

## SOZIALPSYCHIATRIE IM GEGENWIND

Heiner Keupp

Festvortrag beim 25jährigen Jubiläum der Sozialpsychiatrischen Dienste München Laim und München Schwabing des Caritasverbandes München am 25.11.2003

Wenn man allmählich zu den Grauköpfen gehört, dann ereilt einen immer häufiger das Schicksal, bei Jubiläen eine Festrede halten zu müssen. Und wenn dann ein ganzes Handlungsfeld auf eine runde Zahl von Jahren zurückblicken kann, dann häufen sich da die Anlässe. Jeder Träger will seine eigene Rede. Das geht jetzt schon ein paar Jahre so. Und das wird zum Stress: Es sind ja immer wieder auch die gleichen Personengruppen, die sich dann zum Feiern versammeln. Denen möchte man ja nicht unbedingt ein Déjà-vu-Erlebnis bescheren, wie es uns einst Helmut Kohl mit seiner zweimal gehaltenen Sylvesterrede zugemutet hat. Vor nicht allzu langer Zeit hätte ich gesagt, sucht Euch einen anderen, mir fällt nicht mehr viel Neues ein. Die SPDIs sind doch nun nach stürmischen Anfangsjahren endlich in ruhigeren Wassern angekommen und das muß man nicht in einer Art Wiederholungszwang unnötig beweihrauchern. Danach ist mir allerdings inzwischen nicht mehr zumute und deshalb traue ich mich auch wieder das Maul aufzumachen! Wer von uns hätte das gedacht, dass wir noch einmal um die (Weiter-)Existenz der SPDIs würden kämpfen müssen. Sturmerfahren sind wir ja eigentlich, aber die relative Ruhe des Wohlfahrtsstaates hat nicht gerade dazu beigetragen, dass wir uns auf die Situation einer so fundamentale Bestandsgefährdung eingestellt haben, wie sie jetzt offensichtlich einzutreten droht. Bei einer Feier, in der auf ein Vierteljahrhundert erfolgreicher Arbeit zurückgeblickt werden soll, wäre natürlich auch Rückblick notwendig, aber den hätte am kompetentesten Hanna Sigl liefern können – nicht nostalgisch oder romantisierend, sondern eher als Erinnerung daran, dass auch in den üppigen Jahren unserer Republik und Stadt der Aufbau einer ambulanten Sozialpsychiatrie in München kein bequemer Weg war. Vielleicht kann man diese Geschichte sogar als Empowermentnarration erzählen, die uns vor Resignation schützen könnte.

Es war jedenfalls eine sehr turbulente Zeit und der Kampf um die Sozialpsychiatrischen Dienste in München wurde bundesweit verfolgt und sogar von führenden Vertretern der niederländischen Psychiatrie kommentiert. Eine Zeit lang sah es so aus, als würde in Bayern nur eine „Kümmerform“ von Sozialpsychiatrie überleben können. Unter dem schon angedeuteten standesärztlichen Druck drohte das Sozialministerium einzuknicken und legte 1982 einen Entwurf von Förderrichtlinien für „soziale Dienste für psychisch Kranke und psychisch Behinderte“ vor. Sie sollten auf keinen Fall das „Kuckucksei“ eines multiprofessionellen Teams von Vertretern der Medizin, Psychologie und Sozialarbeit legalisieren und auf dem 35. Bayerischen Ärztetag 1982 wurde bereits „Erfolg“ gemeldet. Es werde keine Sozialpsychiatrischen Dienste geben, in denen womöglich auch noch ein angestellter Arzt mitarbeitet. Nein, es sollte nur „psychosoziale Dienste“ geben, die gegenüber Nervenärzten und Kliniken eine gerade mal ergänzende Funktion haben sollten. Nicht einmal Diagnostik war gestattet. Die Richtlinien wollten den Diensten die Aufgabe der „Erkennung von psychischen Störungen und Verhaltensauffälligkeiten“ entziehen und auch ein umfassender Beratungsanspruch wurde aus dem Aufgabenkatalog herausgenommen. Die Wohlfahrtsverbände reagierten damals zurückhaltend. Sollten sie wirklich für das ärztliche Element kämpfen? Sie befürchteten, dass die Integration des ärztlichen Elementes zu einer Dominanz des medizinischen Denkens und medizinischer Hierarchien in der sozialen Arbeit führen könnten. In dieser widersprüchlichen Interessenkonstellation ist ein Kompromiss entstanden, der dann 20 Jahre Bestand hatte. Die Kinder, inzwischen fast schulreif geworden, durften sich weiter Sozialpsychiatrische Dienste nennen. Eine Reihe von ihnen hat die ärztliche Position ganz- oder halbtags integriert, meist ohne dass damit automatisch eine Führungsposition verbunden war. Einen klaren diagnostischen oder gar beraterisch-therapeutischen Auftrag haben die SPDIs nicht erhalten. Vor allem ist es nicht gelungen, den SPDIs einen gesetzlichen Pflichtauftrag zu erteilen, der beinhaltet hätte, dass vor einer Klinikeinweisung der regional zuständige Dienst einbezogen werden muß. Hier gab es allerdings nicht nur den Widerstand der traditionellen Versorgungsinstanzen, sondern auch vieler MitarbeiterInnen der Dienste selbst, die sich für das Prinzip der Freiwilligkeit im Klientenkontakt ausgesprochen hatten. Die Konsequenz diesem Votums war, dass es keine

