür verantwortlich sein, dass niemand gegen seinen Willen außerhalb seines Gemeinwesens untergebracht werden soll. Explizit wird in diesem Konzept die regionale Versorgungsverpflichtung in den Vordergrund gestellt, was für die Stuttgarter bedeutete: »Freiwilligkeit in der Beziehung und selbstständiges Handeln der Betroffenen werden in den Situationen eingeschränkt werden sowie Kontakt und Betreuung unter Ausübung von Druck hergestellt [wird] unter der Vorgabe, im öffent-

¹²⁷ Siehe hierzu: Rudloff 2010.

¹²⁸ Vgl. im Überblick: Rössler et al. 1987.

¹²⁹ Im Überblick: Obert 2017.

¹³⁰ Mit weiteren Verweisen: Obert 2010, S. 2.

lichen gesellschaftlichen Auftrag zu handeln«.¹³¹ Dieser Kontrollfunktion stellten sich die Stuttgarter sehr offensiv und theoretisch begründet. Sehr selbstkritisch und mit Bezug auf Habermas¹³² stellen sie sich dem »Doppelmandat von Hilfe und Kontrolle« an der »Schnittstelle zwischen System und Lebenswelt« und als inhaltliche Grundlage ihrer Arbeit explizit einen »lebensfeldorientierten Ansatz« dar,¹³³ der jüngst um eine sozialräumliche Perspektive erweitert wurde.¹³⁴

Im Rahmen des Modellprojektes und darüber hinaus wurden übrige Bausteine, wie Tagesstätten, Zuverdienst-Projekte, betreutes Wohnen, kleine Wohnheime, psychiatrische Pflege und später auch Institutsambulanzen und Soziotherapie aufgebaut. Die Zusammenarbeit mit dem klinischen Bereich, insbesondere mit den Institutsambulanzen wurde, trotz anfänglicher »schleppender« Kooperation,¹³⁵ nun über Kooperationsverträge gesichert, sodass sich gemeindepsychiatrische Zentren entwickeln konnten, die nun auch in der Lage waren, ihren Versorgungsauftrag auf weitere Zielgruppen auszudehnen.¹³⁶ Allerdings, so betont Obert, hatte vor allem die mit der Übernahme der »Soziotherapie« verbundene einzelfallbezogene Finanzierung ihre Nachteile, denn sie ging auf Kosten einer regional orientierten Pauschalfinanzierung und führe zu einer »Logik der Selektion nach unten«.¹³⁷ Obert betont weiterhin zum Ergebnis, dass der Auf- und Ausbau der gemeindepsychiatrischen Hilfen nicht aus der Klinik heraus, sondern vorrangig durch die enge Vernetzung von engagierten Stuttgarter (professionellen) Bürger*innen mit der Politik zustande kam. Hierfür seien drei Faktoren maßgeblich: »Engagierte professionelle Fachkräfte, verantwortlich handelnde Politiker, Vertreter der Verwaltung und der Kostenträger sowie eine kritische Öffentlichkeit mit Psychiatrieerfahrenen, Angehörigen und Bürgerhelfern«.¹³⁸ Soweit, die Zeitgrenzen ein wenig überspringend, zu Baden-Württemberg und Stuttgart.

In der klinischen Psychiatrie war vor allem die Krankenhauspsychiatrie verunsichert, da sie sich ggf. heftig betroffen oder infrage gestellt sah. Es ging nicht nur um die Frage einer Auflösung, sondern auch um die Fragen der Fachkrankenhäuser oder psychiatrische Abteilungen oder auch Tageskliniken und Ambulanzen, um Fragen der Spezialisierung, der Lebensweltorientierung oder auch »Zwei-Klassen-Psychiatrie«. So veröffentlichte der »Arbeitskreis der Leiter der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser in der Bundesrepublik Deutschland und Westberlin« 1980 ein Papier mit Grundanforderungen (Qualitätsanforderungen, wie man heute sagen würde) an psychiatrische Landeskrankenhäuser. Gefordert wird eine Regelgröße von 200 – 400 Betten bei Zuordnung zu Versorgungsgebieten, eine Mindestvorhaltung von bestimmten Bereichen und Abteilungen sowie auch eine enge Anbindung an rehabilitative und komplementäre Einrichtungen und Dienste. Auch die interne Organisation in Richtung Patientenori-

