

## Wolfgang Bayer – BeB/DD - Psychiatrie-Jahrestagung 2017

Was ist das soziale/politische an der Psychiatrie heute? oder

Wer nicht weiß woher er kommt, kann auch keinen Kurs setzen.

Die Sozialpsychiatrie ist in die Jahre gekommen. Mehr als 40 Jahre Geschichte, die in Tagungen in den vergangenen zwei Jahren vielfach rezipiert wurde. Und auch wir, die Protagonisten sind alt geworden. Viele der heute Beschäftigten haben wie ich seit über 30 Jahren, und damit gefühlt von den Anfängen an, die Entwicklung mitgestaltet. Wer 40 Jahre alt ist, gilt als Mitarbeiter schon als jung, immer jüngere Klientel steht vor unseren Angeboten und wir scheinen diese nicht immer gut zu erreichen mit der Sozialpsychiatrie. Ein Generationswechsel steht ins Haus und es lohnt sich Antworten auf die Fragen zu suchen, wie jung, modern, zeitgemäß, und wie sozial und wie politisch ist die Psychiatrie heute, die das Soziale ja programmatisch mit sich trägt. Anders gesagt, was will soziale Psychiatrie den Mitarbeitenden, die in den nächsten Jahren kommen werden eigentlich vermitteln, wohin wollen wir? Was sind, angesichts eines sich beschleunigenden und von uns Älteren gerne als „irrsinnig schnell“ gekennzeichneten (kapitalistisch bestimmten) Wandels unserer Gesellschaft mögliche programmatische Orientierungslinien für die nächsten Jahre? Antworten darauf sind wegen der Komplexität nicht einfach. Es geht darum unsere bisherige Entwicklung der Sozialpsychiatrie selbstkritisch zu bewerten, um damit zukunftsfähig zu sein und über das Bestehende und den eingangs angedeuteten Generationswechsel hinaus zu weisen, also über uns selber hinaus.

Eine erste vorläufige Antwort auf die Titelfrage lautet für mich : Die Sozialpsychiatrie könnte es mehr sein!

Nach meinem Eindruck liefert die soziale Psychiatrie aktuell wenig zukunftsweisende Orientierungslinien für eine inhaltliche Weiterentwicklung und sie wirkt eher unpolitisch, übernimmt eher unkritisch und unreflektiert den politischen Meinungs-Mainstream und seine Rhetorik.

Ein Blick zurück.

Die Psychiatrie-Enquete von 1971 - 1975 gilt zu Recht als der Startpunkt gemeinde- und sozialpsychiatrischer Entwicklungen in Deutschland. Die im ersten Zwischenbericht der Kommission festgestellten "elenden, teilweise menschenunwürdigen Umstände" standen in einem nicht mehr zu vertretenden Ausmaß im Widerspruch zur in der Zeit des „Wirtschaftswunders“ entwickelten Nachkriegs-Wohlstandsgesellschaft.

Die skandalisierten Lebensumstände psychisch erkrankter Menschen in den psychiatrischen Anstalten waren, als Kontrast zur gesellschaftlichen Aufbruchsstimmung in eine Moderne der gestärkten individuellen Bürgerrechte und des sich ausbauenden Sozialstaates nicht länger zu legitimieren. Die Sozialpsychiatrie verstand sich damals als Gegenmodell gegen die Institutionen der Anstalten und als Alternative zur allein medizinisch definierten Behandlungslogik der Großkliniken. Und, sie und manche ihrer Gründer/innen waren sich des Zusammenhangs von individueller psychischer Erkrankung und gesellschaftlichen Bedingungen durchaus bewusst und waren in diesem Sinne auch politisch.

Die Forderungen aus dem Enquete-Bericht sind uns allen bekannt, sie gehören heute zum verinnerlichten Sprachschatz aller, und sie stießen eine Entwicklung an, die Günther Wienberg

bereits 2008 als eines der erfolgreichsten und nachhaltigsten Reformprojekte der Bundesrepublik kennzeichnete. Dies ist aus unserer sozialpsychiatrischen Innensicht natürlich richtig und nachvollziehbar. Und wenn wir die damalige Ausgangssituation mit der heutigen elaborierten gemeindepsychiatrischen Landschaft vergleichen, in der ambulante Hilfen dominieren und vielfältige differenzierte Unterstützungsformen vorhanden sind, so erfüllt uns dies auch mit einem gewissen Stolz. Trotz aller ebenfalls kontinuierlich monierten Mängel.