deutliche Unterstützung für eine gesetzliche Absicherung der Aufgaben der SPDIs gab.

Die weitere Etablierungsgeschichte muß nicht in allen Details erzählt werden, denn sie ist ja den meisten hier bekannt. Nach einer gesundheitsökonomischen Evaluation, die zunächst einmal wieder Existenzängste auslöste, die aber positiv für die SPDIs ausging, gelang es allmählich ruhigere Gewässer zu erreichen. Es gelang, die Kassen zu einem Finanzierungsanteil von 18% zu bewegen. Es entstanden immer konstruktivere Kooperationsformen mit dem Bezirkskrankenhaus. Die anfangs utopische Idee einer „inneren Sektorisierung“ von Haar begann Wirklichkeit zu werden. Es sind sozialpsychiatrische Dienste für die größer werdende Gruppe der psychisch kranken alten Menschen aufzubauen. Mit dem „Atriumhaus“ ist ein wichtiger Schritt für ein gemeindenahes Krisen- und Behandlungszentrum gegangen worden, das für den Münchner Süden zuständig ist und das zu einem wichtigen Element im Gemeindepsychiatrischen Verbund Süd geworden ist. In den anderen Stadtbereichen gehen die Entwicklungen in eine ähnliche Richtung. Auch der Münchner Dauerbrenner Krisenintervention beginnt allmählich eine gute Passung zu finden.

Gemessen an der reformerischen Ungeduld haben diese Prozesse alle ziemlich lange gedauert, aber man könnte sagen, der eingeschlagene Weg war im großen und ganzen richtig. Man könnte auf die positive Seite der Bilanz auch die gesetzliche Entwicklung betrachten: Das Sozialgesetzbuch IX regelt die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen in rechtsverbindlicher Form und man könnte sagen, dass in dieses 2001 in kraft getretene Gesetzeswerk der Geist der Gemeindepsychiatrie Einzug gehalten hat. Gleich im § 1 wird die Basis gelegt, wenn gesagt wird, dass sozialstaatliche Leistungen das Ziel haben müssen, bei behinderten oder von Behinderung bedrohten Menschen „Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“ Im § 4, in dem die „Leistungen zur Teilhabe“ weiter spezifiziert werden, dass diese die Aufgaben hätten, „die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft

sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.“

Unsere aktuelle Stimmung passt allerdings nicht zu einer stolzen Erfolgsbilanz, obwohl wir diese nicht auf einem Scheiterhaufen enttäuschter Hoffnungen preis geben sollten. Nichts von den genannten Reformen ist uns geschenkt worden und deshalb dürfen wir jetzt auch nicht in einen kindlichen Trotz oder in eine regressive Jammerhaltung verfallen. Der Kampf geht weiter und wir sollten unser Bewusstsein für die Fragen schärfen, die jetzt anzugehen sind. Ich möchte drei nennen:

1. Aus welcher Grundhaltung heraus wird Sozialpsychiatrie betrieben und weiterentwickelt?
2. Wie kann verhindert werden, dass aus einem partnerschaftlichen Verhältnis zwischen Dienstleistungen des ambulanten und stationären Sektors eine neue (alte) Dominanzkultur des Stationären wird?
3. Wie können und müssen wir auf eine Menschenbildentwicklung reagieren, die sich eindeutig gegen die Teilhabe von allen Menschen am Leben der Gesellschaft in einer globalisierten Welt richtet?