131 Obert 2010, S. 2.

132 Habermas 1981 Für die Psychiatrie siehe auch: Pfefferer-Wolf 1999.

133 Obert 2001, 2013.

134 Obert 2020.

135 Obert 2006, S. 53.

136 Obert 2015, 2017.

137 Obert 2011, S. 2.

138 Obert 2015, S. 32.

entierung sollte sich verändern.¹³⁹ Das »10. Weinsberger Kolloquium« beschäftigte sich mit der Zukunft der Krankenhauspsychiatrie, wobei man sich dort mit der Frage der Schließung, der Frage psychiatrischer Abteilungen oder auch dem Problem der Heimunterbringung zuwandte.¹⁴⁰ Insbesondere für die ggf. zukünftig ehemaligen Landes- oder Fachkrankenhäuser wurden nicht nur Fragen der Auflösung oder Verkleinerung, Spezialisierung oder Regionalisierung diskutiert, sondern auch Fragen der »inneren Sektorisierung« oder der Ambulantisierung durch Tageskliniken und Institutsambulanzen. Fragen der Finanzierung, z.B. im Rahmen regionaler Budgets wurden hierbei nicht ausgespart.¹⁴¹ Lange Zeit standen sich vor allem die Vertreter der Abteilungspsychiatrie und der Landeskrankenhäuser unversöhnlich gegenüber.¹⁴² Klar war jedoch der Krankenhauspsychiatrie, dass die psychiatrischen Institutionen sich gewandelt hatten und auch weiterhin einem eher ungewissen Wandlungsprozess unterliegen.¹⁴³

Während eine Auflösung im Verlauf der Psychiatriereform die große Ausnahme blieb, ließ sich der Prozess der Verkleinerung der psychiatrischen Krankenhäuser nicht aufhalten. Er war nicht in allen Fällen von sozialpsychiatrischen Ideen gesteuert und von humanen Motiven geleitet, sondern ergab sich aus der neuen Rechtslage. Dies ermöglichte nicht nur die Eröffnung psychiatrischer Abteilungen etc., sondern verhinderte auch, dass Langzeitbereiche über lange Zeiträume von den Krankenversicherungen finanziert wurden und erzwangen dadurch eine Verlegung in den komplementären (Heim-)Bereich, der von der Eingliederungshilfe finanziert wurde. Eines der prominentesten Beispiele der Verkleinerung sind die Maßnahmen, die Dörner mit der Übernahme des PKH-Gütersloh einleitete. In den 1980er-Jahren wurde dort circa 350 Langzeitpatient*innen eine »Rückkehr in die Heimatgemeinde« ermöglicht. Sie wurden in und um Gütersloh in Betreuten Wohneinrichtungen, Wohngruppen oder Wohnungen wieder angesiedelt und erhielten im Rahmen der Eingliederungshilfe Hilfen durch die zuständigen Träger der Sozialhilfe.¹⁴⁴ Darüber hinaus wurden diverse Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten geschaffen. Aber auch in vielen anderen Teilen der Bundesrepublik entstanden, mehr noch als in den 1970er-Jahren, Einrichtungen und Dienste der Gemeindepsychiatrie; dies gilt nicht nur für den sog. komplementären Bereich, in dem viele Heime und Übergangswohnheime, sowie Wohngruppen und das »Einzelwohnen« entstanden, sondern auch für kommunale Einrichtungen, seien es Sozialpsychiatrische Dienste oder auch Kontakt- und Beratungsstellen etc. Im Bereich der beruflichen Rehabilitation und Teilhabe gab es jedoch weiterhin einen großen Nachholbedarf. Darüber hinaus blieb das Elend der ehemaligen Langzeitpatient*innen in den Heimen nach wie vor virulent.

