

sprüche der Gesellschaft an die Menschen zur individuellen Selbstverwirklichung unter einem ständigen Steigerungsdruck stehen, letztlich unerfüllbar sind und pathogene Auswirkungen zeitigen. Eva Illouz kommt jüngst zu einer ähnlichen Einschätzung, nämlich dass Individuen zunehmend von einer »ontologischen Ungewissheit« bedroht sind.²⁸ Angesichts einer durch Liberalisierung erweiterten Freiheit nimmt Normenlosigkeit zu. »Diese Abwesenheit einer dichten Normativität verdankt sich der Freiheit selbst und geht mit positiven Geboten wie Eigenständigkeit, Autonomie und Hedonismus einher, allesamt tonangebende Vokabulare des modernen Selbst.«²⁹ Das »Soziale«, selbst Intimbeziehungen werden zunehmend nicht mehr durch Normen, Institutionen, Symbole und Rituale geordnet und geregelt, sondern werden zunehmend von Ungewissheit beherrscht. Kommunikation und Interaktionen werden durch keinen Rahmen³⁰ mehr strukturiert und »diese Erfahrung der Ungewissheit des Rahmens (wird) durch etwas, was ich ontologische Ungewissheit nennen möchte, noch verschärft«.³¹

7.2 Sozial- und Gesundheitspolitik

Mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) von 2009 wurden für die Krankenhausversorgung Fallpauschalen entsprechend zu entwickelnder DRGs eingeführt. Folgt man Knieps und Reiners (2015), dann hat die Einführung von DRGs zu einer – durchaus erwünschten – Spezialisierung und Zentralisierung des Krankenhauswesens geführt, wobei die großen Kliniken im Vorteil waren. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die Einführung von DRGs »im Prinzip erfolgreich« war, sich jedoch insbesondere für die kleinen Häuser in der Fläche nachteilig auswirkten. »Wie auch in der ambulanten Versorgung zeigt sich, dass die Vorstellung vieler Ökonomen, man könnte allein über ein leistungsgerechtes Entgeltsystem für eine angemessene Verteilung der Ressourcen sorgen, eine Illusion ist.«³² Gegen die Vorstellungen und den Widerstand vieler Fachverbände³³ wurde dennoch 2012 das »Psychiatrie-Entgeltgesetz« verabschiedet, das die Einführung eines pauschalisierten Vergütungssystems, das sog. »PEPP« bis zum Jahr 2017 vorsah. Zu diesem Zeitpunkt sollte auch die Psych-PV außer Kraft treten. Darüber hinaus wurden auch im Krankenhausbereich integrierte Behandlungsformen gem. § 64b SGB V ermöglicht sowie eine Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten auf der Grundlage regionaler Budgets. Die Regelungen zu den integrierten Behandlungsformen und Zusammenarbeit stießen auf allgemeines Wohlwollen in der Fachwelt, da sie den gemeindepsychiatrischen Konzepten entgegenkamen und die integrierten Behandlungsformen aus dem ambulanten Spektrum gem. §§ 14 ff SGB V gewissermaßen von der Klinik her ergänzten. Eine ganze Reihe neuer »Modelle« entstanden in einigen Regionen.³⁴

28 Vgl. auch: Giddens 1991, 1995.

29 Illouz 2019, S. 149.

30 Illouz bezieht sich hier auf das Konzept der Goffman'schen Rahmenanalyse Goffman 2016 (1974).

31 Illouz 2019, S. 151.

32 Knieps und Reiners 2015, S. 244.

33 ACKPA et al. 2012.

34 Schmid et al. 2013; Steinhart et al. 2014.

Gegen die Einführung von Fallpauschalen formierte sich jedoch ein breiter Widerstand, der nicht nur in den entsprechenden Krankenhäusern und Verbänden organisiert wurde,³⁵ sondern die gesamte – auch außerklinische – Fachwelt, die Psychiatriefahrenen und die Angehörigen umfasste, der sich auch in Demonstrationen äußerte.³⁶ Da steckt schon einige Ironie drin: 1980 wurde für die Auflösung von »Anstalten« und nun wird für eine angemessene Finanzierung von Krankenhäusern demonstriert – die Zeiten ändern sich. Auch die Bundesländer, die zuständigen Minister*innen sowie die Psychiatriereferenten (AOLG) setzten sich für eine angemessene Finanzierung ein.³⁷ Nicht zuletzt dieser Protest führte dazu, dass die Einführung von PEPP verschoben wurde und vom Bundesminister für Gesundheit Herman Gröhe ein sog. »strukturierter Dialog« eingerichtet wurde, um »die bisherigen Vorbereitungen zum Entgeltsystem mit Beteiligung der Verbände insgesamt zu bewerten und Alternativen zu prüfen unter Berücksichtigung verbesserter Formen der Krankenhausversorgung«.³⁸ Nach heftigen Auseinandersetzungen wurde 2016 dann das »Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (PsychVVG)« beschlossen.³⁹ Hierin wurden nun keine DRGs mehr gefordert, sondern der G-BA wurde beauftragt, bis 2020 anhand des tatsächlichen Personalaufwandes für eine leitliniengerechte Versorgung Mindestpersonalvorgaben für die Krankenhausversorgung zu entwickeln. Darüber hinaus wurde für die Akutbehandlung im häuslichen Umfeld, das »Home Treatment«, sog. »stationsäquivalente Behandlung (StäB)« ermöglicht. Bei Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit kann damit nun auch eine Behandlung zu Hause erfolgen. Insgesamt wird die Finanzierung auf ein Budgetsystem umgestellt. Mit der Einführung des PsychVVG wurden einige Hoffnungen und Möglichkeiten, aber auch Befürchtungen verbunden.⁴⁰ Insbesondere die StäB-Leistungen wurden von der sozialpsychiatrischen Fachwelt fast einhellig begrüßt und führten zu einem breit getragenen Eckpunktepapier, welches grundlegende Qualitätsanforderungen beinhaltet.⁴¹ Bei anderen Verbänden stießen die Regelungen zu StäB nicht auf Zustimmung. Es wurde gefordert, dass niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten eingebunden werden und die bisherigen Selektivverträge (IV, gem. §§ 140 ff SGB V) weiter auszuweiten, damit sie zur Regelleistung werden können.⁴² Das geschah dann auch: Unter der Federführung des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie, der sich seit Jahren stark in der Umsetzung der »IV« engagiert,⁴³ finanziert der sog. »Innovationsfond« ein Projekt der integrierten Versorgung in 12 Regionen Deutschlands. Die gemeindepsychiatrische Basisversorgung (GBV) soll die Hilfen für schwer psychisch erkrankte Menschen deutlich verbessern, indem sie – leitliniengerecht – unterschiedliche aku-

35 Weiß et al. 2014.

36 Vgl. vor allem und zum Folgenden: Kunze 2015, S. 96.

37 AG Psychiatrie der AOLG 2012, 2017a.

38 Kunze 2015, S. 100.

39 Deutscher Bundestag 2016b.

40 Kunze et al. 2017; Grupp 2017.

41 22 Psychiatrieverbände o.J.

42 Bühring 2016.

43 Heuchemer 2016.

te und rehabilitativ-teilhabeorientierte Versorgungsbereiche auf der Ebene der Region bedarfsgerecht kooperativ und koordiniert zusammenführt.⁴⁴

In die psychotherapeutische Versorgung kam Bewegung. Aufgrund intensiver Interventionen und Lobbying des Dachverbandes Deutschsprachiger Psychosen Psychotherapie (DDPP)⁴⁵ mit Dorothea von Haebler konnte erreicht werden, dass in die Psychotherapie-Richtlinien als Indikation Psychosen sowie auch bipolare Erkrankungen aufgenommen wurden. Das war ein wichtiger Schritt in Richtung Inklusion von schwer psychisch erkrankten Menschen und trat 2015 in Kraft. Später wurde dann auch die systemische Therapie in den Katalog der »Richtlinien-Psychotherapie« aufgenommen.⁴⁶

Auch auf Länderebene tat sich einiges hinsichtlich der Psychiatrie. Infolge der UN-BRK sowie der daraufhin veränderten Rechtsprechung der höchsten deutschen Gerichte mussten in den Bundesländern die Psychisch-Krankengesetze und teilweise auch die Gesetze über den Maßregelvollzug verändert werden. Hierbei ging es in erster Linie um die Modalitäten einer zwangsweisen Unterbringung oder einer Zwangsbehandlung.⁴⁷