Sie werden sich wundern, dass ich das Thema Geld nicht ganz oben in der Prioritätenliste angesiedelt habe. Natürlich ist es eine bedrohliche Entwicklung, wenn die Kassen aus der Hüfte heraus ihren 18%igen Anteil an der Finanzierung der ambulanten Dienste zurücknehmen, obwohl im SGB IX §6 die gesetzlichen Krankenkassen als erster Kostenträger genannt wird, der die Teilhabe von Menschen am Leben in der Gesellschaft und die Sicherung von Prävention zu gewährleisten habe. Das geduldige Papier muß hier zu einem einklagbaren Leistungsgesetz weiter entwickelt werden. Aber der Einsatz von Geld muß sich an inhaltlichen Zielvorgaben und Visionen ausrichten, deshalb will ich die Fragen ansprechen, die in diesem Zusammenhang Vorrang haben müssen.

**1. Aus welcher Grundhaltung heraus wird Sozialpsychiatrie betrieben und weiterentwickelt?**

Sozial- und Gemeindepsychiatrie steht für eine Vision und ist ein handwerkliches Projekt zugleich. Die Vision hat sich vor allem in den 70er Jahren entfaltet und aufgeladen und sie war ein motivierender Motor für die vielen, die sich in jener Zeit auf den Weg gemacht haben, eine „andere“ Psychiatrie zu denken und handelnd umzusetzen. Wir waren uns damals einig, dass der klassische Satz von Klaus Dörner seine Gültigkeit hat: „Die Psychiatrie ist eine soziale oder sie ist keine!“ Die Einlösung dieser Programmatik sahen einige von uns in der radikalen Antipsychiatrie, andere in der italienischen „psichiatria democratica“ und wieder andere in den pragmatisch ansetzenden Modellen in den Niederlanden, England oder den USA. Für alle aber galt die Überzeugung, dass Psychiatriereform nur als Teil einer gesamtgesellschaftlichen Veränderungsperspektive gelingen kann, in der „Demokratie wagen“ groß geschrieben wird, also Menschen ihre Geschichte und Biographie selbst in die Hand nehmen sollten und in der das Recht auf Differenz gilt. Und schließlich waren wir überzeugt davon, dass das Leben und Arbeiten in der Gesellschaft, die wir vorfanden, den Menschen nicht gut tun könne. Diese Gesellschaft war von der Logik des Geldes und der Warenströme bestimmt und sie war für uns in dieser Verfasstheit eine zentrale Quelle psychischen Leids.

Mit solchen Überzeugungen sind viele von uns aus der „psychiatriekritischen“ in die „psychiatriegestaltende Phase“ übergegangen. Wir wollten ein System psychosozialer Hilfen aufbauen, das durch unsere Visionen angeleitet ist. Im Gestalten sind wir zu Machern, Handwerkern und Planern, ja auch zu Technokraten geworden. Wenn es um die Sicherung der Finanzierung für einen SPDi oder eine therapeutische Wohngemeinschaft geht, muß man ein Stück diese Rolle übernehmen. Aber man kann diese realpolitischen Gestaltungsprozesse kritisch reflektieren und an dem eigenen utopischen Überschuss messen. Viele Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie oder Tagungen der Evangelischen Akademie Tutzing boten diese Chance. Aber unübersehbar war im Laufe der Jahre auch, dass viele sich von dem Reformsgeist verabschiedet haben und im handwerklichen Alltagsgeschäft des technokratischen Managements voll aufgegangen sind. Man muß sich die Frage stellen, was aus dem Management wird, wenn es seinen dialektischen Gegenpol, das Nachdenken über eine veränderte Gesellschaft, ein neues Men-