Es ist allerdings bemerkenswert, dass wir die nach wie vor mangelhafte oder sogar fehlende Umsetzung zentraler Forderungen der Enquete innerhalb der Sozialpsychiatrie so gut wie nicht als Nebenwirkung unseres Systemausbaus diskutieren. Die weiterhin fehlenden Zugangsmöglichkeiten z.B. zu adäquaten den eigenen Lebensunterhalt finanzierenden Arbeit oder zu einer erforderlichen psychotherapeutischen Behandlung, die Renaissance der geschlossenen Unterbringung u.a. mehr, führen im Regelfall, mehr als 40 Jahre nach Veröffentlichung des Abschlussberichtes der Enquete-Kommission immer wieder zu einer reflexhaften Wiederholung der damaligen Forderungen und Arbeitsaufträge. Und die von Günther Wienberg ebenfalls diagnostizierte 3-Klassen-Psychiatrie führt kaum zu einer inhaltlich neuen Ausrichtung der Sozialpsychiatrie, sondern eher zu einem unentschlossenen Achselzucken, „wir können doch nicht alles ändern“. Dies hat im Hinblick auf die uns durch Gesetzgebung gegebenen Grenzen durchaus eine Berechtigung, ist aber damit nicht generell begründbar.

Mich beschäftigt allerdings die Frage welchen Anteil wir, die Sozialpsychiatrie daran haben. Da sie kaum gestellt und damit auch nicht beantwortet wird, werden daraus folgend kaum neue Ziele formuliert, die sich z.B. auf aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen beziehen. Weil die alten Ziele noch nicht erreicht sind gilt also das viel einfachere, weiter so! Aktuelles Beispiel ist für mich die Jahrestagung des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie,<sup>1</sup> die mit dem Titel „Jetzt erst recht!“ die Weiterentwicklung ambulanter gemeindepsychiatrischer Netzwerke fordert, so als ob die bisherige Entwicklung und deren Mängel, nicht ein Überdenken der darin steckenden Hypothese erforderten.

Ernst von Kardorff hat diese merkwürdige Veränderungsresistenz im Rahmen der DGSP-Jahrestagung 2016 als „Single-issue“-Perspektive bezeichnet, die „zu einer selbstbezüglichen Eigendynamik der Psychiatriereform beigetragen“ hat. Wie ist das zu erklären?

Nach meiner Einschätzung ist diese beständige Wiederholung sowohl in einer begrifflichen Unschärfe des Sozialen als auch im Verlust des gesellschaftstheoretischen Bezuges psychiatrischer Unterstützung mit begründet. Dies ist aus der Geschichte heraus durchaus nachvollziehbar, war doch jede Änderung der äußeren Lebensbedingungen für Menschen mit komplexen psychischen Störungen per se schon ein Fortschritt und eine Verbesserung angesichts der katastrophalen Lebensumstände in den damaligen Anstalten. Der Aufbau offener Wohnheime, die Schaffung dezentraler Arbeitsstrukturen oder der Aufbau differenzierter ambulanter Hilfen im Wohnumfeld von Klienten/innen etc., all dies orientierte sich an einer Verbesserung der äußeren Lebensbedingungen und damit auch an den Lebensentwürfen der bürgerlichen Mittelschicht der 70er und 80er Jahre. Vollbeschäftigung, Wachstum, stabile politische Verhältnisse, ein sich ausbauender Sozialstaat bildeten den gesellschaftlichen Hintergrund. Es erschien vorstellbar, allen einen Platz in der bürgerlichen Mitte zu verschaffen.

Die von uns dafür entwickelte Vielfältigkeit der Formen sozialpsychiatrischer Hilfen weist eine gewisse Beliebigkeit der Konkretion in diesem Mittelschichts-Rahmen auf wirkt sowohl bunt und

---

<sup>1</sup> Achtung – dies ist keine Kollegenschelte!

kreativ, hat uns aber möglicherweise auch blind gemacht für die Ausgrenzungseffekte der o.g. Mittelschichtorientierung.

