

## EUROPA SO NAH UND DOCH SO FERN? PSYCHIATRIEREFORM AUF BAYRISCH – LERNPROZESSE ÜBER DEN WEISSWURTÄQUATOR HINAUS

Heiner Keupp

Vortrag bei der Jahrestagung 2007 der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. „Europa ver-rückt die Perspektiven!“ vom 1. – 3. November 2007 in München

Warum gewinnt Europa trotz aller Inszenierungen von Begeisterung und Euphorie nicht die Herzen der Menschen? Warum gibt es keinen spürbaren europäischen Rückenwind, keinen Schwung, der die Entwicklung in den einzelnen Ländern motivieren könnte? „Europa ist uns nah und doch so fern“! Warum?

Unsere Politiker unternehmen immer wieder den Versuch, uns Europa als Wert an sich nahe zu bringen. Da werden Events organisiert, um uns für Europa begeistern zu können. Zugleich trauen sie sich immer weniger, eine europäische Verfassung einer Volksabstimmung auszusetzen. In den Niederlanden und Frankreich gab es ja bei diesen Versuchen keine Mehrheit. Eine visionäre Kraft geht von Europa immer noch nicht aus. Einzig die abwertend gemeinte Formulierung vom „alten Europa“ des ehemaligen amerikanischen Verteidigungsministers Rumsfeld hat paradoxerweise zu einer kurzfristigen Aufwertung Europas geführt. Kurzfristig entstand ein trotziges Gefühl des Stolzes, zu diesem Kontinent der Aufklärung und Menschenrechte zu gehören. Wir sind ja heute natürlich alle irgendwie kritische Europäer, ja wahrscheinlich schon europäische Kosmopoliten oder die Enge kontinentaler Einschränkungen überschreitende Weltbürger – mindestens bei unseren Urlaubszielen.

Aber das waren wir nicht immer und gerade wenn man die Psychiatriereformbewegung und ihren bayerischen Zweig genauer unter die Lupe nimmt, dann wird schnell deutlich, dass grenzüberschreitende Erfahrungen bedeutsam waren, aber die Impulse zum psychiatrieverändernden Engagement waren zunächst einmal einheimisch. Das entsprach nicht einer provinziellen Eigenbezüglichkeit, sondern eher einer politischen Lage, in der nationale Politikformen in ganz Europa typisch waren. Es konnte auch gar nicht anders sein. Selbst bei einer kosmopolitischen Perspektive entsteht ein Bewusstsein für politische Themen in Reaktion auf die erfahrbaren Misstände. Psychiatriereform muss deshalb zunächst aus dem eigenem Erfahrungsraum angesprochen werden. So war das auch mit der bayerischen Entwicklung. Allerdings war

zugleich auch der Bezug auf Ideen, Praxisbeispiele, Gesetzgebungen aus anderen vergleichbaren Ländern wichtig. Er hat ermutigt zu radikaleren Visionen und Forderungen, aber auch durchaus zu Pragmatismus.

Ich möchte diese vom bayerischen Landesverband der DGSP ausgerichtete Jahrestagung dazu nutzen, um unseren Weg nach Europa zu skizzieren und dabei soll die Geschichte der BayGSP ausschnitthaft beleuchtet werden. Zunächst aber möchte ich diese Gelegenheit dazu nutzen, eine eher persönliche Bilanz eines Vierteljahrhunderts Psychiatriereform zu ziehen, Entwicklungslinien und Denkbewegungen aufzuzeigen.

Lange hat es gedauert, bis ich die Realitäten der psychiatrischen Versorgung in spezifischen Ausschnitten wahrnehmen konnte. Im Zuge der eigenen Professionalisierung zum Psychologen, der seine politische Sozialisation in der StudentInnenbewegung mit seiner Suche nach einer fachlichen Identität in der Psychologie verbinden wollte, war mein Einstieg zunächst eine Kopfgeburt. Die Politisierung im Zuge der StudentInnenbewegung hatte zur Folge, dass kein Winkel unserer Gesellschaft von einer gesellschaftskritischen Durchleuchtung ausgespart blieb. Die Klinische Psychologie, in der ich mich zunächst zu beheimaten versuchte, schien zunächst auf der "guten Seite": Sie wollte ja das Leid der Menschen verringern. Aber diese naive HelferInnenattitüde konnte einer kritischen Analyse nicht standhalten. Ins Visier gerieten vor allem die psychologische Isolation der Menschen von ihrem sozialen Kontext wie sie sich in den Menschenbildern, in der Psychodiagnostik und vor allem auch in einem Krankheitsverständnis ausdrückte, das das Leid der Menschen ausschließlich auf Verursachungsgründe in den Personen reduzierte. Des Weiteren wurde das Hilfeselbstverständnis dekonstruiert: Was als professionelle Hilfe zu einer besseren Lebensbewältigung angesehen wurde, wurde jetzt als Anpassungsstrategie an eine repressive Gesellschaftsordnung entlarvt. Die Analysen wurden in dem Maße radikaler, wie auch das Elend der psychiatrischen Versorgung in unser Blickfeld geriet. Hier kam zu dem neurotischen Elend vor allem der Mittelschichten, aus denen wir mehrheitlich selbst kamen, eine brutale gesellschaftliche Realität hinzu, die geradezu auf eine Skandalisierung wartete. Jetzt hatten wir in unserem eigenen professionellen Handlungsfeld Belege für die menschenverachtende und -zerstörende Qualität einer Gesellschaftsordnung gefunden, für die einzig und allein die "Logik des Kapitals" bestimmend war.

