

**Abstract:**

Welcher Geist *wie* zu regieren beginnt, wenn das Geld knapp wird, und welche Geister bestimmen, *wo* und *bei wem* der Schwerpunkt der Verknappung liegen soll, hängt von einer Fülle unterschiedlicher gesellschaftlicher und kultureller Zeitströmungen ab.

Der Schwerpunkt des folgenden Artikels liegt bei dem Versuch, deutlich zu machen, dass es keine linearen Einwirkungen eines wie auch immer gearteten Diktats der Ökonomie auf die Psychiatrie gibt. Der „Geist“ der Psychiatriereform war nicht nur durch organisatorische und strukturelle Ideen bestimmt, sondern vor allem durch ein vertieftes Bewusstsein dafür, wie wir Menschen zu begegnen haben.

## - Der Geist der Psychiatriereform und das Diktat der Ökonomie –

„Geld regiert die Welt, wer aber regiert das Geld?“

(Irgendwo aufgelesen)

Kurzer historischer Rückblick: Weltwirtschaftskrise 1929. Schwerer wirtschaftlicher Einbruch in allen Industrienationen. 1932 in Deutschland 5,6 Millionen Arbeitslose.

Spätestens ab 1929 war die Diskussion auch in der Psychiatrie vom "Zwang des Sparenmüssens" geprägt. So lautete z. B. die Überschrift einer Preisarbeit des Deutschen Vereins für Psychiatrie 1931: "Kann die Versorgung Geisteskranker billiger gestaltet werden und wie?" (4) Von 1930 bis 1933 wurde der Etat der Wohlfahrtspflege um 28% gekürzt. Nach Bernd Walter degenerierte die Wohlfahrtspflege in wenigen Jahren von einer Strategie individueller Hilfe zu einem Instrument standardisierter Massenversorgung auf niedrigstem Niveau.

(12) Wie sich das Diktat der Ökonomie in Verbindung mit anderen Zeitströmungen auf die geistige Einstellung einflussreicher Personen, die für angemessene Lebensbedingungen kranker und behinderte Personen zuständig waren, auswirkte, zeigt folgendes Zitat: "An die Stelle einer unterschiedslosen Wohlfahrtspflege hat eine differenzierte Fürsorge zu treten. Erhebliche Aufwendungen sollten nur für solche Gruppen Fürsorgebedürftiger gemacht werden, die voraussichtlich ihre volle Leistungsfähigkeit wieder erlangen. Für

alle übrigen sind dagegen die wohlfahrtspflegerischen Leistungen auf menschenwürdige Versorgung und Bewahrung zu begrenzen. " So Dr. Hans Harmsen, Leiter der Abteilung für Gesundheitsfürsorge des Centralausschusses der Inneren Mission 1931 während der ersten Fachkonferenz für Eugenik in Treysa. (5) Harmsens weitere Ausführungen: „Träger erblicher Anlagen, die Ursache sozialer Minderwertigkeit und Fürsorgebedürftigkeit sind, sollen tunlichst von der Fortpflanzung ausgeschlossen werden“, sind u. a. durchaus auch im ökonomischen Kontext zu sehen. Gegen "Euthanasie" sprach man sich bei derselben Gelegenheit zwar eindeutig, aber u. a. mit folgender Argumentation aus: "Vom Standpunkt des Gemeinwohls ist zu bedenken, dass es in unserer menschlichen Gesellschaft viel größere Schädlinge gibt als die körperlich und geistig Gebrechlichen (z.B. Bordellhalter)." (5)

Das Diktat der Ökonomie zeigt hier erheblichen Einfluss. Welcher Geist jedoch *wie* zu regieren beginnt, wenn das Geld knapp wird, und welche Geister bestimmen, *wo* und *bei wem* der Schwerpunkt der Verknappung liegen soll, hängt daneben immer auch noch von einer Fülle anderer gesellschaftlicher und kultureller Zeitströmungen ab.