139 Maier 1980.

140 Reimer 1981.

141 Rave-Schwank 1983.

142 Cranach 2001.

143 Müller 1989.

144 Dörner 1985a; Koenning 1986.

Gesundheits-, Selbsthilfe und Behindertenbewegung

In den 1980er-Jahren trat Gesundheit, Behinderung und Selbsthilfe in den Fokus nicht nur der nationalen Politik. In den entsprechenden Gremien der Vereinten Nationen, der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde »Gesundheitsförderung« in der »gesunden Stadt« aktiv propagiert und ein internationales Städtenetzwerk gegründet.¹⁴⁵ In diesem Zusammenhang ist auch die deutsche Selbsthilfebewegung zu sehen, die in den 1980er-Jahren erstarkte.¹⁴⁶ Die Menschen mit Behinderungen, die sich zunächst in »Krüppelgruppen« organisierten und sich kritisch mit dem 1981 von der UN ausgerufenen »Internationalen Jahr der Behinderten« auseinandersetzen, hatten von Anfang an eine Menschenrechts-basierte Position, die darauf abzielte, dass alle Menschenrechte auch für Menschen mit Behinderungen gültig seien. Die unterschiedlichen »Selbstbestimmt Leben« Initiativen eröffneten 1986 in Bremen ihr erstes Zentrum.¹⁴⁷ Aus der Alternativbewegung differenzierte sich eine alternative Gesundheitstagbewegung heraus, die unterschiedliche Initiativen und Selbsthilfegruppen zwischen 1980 bis 1987 zusammenfasste und jährliche Gesundheitstage veranstaltete. Diese Bewegung steht im Zusammenhang mit der Sozialpsychiatrie, mit der insbesondere Rolf Schwendter oder auch Alf Trojan verbunden waren. Schon der erste Gesundheitstag 1980 in Berlin, der zeitgleich mit der DGSP-Jahrestagung in Dortmund stattfand, formulierte eine solidarische Grußadresse zum »Auflösungsbeschluss« an das Plenum der Jahrestagung und wünschte viel Glück bei der Demo.

Der Gesundheitstag 1987 in Kassel stand ganz im Zeichen der europäischen Psychiatrie. In vielen unterschiedlichen Facetten wurde das Thema Psychiatrie, Gesellschaft, Psychotherapie und Alltag beleuchtet.¹⁴⁸ Auch die deutsche Psychiatriereform wurde in diesem Zusammenhang resümierend beleuchtet. Hierbei kam der kritische Beitrag von Günter Rexelius zum Ergebnis, dass im Verlauf der deutschen Psychiatriereform »Die Sozialpsychiatrie (...) zur sichersten Stütze der Anstaltspsychiatrie geworden ist«.¹⁴⁹ Thomas Bock referierte die Position der DGSP und spricht von einer »extrem widersprüchlichen« Entwicklung, die einerseits von Rückschritten und Beharrungsvermögen der Anstalten bis hin zu »wirklich qualitativen Veränderungen mit deutlicher Verkleinerung des stationären Bereichs« reichen. Er fordert in seinen zentralen Thesen eine Finanzierung von Betreuung in der eigenen Wohnung, die eigene Unabhängigkeit von psychisch Kranken durch eine Grundsicherung, und einen »politischen Auftrag« zur Auflösung der Anstalten bis zum Jahr 2000.¹⁵⁰ In der weiteren Diskussion resümiert er für die DGSP: »Das Ergebnis der Psychiatriereform könne nach der Wende als sozialpsychiatrische Nulllösung bezeichnet werden«; er bekennt sich aber dazu, dass die DGSP am Begriff der psychischen Krankheit festhält: »Es sei fatal, psychische Krankheit zu verleugnen, auch wenn es sich dabei um linke Argumente handele«.¹⁵¹ Nachzutra-