Eine Reihe von weiteren Gesetzen, die im vergangenen Jahrzehnt verabschiedet wurden, stehen in einem Zusammenhang mit der Umsetzung der UN-BRK im Rahmen des Nationalen Aktionsplanes der Bundesregierung (NAP)⁴⁸ sowie der Erweiterung von Partizipationsrechten und -möglichkeiten von Menschen mit Behinderungen, Patient*innen und damit auch von Psychiatrieerfahrenen.⁴⁹ So wurde das Behindertengleichstellungsgesetz, insbesondere was bauliche Barrierefreiheit betrifft mehrmals verändert. Allerdings finden die Regelungen nach wie vor keine Anwendung in der Privatwirtschaft, was vielfach kritisiert wurde. 2013 verabschiedete der Bundestag das sog. Patientenrechtegesetz,⁵⁰ welches im Wesentlichen die unterschiedlichen Rechtsnormen harmonisierte und mehr Transparenz und Rechtssicherheit bei Behandlungsfehlern für Patient*innen ermöglichte. 2016 trat das Präventionsgesetz in Kraft,⁵¹ welches insbesondere die Sozialversicherungsträger, insbesondere die Krankenversicherungen zu einer gemeinsamen Strategie verpflichtet sowie zur Finanzierung von Präventionsmaßnahmen und – vor allem – zu Selbsthilfeaktivitäten, von denen auch Psychiatrieerfahrene profitieren konnten. »Das Präventionsgesetz eröffnet Möglichkeiten zur Verbesserung der Präventionspraxis und stellt insofern auch einen Fortschritt gegenüber dem vorherigen Rechtszustand dar. Allerdings weist es auch eine Reihe von Mängeln auf. Vor allem werden Prävention und Gesundheitsförderung nicht als gesamtgesellschaftliche Aufgabe gefasst.«⁵²

Darüber hinaus ging die Bundesregierung dazu über, nun sog. »Teilhabeberichte« in regelmäßigen Abständen zu veröffentlichen, in denen die Lebenslagen und -

44 Greve et al. 2019; Greve 2019.

45 <https://ddpp.eu/>

46 GBA 2020.

47 Gerlinger et al. 2018.

48 BAMS 2011.

49 Schmachtenberg 2015, 2016.

50 Deutscher Bundestag 2013.

51 Deutscher Bundestag 2015a.

52 Gerlinger 2018, S. 27.

situationen von Menschen mit Behinderungen thematisiert wird.⁵³ Allerdings zeigt sich in diesem Zusammenhang auch, dass die Datenlage zur Berichterstattung hinsichtlich der Menschen, die keinen Schwerbehindertenausweis besitzen, jedoch als »behindert« im Sinne der Eingliederungsverordnung gelten und ggf. in einem Heim (Besondere Wohnform) wohnen, äußerst dürftig ist.⁵⁴

Ein auch für die Psychiatrie bedeutsames Gesetzespaket wurde mit den drei Pflege-stärkungsgesetzen (PSG) verabschiedet, wobei das 2. PSG eine entscheidende Funktion hatte.⁵⁵ In ihm wurde ein neuer, auch teilhabeorientierter Pflegebegriff eingeführt. Er bezieht nicht nur körperliche, sondern auch geistige und psychische Einschränkungen ein und inkludiert damit explizit auch Menschen mit Demenz und anderen psychischen Beeinträchtigungen. Darüber hinaus werden nun »Pflegegrade« definiert und die Begutachtungsverfahren neugestaltet.⁵⁶

Ein bedeutendes Reformwerk der Schwarz-Roten-Koalition war das »Bundesteilhabegesetz« welches Ende 2016 verabschiedet wurde⁵⁷ und das gesamte Teilhaberecht, insbesondere die Eingliederungshilfe für Behinderte auf eine neue, UN-BRK konforme Grundlage stellte. Die Diskussion über ein solches Gesetz wurde schon seit Jahren geführt und die Koalition hatte Ernst gemacht mit ihrer Aussage »Wir überführen das alte Fürsorgerecht in ein modernes Teilhaberecht«.⁵⁸ Die Auseinandersetzungen spitzten sich im Jahre 2016 zu, wobei es insbesondere um ein »Leistungsgesetz«, ⁵⁹ das »Bundesteilhabegeld«⁶⁰ sowie um die Definition des »leistungsberechtigten Personenkreis« ging.⁶¹ Im Dezember 2016 wurde das Artikel-Gesetz verabschiedet und stellt eine der großen Sozialreformen der letzten 10 Jahre dar, die im politischen Getöse der »Flüchtlingskrise« etwas untergegangen ist. Die zentralen Punkte des Gesetzes sind:

- Die Herauslösung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung aus dem SGB XII und Einfügung als Teil 2 in das SGB IX. Verbunden hiermit ist die Etablierung eines Trägers der Eingliederungshilfe als neuen Rehabilitationsträger. Hiermit kam der Bund einer vielfältigen Forderung nach Schaffung eines »Leistungsgesetzes« ebenso nach wie der Schaffung von »echten« Rehabilitationsträgern. Der Forderung nach völliger Abschaffung der Anrechnung von Einkommen und Vermögen

53 BAMS 2013; BMAS 2016.

54 Schmachtenberg 2018b; Aichele und Fräßdorf 2019; Reumschüssel-Wienert 2020.

55 Deutscher Bundestag 2015b.

56 Hoffer 2017; Pick und Fleer 2017.

57 Deutscher Bundestag 2016a.

58 Zum Prozess vgl.: Rosemann und Reumschüssel-Wienert 2014; Reumschüssel-Wienert und Rosemann 2014; Rosemann 2017 Schmachtenberg 2018a.

59 Die Diskussion ging hierbei um die sog. Heranziehung, die bisher im SGB XII vorgesehen war und die die Behindertenverbände als Diskriminierung ablehnten.

60 Hier war ein Barbetrag von ca. 640,00 € im Gespräch, der an alle Menschen mit einer anerkannten Behinderung ausgezahlt werden sollte.

61 Die Regelung der Bundesregierung, dass Menschen dann leistungsberechtigt sind, wenn sie in 5 der durch die ICF definierten 9 Lebensbereichen auf fremde Hilfe angewiesen sind, wurde von den Verbänden der Behinderten und der Leistungserbringer abgelehnt, da sie befürchteten, dass ca. die Hälfte der Menschen mit Behinderungen dann keine Hilfe mehr erhalten würden.

wurde nicht entsprochen, jedoch sind die Grenzen der Anrechnung in einem zweistufigen Prozess ab 2017 weit nach oben verschoben worden.

- Der Gesetzeszweck wurde entsprechend der UN-BRK erweitert. Nun geht es in § 1 des SGB IX um »volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe« an der Gesellschaft.
- Ganz entscheidend wurde der Behindertenbegriff verändert. Entsprechend der dem BTHG und UN-BRK zugrunde liegenden ICF bezieht er sich nun nicht mehr allein auf individuelle Beeinträchtigungen, sondern stellt ab auf Wechselwirkungen mit umwelt- oder einstellungsbedingten Barrieren.
- Entsprechend sind die Leistungen zur »sozialen Teilhabe« im § 76 SGB IX darauf ausgerichtet, eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern und zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen.
- Die Abgrenzungen zu anderen Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe werden konkretisiert und die Regelungen zur Kooperation und Koordinierung der Leistungen werden verbindlicher gestaltet. Die Abgrenzung und Koordination hinsichtlich der Leistungen zur Pflege werden neugestaltet.
- Es werden neue Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben eingeführt.
- In der Eingliederungshilfe wird die institutionelle Trennung zwischen stationär (Heim), teilstationär und ambulante Leistungen zugunsten der einer Trennung von »existenzsichernden« Leistungen (die – ggf. weiterhin über Transferzahlungen zu tätigen sind) und »Fachleistungen« ersetzt. Die früheren Heime werden nun »besondere Wohnformen«.
- Die Beratungspflicht der Leistungsträger wird ergänzt durch die Einrichtung von ergänzenden unabhängigen Beratungsstellen, die nach dem »Peer-Prinzip« arbeiten sollen. Die bisherigen »Service-Stellen« der Rehabilitationsträger werden abgeschafft.
- Es werden neue Verfahren zur Teilhabe- und Gesamtplanung eingeführt inklusive neuer Planungsinstrumente, die ergänzt werden durch Teilhabe- oder Gesamtplan-konferenzen. Die Leistungserbringer sind jedoch in diesen Verfahren und Konferenzen in der Regel nicht vertreten.
- Die Rechtsstellung der behinderten Menschen, der »Leistungsberechtigten«, wie sie nun heißen wird insgesamt verbessert durch:
 - Geänderte Regelungen zur Heranziehung und vereinfachtes Verfahren
 - Verbindliche Fristen zur Antragsbearbeitung mit Sanktionsdrohung für die Leistungsträger
 - Beteiligungsrechte bei Teilhabe- und Gesamtplanungsprozessen
 - Weiterhin bestehendes (begrenztes) Wunsch- und Wahlrecht.
 - Allerdings wird die Eingliederungshilfe nun eine reine Antragsleistung.
- Die Stellung der nun sog. Leistungserbringer verändert sich jedoch in eine andere Richtung. Das Vertragsrecht wird zuungunsten der Leistungserbringer verändert, wie z.B.:
 - o Die Herauslösung von Qualitätsanforderungen und Prüfungen aus dem Vertragswerk und Verlagerung in die Kompetenz der Leistungsträger.