Die professionelle Komplizenschaft mit dem spätkapitalistischen System von Ausbeutung und Herrschaft sollte radikal aufgekündigt werden. Es bestand die gemeinsame Überzeugung, dass eine repressive und auf Klassenunterschieden beruhende Ge-

sellschaft Menschen psychisch und gesundheitlich verkrüppeln muss. In den sozialepidemiologischen Befunden habe ich einen Beleg für das gesehen, was wir als "Klassengesellschaft" zu benennen gelernt hatten. Am meisten hat mich die Tatsache empört, dass die Gruppen in der Bevölkerung, die per saldo die höchsten Belastungen mit psychischem Leid erfahren, die schlechtesten Chancen auf adäquate Hilfeformen hatten. Diese Befunde zeigten in harten Zahlen das auf, was Christian von Ferber (1971) die "gesundheitspolitische Hypothek der Klassengesellschaft" genannt hat. In meinem Selbstverständnis als Wissenschaftler wollte ich diese Hypothek seriös aufzeigen und die daraus erforderlichen gesundheitspolitischen Maßnahmen ableiten.

Noch immer befinden wir uns in der Phase der "Kopfgeburt". Die Situation psychiatrischer Patienten kannten wir im Wesentlichen aus den skandalisierenden Medienberichten, aus seltenen Besuchen in den Anstalten, in die man allerdings auch kaum hineinkam. Das in Bildern transportierte Elend von LangzeitpatientInnen in den Anstalten rubrizierten wir unter dem Konzept der "Hospitalisierung". Die Lektüre von Erving Goffmans (1972) eindrucksvollem Buch "Asyle" gab uns eine wissenschaftlich seriöse Begründung für die Bilder.

In der Psychiatrie "internierte" Personen waren in unseren Diskursen ständig präsent, aber sie waren Konstrukte unserer eigenen Theoriebildung, man könnte auch von einer „projektiven Identifikation“ sprechen. Sie erfüllten eine wichtige Funktion in unserer eigenen Deutung spätkapitalistischer Lebensverhältnisse. Sie erschienen uns als Symptom einer kapitalistischen Gesellschaftsordnung, die die Menschen mit ihren Konsumprodukten und ihrer "Kulturindustrie" mit Haut und Haar, ohne widerständigen Rest, integrierte. Die durchgängige Entfremdung konnte in einer solchen - von Herbert Marcuse treffend auf den Begriff gebrachten - "eindimensionalen Gesellschaft" nicht mehr reflektiert werden, sie wurde zur Normalitätserfahrung. Es kam zu einer intensiven Debatte über Normalität und Abweichung, über die "Pathologie der Normalität", über "gute Gründe" in einer "verrückten Gesellschaft" verrückt zu werden und über politische und ökonomische Gründe der Ausgrenzung von gelebter Differenz.

Aus der "Kopfgeburt" wurde dann doch langsam Praxis. Aus der rein psychiatriekritischen, sind wir in eine psychiatriegestaltende Phase eingetreten. In der notwendigen Politik der "kleinen Reformschritte" sind viele nicht mehr mitgegangen, für die die Antipsychiatrie vor allem eine kulturevolutionäre Bewegung war, eine Politik der Lebensstile und Alltagskultur, aber die Utopie einer veränderten Gesellschaft, in der Ausgrenzung von Dissens und Differenz überwunden, in der "Verrücktheit" und "Andersein" normalisiert werden könnten, war uns noch nicht abhanden gekommen.

Die großen Worte wie "Deinstitutionalisierung" (Auflösung der "Irrenhäuser") oder "Rekommunalisierung psychischen Leids" wurden zu Reizworten, weil sie von einem utopischen Überschuss getragen wurden, der mehr wollte, als technisch-quantitative Lösungen. Vielleicht verloren diese Debatten auch deshalb an Schwung und Bedeutung, weil sie keine kommunizierende Verbindung mehr zu einer breiteren soziokulturellen Öffentlichkeit hatten. Unsere utopischen Energien hatten sich im wesentlichen aus dem Hoffnungspotential gespeist, dass die "real existierende Bundesrepublik" und ihr aus ökonomischer Potenz gespeister "Krämergeist" nicht das "Ende der Geschichte" sein würde.