145 Grunow 2005, S. 669.

146 Kickbusch und Trojan 1981 Resümierend: Trojan 2006.

147 Vgl. hierzu: Münner und Sierk 2013, 94 ff; Bösl 2010, 10ff.

148 Heider und Bachmann 1988.

149 Rexelius 1988, S. 59.

150 Bock 1988.

151 Bock und Evers 1988, S. 69.

gen wäre, dass dieser letzte Gesundheitstag mit einem Eklat endete: »Behinderte Menschen konnten nur mit Mühe verhindern, dass der Arzt Julius Hackethal am Beispiel einer schwerbehinderten Person für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe werben durfte«.¹⁵²

Auch für die Angehörigen von psychisch kranken und behinderten Menschen machte sich die Selbsthilfebewegung bemerkbar. Schon seit den 1960er-Jahren hatten sich Angehörige von psychisch erkrankten Menschen zusammengeschlossen, um ihre Probleme aber auch Ihre Forderungen zu erörtern und in die Öffentlichkeit zu tragen. Sie hatten, zum Teil verursacht durch entsprechende Ansätze in der Theorie (z.B. Fromm-Reichmann oder Laing: Schizophrenogene Mutter; Bateson: Doublebind), zunächst keinen guten Stand bei vielen sozialpsychiatrisch (psychoanalytisch) orientierten Profis. Ein Durchbruch kam, als Dörner, der schon seit den 1970 Jahren Angehörigengruppen initiierte, mit anderen zusammen das Buch »Freispruch der Familie« herausgab, in dem die weitgehend positiven Erfahrungen mit Angehörigengruppen propagiert wurden.¹⁵³ Kurze Zeit darauf folgte ein Band von Angermeyer und Finzen, die beide auch den Wert und die Notwendigkeit betonten, Angehörige in die therapeutisch-rehabilitative Begleitung von psychisch erkrankten Menschen aktiv mit einzubeziehen.

Mit großer Unterstützung des heutigen Dachverbandes Gemeindepsychiatrie wurde dann 1985 der Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (BApK) gegründet, dem zahlreiche Landesverbände folgten.¹⁵⁴ Als Organ dient die 1986 gegründete »Psychosoziale Umschau«, die auflagenstärkste interdisziplinäre Psychiatrie-Zeitschrift im deutschsprachigen Raum. Sie dient als Diskussionsforum zu den Entwicklungen einer sozialen Psychiatrie. Dem Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK), dem Dachverband Gemeindepsychiatrie (DVGp) und der APK dient die PSU als bundesweites Mitteilungsblatt. Auch die Selbsthilfe Psychiatrieerfahrener ist in jeder Ausgabe mit eigenen Seiten vertreten. Die Zeitschrift informiert Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen psychiatrischer Einrichtungen, Psychiatrieerfahrene, ihre Angehörigen und Bürgerhelfer und Bürgerhelferinnen, so die Selbstdarstellung.¹⁵⁵ Die Psychiatrieerfahrenen folgen mit ihrer Verbandsgründung 1992.

Ein eher theoretisch orientierter Diskurs über »Sozialpsychiatrie«, der die in den 1970er-Jahre begonnene Diskussion weiterführen oder konkretisieren würde, fand in den 1980er-Jahren nicht wirklich statt. Vielleicht lag das daran, dass die Protagonist*innen mit der konkreten Umsetzung der Psychiatriereform beschäftigt waren, die ihren Idealen leider kaum entsprach. Vielleicht lag das aber auch daran, dass sich einige Protagonist*innen nun – vielleicht aufgrund einer »kulturellen Wahlverwandtschaft« – zunehmend einer »ökologischen Psychiatrie« zuwandten. Grundlage war nicht nur die zunehmende Aufmerksamkeit, die die »Ökologie« im Laufe der 1970er und 1980er-Jahre in Gesellschaft und Politik erhielt, sondern auch systemtheoretische