- o Die Einführung von Qualitäts- und Wirksamkeitsprüfungen mit einer Haftungsdrohung für die Leistungserbringer.
- o Die Leistungserbringer sind regelhaft nicht beteiligt an Planungsprozessen oder Konferenzen. In der Folge werden in vielen Regionen bis bestehenden Hilfeplankonferenzen abgeschafft.
- Die Dienstleistungen der Eingliederungshilfe werden nun als »Assistenzleistungen« bezeichnet und sind den Planungen entsprechend eng mit dem Leistungsempfänger abzustimmen.

Die Leistungserbringer drohen unter die Kuratel der Ämter für Eingliederung zu kommen bzw. werden zu »Heloten des Sozialstaates«. Hierbei macht sich die Politik eine Situation zunutze, die auch im mittlerweile recht schlechten Image der Wohlfahrtspflege begründet ist. Nicht zuletzt durch eine Reihe von Skandalen gerieten die gemeinnützigen Organisationen und Verbände unter Legitimationsdruck, da sich die durch die letzte SGB XII Reform angestoßene unreflektierte Ökonomisierung in einem wildgewachsenen »Managerialismus« äußerte.⁶²

Dieses Gesetzeswerk ist eine epochale Reform, die die gesellschaftlichen Entwicklungen auf »Singularisierung« und Diversität, die Anforderungen der UN-BRK aufnimmt und die schon existierende Teilhabeorientierung des Rehabilitationsrechtes fortentwickelt. Die sozialpolitische Strategie verbleibt hierbei in der Pfadabhängigkeit des gegliederten Systems sozialer Sicherheit, indem nun ein neuer Rehabilitations-träger, der Träger der Eingliederungshilfe, geschaffen wird, der »im Schatten der Hierarchie« des Bundes oder der Länder als eigenständiger Akteur fungiert. In der Fachwelt wird dieses Gesetzeswerk im Grundsatz durchweg positiv aufgenommen, obwohl Umsetzungsfragen die unterschiedlichen Akteure noch Jahre beschäftigen werden. Entsprechend unübersichtlich ist die Literatur zu unterschiedlichen Themen des BTHG.⁶³

Ebenso positiv und grundsätzlicher wird die UN-BRK aufgenommen – auch in der psychiatrischen Fachwelt.⁶⁴ Hier stehen jedoch eher Fragen der Inklusion und Teilhabe zur Debatte. Eine kritische Diskussion findet – von Ausnahmen abgesehen⁶⁵ – nur am Rande statt oder abgekoppelt vom behinderungsspezifischen Diskurs. Diskutieren die Sozialwissenschaften, wie oben angeführt, das Problem der Exklusion bzw. Teilhabe eher als ein Problem gesellschaftlicher Ungleichheit, Armut und Ausgrenzung, so wird Inklusion im sozialpolitischen Diskurs eine normative Leitlinie, die eher horizontal auf »Diversität« und auf ein Drinnen und Draußen verweist. Sie wird – wie Frank Nullmeier betont – zu einer Politik, die »statt gesonderter Maßnahmen für einzelne Problem- und Risikogruppen einen Gesellschaftsumbau verlangt, der allen jederzeit ohne Ver-

62 Heinze und Schneiders 2013, 2014.

63 Vgl. statt anderer: Rosemann und Konrad 2017, 2020; Rosemann 2018; Steinhart 2017; Conty 2018; Conty et al. 2017/2018; Reumschüssel-Wienert 2017; Konrad 2019.

64 AKTION PSYCHISCH KRANKE et al. 2013.

65 Vgl.: Spandler 2007; Soltau Initiative 2009; Becker 2015. Die Diskussion im Rahmen der sog. »Disability Studies« kann an dieser Stelle leider nicht wiedergegeben werden.

weis auf Sonderprogramme den Zugang ermöglicht.⁶⁶ Der nun auch populär werdende Begriff der Teilhabegerechtigkeit verweist nicht auf eine »gerechte« Verteilung von Lebenslagen, sondern von Teilhabechancen. Darüber hinaus: »Gleiche Zugangsrechte (...) sind vor allem eine Frage der Glaubwürdigkeit konkreter Politiken der Einbeziehung. Die Gratwanderung zwischen Aufmerksamkeit für die Vielfalt von Beeinträchtigungen, Behinderungen und ihrer Binnendifferenzierung einerseits sowie einer Risikoverwässerung andererseits, wenn angesichts solcher Vielfalt der Vielfalt gesellschaftliche Ungleichheit als soziales Problem zu zerfleddern droht, ist unvermeidlich und steht offenkundig zur Bearbeitung an«.⁶⁷

Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, dass neben der oben erwähnten kritischen Diskussion eine stattfindet, die sich mit dem Inklusionsbegriff selbst kritisch auseinandersetzt. So setzt sich Jörg Michael Kastl damit auseinander, dass der Begriff der Inklusion oft unreflektiert und »populistisch« verklärt verwendet wird und keinesfalls den Begriff der Integration ersetzen kann. Dasselbe gilt für den Begriff der Teilhabe, der aktives individuelles Handeln betont.⁶⁸ Heinz Bude führt den von Nullmeier angelegten Gedankengang fort und sieht die Gefahr neuer Grenzziehungen der Exklusion, denn eine inklusive Gesellschaft setzt das zur Inklusion befähigte Subjekt voraus. Er sieht hierin »Paradoxien des Inklusionsbegriffes«, die darin bestehen, dass es Menschen gibt, die über die individuellen Befähigungen, die kommunikativen und anderen Kompetenzen nicht verfügen können oder auch wollen. Kompetenz ist für Bude Inklusionsbedingung und zugleich Sortierungsmerkmal hinsichtlich der Zuteilung von Lebenschancen.⁶⁹ Diese Gefahr ist im BTHG angelegt, denn als eine Antragsleistung erfordert sie eine aktive Entscheidung des Individuums zur Einforderung von Hilfe und darüber hinaus erfordert die Mitwirkung an der umfänglichen Teilhabeplanung und den erforderlichen Leistungen nicht nur selbstbestimmte Lebenspläne und -perspektiven, sondern auch eine Motivation, diese auch umzusetzen. Insofern sind in der Folge der Umsetzung des BTHG in der neuen Eingliederungshilfe Parallelen zur Aktivierungspolitik zu sehen, wie sie oben beschrieben wurden. Dies bezieht Ronald Lutz auf einen möglichen Funktionswandel der sozialen Arbeit, die ggf. eine Spaltung erfährt: »Aktivierung und Training der Fähigen und Erfolgversprechenden auf der einen Seite; Versorgung, Verwaltung und Kontrolle derjenigen, die zur Aktivierung nicht mehr geeignet erscheinen, auf der anderen. Ihre erste Funktion ist für die Träger und Einrichtungen (weiterhin) attraktiv und wird durch die derzeitigen Reformen noch attraktiver. Demgegenüber stehen zur Erfüllung der zweiten Funktion nur niedrige Budgets, Spenden und Almosen zur Verfügung. Ihre Erfüllung wird wesentlich durch die Zahlung von Niedriglöhnen, die es auch in der Sozialen Arbeit immer mehr gibt, und das Ehrenamt sichergestellt.«⁷⁰

Wie oben schon angedeutet, werden insbesondere die Forderungen nach Teilhabe und Partizipation in der Psychiatrie breit aufgenommen. Andreas Heinz, Vorstand

