

# Die Entwicklung der Sozialpsychiatrie in Baden-Württemberg -von Utopien und Realitäten -

„Nur die Traditionen bleiben lebendig, die sich in veränderten  
Situationen selber verändern“ (Habermas)

Dr. Klaus Obert  
21.06.2022

# Ziel meiner Ausführungen

Vermittlung unserer Erfahrungen in Verbindung mit der Entwicklung der Sozialpsychiatrie in Baden-Württemberg

- Wesentlich für die kritische, politisch sich verstehende und handelnde Auseinandersetzung mit der Psychiatrie und der Mitgestaltung der Sozialpsychiatrie war die 68 - er Bewegung und deren Folgen – und für nicht wenige von uns die Bedeutung der „psichiatria democratica
- Orientierung in der Darstellung vorrangig an der Entwicklung in Baden Württemberg in Verbindung mit der Entwicklung in Stuttgart

# Gliederung

1. Hintergründe und Entstehungsbedingungen der Sozialpsychiatrie
2. Sozialpsychiatrie als ethisch-moralisch-politische Antwort und Herausforderung
3. Sozialpsychiatrische Hilfen in Baden-Württemberg
4. Der Gemeindepsychiatrische Verbund
5. Aktueller Stand der Umsetzung der sozialpsychiatrischen Leitlinien/Utopien
6. Blick in die Zukunft – Welches sind die zentralen Herausforderungen?

# 1. Hintergründe und Entstehungsbedingungen der Sozialpsychiatrie

Eine lapidare, fast schon rhetorische, gleichsam aber grundlegende Frage an Franco Basaglia:

Was interessiert Sie mehr in Ihrer Arbeit als Psychiater:

„Die Krankheit oder der psychisch kranke Mensch?“

„Der psychisch kranke Mensch selbstverständlich!“

# Naturwissenschaftliches und Geisteswissenschaftliches Paradigma

## - Naturwissenschaftliches Paradigma -

- Die Trennung von Vernunft und Unvernunft: die Reduktion des Subjekts (des „ganzen Menschen“) auf ein krankes Objekt („Der Schizophrene“ und nicht der schizophren erkrankte Mensch“)
- Psychische Erkrankung (Verrücktheit) als organisches Defizit bestimmt durch das naturwissenschaftliche Denken
- Krankheit: Genetisch bedingt, abstrahiert vom Alltag und der Lebenswelt, unheilbar, ein funktionaler Defekt im Gehirn

# Naturwissenschaftliches und Geisteswissenschaftliches Paradigma

## - Naturwissenschaftliches Paradigma -

- Paradigma der Ausgrenzung, Objektivierung und Gewalt mit dem dazugehörigen Menschenbild und Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Die psychiatrische Anstalt wird zum rationalen Behälter der Irrationalität (Basaglia, Foucault, Dörner).
- Logik der Ausgrenzung, Objektivierung und Gewalt, die letztlich zum Begriff und der Realisierung des „lebensunwerten Lebens“ und der Illusion der Schaffung eines „gesunden Volkskörpers“ führt: Das Euthanasieprogramm der Nazis als dessen unsäglichem Höhepunkt (Tötung von ca. 300.000 psychisch kranken und behinderten Menschen – T 4 Aktion)

# Naturwissenschaftliches und Geisteswissenschaftliches Paradigma

- Das traditionelle Paradigma, verortet im naturwissenschaftlichen Paradigma, steht im Gegensatz zum gemeindenahen Paradigma, verankert im geisteswissenschaftlichen Paradigma
- Die Infragestellung und letztlich das Scheitern des traditionellen gemeindefernen Paradigmas: Das reduktionistische, naturwissenschaftlich bestimmte Defizitmodell als vermeintlich wissenschaftliche Grundlage für die Ausgrenzung und Aussonderung in gemeindeferne Anstalten, legitimiert durch die Krankheit, war obsolet geworden.