152 Münner und Sierk 2013, S. 103.

153 Dörner 1987 (1982).

154 <https://www.bapk.de/der-bapk.html>

155 <https://abo.psychiatrie-verlag.de/zeitschriften/psychosoziale-umschau.html>

und konstruktivistische Ansätze, die insbesondere mit den Arbeiten von Urie Bronfenbrenner¹⁵⁶, Gregory Bateson¹⁵⁷ und Niklas Luhmann¹⁵⁸ verbunden waren. Bei Bateson, dem Erfinder des Doublebind, oder Bronfenbrenner erscheint das nicht verwunderlich, jedoch bei Luhmann, zumal dieser sich als (neo-)liberal-konservativer Kritiker des Wohlfahrtsstaates erwies sowie einer »ökologischen« Gesellschaftsentwicklung äußerst skeptisch gegenüberstand.¹⁵⁹ Vielleicht lag das aber auch daran: »Eine konstruktivistische Perspektive eröffnet für die psychosoziale Praxis ein bedeutsames Reflexionspotenzial«.¹⁶⁰

Eine der ersten, die ökologische Ansätze in der praktischen Sozialpsychiatrie verbreitete, war Konstanze Könning, die selbige in der Arbeit mit Angehörigengruppen reflektierte.¹⁶¹ 1986 fand eine Gütersloher Fortbildungswoche zum Thema »ökologische und andere Denkansätze« statt, in der der Begriff »Sozialpsychiatrie« gar nicht mehr auftauchte. Stattdessen wurde postuliert, dass gemeindepsychiatrisches Handeln ökosozial ausgerichtet sein sollte. Dieser Ansatz wurde danach von Dörner noch einmal expliziert¹⁶² und mündete in einen Reader, der die ökologischen und systemischen Perspektiven zusammenfasste.¹⁶³ Hans Kowerk, einer der wenigen, die sich mit dem Verhältnis von »ökologischer Psychiatrie« und Sozialpsychiatrie explizit auseinandersetzte,¹⁶⁴ kommt zu einem desillusionierten Ergebnis. Angesichts der inneren Widersprüche und Vereinnahmungen der »alten Sozialpsychiatrie« seien die Bemühungen von Bock und Dörner ein »Versuch, den progressiven Gehalt der alten Sozialpsychiatrie mit einem ebenfalls progressiv erscheinenden, politisch aktuellen Begriff wie der Ökologie zu verbinden und damit den Avantgarde-Charakter der Sozialpsychiatrie zu bewahren«.¹⁶⁵ Die theoretisch-konzeptionellen Auseinandersetzungen mit einer ökologischen Psychiatrie blieb allerdings eher eine Episode. Sie mündete später ein in die Diskussion um eine »anthropologische« Psychiatrie,¹⁶⁶ die – folgt man Söhner et al.¹⁶⁷ – eine der Inspirationen der Entwicklung der Sozialpsychiatrie in Deutschland war, jedoch erst wieder in den 2000er-Jahren breiter rezipiert wurde. Hierzu später.

4.3.3 Enquête 2.0 oder: Die Empfehlungen der Expertenkommission

Es ist oben davon berichtet worden, dass die Begleitforschung des großen Modellprogrammes von der Fa. PROGNOS durchgeführt wurde, mit der es in den Regionen z.T.

156 Bronfenbrenner 1981.

157 Bateson 1983, 1984.

158 Luhmann 1984, 1997.

159 Luhmann 1981, 1986. Allerdings ist zu Luhmann zu ergänzen, dass er die Begriffe »Inklusion« und »Exklusion« in seine Systemtheorie der Differenzierung in die deutsche sozialwissenschaftliche Diskussion einführte.