schenbild oder eine spezifische Grundhaltung, verliert. Die aktuellen Debatten über den „Gemeindepsychiatrischen Verbund“, über „Soziotherapie“ oder „IBRP“ zeigen aus meiner Sicht, dass diese neuen Instrumente der Sozialpsychiatrie nicht per se Reform ermöglichen oder sie verhindern, sondern an eine sozialpsychiatrische Grundhaltung rückgebunden werden müssen. Ich halte den konsequenten Weg zum Gemeindepsychiatrischen Verbund für unabdingbar. Ich denke auch, dass Instrumente wie der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan“ auf diesem Weg hilfreich sein können, aber dann und nur dann, wenn sie nicht zu einem seelenlosen technokratischen Management „verkommen“. Diese Gefahr ist nicht von der Hand zu weisen, denn die soziale Empfindsamkeit und Reflexivität der Gemeindepsychiatrie, das was ich als sozialpsychiatrische Grundhaltung bezeichnet habe, ist längst nicht der ständige Wegbegleiter dessen, was sich heute als Psychiatriereform deklariert.

Die zur Zeit hochtourig angelaufene Suche nach effektiveren gemeindepsychiatrischen Verbundlösungen in Kombination mit einer individualisierten Hilfeplanung sollte nicht in erster Linie der Eigenlogik einer Managementphilosophie folgen, sondern von der Idee der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben der Gesellschaft ausgehen. Empowerment und Partizipation sind dafür die notwendigen Orientierungspunkte. Ich bin davon überzeugt, dass es sinnvoll ist, Verbundlösungen zu entwickeln und dass diese – unabhängig vom Schweregrad und dem Typus eines Störungsbildes – für alle Bürgerinnen und Bürger eines Stadtbezirks oder einer Region zuständig sein sollen. Und es ist auch notwendig, dass der Verbund als eine vernetztes System alle vorhandenen professionellen Dienstleistungen zielorientiert bündelt. Auch der nächste Gedanke kommt noch aus der sozialpsychiatrischen Reformära: Wir müssen endgültig die Anbieterdominanz im psychosozialen Feld (wie in der gesamten Gesundheitsversorgung) überwinden und von den Notwendigkeiten und Bedürfnissen der Menschen her denken, für die sich unser Sozialsystem ein solches Dienstleistungssystem leistet. Erinnern wir uns an die Empfehlungen der ExpertInnenkommission aus dem Jahre 1988, die ja mit der Empfehlung zur Schaffung gemeindepsychiatrischer Verbünde vor allem zur Überwindung der völlig unzureichenden Versorgung von Menschen mit chronischen Problemen den sozialpsychiatrischen spirit der

Psychiatrie-Enquetekommission in eine verbindlichere Gestalt zu bringen versuchte.

Was 1988 noch Empfehlungen waren, ist inzwischen an einigen Orten in Bayern Wirklichkeit geworden. Neben München-Süd ist vor allem Altötting zu nennen. Hier ist gezielt der Weg eingeschlagen worden, von einer angebots- zu einer bedarfsorientierten psychosozialen Versorgung zu gelangen. Das ganze Spektrum an psychosozialen Hilfen soll in einem integrierten Netz gebündelt werden. Und es soll dadurch verhindert werden, dass nur „geeignete KlientInnen“ den Zugang zum Hilfesystem finden können und die „schwierigen KlientInnen“ immer noch per Ausschluss in den Heimbereich überwiesen werden. Hilfeplanverfahren sollten nicht von der effizienten Passung der Menschen in unsere modularisierten und ökonomisierten Angebote bestimmt sein, sondern umgekehrt, wir müssen uns an den Bedürfnissen der Betroffenen ausrichten, die mit ihren speziellen Biographien und Problemlagen meist quer zu dem liegen, was sich heute auf neu-bayerisch als Disease, Case oder Netzcasemanagement bezeichnet.