Neben den projektiven Identifikationen gab es noch eine andere Haltung, die scheinbar eine große Faszination an psychisch Kranken ausdrückte und die trotzdem die reale Begegnung vermied. Es war ein ästhetisierender Bezug. Die Kunst- und Kulturszenen der fortgeschrittenen Industriegesellschaften haben sich schon in den 20er Jahren für die künstlerische Arbeit von psychisch Kranken interessiert und dieses Interesse ist eher größer geworden. In den kreativen Schöpfungen sah man Ausdrucksgestalten von inneren Wirklichkeiten, die aus den rationalistischen Normalitätsbezirken an- und eingepasster Bürger ausgeblendet und deshalb bei ihnen verschüttet sind. In der Esoterik der Kunstbetrachtung war die Begegnung mit Repräsentationen des "inneren Auslandes" möglich, aber die reale Begegnung mit ProduzentInnen der Bilder ist vermieden worden. Es war Zulassung von Ambivalenz in dosierter und jederzeit wieder abstellbarer Form.

Die Realität der psychiatrischen Versorgung war offensichtlich durch hohe Wahrnehmungsbarrieren verstellt. Eine war durch das NS-Erbe begründet. Die Beteiligung führender Repräsentanten der Psychiatrie an den nationalsozialistischen Euthanasieprogrammen war mehr als 30 Jahre kaum ein Thema. Aber im kollektiven Unbewussten hat das Konstrukt vom "lebensunwerten Leben" seine Ordnungsfunktion behalten: Eltern geistig behinderter Kinder hatten Angst vor Ächtung und Vernichtung; Angehörige psychisch Kranker haben unter den Alltagsbelastungen im Arrangement mit ihren "verrückten" Eltern, Kindern oder EhepartnerInnen weniger gelitten, als unter den gesellschaftlichen Ängsten vor Menschen, die sich in die alltägliche Ordnung der Dinge nicht zu fügen vermögen.

Wie tief dieses nur unzureichend bearbeitete NS-Vernichtungsprogramm für psychisch Kranke noch in den Erlebnismustern der Menschen wirksam ist, ist mir 1984 erst so richtig bewusst geworden. Die Bayerische Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, hatte zusammen mit anderen Organisationen die Ausstellung "Heilen und Vernichten im deutschen Faschismus" nach München geholt. Im Rahmenprogramm die-

ser Ausstellung hatten wir auch einen Vortrag mit dem greisen Gerhard Schmidt veranstaltet, der von der amerikanischen Besatzung 1945 zum kommissarischen Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing/ Haar eingesetzt worden war. Er hatte in einem nüchternen Tatsachenbericht festgehalten, was er bei seinem Dienstantritt vorfand und was er durch Dokumente und Zeugenbefragung über Art und Ausmaß des organisierten Mordes an psychisch Kranken herausfinden konnte. Er hatte in den 50er Jahren große Mühe überhaupt einen Verlag für seine Dokumentation zu finden. Erst Anfang der 80er Jahre wurde sein Buch einem breiteren Publikum bekannt (Schmidt 1983). Zu der Veranstaltung mit Herrn Schmidt kamen sehr viele Menschen, darunter eine Reihe von älteren Personen, die ich bei einer Veranstaltung dieses Typs noch nie gesehen hatte. Nach dem Vortrag meldete sich unter anderem auch eine Frau, die den ehemaligen Anstaltsleiter annähernd 40 Jahre nach dem Ende des Nationalsozialismus mit unsicherer Stimme fragte, ob er wüsste, was aus dem Kind ihrer Freundin geworden sei. Sie nannte den Namen des Kindes und sagte, dass ihre Freundin nicht wüsste, wie ihr Junge gestorben sei und sich auch nicht getraut hätte, sich darüber bei der zuständigen Behörde Auskunft erteilen zu lassen. Natürlich konnte der alte Herr diese Frage nicht beantworten. Aber sie verfolgt mich bis heute. Welch tiefe Spuren haben diese psychiatrisch legitimierten und vollzogenen Massentötungen von psychisch Kranken in der deutschen Bevölkerung hinterlassen? Die Ängste sind 1945 nicht verschwunden, sondern sie haben bis in die Gegenwart eine Art unbewusster Kontaktsperre zu psychisch Kranken aufgebaut.