66 Nullmeier 2019, S. 72.

67 Wacker 2014, S. 240.

68 Kastl 2014, 2017 Vgl. auch: Wansing 2013.

69 Bude 2015, S. 394.

70 Lutz 2008, S. 9.

der APK und President-elect der DGPPN fordert eine enge Verknüpfung von Teilhabe und Partizipation in der Praxis.⁷¹ Darüber hinaus entwirft er einen Begriff von psychischer Krankheit, der neben anderem an Teilhabe gekoppelt ist: »Entscheidend ist vielmehr, ob auf der Ebene der objektivierbaren Krankheitszeichen eine Einschränkung der überlebenswichtigen Funktionen vorliegt (als Anzeichen der *disease* bzw. der medizinisch feststellbaren Krankheit), ob das Ausmaß des subjektiv erlebten Leidens im Sinne des Krankseins (*illness*) besonders ausgeprägt ist und ob es zu einer Einschränkung der sozialen Teilhabe im Sinne der *sickness* führt.«⁷² Eine Verbindung zu einer gesellschaftlichen Perspektive ergibt sich über den Inklusionsbegriff: »Die Frage nach dem Zusammenhang von psychischer Krankheit und gesellschaftlicher Inklusion muss also immer vor dem Hintergrund der sozialpolitischen Gegebenheiten reflektiert werden; keinesfalls handelt es sich um eine isoliert im Individuum zur verortende Fähigkeit zur sozialen Teilhabe.«⁷³ Auch sein Begriff von psychischer Gesundheit verweist auf die Möglichkeiten gesellschaftlicher Teilhabe: »Flexibles, vielfältiges Verhalten, Selbstvertrauen und nachvollziehendes Verstehen, können also, so unsere These, nur gemeinsam als Grundlage mitmenschlicher Handlungsfähigkeit und damit als Kriterium seelischer Gesundheit benannt werden.«⁷⁴

Für Thomas Bock und andere ist Teilhabe und Partizipation ein entscheidendes Kriterium für eine dialogische Psychiatrie. Der Slogan: »Es ist normal, verschieden zu sein« ist für ihn seit langer Zeit ein Leitsatz, der sich aus der von ihm vertretenen »anthropologischen Psychiatrie« und der damit verbundenen Grundhaltung ergibt.⁷⁵ Ein solcher Ansatz findet nicht überall Zustimmung. Philipp Singer jedoch kritisiert eine solche Position als letztlich totalitäre »Pädagogische Leitideologie« und plädiert für einen Ansatz, der sich auf einen nicht ausschließenden, phänomenologisch orientierten Umgang mit »dem Fremden« bezieht.⁷⁶

In der Psychiatrieforschung bekommt Teilhabe eine forschungsstrategische Funktion. Eine Forscher*innengruppe um Ingmar Steinhart, Anja Höpfer, Dieter Röh, Andreas Speck und anderen untersucht in der BAESCAP-Studie die Teilhabebedingungen und Ergebnisse in außerklinischen Versorgungssettings in Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg und anderen Regionen in Deutschland.⁷⁷ Wissenschaftliche Grundlage ist bei ihnen der von Amartya Sen und Martha Nussbaum entwickelte »Capability Approach«. Dieser Ansatz betrachtet vor allem die Wechselbeziehungen von Individuen und sozialem Umfeld, wobei sowohl die Individuen als auch ihr Umfeld als Träger von Ressourcen betrachtet werden oder als Möglichkeitsräume, die Verwirklichungschancen (Capabilities) bieten, die genutzt werden können. Insofern ist dieser Ansatz – nicht zufällig –

71 Heinz 2013.

72 Heinz 2015, S. 151. In Original schräggedruckt.

73 Ebd. S. 168

74 Heinz 2016, S. 118 Vgl. auch: Keupp 2019.

75 Bock 2013b; Bock und Heinz 2016.

76 Singer 2017. Philipp Singer bezieht sich hierbei insbesondere auf Bernhard Waldenfels (Waldenfels 2007, 2016, 2018)

77 Daum et al. 2017; Speck et al. 2017; Steinhart et al. 2017; Röh et al. 2017; Speck 2018; Steinhart und Speck 2016.

anschlussfähig an die Grundannahmen der ICF, UN-BRK und dem neuen Behinderebegriff des BTHG. Auch in verschiedenen anderen Hinsichten wird der sozialpsychiatrische Diskurs im vergangenen Jahrzehnt in Praxis und Theorie durch vielfältige Aktivitäten angeregt. Es gab einige Anlässe, wie z.B. einige Jubiläen der DGSP, der APK und – vor allem – 40 Jahre Psychiatrie-Enquête 2015, die hierzu Anlass boten. Zunächst zum praktischen bzw. praktisch orientierten Diskurs:

Anknüpfend an die obigen kurzen Ausführungen hat sich in der praktischen Wissenschaft und Forschung einiges getan. Die sog. »S 3-Leitlinien Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« wurden nach langen Konsensprozessen 2019 verabschiedet.⁷⁸ Zwar machen sich auch hier nach wie vor die großen Lücken in der mangelhaften Beforschung des außerklinischen Bereiches bemerkbar,⁷⁹ jedoch entfalten diese Leitlinien nun eine Strahlkraft, die besonders für die sich langsam entwickelnden innovativen Möglichen durch ambulante Behandlung durch Krankenhäuser oder integrierter Versorgung eröffnet worden sind. Allerdings werden die Grenzen, die in einer eng geführten »Evidenz basierten« Psychiatrie und den Begrenzungen der entsprechenden vor allem quantitativ orientierten Studien auch bewusst. Nachdem 2016 schon einmal ein breit aufgestellter Kongress zur psychiatrischen Forschung in Berlin stattfand,⁸⁰ lud die APK und ihre AG-Versorgungsforschung im Januar 2019 zu einer Tagung nach Greifswald ein, die auf großes Interesse in der trialogischen Fachwelt stieß. Am Ende dieser Tagung stand dann die »Greifswalder Erklärung«.⁸¹ Diese forderte neben anderem die Einbeziehung »sozialer Determinanten« insbesondere auch in der Versorgungsforschung, eine partizipativ organisierte Forschung sowie eine Methodenvielfalt, die qualitativ orientierte Ansätze einschließt.

Über die Entwicklungen im Bereich der ambulanten Krankenhausversorgung der Regionalbudgets sowie der Initiativen, die im Rahmen der integrierten Versorgung entstanden muss an dieser Stelle nicht noch einmal berichtet werden. Wichtig in diesem Zusammenhang ist jedoch, dass im Rahmen dieser Entwicklungen neue Szenarien bzw. Modelle einer zukünftigen psychiatrischen Versorgung entwickelt wurden. Das fordristische Modell der Psychiatrie-Enquête war veraltet, das Modell der Plattformverbände hatte zwar seine Strahlkraft entfaltet, war aber auch nicht mehr zeitgemäß und der funktionale Ansatz der Expertenkommission bzw. der APK erschien revisionsbedürftig. Aus einer klinischen Perspektive legte die DGPPN 2018 ein an das Hamburger »RECOVER-Modell«⁸² orientierte Modell einer gestuften und koordinierten Versorgung vor,⁸³ das sog. »Stepped-Care-Modell«.⁸⁴ Das Modell sieht 4 Stufen der Intensität einer psychiatrischen Behandlung vor, die entsprechend der Bedarfsstufe eine unterschiedliche Anzahl und Intensitäten der einzubindenden professionellen und nicht-professionellen Akteure vor. Gesteuert und koordiniert werden die Prozesse innerhalb der

78 DGPPN 2019.

79 Diese Lücke versucht der oben genannte »Capability Approach« zu schließen.

80 Thoma 2016.

81 AG Versorgungsforschung der APK 2019.

82 Lambert et al. 2019.

83 DGPPN 2018.

84 Bower und Gilbody 2005.

Region durch spezifische Koordinierungsstellen in oder an der Klinik. Dieses Modell wurde unter dem Titel »Zeit für einen neuen Aufbruch« in einer Expertengruppe diskutiert und als Positionspapier der Friedrich Ebert Stiftung veröffentlicht.⁸⁵ Einen anderen Zugang wählten Ingmar Steinhart und Günther Wienberg. Ihr »funktionales Basismodell« stellt eine Fortentwicklung des funktionalen Ansatzes der APK sowie des von Steinhart vor Jahren für Mecklenburg-Vorpommern entwickelte »Basisstrukturmodell« dar, welches um einige Funktionen erweitert wurde. Im Mittelpunkt stehen ambulante mobile und multiprofessionelle Teams, um die herum andere Funktionen gruppiert sind.⁸⁶ Dieses Modell fungiert als konzeptionelle Grundlage für das Modellprogramm zur IV des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie. Deutlich wird bei beiden Modellen die Herkunft. Hat das Stepped-Care-Modell eher einen klinischen (Krankenhaus-)Bezug und versucht, die regionale Versorgungsstruktur aus dem Krankenhaus heraus zu organisieren, so hat das »funktionale Basismodell« seinen Ausgangspunkt im ambulanten Team, um das herum die weitere regionale Versorgung organisiert wird. Das Krankenhaus spielt hier keine dominante Rolle (mehr).