Sie enthält darüber hinaus eine weitere Schwachstelle in der theoretischen, begrifflichen und fachlichen Begründung sozialpsychiatrischer Entwicklungen. Nach meinem Eindruck haben wir in der Arbeitspraxis der Sozialpsychiatrie, auf Grundlage der Analyse totaler Institutionen von Goffmann eine eindimensionale generelle Institutionskritik abgeleitet und daraus den verkürzenden Schluss gezogen, die Auflösung der totalen geschlossenen Institutionen und die damit verbundene Veränderung der äußeren individuellen Welt, des einzelnen Patienten sei Garant für die Heilung seiner/ihrer psychischen Erkrankung bzw. seelischen Leidens. Aus der Kritik der Totalen Institution von Goffman wurde so im Laufe der 40 Jahre eine allgemeine Ablehnung von Institutionen, ohne diese wirklich auf ihren totalitären Charakter hin zu überprüfen oder sich mit der Institutionalisierung der Sozialpsychiatrie zu beschäftigen. In der Praxis erlebe ich immer wieder die Gleichsetzung von Institution = Heim.<sup>2</sup>

Der verkürzte Institutionsbegriff führt bis heute zu einer unklaren Forderung von De-Institutionalisierung oder der (aus meiner Sicht ideologischen) Forderung nach Auflösung stationärer Institutionen. Kurz gesagt, was wir gut finden, ist keine Institution bzw. darf keine sein.

Diese Blindheit gegenüber unserer institutionalisierten Sozialpsychiatrie und deren „Spielregeln“ macht uns also gewissermaßen blind gegenüber gleichzeitig bestimmenden wirtschaftlichen und fiskalischen Interessen (ambulant ist billiger) oder den immanenten exkludierenden Wirkungen der von uns entwickelten ambulanten sozialpsychiatrischen Unterstützungssysteme.

Sie führt auch dazu, dass wir die Frage in welchem Verhältnis die beiden Hypothesen (gesellschaftliche Bedingungen führen zu psychischer Erkrankung und damit zu Ausgrenzung oder psychische Erkrankungen verursachen sozialen Abstieg) in der sozialen Psychiatrie kaum diskutieren. So ist es nicht verwunderlich, dass wir weder brauchbare und das Verhältnis erhellende Forschungsergebnisse noch irgendeine Evidenz der Wirksamkeit sozialpsychiatrischer Unterstützung haben. Stattdessen führt es überwiegend zu einem mir widersinnig erscheinenden Disput zwischen klinischer, akademischer Psychiatrie und einer von der Sozialen Arbeit geprägten Sozialen Psychiatrie, ohne dass die Wechselwirkung zwischen diesen Institutionen und Systemen wirklich in den Blick genommen werden (vgl. Salize 2017). Während die einen nach immer besseren Möglichkeiten der Verhaltensbeeinflussung durch Behandlung suchen, beschäftigen sich die anderen allein mit der äußerlichen Verbesserung individueller Lebensverhältnisse. Hier besteht Nachholbedarf! Wir brauchen mehr Wissen und Forschung, wir brauchen Faktenwissen und nicht das Gefühlte „es ist schon alles richtig“, mit der klaren Haltung, dass wenn sich die Unwirksamkeit bestehender Angebote der Sozialpsychiatrie erweist, wir diese aufgeben werden.

Diese theoretischen und begrifflichen Leerstellen sind nach meinem Eindruck eine der Ursachen für die sozialpsychiatrische Institutionsgeschichte, die hoch differenzierte Unterstützungssysteme entwickelte aber dadurch reichlich Lücken schuf, in denen insbesondere Menschen mit komplexen Bedarfen unversorgt vor allem in deprivierten, sozial ausgegrenzten Lebenslagen landeten. Den positiv konnotierten Ausbau ambulanter Hilfen haben wir so, uns selbst legitimierend voran

---

<sup>2</sup> Die heute am häufigsten verwendete Definition von Institutionen stammt von Douglass North, der sie als die formellen wie informellen Spielregeln einer Gesellschaft beschreibt, die die Anreizstrukturen für das politische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Zusammenspiel festlegen. (wikipedia Institution, <https://de.wikipedia.org/wiki/Institution> download 2017-05-01)

getrieben, während die bisher Unversorgten später/zukünftig, wenn die Ressourcen endlich einmal das von der Sozialpsychiatrie geforderte Maß erreichen würden, auch unterstützt werden sollten.