Sie war sicherlich auch ein Grund, warum die menschenunwürdigen Zustände in den psychiatrischen Anstalten in der Nachkriegszeit gesellschaftlich bis Ende der 60er Jahre kaum wahrgenommen wurden. Eine von ihrer Aufbaumentalität geprägten Gesellschaft, die ihre Aufbauleistungen stolz vorzeigte, die von einer erstaunlichen wirtschaftlichen Prosperität geprägt war, ließ es zu, dass sich der Zustand in den psychiatrischen Institutionen kaum von der Vorkriegszeit unterschied. Erst die Initiative einiger reformorientierter Fachleute und engagierter Politiker führte dazu, dass 1969 vom Deutschen Bundestag eine Kommission eingesetzt wurde, die einen Veränderungsprozess einleiten sollte. Und sie hat einen solchen Prozess tatsächlich in Gang setzen können.

Das Hauptziel dieses Reformprozesses war die Modernisierung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung, die in dem Zustandsbild der 50er und 60er Jahre als Schandmal in einem ansonsten so fortgeschrittenen wohlfahrtsstaatlich geprägten Land wie der BRD in Erscheinung treten musste. Die damalige Expertenkommission hat den Modernisierungsauftrag mit jener technokratischen Gründlichkeit übernommen und ausgeführt, die dem sozialliberalen Planungshorizont der 70er Jahre

entsprach. Orientiert war diese Planung an den international führenden Versorgungsmodellen. Herausgekommen ist der Plan für ein lückenloses Netz, das über alle psychosozialen Krisenherde und Problemlagen geworfen werden sollte. Psychisches Leid sollte von einem System "fürsorglicher Belagerung" eingefriedet werden. Die Enquete hat an keiner Stelle den Anspruch einer Strukturreform erhoben: Das Prinzip der "Deinstitutionalisierung" anstaltsförmiger Internierungssysteme und einer radikalen Rückverlagerung psychosozialer Hilfen in die Lebenswelt war nicht formuliert worden. Ebenso wenig gab es einen strukturellen Bruch in der Deutung psychischen Leids: Das "medizinische Modell" blieb das Leitmodell.

Diese skizzierten gedanklichen Linien lassen sich an der BayGSP noch einmal nachvollziehen und dabei werden vorsichtige europäische Lernprozesse erkennbar. Für die Entwicklung der BayGSP entfaltete der *Mannheimer Kreis* im Mai 1975 im Bezirkskrankenhaus Haar eine wichtige Schubkraft. Diese „Irrenanstalt“ dürfte zu dem Zeitpunkt noch über 2 – 3.000 Betten verfügt haben. Durch eine Stern-Reportage und durch das Buch „Irrenhäuser. Kranke klagen an“ (1969) von Frank Fischer waren die fragwürdigen Zustände in einer solchen traditionellen Anstalt skandalisiert worden und es begann eine längst überfällige Diskussion über die Reformbedürftigkeit solcher Einrichtungen. Bei wunderschönem Wetter saßen die verschiedenen Arbeitsgruppen auf den blühenden Wiesen zwischen unterschiedlichen, mehrheitlich von geschlossenen Abteilungen geprägten Häusern im Bezirkskrankenhaus. Die anstehende Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete war ein großes Thema dieses Mannheimer Kreises u.a. in einem großen Bierzelt, das aufgestellt worden war, aber auch die spannenden Berichte von Kolleginnen und Kollegen, die aus Italien zu der Tagung kamen. Die ersten authentischen Berichte von der „psichiatria democratica“ erreichten und faszinierten uns. „Die trauen sich was, die Italiener!“ war unser Eindruck und einige TeilnehmerInnen der Haarer Tagung sind einfach gen Süden weitergezogen, um sich selber ein Bild von der italienischen Reforminitiative zu verschaffen. Die Faszination dieser grenzüberschreitenden Anschauungsmöglichkeiten in Italien hat zu einer vielfältigen Reiseaktivität über den Brenner geführt. Trieste, Arezzo oder Genua waren bevorzugte Reiseziele und einige von uns blieben zu Praktika auch länger. Die Radikalität, mit der unsere italienischen Kollegen traditionelle Anstaltstrukturen in Frage stellten und dann auch überwandten und ihr politisches Bewusstsein hat uns sehr ermutigt auch im eigenen Umfeld radikalere Veränderungen einzuklagen und sie auch zu realisieren. Eine Psychiatrie, die sich eindeutig von Großkrankenhäusern verabschiedete, ein differenziertes System ambulanter Hilfsangebote als tragfähige Alternative aufbaute und sie dann auch politisch in einem Gesetz (das berühmte Gesetz 180) verortete, war mehr als eine „Realutopie“. Man konnte sich vor Ort überzeugen, dass das funktionieren kann. Es war beeindruckend.

ckend, zu erleben, dass sich auf einer italienischen Piazza ganz selbstverständlich ehemalige LangzeitpatientInnen in einer Trattoria, einem Cafe oder einer Pizzeria bewegten, ja, dass auf dem Gelände eines ehemaligen Irrenhauses eine Pizzeria eröffnet wurde, die zum Teil von psychiatrieerfahrenen Menschen betrieben wurde und in der ganz selbstverständlich Schüler aus einem benachbarten Gymnasium ihr Mittagessen einnahmen. Da war etwas Realität geworden, was für uns noch utopisch war, allerdings „realutopisch“. Es machte Mut, sich aktiv für solche Reformprozesse zu engagieren.