Komme ich aber so dem Geist der Psychiatriereform und der schwierigen Aufgabe, diesen mit dem „Diktat der Ökonomie“ in Zusammenhang zu bringen näher? Hätte ich nicht lieber gleich mit den „gesunden“ historischen Wurzeln sozialpsychiatrischer Entwicklungen beginnen sollen? Z. B. mit Wilhelm Griesinger, der bereits Mitte des 19. Jahrhunderts versuchte, die Idee der Stadtasyle als Alternative zu den abgelegenen Anstalten durchzusetzen oder mit Max Fischer, der sich um 1900 für eine „Psychiatrie außerhalb der Anstalten“ und für aufsuchende Hilfen einsetzte. U. a. brachte er eine Pflegeversicherung für psychisch kranke Menschen ins Gespräch.

Zumindest hätte es nahe gelegen mit der englischen oder der italienischen Reformpsychiatrie des 20. Jahrhunderts zu beginnen. In England gelangen übrigens die Reformen in besonders vorbildlicher Weise, obwohl dort in den Reformjahren (bereits unmittelbar nach dem 2. Weltkrieg) keineswegs wirtschaftliche Prosperität herrschte. Diktat der Ökonomie?

Wenig später setzten Reformen in Italien, Frankreich und den USA ein. Ob überall derselbe Geist dahinter stand? Für die USA ist dies zumindest zu bezweifeln. Hier führte die rigorose Schließung der Anstalten dazu, dass Menschen auf der Straße dahin vegetierten, und dass sich die Obdachlosenasyile und Gefängnisse füllten. Diktat der Ökonomie?

Was Deutschland betrifft, hätte ich die frühen sozialpsychiatrischen Reformbestrebungen an den Anfang stellen können, die es bereits seit Mitte/Ende der 50er in der ehemaligen DDR gab und die oft vergessen werden. 1963, zwölf Jahre vor der Psychiatrieenquete, wurden sie in den Rodewischer Thesen als Programm formuliert. In diesen Thesen ging es u. a. um die Absage an eine kustodiale Anstaltspsychiatrie, um Therapie und Rehabilitation für alle Patienten unabhängig von diagnostischen Zuordnungen, um Gleichstellung von körperlich und psychisch kranken Menschen, offene und freiheitliche Behandlung, Integration in die Gesellschaft mit Hilfe von Netzwerken komplementärer und ambulanter Angebote. Diese Reformansätze blieben bis zur Wiedervereinigung lebendig. Der Geist weht, wo er will, dass er sich in Ostdeutschland praktisch nur sehr insulär auswirken konnte, hatte weniger mit den ökonomischen Verhältnissen als mit dem vorhandenen Demokratiedefizit zu tun.

Zahlreiche Beschreibungen der positiven Veränderungen, die durch die Psychiatrie-Reformen ab Mitte des 20. Jahrhunderts erzielt wurden, liegen sowohl national als auch international vor. Ich setze ihre Kenntnis voraus. Meiner Einschätzung nach war – zumindest in Westdeutschland - in den 70er

und 80er Jahren neben den organisatorischen und strukturellen Veränderungen noch etwas anderes für den Geist der Psychiatriereform bedeutsam; etwas, das diesen Veränderungen eine tiefe ethische Fundierung gab. Durch diese konnte ein Überhandnehmen technokratischer Elemente, die bei großen gesellschaftlichen Reformen leicht entstehen, abgemildert werden.

Nach »Holocaust«: Erkennen – Trauern – Begegnen – so lautete der Untertitel eines 1980 von Dörner und anderen herausgegebenen Buches. (2) In diesen drei Worten findet sich das, was ich meine, in verdichteter Form. Die Psychiatrie, die wir noch in den 70er Jahren vorfanden, war erschreckend brutal. Sie machte zwischenmenschliche Begegnung, Dialog, geschweige denn eine sorgfältige gemeinsame Suche nach angemessener Lebensgestaltung nahezu unmöglich. Das musste erkannt, das musste betrauert werden. Der zündende Funke für die Reformen war der endlich wahrgenommene Anspruch der von diesen Verhältnissen betroffenen Menschen an mich, an uns. Und insofern kann man die drei Worte auch umgekehrt lesen: Begegnen – trauern – erkennen, was zu tun ist. Begegnen ist der Dreh- und Angelpunkt. Ob Reformen in ihrem Prozess und in ihrer Konsequenz „Ermöglichungsräume“ (Fabian Kessl) für Begegnungen öffnen und offen halten, das war der Maßstab, nicht irgendwelche perfekten sozialtechnischen Vorgehensweisen.

