



Die Beratung am 1./2. Dez. in Berlin über die Perspektiven der psychosozialen Versorgung fand in einer haßerfüllten sehr anstrengenden Atmosphäre statt. Eine Analyse der aktuellen gesundheitspolitischen Situation, eine Ableitung weiterer Schritte, ja überhaupt nur eine Darstellung der Aktivitäten der demokratischen Psychiatriebewegung in der BRD konnte so kaum stattfinden.

Ob dieser Haß gegen die Psychiatrie eine historische und strukturelle Berechtigung hat oder ob er anderen Ursprungs ist und von der Psychiatrie üblicherweise verborgen werden soll, sei dahingestellt. Jeden-

falls — das sage ich für mich persönlich — ist es schwer, gleichzeitig auszuhalten, als Teil der Psychiatrie zurecht für Unrecht mitzuhaften **und** sich als Person und Mitglied der Psychiatriebewegung ebenfalls berechtigt gegen Verleumdung und Diffamierung zu wehren.

Die DGSP rückte unversehens in die Rolle **der** Psychiatrie, die Irrenoffensive bewußt in die **der** Betroffenen, was beides so nicht stimmt und für einen unbeteiligten Beobachter ein schiefes Bild und einen falschen Eindruck vom psychiatriepolitischen Kräfteverhältnis geben mußte.

Egal wie man zu ihr steht, ist festzustellen, daß die Irrenoffensive eine Berliner Erscheinung und nicht die deutsche Gejle-Bewegung ist. Wichtiger noch — das wage ich zu behaupten — sie wird es in der derzeitigen Form auch nicht werden können.

Die DGSP sitzt keineswegs an den Schaltebelen der Psychiatriepolitik, sondern ist eine berufsübergreifende Organisation von Psychiatriearbeitern — wie es sie in Italien und Frankreich, in Dänemark aber z.B. nicht gibt —, die politisch und praktisch daran arbeiten, die Anstalten aufzulösen und zu verlassen, aber nicht alleine, sondern mit den Betroffenen.

Die Arbeit ist durch die aktuelle politische Entwicklung nicht einfacher geworden: Über die Gefahr des Abschiebens in private Heime oder in Sonderbereiche innerhalb der Anstalten oder einfach der individuellen Verelendung haben wir in Berlin ja zumindest in Stichworten gesprochen, — auch über die Gefahr der Perfektionierung psychiatrischer Kontrolle. Die DGSP hat weder die Psychiatrie-Enquete, noch das Modellprogramm zu verantworten. Sie hat beides zu beeinflussen gesucht — das vielleicht auch mit einigen Illusionen. Sie hat vor allem eine radikale Änderung der Strukturen und dabei auch der Finanzierung (im Sinne eines regionalen Fonds) aus den bisherigen Erfahrungen abgeleitet und das vor allem damit begründet, daß die Rechte der Betroffenen auf eine eigene Existenz, eine eigene Wohnung, eine angemessene Arbeit oder Aufgabe und ausreichende materielle und personelle Hilfe Kriterien der Versorgung sein müssen.

In dieser Zielsetzung ist die Psychiatriebewegung und damit auch die DGSP auf die Unterstützung der GRÜNEN angewiesen. Denn es geht ja gerade darum, zwischen dem unbedingten Festhalten an überholten Versorgungsstrukturen und dem zügellosen Sozialabbau à la CDU einen eigenen qualitativ neuen Weg zu gehen. Nirgendwo ist das so dringend, so offensichtlich, aber auch konzeptionell schon relativ weit durchdacht und entwickelt wie in der Psychiatrie.

Für den Bereich psychiatrischer oder psychosozialer Hilfen heißt das, sie so weit wie möglich in die allgemeine Basisversorgung zu integrieren, aber auch eine weitere Privatisierung etwa des ambulanten Bereichs zu verhindern. Diese Entwicklung droht, da ambulante psychiatrische Dienste, die eine Funktion wie die territorialen Dienste in Italien haben könnten, keineswegs überall, sondern nur an wenigen Orten (Berlin, Bremen, Hamburg u.a.) existieren und alles andere als abgesichert sind, freipraktizierende Psychologen andererseits überall auf Niederlassung drängen, ohne für die von der Psychiatrie wirklich Betroffenen eine Alternative bieten zu können.

Für grüne Sozialpolitik lassen sich die anstehenden Aufgaben auf den verschiedenen Ebenen wie folgt beschreiben:

— **auf Bundesebene:** Einbringen eines "Auflösungsgesetzes" mit dem Ziel der bedingungs-, aber nicht konsequenzlosen (!) Auflösung der Anstalten in einer zu bestimmenden Zeitfrist; d.h. die Beschäftigten müssen mit den Betroffenen ausziehen, qualitativ neue Strukturen entwickeln. Die Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes kann dafür ein möglicher Hebel sein (im Sinne eines budget global wie in Frankreich). (Weitere konkrete Schritte sind dem Thesenpapier "Zur Notwendigkeit ökologischen Denkens in der Psychiatrie", s. Tagungsunterlagen, formuliert.)