In Deutschland entstand allerdings nach der Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete, die in ihren Grundkonzepten ja durchaus auch europäisch und US-amerikanisch angehaucht war, ein sehr ambivalentes politisches Klima. Es dauerte fast vier Jahre bis die Bundesregierung zu der Enquete Stellung nahm und mittlerweile war der politische Schwung der frühen 70er Jahre dahin. „Mehr Demokratie wagen“, der Schlüsselsatz von Willy Brandt, war verhallt. Die Realpolitik von Helmut Schmidt wurde durch den „deutschen Herbst“ endgültig von allen visionären Elementen gereinigt. Das Reformklima wurde von einem angstbestimmten Sicherheitsdenken erstickt und die „Wende“, von der wir noch nichts ahnten, nahm ihren Lauf. Diese Zeit lässt sich als eine Art Moratorium der Psychiatriereform bezeichnen. Wir haben uns an der praktischen Umsetzung von Reformzielen beteiligt, z.B. haben wir einen ersten Sozialpsychiatrischen Dienst aufgebaut, es wurden Regionalisierungspläne für die Stadt München entwickelt, aber die große Veränderung, die vor allem eine Reduktion oder besser noch Auflösung der Großkrankenhäuser zum Ziel gehabt hätte, ließ auf sich warten und was dann durch die Bundesregierung 1979 vorgelegt wurde, war eine große Enttäuschung. Immerhin sollte es ein Modellprogramm zur Erprobung von Reformideen geben, aber auch das wurde zugunsten der Türkeihilfe beschnitten. Das geduldige Warten auf eine Reformregierung, die es aber kaum mehr gab, führte zu wütenden und trotzigsten Reaktionen. Die Zustände in der psychiatrischen Versorgung, die ja schon die Enquete als „katastrophal“ bezeichnet hatte, hatten sich zwischenzeitlich weiter verschärft und zu einer Aktion unter dem Motto „Ich lehne die Verantwortung ab“ geführt. In Düren kam es zu einem Aufnahmestopp.

Wir in München hatten weiterhin einen guten Austausch mit den italienischen KollegInnen. So konnten wir 1978 sowohl Giovanni Jervis, den Autor des „Kritischen Handbuches der Psychiatrie“, für eine Veranstaltung nach München holen und es kam dann auch noch Franco Basaglia, die zentrale Figur der italienischen Psychiatrie. Es gab überfüllte Hörsäle und zwei Antworten von ihm werde ich nie vergessen. Er wurde um Rat gefragt, wie wir denn in unseren Reformprozess den Schwung und die Radikalität bringen könnten, die wir an Italien bewunderten. Basaglia riet uns

dringend, Reform unter Bedingungen der deutschen Verhältnisse voranzutreiben und auf keinen Fall das italienische Modell zu kopieren. Er riet uns auch, kleine Schritte nicht zu vernachlässigen. Die Hoffnungen, die bei manchen von uns auf das Modellprogramm der Regierung gerichtet waren, kommentierte er trocken mit dem Satz: „Modelle sind Blumen im Knopfloch der Herrschenden“! Eine kleine Anekdote am Rande: Franz Maget der SPD-Fraktionsvorsitzende des Bayerischen Landtags führte damals seinen ersten Wahlkampf. Er wollte in den Oberbayerischen Bezirkstag, in dessen Zuständigkeit ein großer Teil der Psychiatrie fällt. Franz kam zu mir ganz schüchtern und fragte mich, ob er wohl für seine Wahlkampfzeitung ein Interview mit Basaglia führen könne. Es hat dann in einem Biergarten des Englischen Gartens stattgefunden. Es war ein Gespräch zwischen einem bayrischen Sozi mit einem italienischen Kommunisten (bitte nicht weitererzählen!!!).