*2. Wie kann verhindert werden, dass aus einem partnerschaftlichen Verhältnis zwischen Dienstleistungen des ambulanten und stationären Sektors eine neue (alte) Dominanzkultur des Stationären wird?*

Wer wollte bestreiten, dass wir über erste Schritte zu einer konsequenten Bündelung aller Hilferessourcen im Rahmen Gemeindepsychiatrischer Verbände noch nicht hinausgekommen sind. Aber die eingeschlagene Richtung einer partnerschaftlichen und Synergie erzeugenden Lösungsstrategie für ambulante und stationäre Hilfen ist richtig und muß fortgesetzt werden. Liegt uns mit dem Konzept des „Netzcasemanagements“, das die Mehrheitsfraktion im Bezirkstag von Oberbayern beschlossen hat, nicht ein zielführendes Konzept vor? Dort heißt es doch in überzeugender Weise als Zielbestimmung, dass „Rückfälle gekoppelt mit stationären Aufenthalten so weit wie möglich zu verhindern (damit Kosten zu sparen und den Grundsatz ambulant vor stationär zu realisieren) und den Kranken ein möglichst Gemeinde-(Region)nahes, auf ihre speziellen Bedürfnisse zugeschnittenes Leben mit maximaler Lebensqualität zu bieten“ seien. Aber wer hat dafür zu sorgen, dass dieses Ziel erreicht

werden kann? Wer hat für die Netzwerkbildung zu sorgen, die eine optimale Hilfequalität – genannt „Betreuungspaket“ – ermöglichen soll? Nachdem man sich auf den „Grundsatz ambulant vor stationär“ beruft, wäre bei Günter Jauch die Antwort klar, nicht aber bei der CSU-Fraktion im oberbayerischen Bezirkstag, dort kann der Jackpot zur geknackt werden, wenn man die Antwort „Fachkrankenhäuser sollen den Kern des Versorgungsnetzes bilden“, gefunden hat. In der psychiatrischen Klinik wird das optimale „Allgemeininteresse“ angesiedelt, alle anderen Anbieter außerhalb des stationären Bereichs würden ja nur „Partikularinteressen“ verfolgen. Wie aber kann von der Klinik aus eine optimale Unterstützung der Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf in ihrem lebensweltlichen Alltag aussehen, bei den Fragen des Wohnens und Arbeitens? Bräuchte man da nicht doch als Partner „auf gleicher Augenhöhe“ die verschiedenen Anbieter im ambulanten Bereich? Hier würde man erwarten, dass die SPDIs als Partner genannt werden. Direkt genannt werden sie allerdings überhaupt nicht, aber in einem verschachtelten Satz kommt doch eine Aussage, die man sich mit vollem Bewusstsein anhören muß: Als eine wichtige Voraussetzung für das klinikzentrierte „Netzcasemanagement“ wird genannt, „dass der Bezirk als Sozialhilfeträger und ‚Bezuschusser‘ einer Vielzahl ambulanter Dienste Verfügungs‘gewalt‘ über diese Mittel am entsprechenden Versorgungskrankenhaus der jeweiligen Region ansiedelt, und nicht, wie jetzt, diese Institutionen direkt finanziell fördert, d.h. das Krankenhaus als Netzmanager verwaltet das mit dem Bezirk ausgehandelte Jahresbudget und kauft die entsprechenden Leistungen ein.“ Und dann kommt ja noch ein besonderes Pfiff ins Konzept: Man braucht ja noch nicht einmal bei den SPDIs „einzukaufen“, denn da entsteht ja noch ein billigeres Produkt auf dem Markt: Die teilweise ehrenamtlich tätigen Betreuungsvereine sollen das Casemanagement im ambulanten Bereich übernehmen. Als ich das erstmals las, habe ich meiner Wahrnehmung nicht getraut: Hat man im Bezirkstag von Oberbayern noch nie etwas vom Betreuungsrecht gehört? Das sieht nicht Betreuung im alltagssprachlichen Verständnis vor, sondern die Sicherung der Persönlichkeitsrechte der Betroffenen, die möglicherweise auch gegen therapeutische „Entmündigung“ gerichtet sein kann. Kann man so etwas ernst nehmen? Das muß man wohl, wenn sich parlamentarische Mehrheiten zu einem solchen Irrsinn versteigen. Auf jeden Fall liegt hier ein Konzept auf dem Tisch, das

ohne die SPDIs eine kostengünstigere Lösung verspricht, die dazu noch mit dem Zuckerguß einer modischen Begrifflichkeit garniert wurde: „Netzcasemanagement“ verspricht Modernisierungserfolg, der terminologisch kaum mehr getopt werden kann.