— **auf Landesebene:** Infragestellen der Landschaftsverbände als landesweite Trägerorganisation, wie in Hessen mit einiger Resonanz passiert, Verlagerung der Initiative auf die kommunale Ebene, Rückfluß aller finanziellen Mittel dorthin. (Nach Änderung des § 100 BSHG rechtlich möglich)

Einfluß auf die Psych.Kranken-Gesetze der Länder mit dem Ziel, die Ordnungsfunktion soweit möglich einzuschränken wie in dem Berliner Entwurf versucht, aber auch mit dem Ziel, eine Pflicht zur Einrichtung insbes. von ambulanten Diensten abzuleiten. Für diese gibt es bisher keine Rechtsgrundlage, bzw. keinen verbindlichen politischen Hebel.

— **auf kommunaler Ebene:** Wahrnehmen Fürsorgepflicht auch für psychisch kranke

oder seelisch bzw. geistig behinderte Bürger. Bereitstellen von eigenen Wohnungen (ob man die nun Verrücktenhäuser nennt oder nicht) statt Wohnheimen, Unterstützung von Selbsthilfefirmen statt Aussonderung in die Werkstätten für Behinderte.

Ausreichende Hilfe im eigenen Lebensbereich. — Einfordern von Mitteln dafür aus der Ausgleichsabgabe nach dem Schwerbehindertengesetz, von den Landschaftsverbänden, bzw. überörtl. Sozialhilfeträgern und evtl. auch von den Kassen (statt Ausweitung der freien Niederlassung in diesem Bereich). — Die konkrete Ausgestaltung vor Ort wird bunt-schillernd und unterschiedlich sein und sein müssen.



Läßt man mal die noch so verständliche "Dynamik" bei der Berliner Beratung beiseite, so entspricht eine solche Zielsetzung sehr weitgehend den Zielen der Demokratischen Psychiatrie in Italien (wobei es ja auch möglich sein muß, aus deren Fehlern zu lernen) oder denen der Gejle-Bewegung in Dänemark. Daß die herrschende Psychiatriemeinung oder -politik davon meilenweit entfernt ist, tut dem keinen Abbruch.

Es ist der Irrenoffensive auch unbenommen, sehr viel weiter noch gegen Professionelle, gegen Psychopharmaka Stellung zu beziehen. Aber den Krankheitsbegriff noch so radikal infragezustellen, wird an dem gesellschaftlichen Phänomen, das dahintersteht, nichts ändern: In einer Gesellschaft, die keinen Halt, keine Orientierung, keine Werte, keine Struktur, keinen Sinn mehr bereithält, und angesichts von Krisen, die in jedermanns Lebensgeschichte unausweichlich sind, wird es Menschen geben, die darauf mit dem vorübergehenden Verlust auch ihrer inneren Struktur reagieren. Und in dieser Situation ist es möglich, nicht nur Psychopharmaka oder E-Schock, sondern auch jede therapeutische Bemühung, vielleicht sogar die liebende Umarmung als Eingriff und Bedrohung zu empfinden. D.h. die Psychiatrie kommt in keinem Fall aus

ihrer Ambivalenz heraus, sondern bleibt Kind dieser Gesellschaft, die es zu verändern gilt.

Nur nebenbei sei erwähnt, daß es für Alkoholabhängige sozialpolitisch ein Erfolg war, als Kranke anerkannt zu sein, als welche, die wie Zuckerkranken keinen Zucker eben keinen Alkohol vertrugen. Die Unternehmensverbände liefen damals Sturm, weil sie die Lohnfortzahlung nicht zahlen wollten, sondern auf Eigenverschulden plädierten. — Trotzdem gibt es natürlich viele Gründe, den Krankheitsbegriff infragezustellen, ein anderes Verhältnis zur Krankheit zu bekommen, allein schon um nicht Gefahr zu laufen, einer neuen falschen Gesundheitsideologie das

Wort zu reden.

Doch noch einmal zurück zu der Berliner Beratung:

Auch wenn die Gegenüberstellung von Irrenoffensive und DGSP nicht dem realen Kräfteverhältnis in der Psychiatriepolitik entsprach und die Aggressivität mehr einem (verständlichen) Abgrenzungsbedürfnis als inhaltlichen Unterschieden in den Positionen entsprach, so bleibt doch festzustellen:

Die Gestaltung, Veränderung und Auflösung der Psychiatrie ist nur zu einem Drittel Sache der Professionellen, zu einem zweiten Drittel Sache der Betroffenen, die dafür jedoch mehr als eine relativ isolierte Gruppe brauchen. Das dritte Drittel betrifft eine Gruppe, die in Berlin leider gar nicht vertreten war — die Angehörigen. Sie haben sich erst vor kurzem zu einem riesigen Verband zusammengeschlossen. Ob deren Kraft und Power die Psychiatriereform vorantreibt, ohne die Versorgung in einem unheilvollen Sinne zu perfektionieren und zu zementieren, davon wird die weitere Entwicklung entscheidend mit geprägt sein. Das erfordert Entschiedenheit und Sensibilität nicht nur von der DGSP, sondern auch von allen Politikern, die sich mit Psychiatrie befassen.

Th. Busch
Hamburg 8.12.84