# Naturwissenschaftliches und Geisteswissenschaftliches Paradigma

## - Geisteswissenschaftliches Paradigma -

- Alltagstheorien, Lebenswelt, Phänomenologie, kommunikative Rationalität (Habermas, Husserl, Kosik, Mead, Schütz, Thiersch)
- Charakteristische Begriffe und Merkmale: Intersubjektivität, Individuum in seiner Lebenswelt, teilnehmend beobachten, Verstehen, akzeptieren, ganzheitlich denken, auf gleicher Augenhöhe, So-sein-lassen-können, einfühlen, Gegenseitigkeit, Respekt, Eigensinn



# Naturwissenschaftliches und Geisteswissenschaftliches Paradigma

## - Geisteswissenschaftliches Paradigma -

- Der Mensch als Einheit von Körper, Seele und Geist ist ein soziales, kommunikatives und interaktives Wesen.
- Erst über Kommunikation (geteilte Intentionalität - Tomasello), Interaktion und Tätig-Sein wird der Mensch zum Menschen
- Der Mensch ist grundlegend und unabdingbar ein soziales Wesen über und durch die Wegentwicklung von der Instinktgebundenheit hin zu einem „vernünftigen“, selbstreflexiven Wesen

## **2. Sozialpsychiatrie**

**Eine moralisch-ethisch fundierte,  
gesellschaftskritische, (sozial-)politische  
Herausforderung und Aufgabe**

# Entstehung, Entwicklung und Ausbreitung der Sozialpsychiatrie

Ohne traditionelle Anstaltspsychiatrie keine Sozialpsychiatrie!

- Die Paradigmenkrise des Anstaltsmodells nach 1945 – Das verdrängte Trauma der Euthanasie
- Umgang mit dem „Anderssein“ als öffentliche, sozialpolitische und gesellschaftliche Aufgabe im demokratischen Rechtsstaat
- Skandalisierung der menschenunwürdigen, menschenrechtsverletzenden, elenden Bedingungen in der Psychiatrie
- Rolle und Bedeutung der Psychopharmaka
- Erste phänomenologischer Ansätze finden in Deutschland Eingang in den Diskurs (von Bayer. Kisker, Kulenkampff)
- Ökonomische Rahmenbedingungen: Großer Bedarf an Arbeitskräften

# Entstehung, Entwicklung und Ausbreitung der Sozialpsychiatrie

Eine nicht einfach zu beantwortende Frage:

- Was ist eigentlich Sozialpsychiatrie? Eine ethisch moralisch politische, praxisorientierte Bewegung oder Fragmente einer Theorie, oder nur ein Konzept, oder eine Spezialdisziplin der Psychiatrie?
- Selbstverständnis der Sozialpsychiatrie: „Das Soziale“ versucht im Verständnis wie in der Praxis das reduktive medizinisch psychiatrisch naturwissenschaftlich bestimmte Defizitmodell abzulösen
- Herausforderung: Ein offener, lebhafter und dynamischer Diskurs, der nicht geschlossen werden sollte

Sozialpsychiatrie: „Die Einheit in der Vielfalt ihrer Stimmen“?

# Leitlinien der Sozialpsychiatrie in Verbindung mit dem Alltags- und lebensweltorientierten Ansatz: Menschenbild

Die Alltagstheorie als ein möglicher theoretischer Bezugspunkt für die sozialpsychiatrischen Leitlinien (vielfältige Gemeinsamkeiten)

- Das Individuum in seiner Lebenswelt ist Grundlage und Ziel des Handelns.
- Sozialpsychiatrie sieht den Menschen als Ganzes in der Wiederherstellung des Subjektes und der Menschenwürde.
- Respekt und Achtung von dem Anderen und dem Anderssein, Akzeptanz und Förderung des Eigensinns
- Die unhintergehbare Bedeutung des Alltags und der Lebenswelt

# Alltags- und lebensweltorientiertes, sozialpsychiatrisches Handeln

- Ausgangspunkt ist der sog. „schwächste und hilfsbedürftigste Mensch“ (regionale Versorgungsverpflichtung)
- Ausgangsort sind der Alltag und die Lebenswelt (ambulant-aufsuchende Tätigkeit)
- Ausgang sind die Ressourcen und Bedürfnisse der psychisch kranken Menschen und ihrer Umgebung,
- Permanente Aufgabe: Förderung der Selbsthilfe und der Selbstwirksamkeit (so weit wie möglich) im partnerschaftlichen Aushandeln