160 Keupp 1990, S. 79.

161 Koenning 1987 (1982).

162 Dörner 1990a.

163 Andresen et al. 1992.

164 Kowerk 1991.

165 Ebd. S. 28.

166 Seidel 1990 Vgl. auch: Schott und Tölle 2006, 508f.

167 Söhner et al. 2017.

große Schwierigkeiten gab. Darüber hinaus ging dem Modellprogramm das Geld aus, sodass PROGNOS sich nicht in der Lage sah, über ein paar Einzelberichte hinaus¹⁶⁸ einen Gesamtbericht zu veröffentlichen. Die beteiligten Praktiker*innen haben das nicht bedauert, sondern im Rahmen der APK gehandelt: Auf der Grundlage des Modellprogramms der Bundesregierung und den mittlerweile bestehenden Erfahrungen erstellte die »Expertenkommission« der Bundesregierung 1988 einen Bericht, der eine Neuorientierung für die gemeindepsychiatrische Versorgung markierte.¹⁶⁹

So wurden auf der einen Seite immer noch strukturelle Mängel in der Versorgung beklagt. Sie liegen u.a. in den weiterhin bestehenden Finanzierungslücken insbesondere im ambulanten nicht ärztlichen Bereich, der weiterhin für Versorgungsengpässe verantwortlich ist, in dem weiterhin bestehendem Vorrang stationärer vor ambulanter Versorgung, was insbesondere dem geschuldet ist, dass der ambulante Bereich fast ausschließlich über das BSHG finanziert wird. Hinzu kommen mangelnde bzw. nicht verwirklichte sozialrechtliche Gleichstellung psychisch Kranker mit somatisch Kranken, was sich insbesondere darin äußert, dass das Rehabilitationsrecht psychisch Kranke faktisch weitgehend ausschließt, und fehlenden Planungsinstrumente, was insbesondere für unterschiedliche Finanzierungsträger sowie den stationär-klinischen und außerklinischen ambulanten Bereich gilt. Die Neuorientierung der Empfehlungen der Expertenkommission lässt sich insbesondere in drei Aspekten schlaglichtartig markieren:

1. Die Expertenkommission legt besonderes Gewicht auf die Versorgung von *chronisch Kranken* in der Gemeinde. Die vorzuhaltenden Dienste und Einrichtungen sollen insbesondere auf diese Klientel hin ausgerichtet sein. Dies schließe auch die Versorgung akut Kranker mit ein, funktioniert aber nicht umgekehrt.
2. Sie legt besonderes Gewicht auf eine *funktionale Betrachtungsweise* der Versorgung. Dies bedeutet eine Abkehr der vorherigen einrichtungsbezogenen Sichtweise an der »therapeutischen Kette« und betont die Notwendigkeit, dass bei der Versorgung psychisch Kranker bestimmte notwendige Lebensbereiche/Funktionen gewährleistet werden müssen. Diese Funktionsbereiche sind:
 - a. Behandlung/Pflege und Rehabilitation als i.e. S. Sinne medizinische Aspekte der Versorgung.
 - b. Wohnen
 - c. Kontaktstiftung-Alltagsgestaltung/Tagesstrukturierung-Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft als eher »soziale« Aspekte der Versorgung, obwohl eindringlich darauf hingewiesen wird, dass bei psychisch Kranken zwischen »medizinischen« und »sozialen« Anteilen der Versorgung kaum getrennt werden kann.
 - d. Arbeit und berufliche Bildung.

Die Funktionsbereiche werden von der Expertenkommission unabhängig von ihrer institutionellen Ausformung entworfen. Das hat den Vorteil, dass in den Regionen, entsprechend den jeweiligen Gegebenheiten diese Funktionsbereiche abgedeckt werden können. Es gibt somit keine »Standardversorgung« mehr, sondern eine Versorgung,

¹⁶⁸ So z.B.: Prognos AG und Nowak 1984.