Begegnen meinte aber auch die Begegnung mit sich selbst, die sich notwendiger Weise durch die Zurkenntnisnahme psychiatrischer Verbrechen während der Nazizeit ergab. Erkennen – trauern- begegnen. Das genaue Hinsehen unter Einschluss der gesellschaftlichen und wissenschaftsgeschichtlichen Vorgeschichte der Naziverbrechen bewirkte, dass mir – und ich denke so ging es vielen der damals in irgendeiner Weise an der Reformpsychiatrie Beteiligten - mit voller Wucht die Ambivalenz des Helfens, Rettens und Heilens deutlich wurde. In welche Helferideologien sind wir verstrickt? Wie beeinflusst gesellschaftlicher Kontext unser heutiges Handeln? Was lähmt uns gegen Missstände anzugehen? Was hat die Vergangenheit mit uns selbst zu tun?

Menschen die, wie wir, beruflich angetreten waren zu helfen, waren es, die vor und während des „dritten Reichs“ an menschenfeindliche, Ideologien zu glauben begannen, die schließlich todbringende Handlungen mitverantworteten oder durchführten.

Wie auch Teile der wissenschaftlichen Elite unseres Fachgebietes sich nicht plötzlich, sondern allmählich den um sich greifenden Denk- und Einstellungsmustern ergaben, wird besonders deutlich an dem Psychiater Carl Schneider, der von 1930-1933 leitender Arzt in der Anstalt Bethel war. 1931, während der Konferenz von Treysa, gehörte er noch zu denjenigen, die sich sowohl dezidiert gegen die Euthanasie als auch gegen Sterilisationsmaßnahmen wandten. (6) Schneider brachte wissenschaftlich begründete Bedenken vor und verwarf die Sterilisation selbst für den Fall, dass die Erblichkeit einer Erkrankung einwandfrei erwiesen sei. Der modernen Eugenik warf er vor, dass sie einseitig auf „Ausmerzungen“ ausgerichtet sei und bei Fixiertheit auf ungünstige Vererbungsmerkmale die positiven übersehe, die ebenfalls vererbt würden (6) Was die Euthanasie betrifft, sah er „in der Konsequenz einer Sterbehilfe von Staats wegen die Schaffung eines ärztlichen ‚Henkerstandes‘ und damit die Pervertierung seines Berufs.“ (6) Knapp zwei Jahre später befürwortete Schneider Sterilisationen „als verantwortungsvollen Versuch vor Gott, eine neue Zeit mit neuen Menschen zu versehen“ (6), war später „maßgeblich an der Planung des Euthanasieprogramms beteiligt“ und betrieb Forschung an ‚Euthanasie‘-Opfern. (10)

Die Auseinandersetzung mit diesem Schillern des Gutgewollten zum Negativen – und unter den Bedingungen der Diktatur zum schlechthin Bösen – spielte für viele an der Psychiatriereform Beteiligte eine wesentliche Rolle. Das Erkennen bestand unter anderem in der bestürzenden Einsicht: Mitarbeiter in der damaligen Psychiatrie sind im Prinzip nicht als moralisch schlechter anzusehen als wir heutigen.

Dass der seit 1975 vorliegende Bericht der Sachverständigenkommission zur Lage der Psychiatrie in Deutschland (Psychiatrie-Enquete) schließlich am 11.10.79 ernsthaft und unter Bezugnahme der meisten Abgeordneten auf die Ermordung kranker und behinderter Menschen diskutiert wurde, war wesentlich der Denkschrift der DGSP zum 1. September 1979 „Holocaust und die Psychiatrie - oder der Versuch, das Schweigen in der Bundesrepublik zu brechen“ (in 2) zu verdanken, in der die Auseinandersetzung mit dieser schwierigen Thematik im Vordergrund stand. Dies, obgleich nach der ersten Ölkrise 1973 die bisherige Sozialstaatspolitik von konservativer Seite bereits heftig in Frage gestellt wurde. Der Soziologe Helmut Shelsky prägte damals z. B. den Begriff der „Wohlfahrtsdiktatur“. (1)