Das Jahr 1979 war für die DGSP und vor allem auch für den bayrischen Landesverband sehr wichtig. Im Oktober veranstalteten wir in München eine gemeinsame Tagung von italienischen und deutschen Reformern. Etwa 30 ItalienerInnen aus allen Berufsgruppen und aus unterschiedlichen italienischen Regionen waren gekommen und es gab ein spannendes Tagungsprogramm. Ein wichtiger Teil der Tagung war ein gemeinsamer Besuch in der KZ-Gedenkstätte Dachau, der von unseren italienischen Freunden angeregt wurde, und ein wichtiges Thema war die damals gerade veröffentlichte Stellungnahme der DGSP zur Ermordung psychisch kranker Menschen im Nationalsozialismus unter dem Titel „Wir sind wie sie“. Auch dieses Thema hatte einen hohen Stellenwert in der verbandsinternen Diskussion und warf die Frage auf, was psychosoziales Handeln selbst durch diagnostisches Selektieren und durch institutionelle Ausgrenzungsprozesse spezifischer PatientInnengruppen anschlussfähig macht für politische Verbrechen. Es ging um die Frage einer heimlichen Komplizenschaft von psychiatrischem und politischem System. Die Italiener kritisierten unseren Diskurs, der sehr anthropologisch-moralisch geführt wurde, und klagten eine politische Analyse ein. Insgesamt hat diese Münchner Tagung einen großen Aktivitätsschub gebracht und mit der Energie, die wir daraus gewannen, sind wir kurz danach zur Jahrestagung der DGSP nach Freiburg gefahren. In der öffentlichen Sitzung des gesundheitspolitischen Ausschusses ist der berühmte Auflösungsbeschluss vorbereitet worden, der dann im Schlussplenum eine große Mehrheit fand. Es war die Entscheidung, die Großkrankenhäuser ohne wenn und aber aufzulösen und in gemeindenahe Institutionen zu verwandeln. Leicht verdaulich war dieser Beschluss längst nicht für alle DGSP-Mitglieder. Schließlich gab es auch die ersten Klinikleitungen, die aus unseren Reihen besetzt wurden. Michael von Cranach hat damals z.B. die Leitung des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren übernommen. Gleichwohl hat dieser Freiburger Beschluss zu einer weiteren Politisierung beigetragen. 1980 trafen sich 10 000



Personen auf dem Bonner Marktplatz, um eine konsequente Veränderung der Psychiatrie im Sinne gemeindepsychiatrischer Grundsätze zu fordern. Die selektive Europäisierung dieser Kundgebung kam darin zum Ausdruck, dass neben Klaus Dörner und anderen Sprechern der deutschen Reformbewegung auch Paula Serra aus Arezzo sprach und die uns die solidarische Unterstützung der „psichiatria democratica“ zusicherte.

Soviel zu einer ersten wichtigen Lernphase in Sachen Europa. Einige von uns waren neugierig auf das, was sich in anderen europäischen Ländern in Sachen Psychiatriereform tat. So ist Marianne Köppelmann-Baillieu (1979) aufgebrochen, um die französische Sektorpsychiatrie zu erkunden und sie hat aus ihrer Forschungsreise ein Buch entstehen lassen. Neben der italienischen „psichiatria democratica“ ging in den 70er Jahren vor allem von den Schriften eines Ronald Laing und eines David Cooper eine besondere Faszination aus. Sie wurden in Riesenaufgaben verkauft und wurden zu "Kultbüchern" weit über die Fachszene hinaus. Es gab einen Diskurs zur Überwindung (klein-)bürgerlicher Normalitätsgehäuse und die "Verrückten" wurden als Avantgarde idealisiert, die sich bereits auf eine "Reise" begeben hatten, auf der wir ihnen möglichst bald nachfolgen sollten. Es war bereits ein intensiver Diskurs über die Bedingungen einer lebhaften "multikulturellen Gesellschaft", obwohl wir damals diesen Begriff noch nicht hatten. Es war jedoch weitgehend ein projektiver Diskurs, der ohne dialogische Bezüge zu den Psychiatrieerfahrenen auskam. Evelyn Hergrüter wollte die Praxis vor Ort kennen lernen und ist nach London gepilgert. Sie hat über mehrere Monate in einer der Laingschen Wohngemeinschaften gearbeitet und danach in mehreren britischen „therapeutischen Gemeinschaften“ praktische Erfahrungen gesammelt und auch dazu ist ein Buch entstanden (Braun & Hergrüter 1980).

Wichtig in unserem europäischen Lernprozess war für uns auch die holländische Etappe. Von Manfred Cramer waren gute Kontakte zu wichtigen Vertretern der holländischen Sozialpsychiatrie aufgebaut worden, von denen eine Reisedelegation der BayGSP Anfang der 80er Jahre sehr profitiert hat. Wir haben eindrucksvolle Projekte der Krisenintervention kennen lernen dürfen, wir waren fasziniert von der interkulturellen Praxis, die bei uns erst in ganz bescheidenen Anfängen vorhanden war. Wir haben uns das strukturell völlig unterschiedliche Versorgungssystem erklären lassen und neue Konzepte gelernt, z.B. die wichtige Rolle der Hausärzte, die eine Art „gatekeeper“-Funktion zu den psychosozialen Institutionen darstellen, wir haben die wichtige Rolle der RIAGGs verstanden, die ein integriertes ambulantes Hilfeangebot sicher stellen und die sehr eng mit psychiatrischen Kliniken kooperierten. Was „integrierte Versorgung“ oder ein „Gemeindepsychiatrischer Verbund“ sein könnten, hatten uns die Holländer voraus. Insgesamt sind uns wichtige Kulturunterschiede aufge-