# Alltags- und lebensweltorientiertes, sozialpsychiatrisches Handeln

- Hilfe zur Selbsthilfe und Selbstwirksamkeit
- Förderung von Empowerment im Kontext von Zumutung und Entzug von Verantwortung
- Kontakt anbahnen, Vertrauen herstellen und Beziehungen aufrechterhalten, Wahren von Gegenseitigkeit
- „Sich einlassen“, „verstehen und verständigen“, sich der Komplexität der Lebenswelt aussetzen, Biografiearbeit
- Ganzheitlichkeit, Offenheit, Einmischung und Allzuständigkeit

# Politische Implikationen alltags- und lebensweltorientieren, sozialpsychiatrischen Handelns

Das Konzept der offensiven Einmischung:

- Politische Einmischung, gesellschaftskritische Verankerung des sozialpsychiatrischen Handelns (Professionsethik)
- Unterstützung und Weiterentwicklung des Dialogs
- Kontinuierliche Humanisierung der Lebensbedingungen (Strategien gegen Armut etc.)
- Soziale Gerechtigkeit und Demokratisierung
- Ausweitung der Grenzen der Normalität



# Alltags- und lebensweltorientiertes Handeln und regionale Versorgungsverpflichtung

Regionale Versorgungsverpflichtung in Zusammenhang mit Grundversorgung heißt:

- Bereitstellung der erforderlichen Hilfen und die notwendige Unterstützung im Gemeinwesen
- Niemand wird aufgrund der Art und Schwere seiner Erkrankung gegen seine Zustimmung außerhalb der Region untergebracht.

# 3. Sozialpsychiatrische Hilfen in Baden-Württemberg – vom SpDi zum GPV und die zentrale Bedeutung der Selbsthilfe

# Sozialpsychiatrische Hilfen in Baden-Württemberg – vom SpDi zum GPV

- Vom gemeindefernen zum gemeindenahen psychiatrischen Paradigma
- Vom naturwissenschaftlich bestimmten, reduktiven Defizitmodell zum verständnis- und verständigungsorientierten Zubinschen Modell der multifaktoriellen Genese und der Anerkennung des Individuums in seiner Lebenswelt als „ganzer Mensch“
- Die „verspätete“ und „halbierte“ Reform in der BRD:
  - „verspätet“: Auswirkungen des Euthanasieprogramm und der ausgebliebenen Infragestellung der Logik der Anstalt (Therapeutische Kette)
  - „halbiert“: Keine konsequente Abschaffung der psychiatrischen Anstalten und keine konsequente Umsetzung regionaler Versorgungsverpflichtung

# Sozialpsychiatrische Hilfen in Baden-Württemberg – vom SpDi zum GPV

- Psychiatrieenquete als Meilenstein, Ausgangspunkt und zentraler Eckpfeiler der Psychiatriereform in der BRD (1975) und Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung (1988)
- Bundesmodellprogramm (1981-1985) und Landesmodellprogramm zum Ausbau der außerstationären, psychiatrischen Versorgung in Baden-Württemberg (1982-1986) mit den SpDi als Kernbaustein des Modellprogramms
- Das hegemoniale Modell des medizinisch-psychiatrischen Paradigmas „überlebt“, allerdings mit hoffnungsvollen, veränderungsbestimmten Veränderungen

# Sozialpsychiatrische Hilfen in Baden-Württemberg – vom SpDi zum GPV

Psychiatriereform in Baden-Württemberg und die Umsetzung des Subsidiaritätsprinzip:

- Die Implementation ambulanter Dienste und Einrichtungen erfolgte vorrangig über die Träger der Freien Wohlfahrtspflege und bedeutete einerseits die Etablierung des Psychosozialen Paradigmas; andererseits die Skepsis bis zur Ablehnung gegenüber der Übernahme von hoheitlichen Aufgaben in den SpDis
- „Ambulant und stationär“:  
Gleichzeitig sozialpsychiatrische Initiativen und Projekte seitens einiger sozialpsychiatrischer Kliniken im Land (z.B. Weissenau, Zwiefalten, Nürtingen, Freudenstadt, Heidenheim)