Sozialstaatskritische Tendenzen – u. a. wurde bereits diskutiert, ob nicht Soziale Gerechtigkeit als nachrangig gegenüber Freiheit anzusehen sei - konnten die Enquete mit ihren differenzierten Vorschlägen zu einer inhaltlichen, rechtlichen und organisatorischen Neuordnung im Sinne einer rehabilitativen und gemeindenahen Psychiatrie zum Glück nicht verhindern. Denn andererseits und zeitgleich kam ihr ein gesellschaftliches Klima entgegen, das für die Probleme psychisch kranker Menschen durch verschiedene Einflüsse sensibilisiert war. Z. B. bewegte das 1973 erschienene Buch von Jan Foudraine „Wer ist aus Holz?“ die Gemüter, in diesem Buch wurde die starre, „hölzerne“ diagnose-fixierte Weise Patienten zu begegnen vehement angegriffen. Filmisch wurde der Umgang mit psychisch kranken Menschen 1975 u. a. durch den ZDF-Streifen „Leben des schizophrenen Dichters Alexander März“ zu einem eine breitere Öffentlichkeit bewegenden Thema. Dem Film gelang es, die inhumanen Auswirkungen von Anstalten auch gefühlsmäßig zu vermitteln. Er ermöglichte mit medialen Mitteln Begegnung. Dass es alternative Lebensmöglichkeiten geben müsse, wurde zwingend deutlich. Wesentliche Einflüsse auf die Psychiatriereform kamen auch aus der 68er Bewegung. Vielfach wurde mit neuen Wohnformen, demokratischen Patientenversammlungen und

Patientenclubs experimentiert, z. T. unter Einfluss marxistischer Philosophie und psychoanalytischen Gedankenguts. Der Krankheitsbegriff wurde in Frage gestellt. Viele dieser Aufbrüche kamen über das Experimentierstadium nicht hinaus, entweder weil das Anfangsengagement nicht durchgehalten wurde oder weil sie von Beginn an ideologisch als „Antipsychiatrie“ überdreht waren, so z. B. das Heidelberger Patientenkollektiv 1970/71, das der Psychiater Wolfgang Huber gegründet hatte.

In mehreren Regionen fanden sich Bürger, Patienten und Mitarbeiter zu Initiativen zusammen, gründeten z. B. Klubs, die sich später häufig zu Vereinen mit ehrenamtlichen Vorständen entwickelten. Viele der heutigen Dienste des Betreuten Wohnens gehen auf solche praktischen, reformorientierten Initiativen von engagierten Bürgern, Patienten und psychiatrischen Mitarbeitern zurück. In einem Zeitungsartikel einer Bielefelder Zeitung von 1974, der die Überschrift trägt: „Bürger wollen gemeinsam die Barrieren abbauen - Verein zur Integration psychisch Leidender gegründet“, wird deutlich, in welchem Geist dies geschah. In dem Artikel heißt es u. a.: „Bürger und psychisch Leidende sollen sich aufeinanderzubewegen, sollen nicht länger unter der strikten Trennung von Gesund und Krank leiden. 40 Bürger leisteten jetzt einen Schritt auf dem Weg in Richtung menschlicheres Zusammenleben! Im Winfriedhaus gründeten sie den ›Gemeinnützigen Verein zur Integration psychisch Leidender in Bielefeld‹. Was man unter Integration versteht, definierte einer der Initiatoren des Vereins und Versammlungsleiter, Dr. Hans-Christoph Schimansky, so: ›Integration soll nicht bedeuten, die Kranken in die Gesellschaft 'hineinzuhobeln', sondern dass sich beide -- Gesunde und Kranke – aufeinanderzubewegen‹". (Westfalen-Blatt, 21.4.1974)

Es gab also einen breiten gesellschaftlichen und noch ausreichenden sozialpolitischen Konsens für die Schaffung von Räumen, Strukturen und

Atmosphären, in denen authentische Begegnungen zwischen unterschiedlichen Bürgern, mit und ohne psychische Leiden, stattfinden sollten.<sup>1</sup>

Dieser Konsens, zusammen mit damals eher günstigen (noch nicht so ausgeprägt neoliberal gestalteten) ökonomischen Rahmenbedingungen, hat die gemeindeorientierten Reformen stark befördert, aber gleichzeitig lag in diesem Erfolg vermutlich auch die Verführung zu der utopischen Annahme, das die Gemeindenähe als sozialräumliches Prinzip an sich schon gesellschaftliche Teilhabe garantiere.