fallen. So etwa eine viel höhere Bereitschaft als in Deutschland, das Leid der Menschen in psychosozialen Kategorien zu sehen. Auch die wichtige Rolle engagierter Bürgerinnen und Bürger ist uns aufgefallen, die uns als Ergebnis einer selbstbewussten Bürgertradition in den Niederlanden plausibel gemacht wurde. Auf der pragmatischen Ebene sind wir mit einer Fülle von Anregungen nach Hause gefahren. Aber die Niederlande hatten uns nicht nur auf der praktischen Umsetzungsebene vieles voraus. Wir bekamen auch Einblicke in die fiskalische Steuerung, die in Holland damals begann und sich in den weiteren Jahren noch deutlich neoliberal verschärfte. Die Ambulantisierung der Psychiatrie hatte auch eine wichtige Triebkraft in der erwarteten Kostendämpfung. Jacqueline Kok zeigt in einer aktuellen Analyse, dass die Kostendämpfung erfolgreich war: „Im Vergleich zu Deutschland hat das zu einem ‚abgemagerten‘ System der Gesundheitsversorgung geführt, das aber möglicherweise einen sehr viel besseren Integrationsgrad aufweist“ (2007, S. 20). Die Kostendämpfung rechtfertigt einen Sprung in die Gegenwart. So wie in den Niederlanden Pionierleistungen der Gemeindepsychiatrie erbracht wurden, so wie sie brutale Kostendämpfungen zu überstehen hatten und trotzdem eine qualitätvolle Arbeit geleistet haben, so haben sie auch die Auseinandersetzung mit der „Verbetriebswirtschaftlichung“ psychosozialer Arbeit begonnen und da mittlerweile eine Widerstandsbewegung gegen die Bürokratisierung und Sparpolitik auf die Beine gestellt, von der wir – trotz der „Soltauer Impulse“ – nur lernen können. Viele KollegInnen, Betriebsräte und Klientenbeiräte haben sich einem Manifest mit dem Titel „Macht und Gegenmacht – genug ist genug“ angeschlossen. In ihm wird gegen die Logik des Geldes und ihrer bürokratisierten Kontrolllogik und für die Wiedergewinnung einer verantwortungsvollen Arbeit mit den KlientInnen Position bezogen (vgl. Jorissen 2007).

Europa war also in einigen Schriften und Taten durchaus präsent gewesen, auch wenn es außer einem nicht sehr erfolgreichen Versuch ein europäisches Netzwerk zur Psychiatriereform („Reseau“) zu knüpfen, keine gesamteuropäische Identität gab. Doch es gab sie wohl darin, dass man sich mit KollegInnen in anderen europäischen Ländern mindestens in zwei Punkten einig war: Man traf sich zum einen in einem emanzipatorischen Menschenbild, das auch und gerade das Recht auf Differenz für Menschen mit schweren psychischen Problemen betonte und diese Probleme in eine Diagnose spätkapitalistischer Entfremdungsverhältnisse einbezog. Zum anderen teilte man die Überzeugung, dass professionelle Hilfen gemeindenah organisiert werden müssen, damit Menschen bei der Bewältigung ihrer alltäglichen Krisen und Probleme unterstützt werden könnten. Die europäischen Ansätze zur Psychiatriereform verstanden sich als soziale Bewegung, die Leiden nicht nur besser verwalten oder managen, sondern Teil einer gesamtgesellschaftlichen Reformbewegung für

die Erkämpfung lebenswerter gesellschaftlicher Verhältnisse sein wollte. Ein wichtiges Ziel sahen wir darin, Menschen darin zu ermutigen, ihre Geschichte und Biographie selbst in die Hand nehmen und ein Recht auf Differenz durchzusetzen. 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 SPD i oder eine therapeutische Wohn-gemeinschaft 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 von der BayGSP mit veranstaltete 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 Menschenbild 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, son-

dem 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 ein vernetztes System alle vorhandenen professionellen Dienstleistungen zielorientiert bündelt. „Angebote aus einer Hand“ nennt man das hier in Bayern, allerdings denkt man dabei an die Revitalisierung der siechen Bezirke. Das sehe ich als gefährliche „Rolle rückwärts“. „Rekommunalisierung psychischen Leids“ hat die Kommunen im Blick und dort müssen Lösungen aus „einer Hand“ entwickelt werden. 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 Verbände 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.

