

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 entospitalisierte 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

schen Experten der »skeptischen Generation«. (Kisker, Häfner, Kulenkampff, Bosch, Wulff) mit einem noch akademischen Expertenhabitus. Alles Kliniker. Die zweite Generation der engagierten jungen psychiatrischen Ärzt*innen und andere Berufsgruppen, die entweder sog. 67er oder auch 68er waren. (Manfred Bauer, Michael von Cranach, Klaus Dörner, Asmus Finzen, Christiane Haerlin, Peter Kruckenberg, Heiner Kunze, Ursula Plog, Niels Pörksen, Maria Rave-Schwank, Schädle-Deininger etc. Alles Kliniker*innen. Die dritte Generation der »Spät-68er« und »Alternativen« (Bock, Obert, Rosemann, Boeckheler, Konrad) Sie waren oft im außerklinischen Bereich tätig.

In den ersten 20 Jahren Ihres Bestehens haben die DGSP und ihre Mitglieder unglaublich viel erreicht:

- Sie haben bei der Erstellung des Reformkonzeptes (Psychiatrie-Enquête) maßgeblich mitgearbeitet.
- Sie waren bei der Umsetzung der Reform (kleines, großes Modellprogramm und daneben) maßgeblich beteiligt.
- Sie hat die historische Aufarbeitung der Verbrechen gegen die geistig behinderten und psychisch kranken Menschen während der nationalsozialistischen Diktatur eingeleitet.

Darüber hinaus hatte sie in der Mitte der 1980er-Jahre ein politisch-konzeptionelles, sozial- und gemeindepsychiatrisches Profil, das sie von allen anderen psychiatrischen Verbänden **meilenweit** unterschied:

- Sie verfügte über ein von Dörner und Plog entwickeltes Konzept einer »sozialpsychiatrischen Grundhaltung«.
- Sie verfügte über ein hiermit verbundenes und im Wesentlichen von Niels Pörksen vertretenes Konzept der Gemeindepsychiatrie.
- Sie verfügte über ein Konzept des gemeindepsychiatrischen Verbundes sowie ein hiermit verbundenes zukunftsweisendes Konzept einer »Budgetfinanzierung«, und
- Sie verfügte über Vorstellungen, wie ein solches Konzept auch sozialrechtlich umzusetzen sei.

Sie hatte damit, zumindest bis zur Mitte der 1980er-Jahre, die unbedingte Führerschaft dessen, was Sozialpsychiatrie in Westdeutschland heißt. Erkauft wurde diese Position nicht zuletzt durch eine schier unermüdliche Diskussions- und Konflikttausdragungskultur, die auch schon damals viele Mitglieder an ihre Grenzen (und darüber hinaus) brachte, anderen jedoch unendlich viel Spaß bereitete, vor allem wenn man hinterher auf der Fete schön quatschen, trinken und tanzen konnte.

Am Ende des Jahrzehnts und nach 20 Jahren Psychiatriepolitik waren die DGSP und ihre Mitglieder so erfolgreich gewesen, dass dieser Erfolg zum Problem wurde. Denn nach Beendigung des großen Modellprogramms gab es eine »Psychiatrie-Landschaft«, die von Beratungsstellen über niedergelassene Fachärzte, Sozialpsychiatrische Dienste, betreutes Wohnen und Wohngemeinschaften über Institutsambulanzen und Tageskliniken bis hin zu psychiatrischen Abteilungen, Fachkrankenhäusern, Übergangswohnheimen, Heimen und Werkstätten reichte. Entsprechend mit dieser ausdifferenzierten

Landschaft etablierten sich ganz unterschiedliche Wohlfahrts-, Fach- und Berufsverbände, die sich einem sozialpsychiatrischen Leitbild³⁴¹ verpflichtet fühlten. Am Ende des Jahrzehnts hatte die DGSP ihr Alleinstellungsmerkmal »Sozialpsychiatrie« verloren und sah sich einem interorganisatorischen Feld gegenüber, in dem es viele sozialpsychiatrisch orientierte Akteure gab. Hierbei sticht ganz besonders die AKTION PSYCHISCH KRANKE (APK) heraus. Zwar gab es sehr viele personelle Überschneidungen, doch zeigte sich mit den »Empfehlungen der Expertenkommission« und den Reaktionen der DGSP hierauf, dass es auf der Ebene der Organisationen hier schon einige Unterschiede gab. Es zeigte sich auch, dass die APK mit ihrem pragmatischen, auf Politikformulierung und –Umsetzung angelegten Ansatz am Ende des Jahrzehnts sich anschickte, die konzeptionelle »Lufthoheit« im Bereich der Sozial- bzw. Gemeindepsychiatrie zu übernehmen. Hierin sollte sie im nächsten Jahrzehnt erfolgreich werden. Verbunden war das damit, dass sich zumindest in der 3. Generation der DGSP-Aktivist*innen veränderte Muster von »Brain« und »Karriere« manifestierten. Die erste Generation brachte engagiert ihr individuelles Wissen ein, die zweite Generation generierte »kollektives Wissen« und die dritte Generation erwarb in der DGSP Wissen, und Netzwerke und setzte dieses »Kapital« (Bourdieu) ein, um woanders Karriere zu machen. Die Ausdifferenzierung in unterschiedliche Verbände hatte auf jeden Fall auch zur Folge, dass es ab Ende der 1980er-Jahre keine »sozialpsychiatrische Bewegung« mehr gab, wenn es sie denn jemals gegeben hätte. Auch funktionierte es wie in der Alternativbewegung; sie zersplitterte sich, wurde durch das »System« vereinnahmt und erschien in der Folgezeit innerhalb unterschiedlicher Milieus.

Begleitend zum erstarkenden Neoliberalismus und Abflachen der Psychiatriereform sang Bobby McFerrin 1989 seinen Hit: »**Don't Worry, Be Happy**«. Marius Müller-Westernhagen veröffentlichte sein Album: »**Halleluja**«.

³⁴¹ Manchen benutzten den Begriff »Sozialpsychiatrie« allerdings nur als Beschreibung eines Organisationsprinzips und nicht als das »Soziale« einbeziehende Paradigma oder gar als Handlungsprinzip.