Warum dies sich in unserer heutigen sozial- und gesellschaftspolitischen Situation sicher nicht von selbst ergeben wird, macht eine Rede deutlich, die unser Finanzminister Peer Steinbrück vor 600 Führungskräften aus Wirtschaft und Finanzwelt gehalten hat. Sie trägt die Überschrift „Erfolg in Gefahr“: „Das Motto lautet: die Löhne dürfen kaum noch steigen, jedermann muss jederzeit flexibel sein, muss damit rechnen mal entlassen und woanders wieder eingestellt zu werden. Gleichzeitig müssen die hohen Einkommen und Vermögen weiter entlastet werden, damit diese nicht abwandern. Das alles sei hinzunehmen. Dafür – so wird weiter argumentiert – gehe es uns im Vergleich mit Ländern wie China, Indien oder Russland auch mit ein bisschen weniger sozialer Gerechtigkeit immer noch sehr gut. (...) Die Haltung ist ökonomisch und politisch hoch riskant, denn sie setzt Globalisierung gleich mit der billigenden Inkaufnahme von mehr Ungerechtigkeit und glaubt darüber die Legitimationsgrundlagen unseres Wirtschafts- und Gesellschaftssystems erhalten zu können. Das ist ein Irrtum.“ (11)

Damit hat es Peer Steinbrück, mit einem gegenüber früheren Äußerungen durchaus veränderten Zungenschlag, auf den Punkt gebracht: Das Diktat der Ökonomie zu akzeptieren heißt „mehr Ungerechtigkeit billigend in Kauf zu

---

<sup>1</sup> Eine nicht unwesentliche Rolle spielte auch der Geist, der hinter der 1969 vollzogenen Änderung des BSHG stand, das auch seelisch Behinderten Eingliederungshilfe zusicherte.

nehmen“. Dagegen muss es auch aus den sozialpsychiatrischen Arbeitsfeldern politischen Widerstand geben.

Denn es hängt m. E. mit den von Steinbrück zutreffend beschriebenen Einstellungen zusammen, dass „die aus psychischen Erkrankungen resultierenden Probleme nicht nur nicht ab-, sondern sogar zugenommen haben“, so jedenfalls äußerte sich vor kurzem Michael Regus (9) vom Zentrum für Planung und Evaluation sozialer Dienste. U. a. weist er auf die große Zahl psychisch kranker Menschen hin, die keine Arbeit finden oder vorzeitig aus dem Erwerbsleben ausscheiden, auf die Zunahme der Arbeitsunfähigkeitstage infolge psychischer Störungen, auf die Drehtürpsychiatrie, auf den Anstieg der Zwangseinweisungen sowie die wachsenden Fallzahlen in der Forensik und in Gefängnissen. Fehlende Arbeit, materielle Not, soziale Isolation und mangelnde Zuwendung sind in hohem Maße kennzeichnend für die Lebenssituationen vieler in der Gemeinde lebender psychisch Kranker. Auf die Zunahme psychisch kranker Menschen in der Obdachlosigkeit haben Reker und Eikelmann schon vor einigen Jahren hingewiesen. Dies alles betrifft in besonderer Weise Menschen, die langfristig und chronisch von psychischen Problemen betroffen sind, also die Gruppe, die der Intention nach von den sozialpsychiatrischen Reformen am meisten profitieren sollte.

Ein Ökonomieverständnis, das davon ausgeht alle diese Problemfelder seien außerhalb ihres Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereichs, ist bereits in lebensfremder Weise verengt. Ein angemessenes Verständnis von Ökonomie hat selbstverständlich die sozialen Gewinne und Verluste mit ein zu beziehen.