#### Europa: Das neoliberale Regime oder eine Europa von unten?

Warum gewinnt Europa trotz aller Inszenierungen von Begeisterung und Euphorie nicht die Herzen der Menschen? So lautete meine Ausgangsfrage. Ich habe europäische Lernprozesse angesprochen, aber das verbindet sich in unseren Köpfen noch nicht zu einer Europaidee. Europa ist kein unveränderliches Abstraktum, sondern ein vielgestaltiges und offenes System von Bewegungen, Kräften, Mächten und Gegenmächten. Nah ist es uns, wenn es uns von großen Geistern wie Jacques Derrida und Jürgen Habermas in ihrem berühmten Aufsatz aus dem Jahr 2003 in folgender Kernidee vorgestellt wird: „In Europa sind die lange nachwirkenden Klassenunterschiede von den Betroffenen als ein Schicksal erfahren worden, das nur durch kollektives Handeln abgewendet werden konnte. So hat sich im Kontext von Arbeiterbewegungen und christlich-sozialen Überlieferungen ein solidaristisches, auf gleichmäßige Versorgung abzielendes Ethos des Kampfes für ‚mehr soziale Gerechtigkeit‘ gegen ein individualistisches Ethos der Leistungsgerechtigkeit durchgesetzt, das krasse soziale Ungleichheiten in Kauf nimmt“ (Derrida & Habermas 2003). Noch näher ist uns Europa, wenn wir es in den Netzwerken erleben, die sich solchen Zielen verpflichtet fühlen: Europäische Netzwerke von Psychiatriebetroffenen oder –überlebenden

und Professionellen, die sich gegenseitig ermutigen, die Psychiatriereform konsequent voranzutreiben.

Aber Europa ist uns auch wieder sehr fern und manchmal hat man das Gefühl, die Distanz wird immer größer. Ich meine hier weniger die teils berechtigte und teils populistische Klage über die „Brüssler Bürokraten“. Ich meine vielmehr die neoliberale Dominanzkultur, die von einem Geist und Menschenbild bestimmt ist, der jede Investition für eine soziale Gestaltung Europas als Kostenfaktor sieht, der minimiert werden muss und durch Qualitätsmanagement möglichst aus den letzten Winkeln des Sozialsystems ausgetrieben werden sollte. Der europäische Verfassungsentwurf war deutlich von dieser Dominanzkultur durchwirkt. In einem brillanten Essay „Depicting Europe“ hat Perry Anderson aufgezeigt, dass das, was Derrida und Habermas positiv herausstellen, längst real dekonstruiert wird. Ein europäisches Sozialstaatsmodell wird immer mehr zur utopischen Fiktion. Ein einflussreicher Vordenker neoliberaler Formierung Europas, Andrew Moravcsik, Politologe an der Princeton University, formuliert es kürzlich so: „Europäische Sozialpolitik existiert nur noch in den Träumen frustrierter Sozialisten“. Wenn man das „Grünbuch“ heranzieht, das ja heute noch Thema sein wird, dann mag man hoffen, dass es diese Träumer in Europa noch gibt. Ich jedenfalls bin für ein vereinigt Europa dieser Träumer, allerdings müssen sie gleichzeitig auch hellwach sein, um den „grauen Herren“ der Sozialmontage, den Managern der Qualitätskontrollen und den Mandarinen der ideologischen Dominanzkultur die Zustimmung und das Mitmachen zu verweigern!

## Literatur

- Anderson, P. (2007). *Depicting Europe*. In: London Review of Books, 20. September.
- Beck, U. & Grande, E. (2004). *Das kosmopolitische Europa. Gesellschaft und Politik in der Zweiten Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Braun, U. & Hergrüter, E. (1980). *Antipsychiatrie und Gemeindepsychiatrie. Erfahrungen mit therapeutischen Alternativen*. Frankfurt: Campus.
- Derrida, J. & Habermas, J. (2003). *Unsere Erneuerung. Nach dem Krieg: Die Wiedergeburt Europas*. In: FA vom 31. Mai 2003, S. 33 – 34.
- Europäische Gemeinschaften (2005). *Grünbuch. Die psychische Gesundheit der Bevölkerung verbessern – Entwicklung einer Strategie für die Förderung der psychischen Gesundheit in der Europäischen Union*. Brüssel.
- Ferber, C.v. (1971). *Gesundheit und Gesellschaft. Haben wir eine Gesundheitspolitik?* Stuttgart: Kohlhammer.
- Fischer, F. (1969). *Irrenhäuser. Kranke klagen an*. München: Desch.
- Goffman, E. (1972). *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Jorissen, P. (2007). *Nicht der Klient, sondern der Cent steht im Mittelpunkt. Das niederländische Manifest „Genug ist genug“*
- Köppelmann-Baillieu, M. (1979). *Gemeindepsychiatrie. Erfahrungen mit einem Reformmodell in Frankreich*. Frankfurt: Campus.
- Kok, J. (2007). *Ähnliche Probleme – andere Lösungen. Die Gemeindepsychiatrie der Niederlande – ein Modell für Deutschland?* In: soziale psychiatrie, 31, Heft 4, S. 18 – 21.

Schmidt, G. (1983). Selektion in der Heilanstalt 1939 - 1945. Frankfurt: Suhrkamp.