Vielleicht hat es etwas mit dem 40-jährigen Jubiläum der Psychiatrie-Enquête zu tun, vielleicht auch mit den teilweise mehr als schleppend und ungewiss verlaufenden praktischen Entwicklungsschritten in der IV, StäB, Vergütungen und auch BTHG in der Psychiatrie oder auch mit den oft kritisierten gesellschaftlichen Entwicklungen hinsichtlich Ökonomisierung auch im Gesundheitswesen – auf jeden Fall setzen sich viele Autoren mit der bisherigen Entwicklung der Sozialpsychiatrie kritisch und bilanzierend auseinander.

Sebastian Stierl setzt sich 2010 kritisch mit den Entwicklungen seit der Enquête auseinander. Fasst man die Betten in Stationen, Heimen und Maßregelvollzug zusammen, so ist es nicht zu einem Bettenabbau gekommen, sondern eher das Gegenteil ist eingetreten. Die Reform ist ein Mythos und von dem »Irrsinn deregulierter Finanzmärkte« mit den begleitenden Nützlichkeitskalkülen längst überholt. Die sich der somatischen Medizin angenäherte Sozialpsychiatrie ist von der Lösung zu einem Teil des Problems geworden.⁸⁷ In eine ähnliche Richtung argumentiert Michael Grube. Vor dem Hintergrund der aktuellen Debatte um PEPP befürchtet er einen Rückschritt durch Ökonomisierung. Durch Unterfinanzierung würde es zu einer Rückkehr zur Verwahrspsychiatrie kommen, zu mehr Bürokratie und zur Demotivierung der Mitarbeiter*innen.⁸⁸ Priebe und Turner haben einen solchen Trend zur »Reinstitutionalisierung« der psychiatrischen Versorgung schon vor einiger Zeit als einen international beobachtbaren Trend ausgemacht.⁸⁹ Viel Beachtung fand der Aufsatz von Günther Wienberg: »40 Jahre Psychiatriereform in Deutschland – Auf dem Weg in eine Drei-Klassen-Psychiatrie?!« Er konstatiert, dass die Psychiatriereform viel erreicht habe und dass die Deinstitutionalisierung weitgehend abgeschlossen sei und Teilhabechancen für seelisch behinderte Menschen sich verbessert haben.

85 FES 2019.

86 Steinhart und Wienberg 2014a, 2015, 2017.

87 Stierl 2010.

88 Grube 2013.

89 Priebe und Turner 2003.

Aber auch er beklagt wie Sebastian Stierl die expandierenden stationären Kapazitäten in der Regelversorgung, dem Maßregelvollzug und in speziellen psychosomatischen Versorgungsbereichen. Eine wesentliche Ursache für die Fehlentwicklungen sieht er in einer strukturellen Verkoppelung von Unterstützungsdichte und Versorgungssetting. Hoffnungen knüpft er vor allem an den Entwicklungen in einer konsequenten Ambulantisierung im Rahmen der integrierten Versorgung sowie innovativer Finanzierungsformen.⁹⁰ Letztere werden kurze Zeit später von ihm und Ingmar Steinhart noch einmal thematisiert.⁹¹ Im Jubiläumsjahr der Psychiatrie-Enquête 1975 erscheinen einige Aufsätze, die sich kritisch mit dem bisher Erreichten auseinandersetzen. So schreibt Karl Beine, dass wesentlich Forderungen der Enquête noch nicht erfüllt sind, wie die rechtliche Gleichstellung psychisch erkrankter Menschen, die Umsetzung der gemeindenahen Psychiatrie und der Umbau der Psychiatrie zu einem therapeutisch rehabilitativen Versorgungssystem. Vor allem die marktradikale Umorganisation der Psychiatrie sorgte dafür, dass die Reste der Psychiatriereform nach der Psych-PV »eingestampft« wurden. Es besteht nach wie vor ein Auftrag zur Abarbeitung der oben genannten Defizite.⁹²

Eine Reihe von Artikeln sind vor allem in dem von Armbruster et al. herausgegebenen Reader⁹³ veröffentlicht worden: Dort sieht Heiner Keupp in seiner Bilanz vor allem drei Aspekte: In den letzten 25 Jahren haben sich mit der Transformation des Wohlfahrtsstaates die Reformkräfte erschöpft, allerdings ist die Gemeindepsychiatrie mit derselben Transformation eine Selbstverständlichkeit geworden, aber die Zukunft ist angesichts des globalisierten Kapitalismus auch für die Sozialpsychiatrie ungewiss. »Der sich globalisierende Kapitalismus ist dabei, die Grundmuster unserer alltäglichen Selbstverständlichkeiten zu demontieren, und längst ist noch nicht erkennbar, wann sich wieder ein stabiles Muster etablieren wird. Aber die Auseinandersetzung mit den psychosozialen Folgen des globalisierten Kapitalismus steht auf der Tagesordnung.«⁹⁴ An anderer Stelle führt er seine Thesen näher aus. Die genannten Entwicklungen führen zu einer Herausforderung an den »flexiblen Menschen« (Sennett), der sich auf immer neue Bedingungen einstellen und gleichzeitig seine eigene Identität herstellen und bewahren muss. Diesen nie endenden Herausforderungen fühlen sich zunehmend Menschen nicht mehr gewachsen. Mit der »Beschleunigung« (Rosa) wächst auch die Erschöpfung.⁹⁵ In diesem Zusammenhang fordert er eine Repolitisierung der Psychotherapie. Sie ist gegenwärtig einer »sozialen Amnesie« verfallen und erschöpft sich in Rezepten der »Selbstsorge« oder »Achtsamkeit«. Sie muss jedoch politischer werden und Gesellschaftsdiagnostik betreiben, d.h. reflexiv auf die Entwicklungen eingehen und Aufklärungsarbeit leisten.⁹⁶

90 Wienberg 2014.

91 Steinhart und Wienberg 2014b.

92 Beine 2015.

93 Armbruster et al. 2015.

94 Keupp 2015, S. 63.

95 Keupp 2020.

96 Keupp 2013, 2018

Auch Ernst von Kardorff nimmt eine (selbst-)kritische Positionierung vor. Vor dem Hintergrund der gesellschaftlichen Entwicklungen ist die »Psychiatrie-Reform« lediglich eine »Modernisierung«. Die ursprünglich progressive Sozialpsychiatrie hat darüber hinaus ihr politisches Potenzial verloren. »Mit Blick auf das *Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft* lässt sich durchaus von einer Entpolitisierung sprechen.«⁹⁷ Selbstkritische Reflexionen wie z.B. zur Therapeutisierung oder neuen Subjektformen finden sich nur noch am Rande – die Sozialpsychiatrie ist selbstgenügsam geworden. Perspektiven sieht Ernst von Kardorff in einer gesellschaftspolitischen Repolitisierung der Psychiatrie, eine aktive Politik gesellschaftlicher Teilhabe zu betreiben und die Psychiatrisierung des Alltages und das Deutungsmonopol der Psychiatrie zu kritisieren. Ansätze hierzu sieht er vor allem in dem Anknüpfen an Ansätzen der italienischen Psychiatriereform Basaglias.⁹⁸ Von psychiatrieerfahrenen Autor*innen richtet sich die Kritik an die nach wie vor bestehenden Gewaltverhältnisse. Iris Hölling moniert, dass die Psychiatriereform zu kurz greift und psychisch erkrankte Menschen immer noch einem dreifachen Druck ausgesetzt sind: »Einem physischen durch Internierung, Ausgangsverbot, Isolierung Fixierung und unter Umständen körperlicher Gewalt durch das Anstaltspersonal; einem chemischen durch Neuroleptika und einem sog. psychotherapeutischen durch Einzel- und Gruppengespräche.«⁹⁹ Die Psychiatrie müsse sich in der Zukunft konsequent an den Menschenrechten bzw. an den Forderungen der UN-BRK. »Nur wenn Hilfe und Unterstützung in psychischen Krisen und Ausnahmezuständen ohne Zwang und Gewalt bzw. ohne die staatlich legitimierte Möglichkeit, diese anzuwenden gedacht und praktiziert werden, sind Selbstbestimmung und uneingeschränkte Garantie der Menschenrechte möglich.«¹⁰⁰ Ähnlich argumentiert Peter Lehmann; für ihn sind die Menschenrechte in der Psychiatrie längst nicht verwirklicht und die gesundheitlichen Schäden und Folgen durch Psychopharmaka und Elektroschocks nach wie vor erheblich. Seine Forderungen bezieht sich auf die Entwicklung einer »humanistischen Antipsychiatrie« die Unterstützungsformen entwickelt, die die Betroffenen nicht zusätzlich gesundheitlich belasten.¹⁰¹ Jasna Russo zielt mit ihrem Beitrag auf die wissenschaftliche Seite der Sozialpsychiatrie, für die sie einen partizipativen Paradigmenwechsel einfordert. Sie konstatiert eine »epistemologische Ungerechtigkeit«, indem aus der derzeitigen psychiatrischen – insbesondere jedoch der biomedizinischen – Wissenschaft das Wissen der Psychiatriebetroffenen systematisch ausgegrenzt wurde. »Die dominante Epistemologie hat unterbunden, dass Psychiatriebetroffene Erzeuger und Besitzer ihres eigenen Wissens sein können«, zitiert sie Beresford und Boxall (2013).¹⁰² Sie fordert einen Paradigmenwechsel in der Wissenschaft, zu einem emanzipatorischen Forschungsparadigma, das dialogische Formen voraussetzt, die auf Respekt, Vertrauen und Reziprozität basieren. Ihre Forderung stimmt mit dem betroffenen-kontrol-