Wenn Günter Wienberg 2008 in dem, im übrigen hervorragenden, Übersichtsartikel „Gemeindepsychiatrie heute“ (13) schreibt: „Mehr Geld, das heißt überproportionale Steigerungen der Aufwendungen für die psychiatrische Versorgung, wird es angesichts des herrschenden sozialpolitischen Mainstreams und der Überschuldung der öffentlichen Hände absehbar nicht geben“, so hat er damit vermutlich realistisch den derzeit bestehenden status quo beschrieben. Der

Einfluss aber, den kritische gesellschaftliche Bewegungen und sich wandelnde politische Strömungen auf die Veränderung von Rahmenbedingungen nehmen können, und historisch immer wieder genommen haben, wird damit nicht ins Auge gefasst.

Wienberg schreibt ferner: „Die Wiederkehr von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen – starkes wirtschaftliches Wachstum bei ›gesunder‹ Demografie und gleichzeitigem deficit spending der öffentlichen Hand –, die in den 70er und 80er Jahren ein historisch beispielloses Wachstum des sozialen Dienstleistungssektors ermöglicht haben, liegt heute im Bereich der Utopie.“ (13) Bei solchen Formulierungen besteht m. E. die Gefahr, dass sie leicht den Eindruck erwecken, der „mainstream“ sei als naturgegeben, statisch und unveränderbar hinzunehmen und als müssten wir das Feld gleichsam protestlos dem Diktat der Ökonomie (einer höchst fragwürdig definierten Ökonomie) überlassen.

Mit sozialbürokratischen und sozialtechnischen Vorgaben, Steuerungs- und Planungsverfahren wird derzeit versucht, unter den gegebenen Rahmenbedingungen der Lage in den psychiatrischen Arbeitsfeldern irgendwie Herr zu werden. Das alles mag, je nach Art der Ausführung, mehr oder minder akzeptabel und unter pragmatischen Gesichtspunkten notwendig sein. Der Geist der Psychiatriereform, in dem es im Kern um Ermöglichungsräume für Begegnung und Teilhabe geht und um die persönliche Bereitschaft, sich auf Beziehungen – einschließlich des miteinander Scheiterns und Neubeginns - einzulassen, ist darin immer schwerer zu erkennen. Solche Ermöglichungsräume brauchen sozialpolitisch gewollte institutionelle Absicherung. Ich halte es für eine Fiktion und politisch für gefährlich zu meinen, man könne die Beschneidung solcher Absicherung als Chance fürs Ehrenamt, für die Bürgerarbeit, für Ressourcenorientierung, für Selbstbestimmung und Selbstverantwortung hochjubeln. Die erwähnten, z. T. von großem

bürgerschaftlichem Engagement getragenen, Initiativen zu Beginn der 80er Jahre wurden nicht instrumentalisiert als Sparprogramme. Sie waren nicht Ersatz, sondern Anstoß für eine sozialere Politik.

Es wäre m. E. utopisch zu meinen, dass verlässliche Schutz- und Lebensräume für die Betroffenen durch den Versuch, solche Aufbruchs-Engagements dauerhaft aufrechtzuerhalten zu sichern sind. Der regelmäßig zu beobachtende Übergang in institutionalisierte Formen, wird zwar oft aus prinzipiell antiinstitutionellen Ressentiment heraus beklagt, ich denke jedoch, dieser Übergang ist zunächst einmal positiv zu werten, da er die Überforderung aller Beteiligten verhindert und mehr Sicherheit, auch Rechtssicherheit ermöglicht. In unserer heutigen Situation scheint es mir eher wichtig zu betonen, dass institutionelle Arbeit und außerinstitutionelles Engagement nur dann in fruchtbarer Weise aufeinander bezogen werden können, wenn genügend institutionelle Absicherung vorhanden ist.

Für Sozialraumorientierung, für die Unterstützung von und die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen, für familien- und netzwerkorientierte Arbeit, für die Einbeziehung von Nachbarn und interessierten Bürgern sollte es institutionell abgesicherte Stellen mit Gestaltungsfreiraum geben. Dafür vor allem sollte Fachlichkeit gefördert werden. Das heißt auch, dass die über Fachleistungsstunden geregelte, häufig ausschließlich therapeutisch verstandene Bezugnahme auf jeweils nur eine einzelne Person, wie sie im ambulant betreuten Wohnen vielerorts üblich geworden ist, nicht genügt.