¹⁶⁹ Vgl. zum Folgenden: BMJFFG 1988. Vgl. auch: Kulenkampff 1992.

die sich entsprechend der regionalen Situation und der regionalen Geschichte entwickeln kann.

Darüber hinaus hat die Expertenkommission den *Gemeindepsychiatrischen Verbund* als Keimzelle und Zentrum erfunden, der *gemeindeintegriert* arbeiten soll. Damit soll die psychiatrische Versorgung primär nicht mehr lediglich gemeindenah sein, sondern mitten in der Gemeinde stattfinden. Die Bausteine eines gemeindepsychiatrischen Verbundes werden für ein Versorgungsgebiet von circa 80 bis 150 Tsd. Einwohner*innen entworfen und bestehen aus:

- Einem aufsuchend ambulanten Dienst mit dem Schwerpunkt auf der Nachsorge chronisch psychisch Kranker.
- Einer Einrichtung mit Kontaktstellenfunktion mit Schwerpunkt auf: Tagesstrukturierung/Alltagsgestaltung im Rahmen beschäftigungs-therapeutischer Maßnahmen, gruppentherapeutischen Veranstaltungen sowie Klubaktivitäten, Freizeitan geboten und Hilfen zum Wohnen.
- Einer Tagesstätte mit einem festen Stamm schwergestörter Kranker zur ambulanten Behandlung im Rahmen langfristiger Beschäftigungsprogramme.

Diese neue Sichtweise stellt eine Umorientierung der Gemeindepsychiatrie dar. Die Versorgung soll sich in der Gemeinde abspielen. Gemeinde in diesem Sinne ist nun nicht mehr ein romantisierender Begriff oder etwa ein Standardversorgungsgebiet, sondern die politische Gemeinde, d.h. die Gebietskörperschaft, wie Landkreis, kreisfreie Stadt etc. Entsprechend verbindlicher sind die Empfehlungen der Expertenkommission im Hinblick auf die Organisationsform des Verbundes sowie die Frage der Planung/Kooperation. Als Stichworte seien hier genannt:

- Vertragliche Regelungen der möglicherweise unterschiedlichen Träger der Einrichtungen des Verbundes mit dem Ziel einer übergreifenden Rechtsform des Verbundes mit einem Leitungsgremium in das auch Ärzte eingebunden werden sollen.
- Einrichtung einer Koordinationsstelle an der Gebietskörperschaft.
- Einrichtung eines Beirates (Kostenträger, Träger, von Einrichtungen, Diensten), der dem zuständigen Dezernat beigeordnet ist.

Die Einrichtung des gemeindepsychiatrischen Verbundes entspricht die Forderung der Expertenkommission nach einer Mischfinanzierung der unterschiedlichen vor- und nachrangigen Kostenträger. Bedeutsam an diesen neuen Empfehlungen der Expertenkommission sind im Prinzip drei miteinander verwobene Prinzipien, die den gesellschaftlichen Wandel im Sinne einer weiteren »Modernisierung« reflektieren:

Die Empfehlungen stellen einen Paradigmenwechsel von einer bewahrenden hin zu einer subjekt- und therapeutisch orientierten Psychiatrie dar¹⁷⁰ und folgen damit den vorherrschenden gesellschaftlichen Entwicklungen der Individualisierung. Vor allem die »funktionale Betrachtungsweise« und die Hinwendung zum »Gemeindepsychiatrischen Verbund« vollziehen sozioökonomischen Entwicklungen nach, die die fordertische

¹⁷⁰ Kulenkampff 2001, S. 42.

durch eine postfordistisch vernetzte Produktionsweise ersetzen.¹⁷¹ Lediglich die Gemeindeintegration (bei Halbierung der Größe des Einzugsgebietes) stellt hiervon eine Ausnahme dar, betont jedoch die lebensweltliche Ausrichtung der Empfehlungen.