97 Kardorff 2015, S. 152.

98 Ebd. S. 161.

99 Hölling 2015, S. 69.

100 Ebd. S. 66.

101 Lehmann 2015.

102 Russo 2015, 297.

lierten Forschungsansatz überein.¹⁰³ Martin Heinze befasst sich mit den wissenssoziologischen bzw. wissenschaftstheoretischen Voraussetzungen der Sozialpsychiatrie. Die erste Reformphase, in der kritische Sozialwissenschaft zu einem »wissenschaftlich fundierten Verständnishintergrund der Psychiatrie« gehörte, hat sich in der Zeit abgeschwächt, technisiert und entfremdet, in der die Ökonomisierung des Sozialen voranschritt. Ökonomisierung und Technisierung trugen zum wissenschaftlichen Reduktionismus und zum Verlust des kritischen Potenzials bei. Die Zukunft liegt für ihn in einer emanzipativ ausgerichteten anthropologischen Psychiatrie, in die Bestimmung des Menschen als »Homo sociale« zugrunde gelegt wird und die Bestimmung als »Homo ökonomikus« eher eine »Sonderbestimmung« darstellt.¹⁰⁴

Aber auch anderswo wird die Psychiatrie resümierend diskutiert. Thomas Bock kritisiert zunächst, dass die Versorgungsstrukturen nach wie vor zersplittert und dysfunktional sind, und die Psychiatriereform droht stecken zu bleiben, weil es keine bezahlbaren Wohnungen mehr gibt.¹⁰⁵ Eine Zukunft liegt für ihn – hier bezieht er sich auf seine Positionen von 2011 – in der Überwindung stationärer und ambulanter Grenzziehungen durch die integrierte Versorgung, eine sozialräumliche und grundsätzlich dialogische Orientierung, die durch ein anthropologisches Verständnis von psychischer Krankheit ihre Entsprechung findet. Und: Die Psychiatrie muss politischer werden!

In mehreren Aufsätzen meldet sich auch Hans Joachim Salize zu Wort und redet der Sozialpsychiatrie heftig ins Gewissen: »Will man es pointiert ausdrücken, erscheint die heutige sozialpsychiatrische Versorgung hierzulande als ebenso autarkes und erstarrtes System wie die Anstaltspsychiatrie, als deren Gegenmodell sie einst entworfen worden ist und die Goffman als totale Institution charakterisierte.«¹⁰⁶ Angesichts dramatischer Versorgungsmängel in einigen Bereichen attestiert er dem Fach Sozialpsychiatrie einen »dramatischen Stillstand«. Auf diese Versorgungsmängel, besonders in den Bereichen Geflüchteter und Asylsuchender, Obdachloser und im Bereich Rehabilitation und Teilhabe an Arbeit sowie struktureller Mängel kommt er ein paar Jahre später noch einmal zurück.¹⁰⁷ Allerdings ergänzt er seine Kritik an der »Evidenzfreiheit« in der Konzipierung der gemeindepsychiatrischen Versorgungslandschaft nicht nur, sondern entwirft ein Programm sozialpsychiatrischer Forschung, welches beginnt mit einer programmatischen Fundierung des Sozialen« im Sinne einer gesellschaftspolitischen Positionierung der Sozialpsychiatrie. Weiterhin muss insbesondere sozialpsychiatrische Versorgungsforschung die bestehenden Versorgungslandschaft und Strategien überprüfen, jedoch nicht nur hinsichtlich der Sinnhaftigkeit, Effizienz, sondern sie muss ebenso eine sektorübergreifende volkswirtschaftlich orientierte Perspektive einnehmen und sich verstärkt »Fragestellungen von der Betroffenen-, epidemiologischen oder der Bedarfsperspektive her bestimmen.«¹⁰⁸ Last not least muss sie stärker sozial benachteiligte Gruppen im Blickfeld haben.

103 Russo 2015, 298.

104 Heinze 2015.

105 Bock 2013a.

106 Salize 2012, S. 199.

107 Salize 2017a.

108 Salize 2017b, S. 7.

Stefan Priebe betrachtet am Anfang des Jahrzehnts die Entwicklungen in der Psychiatrie ebenso eher skeptisch und betrachtet die Hoffnungen, die in Medikamente ebenso wie in kognitive Therapien und bildgebenden Verfahren gelegt worden sind, als gescheitert.¹⁰⁹ Die Hoffnungen könnten jedoch in einer sozialen Psychiatrie liegen.¹¹⁰ Er fordert eine Politisierung der Psychiatrie,¹¹¹ die angeregt werden soll von der Vielfalt innerhalb des Faches, mehr Debatte und Kommunikation nach innen und außen und mehr Werte und Motivationen, die angesprochen werden sollten.¹¹² Auch international wird eine Politisierung der Psychiatrie angesichts der weltweit verbreiteten sozialen Ungleichheit eingefordert.¹¹³

Im Jahre 2017 beschäftigen sich die Sozialpsychiatrischen Informationen mit dem Thema Sozialpsychiatrie und Forschung. Neben dem oben schon zitierten Artikel von Hans Joachim Salize beschäftigen sich vor allem Asmus Finzen und Reinhold Kilian mit dem Verhältnis von Sozialpsychiatrie und Soziologie und kommen zu dem Ergebnis, dass die Soziologie für die Sozialpsychiatrie fast bedeutungslos geworden ist.¹¹⁴ Allerdings sprechen die weiteren Artikel eine andere Sprache, denn dort sind neben den Artikeln von Dyrk Zedlick und Samuel Thoma sämtlich Artikel angeführt, die sozialwissenschaftliche Ansätze und Methoden direkt verwenden und vorstellen oder auch darauf verweisen. Auch darüber hinaus scheint sich innerhalb der Sozialpsychiatrie einiges auch hinsichtlich theoretisch orientierter Entwicklung zu bewegen. Dies wird z.B. deutlich an der Renaissance, die die »anthropologische Psychiatrie« erfährt. Insbesondere Thomas Bock und Andreas Heinz schließen an die Vor- und Nachkriegstradition des vor allem in Heidelberg entwickelten Ansatzes an.¹¹⁵ Im Mittelpunkt stehen bei Ihnen die Thesen, dass »psychisch Krankheit« eine prinzipiell immer mögliche Daseinsform des Menschen ist. Darüber hinaus kommt es in der Behandlung darauf an, eine Begegnung mit dem anderen neben Respekt auf Verstehen und Einfühlung zu gründen. Hierbei beziehen sie sich vor allem auf Ansätze phänomenologischer Philosophie.¹¹⁶ In gewisser Hinsicht handelt es sich hierbei um eine Weiterentwicklung der vor vielen Jahren von Dörner und Plog entwickelten »sozialpsychiatrischen Grundhaltung«, die nun ein philosophisch-phänomenologisch ausformuliertes Fundament erhält. Konsequenterweise durchzieht der anthropologische Ansatz auch die völlig neu konzipierte 24. Auflage von »Irren ist menschlich«, die 2017 als ein »Reader« von Einzelautor*innen erscheint.¹¹⁷