Der Geist der Psychiatriereform müsste im übrigen derzeit zum Entfesselungskünstler werden und sich dem Ungeist eines Denkens in Modulen, Leistungspaketen, Qualitätsrastern und abzuhakenden Fachleistungsstunden zu entwinden suchen. Alles dies hält Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zwar ununterbrochen in Atem, kreative Gestaltungsimpulse werden dadurch jedoch eher unterdrückt. Der suggestive Einfluss eines bereits internalisierten, angeblich nicht zu beeinflussenden Diktats der Ökonomie im Verbund mit

einem Immer-Mehr an geforderten – in hohen Anteilen Patienten/Klienten fern – Aufgaben demotiviert Mitarbeiter/innen und gibt ihnen ein Gefühl der Ohnmacht. Schlimmer noch: der zunehmend eklatanter werdende Widerspruch zwischen den ethischen und fachlichen Normen und der von Strukturen und Vorgaben her gegebenen Funktionslogik fordert von Mitarbeitern/innen subjektive Bewältigungsmuster, die die Diskrepanz für sie irgendwie aushaltbar machen. Sind andere Wege versperrt, besteht die Gefahr, dass der Weg der „Coolness“ gewählt wird. Man lässt sich menschliches Leid aus Selbstschutz nicht mehr nahe gehen und versucht die Diskrepanz im Sinne geforderter (und auch belohnter) Anpassung aufzulösen. Die derzeitige Überbetonung von Selbstbestimmung und Eigenverantwortung sichert dieses Reaktionsmuster scheinbar auch moralisch ab.

Was tun? Frei nach Wilhelm Busch: „Der Sinn - und dieser Satz steht fest - ist stets der Unsinn, den man lässt.“(8) Man könnte eine ganze Menge lassen und dafür anderes tun. M. E. wären z. B. Kostenträger gut beraten, deutliche Anreize für Projekte in der angedeuteten Richtung zu geben und bestehende Projekte, in denen bereits sinnvolle Verzahnungen von institutioneller und außerinstitutioneller Arbeit laufen, auszubauen und nicht durch Schwächung des institutionellen Teils gänzlich kaputt zu sparen.

Das Wichtigste: Mit einem Geist, der alle menschlichen Beziehungen der Vermarktlichung unterwirft und sie in warenförmige Austauschverhältnisse verwandelt, verträgt sich ein humanes Verständnis von Beziehungsgestaltung nicht.

Auf letzteres hinzuwirken ist jedoch Aufgabe aller Mitarbeiter/innen in der Psychiatrie und sollte insbesondere Aufgabe von wohl verstandener Leitung sein. Sozial-Manager, die sich hinter ihren Schreibtischen verschanzen, Stundenbögen per PC kontrollieren, linientreu –egal wie - schwarze Zahlen schreiben und für das so genannte „operante Geschäft“ die ihnen neuerdings anerzogene Ignoranz zeigen, genügen dafür nicht. Es macht Sinn, wenn

Leitungspersönlichkeiten, die selbst fachlich und inhaltlich engagiert sind, Impulse in Richtung solcher sozialräumlich orientierten Arbeit geben. Es macht Sinn, wenn sie selbst Präsenz im Arbeitsfeld zeigen. Letzteres ist eine der effektivsten Formen von Kontrolle. Gleichzeitig würden sie so ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu motivieren verstehen. Dies gelingt sehr viel eher durch Vorbild und Vertrauensvorschuss als durch kleinmaschige Kontrollen, Dokumentationsraster und Minutenzählerei.

Wenn es stimmt, dass der Geist der Psychiatriereform vor allem mit einem solchen Verständnis der Arbeit zu tun hat, dann könnte er es sein, der europaweit hinter einer in den letzten Jahren immer stärker werdenden gesellschaftlichen Bewegung steht, die sich - bunt und mit unterschiedlichen (politischen) Akzenten – gegen das Eindringen des Marktdiktats in alle sozialen und gesellschaftlichen Bereiche zu wehren versucht.