Weil wir die schlechte Versorgung von Menschen mit schweren psych. Störungen und deren Ausgrenzung durch die Sozialpsychiatrie nicht als Mitwirkung unseres eigenen Systems gedeutet haben und weil die Wechselwirkungen zwischen Erkrankung und gesellschaftlichen Ursachen mehr oder weniger aus dem Blick gerieten, wurde die Herausbildung einer abgeschlossenen psychiatrischen Subkultur, eines ambulanten psychiatrischen Ghettos, wie sie z.B. Bernd Eikermann schon 2005 mit dem Stichwort der Psychiatriegemeinden kritisch analysierte, von der Sozialpsychiatrie nur sehr begrenzt wahrgenommen. Und die Reaktion der Sozialpsychiatrie: weitere psychiatrische Dienste und Institutionen.

Die fehlende Konkretion des Begriffs des Sozialen und die daraus abgeleitete praktische Haltung, jede unserer sozialpsychiatrischen Entwicklungen sei per se sozial, helfen nach meinem Eindruck zu erklären, wieso nach 40 Jahren Enquete-Geschichte immer noch beinahe dieselben Forderungen auf der Agenda sind. Auch heute profitieren die Menschen mit den umfangreichsten Unterstützungsbedarfen am wenigsten vom fortschreitenden Ausbau der Sozialpsychiatrie und unsere Orientierung an der schrumpfenden bürgerlichen Mitte bedingt die latent zunehmende Ausgrenzung an unseren fachlichen Rändern. Vieles ist also unter diesem Blickwinkel beim alten geblieben und wir sind sozusagen unhistorisch unterwegs.

Belege für diese Ungeschichtlichkeit sozialpsychiatrischer Entwicklung finde ich auch darin, dass gesellschaftspolitische Diskurse in der Sozialpsychiatrie nicht mehr geführt werden. Es scheint mir bisweilen so, als ob 40 Jahre gesellschaftlichen und politischen Wandels, nicht zu einer neuen fachlichen Programmatik oder einem aktuellen Verständnis über das Politische der sozialen Psychiatrie führt. Nein, es wirkt gerade so, als ob der 1975 noch vorhandene politische Gesellschaftsbezug verschwunden ist und wir uns in der Sozialpsychiatrie im Laufe der Jahre immer mehr nur noch als Ausführende im Rahmen staatlichen Handels verstehen.

War 1975 noch geprägt von einer gesellschaftlichen Aufbruchsstimmung, in der die Stärkung individueller Bürgerrechte, die Wendung gegen Vorstellungen der konservativen Adenauerschen Nachkriegszeit und der Ausbau des Sozialstaates Programm war, so wird die Ära Kohl zum Einstieg in den Rückbau des Sozialstaates. Gerhard Schröders Agenda 2010, die mit einer rapiden Ökonomisierung sozialer Dienstleistungen, Neoliberalen Marktorientierung und der Rückgabe von Verantwortung – man könnte auch sagen Schuld – an den/die einzelnen Bürger/in verbunden sind, prägt den Jahrtausendwechsel. Der einzelne Bürger als eigenverantwortlicher Kunde sozialer Dienstleistungen wird zum Leitbild. Und seit dem prägt das Merkelsche Mantra des „Wir schaffen das“ und der damit verbundene Pragmatismus die politische und soziale Landschaft, wobei seine theoretischen, ethischen, politischen und oder sozialen Implikationen wirklich nur selten erkennbar sind (so z.B. der wechselnde Kurs in der Atom- oder der Flüchtlingspolitik).

Die z.B. durch die UN-BRK in den Vordergrund geschobenen Begriffe wie Inklusion, ICF-Orientierung und Sozialraum dienen als positiv bewertete Begründung für den Rückzug des Staates aus seiner sozialpolitischen Verantwortung für die Menschen und den Umbau oder Rückbau sozialer Institutionen, Einrichtungen und Dienste bei gleichzeitiger Einführung marktwirtschaftlicher Handlungs- und Leistungsprinzipien.