Hier zeichnet sich ein Rückmarsch in die alten Zeiten der Dominanzkultur der Klinik ab, den wir mit allen Mitteln verhindern müssen. Die Behindertenbeauftragte der Bayerischen Staatsregierung, Frau Ina Stein, sieht diese Gefahr und spricht sie an. Auch die Staatsministerin Christa Stewens hat kürzlich ganz deutlich angesprochen, dass sie ebenfalls diese Tendenzen sieht und sich ganz klar für die Unterstützung einer Position ausgesprochen, die dem Prinzip „ambulant vor stationär“ entspricht.

*3. Wie können und müssen wir auf eine Menschenbildentwicklung reagieren, die sich eindeutig gegen die Teilhabe von allen Menschen am Leben der Gesellschaft in einer globalisierten Welt richtet?*

Sozialwissenschaftliche Gegenwartsanalysen zeigen dramatische gesellschaftlichen Umbrüche auf, die – so Manuel Castells – einen „qualitativen Wandel in der menschlichen Erfahrung“ bedingen: Die Konsequenzen der entstehenden Netzwerkgesellschaft „breiten sich über den gesamten Bereich der menschlichen Aktivität aus, und transformieren die Art, wie wir produzieren, konsumieren, managen, organisieren, leben und sterben“. Im Unterschied zu neoliberalen Verheißungen schier grenzenloser neuer Chancen, beschreiben die seriösen Gegenwartsdeutungen einen ambivalenten Prozess, der längst nicht alle gesellschaftlichen Gruppen positiv einbezieht (Inklusion) und eher die Gefahr des gesellschaftlichen Ausschlusses erhöht (Exklusion). Menschen, die den neuen Anforderungen an Hyperflexibilität, Mobilität und allseitiger Fitness nicht genügen können, sind von Exklusionsprozessen besonders betroffen. Berechtigtweise wird auch die Frage gestellt, ob diese Anforderungen nicht ihrerseits persönlichkeitszerstörend wirken.

Zentrale Bedingungen für eine hilfreiche Unterstützung kann nicht ein straightes Menschenmanagement sein, sondern vor allem die „Kunst des Indirekten“, wie es mein Studienfreundin Renate Schernus in einem wunderbaren Buch genannt hat. Auch Manfred Bleuler hat angedeutet, worauf es ankommt: "Wichtig ist vorerst eine natürliche,

stetige Beziehung, sei es zu einem professionellen Helfer, sei es zu einem Familienmitglied oder einer anderen Bezugsperson, eine Beziehung, die weder emotionell überladen noch bloß kalt und logisch geplant ist. Wichtig ist die Eingliederung des Kranken in eine ihm passende aktive Gemeinschaft. Wichtig ist, daß er in dieser Gemeinschaft seine Fähigkeiten und Interessen ausleben kann, aber auch im rechten Maße Ruhe findet" (S. 23f.).

Es steht auf jeden Fall die gesellschaftliche Frage im Raum, auf welches Ziel hin, das sozialpsychiatrische Projekt angelegt ist. Wenn die neuen Normalitätsprinzipien von Mobilität, Flexibilität und multioptionaler Offenheit unkritisch zu Leitlinien unseres Handelns werden, wird ein großer Teil der Menschen mit psychischen Problemen auf der Strecke bleiben. Sie werden diese Ziellinien nie erreichen oder so spät, dass der gesellschaftliche Prozess schon längst wieder auf andere Ziele zusteuert. Wir können aber auch versuchen, uns dem Affirmationszwang an das neoliberale Menschenbild zu widersetzen und damit die Sozialpsychiatrie wieder als Teil einer gesellschaftlichen Oppositions- und Reformbewegung begreifen.

Das waren wir vor 25 Jahren und das sollten wir auch jetzt wieder sein!