# Sozialpsychiatrische Hilfen in Baden-Württemberg – vom SpDi zum GPV

Psychiatriereform in Baden-Württemberg und die Umsetzung des Subsidiaritätsprinzip – „ambulant und stationär“:

- Sukzessives Aufeinanderzugehen und engere Vernetzung von „drinnen und draußen“ entgegen anfänglicher polarisierter, eher ideologisch geführter, weniger dialogisch ausgerichteter Debatten
- Protagonisten der Reformbewegung in Baden-Württemberg: Die Bedeutung der ambulanten Seite (Wohlfahrtspflege) und der psychiatrischen Kliniken (enge Vernetzung von ambulanten und stationären Protagonisten)

# Sozialpsychiatrische Hilfen in Baden-Württemberg – vom SpDi zum GPV

Von wesentlicher und zentraler Bedeutung in Theorie und Praxis der Psychiatriereform

Die Entstehung und Etablierung der Selbsthilfeorganisationen und die gleichberechtigte Miteinbeziehung in die fachpolitische Auseinandersetzung: Psychiatrie Erfahrene, Angehörige und Bürgerhelfer\*innen

# Sozialpsychiatrische Hilfen in Baden-Württemberg – vom SpDi zum GPV

- Pionierarbeit: Der Beginn der ambulanten Arbeit für und mit chronisch psychisch kranke(n) Menschen (durch die SpDi 1982) mit dem Modellprogramm
- Kontinuierliche Ausweitung des Netzes an Hilfen: SpDi, Betreutes Wohnen, Tagesstätten mit Zuverdienst, Psychiatrischer Pflegedienst, Institutsambulanz
- Von 10 Mitarbeiter\*innen 1982 zu ca. 450 MA trägerübergreifend (Stuttgart)
- Heute: Konsequente Umsetzung der regionalen Versorgungsverpflichtung in einigen Regionen in BW



# Sozialpsychiatrische Hilfen in Baden-Württemberg – vom SpDi zum GPV

- Erste Phase (1982-1986): Pionierarbeit – Wie geht ambulante psychiatrische Arbeit im Sozialraum?
- Zweite Phase (1986-90er Jahre): Der Auf- und Ausbau und die Etablierung der ambulanten Strukturen mit den SpDis als Kernstück
- Dritte Phase (bis ca. 2004): Vom SpDi über das GPZ zum GPV
- Herausforderung: Gemeindenahe Psychiatrie oder Psychiatrie in der Gemeinde

# Sozialpsychiatrische Hilfen in Baden-Württemberg – vom SpDi zum GPV

- Vierte Phase (ca. 2004 - bis heute: Von der freiwilligen Übernahme der Versorgungsverantwortung hin zur verpflichtenden Vereinbarung regionaler Versorgungsverantwortung
- Implementation Gemeindepsychiatrischer Verbände und der Hilfeplankonferenzen
- 2015: Inkrafttreten des Psychisch Krankenhilfegesetzes in Baden-Württemberg

U.a. Der Sozialpsychiatrische Dienst (§ 6): Die auf Ebene der Stadt- und Landkreise eingerichteten SpDi leisten ambulante Hilfen... Die Leistungen umfassen sozialpsychiatrische Vorsorge, Nachsorge, psychosoziale Krisenintervention, auch aufsuchend.

# Sozialpsychiatrische Hilfen in Baden-Württemberg – vom SpDi zum GPV

- Die Entwicklung der Selbsthilfe als notwendiges und konstitutives Element der Entwicklung der Sozialpsychiatrie in BW: Autonomie und Selbstverantwortung als untrennbarer Bestandteil und ambivalenter Prozess in neoliberalen gesellschaftlichen Verhältnissen
- Die Akteure der Reform – Die Entwicklung konstruktiver Einheit in der Vielfalt (Selbsthilfe, Professionelle, Politik, Verwaltung)

Allerdings: Sehr unterschiedliche Entwicklungen mit den entsprechenden Niveaus in BW – Ein nach wie vor bestehender Anachronismus: Die Unterschiede zwischen Stadt und Land wurden/werden zu wenig berücksichtigt.