Aus dem Behinderten, dem Fürsorgeempfänger sozialstaatlicher Leistungen der 70er Jahre wurde zunächst der Leistungsberechtigte und nun, im neuen BThG der Antragsverpflichtete. Der Mensch als sich selbst permanent optimierender Unternehmer, der verpflichtet scheint, diesen Prozess der

Selbstökonomisierung voranzutreiben erscheint ein neues Leitbild für die staatlich legitimierte soziale Arbeit zu sein. Freie und allein selbst verantwortliche Bürger aller Orten, und wer keinen Antrag stellt, also seine Rechte aktiv in Anspruch nimmt, erhält eben keine Leistung. Dass sich hierin auch die Begrenzung staatlicher Unterstützung auf diejenigen zeigt, die ihre Interessen wahrnehmen können und für die der Einsatz staatlicher Mittel zu rechtfertigen ist, oder für die sich der Einsatz staatlicher Mittel noch lohnt, findet keinen Niederschlag in der sozialen Psychiatrie bzw. in der Rezeption der Begriffe und Konzepte.

Statt kritischer Analyse und Distanz verfolgen wir in der Sozialpsychiatrie dieselbe sich modern gebärdende Begrifflichkeit einer, nach meinem Eindruck, für schwer erkrankte Menschen nur scheinbaren Nutzersouveränität, die bestenfalls schemenhaft erkennbare Sehnsuchtstorte individueller, menschlicher und gesellschaftlicher Visionen abbildet als deren Realität oder gar deren Chance auf Realisierung. Begriffe wie Inklusion und Sozialraum prägen heute vermutlich den größten Teil unserer sozialpsychiatrischen Konzepte ohne dass kritisch reflektiert wird, wie damit implizit gesellschaftlich verursachte Armutsrisiken und Ausgrenzungseffekte individualisiert und in die Verantwortung einer ungefragten und nicht per se inklusionsbereiten Nachbarschaft delegiert werden.<sup>3</sup>

Und das damit ebenfalls verbundene Ziel der Einsparung von Steuermitteln für öffentliche Haushalte wird darüber hinaus mit Verständnis aufgenommen, ohne dass der Prozess gesamtgesellschaftlicher Wohlstandsumverteilung wirklich kritisiert oder gar politisiert wird.

Unsere politische Einäugigkeit drückt sich für mich auch aus in der nicht abnehmenden fachlichen Befürwortung ambulanter Unterstützung und Behandlung, ohne dass wir darauf Bezug nehmen, dass stationäre klinische Behandlung mittlerweile zu einer kürzest Behandlung mutiert und Unterstützung von Menschen mit komplexem Unterstützungsbedarf durch ausgedünnte ambulante Unterstützung selten zu gewährleisten ist. Die erschreckend große Zahl von psychisch schwer erkrankten Menschen in der Obdachlosigkeit und Gefängnissen, der strukturelle Ausschluss dieser Menschen aus ambulanter Behandlung (z.B. Psychotherapie) wird von uns zwar kritisiert, führt aber nicht zu einem spürbaren Kurswechsel. Sie zeigt sich in der Forderung nach Arbeit im ersten Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen/psychischen Erkrankungen, ohne dass wir dabei darauf Bezug nehmen, dass dieser Arbeitsmarkt in den letzten Jahren im großen Stil Menschen mit begrenzter Leistungsfähigkeit und damit geringerer Wertschöpfungsfähigkeit aus Arbeitsprozessen herausbefördert und die Zahl der AU-Tage der im Arbeitsmarkt befindlichen Menschen durch psychiatrische Diagnosen zugenommen hat. Während wir also einerseits die krankmachenden Strukturen der Arbeit und des Arbeitsmarktes in Deutschland anprangern (Burnout-Syndrom als ein Stichwort) fordern wir die Integration von Menschen mit Behinderungen / psych. Erkrankungen in genau diesen Arbeitsmarkt. Unter dem Eindruck einer entstehenden Dienstleistungsgesellschaft, der die klassische Produktionsarbeit ausgegangen scheint, sehen wir die Ausweitung des Dienstleistungsmarktes als Chance oder als Basis für bessere Teilhabechancen gerade für Menschen mit „Zugangshemmnissen“. Von der Kernfunktion von Lohnarbeit absehend, nämlich Einkommen zu sichern, idealisieren wir Arbeit gerne und eher ausschließlich als sinnstiftend.