Ob es sich um die Initiative gegen Pflegenotstand, die Soltauer Initiative zu Sozialpolitik und Ethik, die sozialpolitische Offensive Hamburg, den Arbeitskreis kritische soziale Arbeit, die Linzer Initiative, die Wiener Erklärung zur Ökonomisierung und Fachlichkeit in der Sozialen Arbeit, das Niederländische Manifest “Macht und Gegenmacht – genug ist genug“, die sozialen Initiativen bei Attac und der IPPNW<sup>2</sup> handelt oder um die praktischen Erprobungen von Modellen unter Einbeziehung bürgerschaftlichen Engagements, wie sie z. B. von Klaus Dörner (3) und der Niederländerin Doortje Kal (7) geschildert werden<sup>3</sup> - an einem wesentlichen Punkt sind sich alle diese Ansätze einig: Menschen in der psychiatrischen Arbeit gerecht werden bedeutet auch im 21. Jahrhundert, sie gemäß ihrer Menschenrechte und ihrer Würde zu respektieren. Würde konstituiert sich nicht in zu berechnenden Austauschverhältnissen, sondern in der Begegnung.

---

<sup>2</sup> Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges, Ärzte in sozialer Verantwortung e.V.

<sup>3</sup> Eine Liste von Internet-Adressen verschiedener Initiativen, die sich mit den Auswirkungen zunehmender Ökonomisierung befassen, kann bei der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie angefordert werden. - [www.psychiatrie.de/DGSP](http://www.psychiatrie.de/DGSP)

Sicher, es ist unmöglich mit einigen einfachen Rezepten oder Handgriffen dem komplizierten Gefüge von wirtschaftlicher Macht, Politik und Zeitgeist von heute auf morgen eine andere Richtung zu geben, aber auch heute ist keiner verpflichtet, sich der Suggestion der Ohnmacht, an der jede Diktatur interessiert ist - auch die des Marktes - kampflos zu ergeben.

#### Literatur

1. Butterwegge, Christoph: Krise und Zukunft des Sozialstaates, Wiesbaden 2005 (2. Aufl.)
2. Dörner, Klaus et al: Der Krieg gegen die psychisch Kranken – Nach »Holocaust«: Erkennen – Trauern – Begegnen, Frankfurt 1989 (2. Aufl.)
3. Dörner, Klaus: Leben und sterben, wo ich hingehöre –Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem, Neumünster 2007
4. Faulstich, Heinz: Hungersterben in der Psychiatrie 1914 -1949, Freiburg 1998
5. Hochmuth, Anneliese: Spurensuche - Eugenik, Sterilisation, Patientenmorde und die v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel 1929-1945, Hrsg.: Benad, Matthias, Bielefeld 1997
6. Kaiser, Jochen-Christoph: Sozialer Protestantismus im 20. Jahrhundert – Beiträge zur Geschichte der Inneren Mission 1914 – 1945, München/Oldenbourg 1989
7. Kal, Doortje: Gastfreundschaft – Das niederländische Konzept Kwartiermaken, Neumünster 2006
8. Marquard, Odo: Zur Diätetik der Sinnerwartung, in: Apologie des Zufälligen, Stuttgart 1986
9. Regus, Michael: Gemeindepsychiatrie in der Krise: Problemfelder und Bewältigungsstrategien, Eröffnungsvortrag der Fachtagung „Wir(r) in NRW – Perspektiven der Gemeindepsychiatrie“ am 11./12. Oktober 2007 an der Universität Siegen
10. Schmuhl, Hans-Walter: Fritz v. Bodelschwingh, die Ärzte und der medizinische Fortschritt, in: Friedrich v. Bodelschwingh d. J. und die Betheler Anstalten, Hrsg.: Benad, Matthias, Stuttgart 1997
11. Steinbrück, Peer: Erfolg in Gefahr, Rede während der Veranstaltung „Topic of the Year“, Frankfurter Rundschau 17.1.08
12. Walter, Bernd: Zwangssterilisationen und Planwirtschaft im Anstaltswesen. Die Konfrontation der v.Bodelschwingschen Anstalten in Bethel mit den rassenhygienischen Maßnahmen des NS-Regimes; in: Friedrich v. Bodelschwingh d. J. und die Betheler Anstalten, Hrsg.: Benad, Matthias, Stuttgart 1997
13. Wienberg, Günther: Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven, Sozialpsychiatrische Informationen 1/2008