Die Empfehlungen der Expertenkommission avancieren bald zu einer »Bibel« der Gemeindepsychiatrie und geben der mittelmäßig enttäuschten und erschöpften sozialpsychiatrischen Bewegung etwas Mut. So waren die Stellungnahmen aus dem Spektrum der DGSP zwar überwiegend kritisch dahingehend, dass die Vorstellungen der DGSP nur teilweise Eingang fanden aber in der Tendenz positiv, indem deren Vorstand betonte: »Jetzt muss gehandelt werden«.¹⁷² Lediglich für die Kinder- und Jugendpsychiatrie formulierte Charlotte Köttgen ihre Stellungnahme recht kritisch.¹⁷³ In dieselbe Mut-machende Richtung ging die Gütersloher Fortbildungswoche im Jahr 1989. In vielen Vorträgen und Arbeitsgruppen wurden die Empfehlungen erläutert und es wurden Projekte vorgestellt, die den Pfad der Umsetzung der Empfehlungen erleuchten sollten.¹⁷⁴ Der Versuch, eine optimistische Stimmung zu generieren, war angesichts einer eher enttäuschten und ermatteten Grundstimmung notwendig, denn auch die Stellungnahme der Bundesregierung zu den Empfehlungen war zwar positiv, aber recht gehaltlos und ohne konkrete Perspektiven.¹⁷⁵ Sieht man darüber hinaus diese Fortbildungswoche symbolisch, dann war diese Tagung soz. Die ritualisierte Form, mit der die APK die fachlich-konzeptionelle Kompetenz für die weitere Psychiatrieeentwicklung von der DGSP übernommen hatte. In gewisser Hinsicht, nämlich in der Strukturierung des Politikfeldes »Psychiatrie«, erscheint diese Entwicklung folgerichtig, denn mit der Umsetzung der Psychiatriereform, d.h. der Umgestaltung der Anstalten in Fachkrankenhäusern und Aufbau psychiatrischen Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern sowie dem Aufbau des sog. komplementären Bereiches, weitgehend unter dem Dach der Wohlfahrtsverbände, bekam die DGSP-Konkurrenz durch andere korporative Akteure. In den unterschiedlichen Versorgungsbereichen wurde begonnen, weitere Verbände zu etablieren, die ihre Konzepte eigenständig entwickeln und Interessen vertreten konnten. Dies bedeutete, dass nun nicht mehr nur im klinischen Bereich unterschiedliche Fachverbände aufgestellt waren, sondern sich z.B. Fachverbände der Wohlfahrtsverbände etablierten, die in unterschiedlichen Facetten sozialpsychiatrisch orientiert waren und eigene Fachzeitschriften herausgaben. Dasselbe gilt auch für in der Psychiatrie tätige Berufsgruppen, wie insbesondere Krankenschwestern/-Pfleger sowie für Sozialpädagog*innen, für die sozialpsychiatrische Lehrbücher erschienen.¹⁷⁶ Dies bedeutete, dass die sozialpsychiatrische Expertise nun nicht mehr von der DGSP monopolisiert werden konnte, sondern – sicher vielfältig durch DGSP-Mitglieder – auf

¹⁷¹ Vgl. die Ausführungen oben

¹⁷² DGSP-Vorstand 1988b.

¹⁷³ Köttgen und Fachausschuss Kinder und Jugendliche 1988.

¹⁷⁴ Tagung und Reader hatten den Titel: »Jetzt wirds ernst – die Psychiatriereform beginnt! Wie setzen wir die »Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der psychiatrischen Versorgung« in die Praxis um.« Dörner 1990b.

¹⁷⁵ Deutscher Bundestag 1990b.

¹⁷⁶ Für die Krankenpflege z.B.: Schäidle-Deininger und Villinger 1997 Für die soziale Arbeit z.B.: Clausen et al. 1997; Knoll 2000; Bosshard et al. 2001; Dörr 2005, 2016; Haselmann 2008; Clausen und Eichenbrenner 2016; Bischkopf et al. 2017.

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 Ländereben 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-