Und beides tun wir trotz der Tatsache, dass diese Dienstleistungsarbeit vor allem für Menschen mit geringer oder schlechter Qualifizierung oft schlecht bezahlte und prekäre Arbeitsverhältnisse geschaffen hat, die Existenzsicherung nur begrenzt erbringt und von deren Dienstleistung

---

<sup>3</sup> Die Instrumentalisierung von privaten Lebenszusammenhängen zur Bewältigung oder Befriedung gesellschaftlicher Nachteile sei hier nur am Rande erwähnt.

tendenziell die bürgerliche Mittelschicht profitiert (vgl. Bartmann 2016). Es bedarf also einer neuen Bewertung von Arbeit, eine neue Sicht auf Arbeitsmärkte und Arbeitsbedingungen, insbesondere, aber nicht ausschließlich für Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Was bedeutet dies für die zwischenmenschlichen Beziehungen in unserer Arbeit?

Auf der einen Seite sind Klienten/Nutzer immer weiter aus der Rolle von Bittstellern in die Position als Rechtebesitzer geraten, von der heraus Forderungen und Erwartungen an das professionelle Unterstützungssystem und den einzelnen Mitarbeitenden gestellt werden. Gleichzeitig haben Professionalisierung und die sich ausdifferenzierende Sozialgesetzgebung auch auf unserer Seite der professionellen Mitarbeitenden zu einer immer stärkeren formalen und vermeintlich rechtlichen Betrachtung unseres eigenen Handelns geführt. Vielfach spielen in der alltäglichen Gestaltung von Unterstützungsleistungen vor allem formale und juristische Fragen nach Zuständigkeiten, Leistungsvereinbarungen, rechtlicher Verantwortung u. ä. eine zentrale Rolle. Die eingangs beschriebene rein positive Bewertung unserer Angebote und die fortschreitende Formalisierung der sozialpsychiatrischen Arbeit durch innere eigene Institutionalisierungsprozesse und von außen durch Rechtsnormen und Verwaltungsvorgaben hat zu einer erheblichen Distanzierung zwischen uns Professionellen und den Klienten geführt. Sie drückt sich darin aus, dass wir alltägliche, zwischenmenschliche Kontakte weitestgehend durch professionell-rationale<sup>4</sup> ersetzt haben und uns von der Vorstellung übereinstimmender oder gar gemeinsamer Lebenswelten von Klienten und Professionellen fast vollständig entfernt haben<sup>5</sup>. Von Klienten oder Angehörigen geforderte oder erwartete Umbauten der Sozialpsychiatrie werden mit der Antwort, dafür gebe es kein Geld, abgewiesen, weil wir dies im Regelfall als Zusätzlich zum bestehenden guten System verstehen.

So erkläre ich mir eine gewisse Sprachlosigkeit sowohl im Hinblick auf das individuelle Leid eines Klienten und dessen Erklärungsversuche für die eigenen Erkrankung (ich erinnere hier an Thomas Bock Forderung den Eigensinn eines Klienten zu sehen) und ganz besonders dann, wenn die für eine Änderung der äußeren Lebensumstände geforderten Mittel nicht bereitgestellt werden oder nicht vorhanden sind. So höre ich immer wieder standardisierte Aussagen in sozialpsychiatrischen Zusammenhängen wie, „das sei ja der Wunsch des Klienten“ oder „dafür sei man selber nicht zuständig“ oder „dafür gibt es leider kein **zusätzliches** Geld, ohne dass inhaltliche Spannungsbögen zwischen Bevormundung und Verwahrlosung, zwischen Rechtsansprüchen und begrenzten Fähigkeiten diese wahrzunehmen, zwischen krank und gesund von Klienten, Mitarbeitenden oder gar deren Angehörigen gemeinsam ausdiskutiert werden.

Unsere konsequente Individualisierung und Personenzentrierung der Unterstützung führt in der Arbeit mittlerweile häufig zu dyadischen Beziehungsstrukturen, die sich gegen dritte abgrenzen und die bei Klienten wie bei Profis eine starke Isolierungstendenz fördern, der die Einbindung in soziale Kontexte fehlt. So beziehen sich vereinzelte Mitarbeitende auf einzelne Klienten und sind sich vor allem in der Abwehr äußere Einflüsse einig.

---

<sup>4</sup> Diese Beziehungen, bzw. unser Umgang damit, unterliegen damit auch den Regeln einer ökonomisierten Sozialen Arbeit, die betriebswirtschaftliche Regeln der Wertschöpfung und der Frage nach effektivem Einsatz von Zeit zum faktischen Maßstab erhoben hat.

<sup>5</sup> Dies erklärt, warum wir, die Professionellen, überzeugt von anderen Inklusion fordern, selber aber in der Regel in unserem Privatleben damit nicht „auch noch belastet/beschäftigt“ werden wollen.