Ebenfalls der Phänomenologie verpflichtet, aber weniger philosophisch, sondern eher soziologisch orientiert ist der »Entwurf einer phänomenologischen Sozialpsychiatrie«, die Samuel Thoma vorlegt.¹¹⁸ Sein Ansatz orientiert sich an dem Lebensweltbegriff

109 Priebe 2012.

110 Priebe et al. 2013.

111 Priebe 2015.

112 Priebe 2018.

113 Heinz et al. 2015.

114 Finzen 2017; Kilian 2017 Zur Kritik hieran: Reumschüssel-Wienert 2018a.

115 Dörner 2017 (1978); Söhner et al. 2017.

116 Vgl. vor allem: Bock und Heinz 2016.

117 Dörner et al. 2017 (1978).

118 Thoma 2017.

Husserls, der einen sozialen Raum darstellt, in dem sich (innerer) Gemeinsinn, sozialer Sinn und Common Sense konstituiert und als Erfahrungsformen von Sozialität des Individuums gelten. Hiervon ausgehend leitet Thoma die Notwendigkeit ab, dass Sozialpsychiatrie in diesen sozialen Räumen agieren muss, einerseits als Eröffnung von Erfahrungs- und Resonanzräumen für die betroffenen Subjekte und andererseits als Öffnung von sozialen Räumen, um solche Erfahrungen zu ermöglichen. Soziale Orte stellen auch für Patrick Jung in ihrer »verführerischen Banalität« eine zentrale Kategorie dar,¹¹⁹ da sie strukturbildend wirken können. Methodologisch und methodisch folgt Patrick Jung dem klinischen Soziologen Bruno Hildenbrand, der – auch phänomenologisch inspiriert – der Soziologie des Alltages,¹²⁰ einem interpretativen Paradigma sowie der objektiven Hermeneutik (Oevermann) verpflichtet ist und über diese sozialwissenschaftlich inspirierte Biografiearbeit in der Begegnung zu einem subjekt- und kontextverstehenden Verständnis gelangt.¹²¹ Auch für Klaus Obert ist ein Alltags- und Lebensfeld orientierter Ansatz grundlegend. Im engeren Sinne bezieht er sich auf Hans Tiersch,¹²² dessen sozialarbeiterisch orientierten Ansatz er für die Gemeindepsychiatrie fruchtbar macht.¹²³ Vor allem in der ambulanten psychosozialen Arbeit erscheint es ihm wichtig, sich der Lebenswelt und dem Alltag der Menschen verstehend zu nähern und mit ihnen ihren Raum, ihre Zeit und ihre sozialen Kontakte und Beziehungen sinnstiftend zu strukturieren.¹²⁴ Sein Ansatz ist derjenige, der als Grundlagentext in dem von Wulf Rössler und Wolfram Kawohl 2013 herausgegeben Reader: Soziale Psychiatrie – Das Handbuch für die psychosoziale Praxis¹²⁵ fungiert.

Darüber hinaus setzen sich sozialpsychiatrische Autoren kritisch-reflexiv mit dem Fach Psychiatrie auseinander. So auch Stefan Weinmann, der sich kritisch mit Biologismus, medikamentöser Behandlung und evidenzbasierter Psychiatrie sowie »institutioneller Orientierung« in klinischer- und außerklinischer Psychiatrie auseinandersetzt. Perspektiven liegen für ihn vor allem in der Einbeziehung von Erfahrungsexperten sowie in der »alten« Forderung: Psychiatrie vom Sozialen aus neu denken!¹²⁶

Zum Schluss des Jahrzehnts legen vor allem Martin Zinkler und andere eine weitere Perspektive vor. Ausgehend von den Forderungen der UN-BRK sehen sie eine Perspektive, die Menschenrechte auch in der Psychiatrie verwirklichen zu können.¹²⁷ Selbstbestimmung und Solidarität sowie – damit verbunden – unterstützte Entscheidungsfindung¹²⁸ sind für sie geeignete Perspektiven, auf deren Grundlage sie ein Hilfesystem

119 Jung 2019.

120 Vgl. hierzu: Berger und Luckmann 1974; Schütz und Luckmann 1979, 1984.

121 Ein ähnliches Vorgehen beschreiben auch: Schulze 2017 oder Konrad 2017.

122 Tiersch 2005.

123 Obert 2001.

124 Obert 2013.

125 Rössler und Kawohl 2013 In dem auch »Soziale Psychiatrie« betitelten und im selben Verlag erschienen Buch von Ilse Eichenbrenner und Jens Clausen wird »Sozialpsychiatrie« nicht theoretisierend begründet, sondern es werden 7 Handlungsprinzipien benannt Clausen und Eichenbrenner 2016.

126 Weinmann 2019.

127 Zinkler und Kousseimou 2014.

128 Zinkler 2019; Zinkler et al. 2019.

konzipieren, das vollständig auf Freiwilligkeit beruht.¹²⁹ Werden nun die Höllenhunde am Eingang der Psychiatrie, wie Thomas Bock »Krankheitseinsicht« und »Compliance« benennt, zu den Gralshütern einer gewaltfreien Psychiatrie? Diese Entwicklung sowie andere hier angedeutete Entwicklungen werden die Sozialpsychiatrie noch eine ganze Weile beschäftigen. Interessantes und vielfältiges Material gibt es genug. Doch auch in der Sozialpsychiatrie gilt (meistens) die Vordringlichkeit des Befristeten. Zur Weiterentwicklung der psychiatrischen, psychotherapeutischen und psychosomatischen Versorgung hat der Bundesminister für Gesundheit zum Psychiatrie-Dialog geladen.¹³⁰ Der wird auch noch eine Zeit dauern und es müssen Stellungnahmen und Positionspapiere verfasst werden.

Derweil gestaltet sich am Ende des Jahrzehnts das psychiatrische Versorgungssystem im Allgemeinen als gut entwickelt, obwohl es eine Reihe von gravierenden Disparitäten, vor allem zwischen Stadt und Land gibt und nicht sämtliche Leistungen auch für schwer und langfristige erkrankte oder behinderte Menschen zur Verfügung stehen.

So waren im Jahr 2019 5.855 niedergelassene Nervenärzt*innen, Neurolog*innen und Psychiater*innen tätig. Weiterhin praktizierten 6.219 Ärztliche Psychotherapeut*innen (inkl. Psychosomatik) und 22.848 Nicht-ärztliche Psychotherapeut*innen.¹³¹ Die Gesundheitsberichterstattung des Bundes kommt auf 34.610 psychotherapeutische Praxen.¹³² In Medizinischen Versorgungszentren und kommunalen Einrichtungen arbeiten 881 Fachärzt*innen, 214 Ärztliche- und 768 Nicht-ärztliche Psychotherapeut*innen.¹³³ Es bleibt allerdings festzuhalten, dass die psychotherapeutischen Leistungen für überwältigende Mehrheit der schwer erkrankten Menschen nach wie vor nicht zur Verfügung stehen.

Die Psychiatriereferent*innen der Länder listen in Ihrem Bericht für 2015 insgesamt 530 Sozialpsychiatrische Dienste, 244 Krisendienste und 177 ambulante Krankenpflegedienste für psychisch erkrankte Menschen auf.¹³⁴ Weiterhin gab es 2015 in Deutschland 690 Kontakt- und Beratungsstellen sowie 569 Tagesstätten mit 11.454 Plätzen und 4 »virtuelle« Tagesstätten.¹³⁵ 2015 gab es circa 90.442 Plätze für Menschen mit seelischen Behinderungen im ambulant betreuten Wohnen und einer Reihe von Bundesländern stehen Möglichkeiten des betreuten Wohnens in Familien zur Verfügung.¹³⁶

Für das Jahr 2018 kommt die Firma con_sens zu einigen detaillierteren Ergebnissen:¹³⁷ Im Jahre 2018 bezogen 407.539 Menschen Unterstützungsleistungen beim »Woh-

129 Zinkler und Peter 2019; Waibel und Zinkler 2020; Kammeier 2019b, 2020.

130 AKTION PSYCHISCH KRANKE et al. 2019 Vgl. auch: <https://www.psychiatriedialog.de>.

131 KBV 2019, S. 24.

132 <https://www.gbe.de> (Zugriff am 15.11.2020).