Welche Anforderungen ergeben sich nun für eine Neubestimmung sozialer Psychiatrie auf der Basis der Erkenntnisse und der Forderungen der Psychiatrie-Enquete?

Psychiatrie ist dann Sozialpsychiatrie wenn wir soziale und politische Fragestellungen wieder in Positionen der Sozialpsychiatrie erkennbar machen und gesellschaftliche Realitäten z.B. von Ausgrenzung der in der Arbeit nicht brauchbaren/verwertbaren Menschen erneut thematisieren. Dabei gilt es psychische Besonderheiten als menschlich mögliche Wesensäußerung zu akzeptieren und diese nicht als nur individuell pathologisches Handeln und Krankheit zu diskreditieren, ohne aber den Anspruch aufzugeben, psychisches Leiden zu heilen oder lindern zu wollen. Zu dieser anthropologischen Orientierung Sozialer Psychiatrie gehört nach meinem Verständnis auch die Beteiligung an einer gemeinsamen und solidarischen Sinn-Suche von professionellen Mitarbeitenden und Psychisch leidenden Menschen im Kontext gesellschaftlicher Bedingungen. Der dank Thomas Bock in den Blick gekommene Eigen-Sinn, der eine Auseinandersetzung mit den je individuellen Deutungsversuchen einer psychischen Auffälligkeit erfordert, wird so in die Mitte eines humanistischen solidarischen psychiatrischen Handelns gerückt. Wir als Psychiatrisch Tätige sind gefordert, uns sowohl mit eigenen Sinn-Fragen zu beschäftigen als auch das gemeinsame Ringen um ein gelingendes Leben als wesentlichen Inhalt unserer Arbeit zu begreifen. Dafür ist die Befassung mit individuellen und gesellschaftlichen Ursachen des Leidens unabdingbar und sie stellt damit eine Alternative zu medizinischen Psychiatrie dar, die sich erfolglos auf die Suche nach genetischen und/oder hirnganischen Ursachen psychischer Auffälligkeiten macht. Wirksame Mitverantwortungsstrukturen, Peerberatung u. ä. in denen Psychiatrie-Erfahrene, Angehörige und Professionelle gemeinsam auf dieser Basis andere Formen der Unterstützung aushandeln, entwickeln, umsetzen und dann auch verantworten, erscheinen mir eine richtungsweisende Entwicklung der heutigen Sozialpsychiatrie zu sein.

In diesem Sinne ist eine demokratische Diskurs- und Gesprächskultur zu stärken und auszubauen, eine neue sprechende Psychiatrie im Sinne von Dorothea Buck. Menschen mit Psychiatrischen Erfahrungen Raum für diese Deutungs- und Erklärungssuche zu geben ist das Eine. Dies ebenfalls deren Angehörigen mit ihren Sichtweisen einzuräumen und diese ebenso ernst zu nehmen ein zweites Erforderliches, im Sinne einer dialogischen Psychiatrie. Wir, die Professionellen aber auch Psychiatrie-Erfahrene und Angehörige brauchen dazu die Bereitschaft zuzuhören, die Aussagen des Anderen als seine sinnvolle Deutung wahrzunehmen und als sinnvolles Anderes Wertzuschätzen. In einem solchen Dialog, der die Chance des Austausches und damit der Aushandlung von Interessenslagen und Bedürfnissen neu ermöglicht, können sich gemeinsame Blicke auf Krankheit verursachenden gesellschaftlichen Bedingungen eröffnen. Dies bietet einen neuen Blick auf das Soziale, das sowohl von Individuen gestaltet wird, als auch uns umgebende und uns prägende Bedingung ist. In einer solchen Abkehr vom Dogma der Betrachtung rein individueller und individualisierter Krankheit, daraus folgender Lebensumstände und der darauf ausgerichteten Unterstützung liegt die Chance, uns als soziale Wesen mit einer besonderen Persönlichkeit als Teil einer Gesellschaft wahrzunehmen. In der Verknüpfung dieser Aspekte liegt eine politische Orientierung, die sich der fortschreitenden Pathologisierung und Psychiatrisierung von bis dato normalen Lebensereignissen entgegenstellt, wie sie sich z. B. im DSM V zeigt und einen Weg zu einer solidarischen Psychiatrie weist.

Es geht auch darum die in den Sozialgesetzen liegende Chancen zu bergen, uns im Interesse der Klienten als Professionelle in einen kritischen, politischen und positionsbeziehenden Diskurs mit den Sozialleistungsträgern zu begeben, und die eher passive Rolle als rein ausführende quasi Unbeteiligte aufzugeben.

Damit geht es auch um eine neue Bestimmung und damit Begrenzung sozialpsychiatrischer Zuständigkeiten und Angebote auf die Menschen, die wegen ihres krankheitsbedingten Leidens nicht alleine ihre Genesung erreichen können. Sie begrenzt, im Sinne von Klaus Dörners alter Forderung mit den Schwierigsten zu beginnen, ihre Verantwortung gegenüber der Gesellschaft und ihre Zuständigkeit auf diese Menschen, und verweist damit soziale Probleme wie Armut, Wohnungslosigkeit Bildungsmangel etc. zurück in die zuständigen Instanzen von Verwaltung, Stadtentwicklung, Politik und Gesellschaft. Dazu gehört nach meinem Verständnis auch die Veränderung unserer Unterstützungsangebote in zweierlei Hinsicht. Wir verzichten auf Angebote, deren Wirksamkeit nicht begründet, deren exkludierende institutionalisierte Wirkung stärker ist als deren Orientierung an Teilhabe – um ein modernes Wort zu benutzen. Wir bauen unsere bestehenden Institutionen dahingehend um, dass sie Nutzern/innen reale Chancen auf Partizipation an gesellschaftlichen Bezügen ermöglichen, im Klartext heißt es die internen Einflussverhältnisse deutlich zugunsten von Nutzern/innen zu verschieben.

Politische Sozialpsychiatrie thematisiert damit ausdrücklich gesellschaftliche Ausgrenzung, Armut, und anderes als Ursachen individueller Erkrankung und seelischen Leidens und formuliert dazu eine Gegenposition der Sorge für Andere und einer demokratischen Beteiligungskultur. Dies ohne der Verlockung nachzugeben, hier neue gemeindepsychiatrische Tätigkeitsfelder zu entdecken und damit neue psychiatrische Institutionen zu kreieren. Sie engagiert sich z.B. für eine die Gesundheit fördernde Stadtplanung und integriert ihr psychiatrisches Know - How in gesellschaftliche, kommunale Arbeit, dort, wo sie gebraucht wird. Damit leistet unsere Sozialpsychiatrie einen wirksamen Beitrag zu einer inklusiveren Gesellschaft.

Noch eine abschließende Bemerkung zum Generationswechsel, von dem ich eingangs sprach. Das Politische und das Soziale sind keine historischen oder gesellschaftlichen Konstanten und die früheren oder heutigen Protagonisten, wie wir, können daher nicht einfach vermitteln wollen, was denn das Soziale/Politische zu sein hat. Es ist heute, unter dem Eindruck von Digitalisierung, Twitterisierung, Globalisierung und gleichzeitiger Regionalisierung etwas Anderes als vor 40 Jahren. Es ist daher unser gemeinsamer Auftrag, in einem diskursiven Prozess rückblickend Erfahrungen und Entwicklungen wahrzunehmen und zu analysieren und unter den aktuellen gesellschaftlichen Bedingungen neu zu bewerten. Erst aus diesem Diskurs ergibt sich was zukünftig politisch sein kann, in einer solidarischen Psychiatrie.

#### Literatur:

Bartmann, Christoph (2016): Die Rückkehr der Diener, München 2016

Goffmann, Irving (1972): Asyle

Graefe, Stefanie (2017): Das Subjekt in der Krise: Erschöpfung, Resilienz, Widerstand; in: soziale psychiatrie, Heft 02/2017, S. 13 – 17

Michels, Maren (2015): Wie sozial ist die Sozialpsychiatrie? – Zur historischen Entwicklung und Kritik deutscher Ansätze; unveröffentlichte Masterarbeit an der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit & Diakonie, Hamburg;

Salize, Hans Joachim (2017): Welche Aufgaben hat die sozialpsychiatrische Forschung im galoppierenden sozialstrukturellen Wandel?; in: sozialpsychiatrische Informationen, Heft 2/2017, S. 3 – 7;



Wienberg, Günther: Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven; in: Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 1/2008, S. 2 – 13;