133 KBV 2019, S. 26.

134 AG Psychiatrie der AOLG 2017b, S. 25-27.

135 Ebd. S. 30-31.

136 Ebd. S. 29, 31.

137 Vgl. zum Folgenden: Con_sens 2020 Die Zahlen sind, wie auch die der AG-Psychiatrie, nicht besonders reliabel, da nicht immer Daten aus allen Bundesländern vorliegen und Definitionen in den Ländern unterschiedlich sind. Ergänzt werden die Zahlen durch eigene Berechnungen. Über die Anzahl der seelisch behinderten Menschen, die – auch mit einem zivilrechtlichen Unterbringungsbeschluss (§ 1906 BGB) – in Pflegeheimen untergebracht sind, liegen mir keine Informationen vor.

nen«. 199.745 Menschen wohnten in stationären Einrichtungen und 207.794 wurden ambulant betreut. Circa 66 Tsd. Menschen mit seelischen Behinderungen lebten in stationären Einrichtungen und circa 146 Tsd. Menschen bezogen ambulante Hilfen der Eingliederungshilfe. Der Ambulantisierungsgrad im Allgemeinen liegt damit bei circa 51 %, jedoch in der ambulanten Sozialpsychiatrie mittlerweile bei 70,2 %. Er variiert jedoch zwischen Bundesländern erheblich. Am höchsten ist er mit mehr als 80 % in Berlin, Hamburg und im Rheinland und am niedrigsten mit circa 50 % in Oberpfalz oder Sachsen-Anhalt. Über die Situation in Pflegeheimen können mangels Zahlen keine Aussagen gemacht werden. Das ist misslich, da sich das alte Problem der »Heime« nun auf die »Pflegeheime« zu verlagern droht, in denen viele seelisch behinderte Menschen fehlplatziert sind – oft genug auch gegen ihren Willen.

Im Bereich der Krankenhausversorgung stellte sich 2018 die Situation folgendermaßen dar:¹³⁸ 2018 befanden sich in den deutschen Krankenhäusern 393 Abteilungen der allgemeinen Psychiatrie mit 56.617 Betten. Ergänzt wurden diese durch 268 Abteilungen der Psychosomatik/Psychotherapie mit 12.025 Betten. Aufgenommen wurden 791.993 Patient*innen und die Verweildauer betrug 24,2 Tage. In der Psychosomatik wurden 88.307 Personen bei einer Verweildauer von 42,7 Tagen behandelt. In den Abteilungen arbeiteten circa 5.688 Fachärzt*innen für Psychiatrie/Psychotherapie und in den psychosomatischen Abteilungen 751 Fachärzt*innen, wobei in der allgemeinen Psychiatrie die Männer knapp und in der Psychosomatik die Frauen stark überwiegen. Im Pflegedienst arbeiten 40.636 Personen, davon 4.551 Mitarbeiter*innen mit Fachweiterbildung.

Nach wie vor gab es 279 Sonderkrankenhäuser bzw. Fachkrankenhäuser mit 46.610 Betten, von denen 123 eine geringe Bettenzahl von unter 100 Betten aufwiesen. 144 Häuser verfügten zwischen 10 und 499 Betten und 12 Häuser über mehr als 500, jedoch unter 1000 Betten. Die Fallzahl betrug 2018 fast 600 Tsd. Personen und die Verweildauer variierten zwischen 24,0 bis 29,5 Tage wobei die niedrigste Verweildauer in den Krankenhäusern mit über 500 Betten und die höchste Verweildauer in den Häusern mit weniger als 100 Betten auffällt. In den Fachkrankenhäusern arbeiteten 9.234 Ärzt*innen und 56.965 Nicht-Ärzte, davon 39.959 in der psychiatrischen Pflege, 16.304 im medizinisch-technischen Bereich und im Funktionsdienst 4.603 Personen.

Die teilstationäre und ambulante Behandlung wurde von 438 (teilstationären) Einheiten durchgeführt mit 164.670 Fällen, 411 tages- oder nachtklinischen Einrichtungen mit 14.693 Plätzen und einer vorstationären Behandlung bei 293 Krankenhäusern mit 45.927 Fällen und 162 Häusern mit nachstationärer Behandlung in 7.747 Fällen. 227 Krankenhäuser verfügen über eine Institutsambulanz (PIA), die 1.177.239 Fälle abrechnet haben.

Im Bereich der Vor- oder Nachsorgeeinrichtungen muss auf Daten von 2016 zurückgegriffen werden.¹³⁹ Hier gab es 2017 insgesamt 213 Einrichtungen/Abteilungen der Psychiatrie (davon 149 Sucht) mit 14.300 Betten, einer Fallzahl von 65.203 und einer Verweildauer von 70,8 Tagen. Weiterhin gab es 179 Einrichtungen/Abteilungen für psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik mit 17.718 Betten, einer Fallzahl von

138 Vgl. zum Folgenden: DESTATIS 2020.

139 DESTATIS 2017.

156.132 und einer Verweildauer von 35,1 Tagen. In 285 Einrichtungen arbeiten 559 Fachärzt*innen für Psychiatrie/Psychotherapie und in 168 Ärzt*innen für psychotherapeutische Medizin/Psychotherapie. In 208 Einrichtungen arbeiten 1.759 Personen im psychiatrischen Pflegedienst. Wie schon vorher angedeutet, stehen diese Einrichtungen jedoch für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen in der Regel nicht zur Verfügung.

Im Bereich der Hilfen zur Teilhabe am Arbeitsleben hat eine Recherche bei »REHADAT« folgendes ergeben: Es gibt 68 Rehabilitationseinrichtungen für psychisch Kranke (RPK), 40 Berufliche Trainingszentren (BTZ), 64 Berufsbildungswerke (BBW) und 43 Berufsförderungswerke (BFW), die Plätze für psychisch erkrankte Menschen vorhalten.¹⁴⁰ Darüber hinaus gab es 2018 insgesamt 919 Inklusionsbetriebe. Natürlich gibt es noch weitere Formen der Unterstützung im Bereich Arbeit, wie Integrationsfachdienste etc., hierüber ist mir jedoch kein statistisches Material bekannt.

2018 existierten in Deutschland circa 1.500 Werkstätten für Menschen mit Behinderungen, die insgesamt 313.108 Personen beschäftigten. Der Anteil von seelisch behinderten Menschen bei den Beschäftigten liegt bei 20 %; das sind 62.621 Menschen.¹⁴¹

7.3 Die DGSP in jüngster Zeit

In den letzten 10 Jahren hat sich die DGSP in vielen Themenbereichen mehr oder auch weniger aktiv eingelassen, Diskussionen vorangetrieben und Positionen entwickelt. Dies waren zum Teil mehrjährigen Prozesse. Deshalb wird hier nicht chronologisch vorgegangen, sondern, um eine gewisse Übersicht zu gewährleisten, werden einzelnen Themenbereiche nacheinander abgehandelt, wobei innerhalb der Themen eine Chronologie beibehalten wird.

Im Jahre 2010 feierte die DGSP im Frankfurter Römer ihr 40-jähriges Jubiläum. Margit Weichold führte hierzu die von Jens Clausen begonnene Chronik ab 1991 fort.¹⁴² Der Vorsitzende Friedel Walburg eröffnete die Veranstaltung mit einer kurzen Begrüßung und Hilde Schädle-Deininger führt danach weiter durch die Veranstaltung.¹⁴³ Neben Hans-Ulrich Deppe, dessen Rede leider nicht dokumentiert ist, ist Thomas Bock der Hauptredner, der sich in seinem Vortrag vor allem auf die aktuelle Zeit nach der Psychiatrie-Enquête bezieht,¹⁴⁴ denn es gibt weiterhin Strukturprobleme bei der psychiatrischen Versorgung und deren Finanzierung, die Psychiatriereform ist erst »auf halben Weg«. Allerdings gibt es einige Lichtblicke: Neben den Initiativen zum Regionalbudget oder auch Diskussionen um eine »Öffnung« der Psychotherapie auch für schwer erkrankte Menschen sind für Thomas Bock insbesondere zukunftsweisende Projekte die »Integrierte Versorgung«, wobei vor allem das »Hamburger Modell« und das TK-Modell

140 <https://www.rehadat.de/> (Zugriff am 16.11.2020).

141 Con_sens 2020, S. 33–34.

142 Weichold 2011.

143 Müller 2011.

144 Bock 2011b.