# Sozialpsychiatrische Hilfen in Baden-Württemberg – vom SpDi zum GPV

Rolle und Funktion der SpDis: Die SpDi als Kernstück geraten in manchen Regionen BW's aufgrund unterschiedlicher Faktoren etwas ins Hintertreffen:

- Begrenzte Ressourcen
- Ungeklärtes bis ambivalentes Verhältnis zur Gestaltung der Doppelfunktion von Hilfe und Kontrolle unter einseitiger Orientierung an der Freiwilligkeit

Ausbau der Eingliederungshilfe

Ambulante Orientierung der Kliniken wie die Implementierung der Institutsambulanzen seit 2002 und StaeB seit 2018

Und dies: vor dem Hintergrund der neoliberalen Entwicklung des Spätkapitalismus in Verbindung mit der (drohenden) Ökonomisierung des Sozialen.

# Sozialpsychiatrische Hilfen in Baden-Württemberg – vom SpDi zum GPV

- Die Sozialpsychiatrie ermöglichte in ihrer gesamten Geschichte – selbstverständlich nicht als einzige Ursache – die Entwicklung und den Ausbau der Selbsthilfe und deren zentrale Bedeutung im psychiatrischen Diskurs?
- Ex-In/Peers: Zunehmende Beteiligung von Psychiatrie Erfahrenen an Behandlung und Begleitung
- Die Selbstverständlichkeit der Beteiligung Betroffener auf allen Ebenen ist eine permanente Aufgabe

# 4. Der Gemeindepsychiatrische Verbund: „Niemand darf verloren gehen – Keiner kanns allein“

# Der Gemeindepsychiatrische Verbund: „Niemand darf verloren gehen – Keiner kanns allein“

- Die Operationalisierung von regionaler Versorgungsverpflichtung und Personenorientierung
- Die zentrale Bedeutung des Gemeindepsychiatrischen Verbundes als Instrument und Ziel in der Umsetzung einer der Leitlinien der Sozialpsychiatrie:
- Die Orientierung am Individuum in seiner Lebenswelt für alle psychisch kranken Bürger\*innen eines definierten Sozialraums – Die Forensik gehört ebenfalls zum GPV!

(“Beim Letzten anfangen“ – Dörner,  
„Tutti o nessuno“ – Basaglia)

# Der Gemeindepsychiatrische Verbund: „Niemand darf verloren gehen – Keiner kanns allein“

Der GPV ist verbindlich verankert im PsychKHG Baden – Württemberg:

„Der Gemeindepsychiatrische Verbund (§ 7):

Zusammenschluss von ambulanten, stationären, teilstationären Trägern und der Selbsthilfe unter Federführung der Kommune zur Umsetzung regionaler  
Versorgungsverpflichtung“



# Der Gemeindepsychiatrische Verbund: „Niemand darf verloren gehen – Keiner kanns allein“

- Niemand wird aufgrund Art oder Intensität der Erkrankung oder Behinderung gegen seinen Willen außerhalb seiner Region, seines Sozialraums untergebracht. Jeder/jede psychisch kranke Bürger\*in erhält in seinem Sozialraum die ihm/ihr angemessene Hilfe.
- Die Zusammenarbeit der Leistungserbringer ist verbindlich geregelt und findet ihre Umsetzung auf allen Ebenen der psychiatrischen Hilfen, der Verwaltung, der Politik unter enger und gleichberechtigter Miteinbeziehung der Selbsthilfe.

# Der Gemeindepsychiatrische Verbund

## - Das Netz der sozialpsychiatrischen Hilfen -

- Sozialpsychiatrische Grundversorgung: Sozialpsychiatrische Dienste, Krisen- und Notfalldienste, Krisendienste, Behandlung
- Wohnen: Ambulant und stationär Betreutes Wohnen (Besondere Wohnformen), Wohnen in Gastfamilien
- Arbeit/ Beschäftigung/ Tätigsein: vom ersten Arbeitsmarkt zum Zuverdienstprojekt
- Kontakte/ Beziehungen: von Angeboten im Gemeinwesen/Sozialraum zur niederschweligen Tagesstätte und Anlaufstelle

## *Exkurs:*

# Der Gemeindepsychiatrische Verbund Stuttgart

Netz der Sozialpsychiatrischen Hilfen in Stuttgart:

(603.000 Einwohner\*innen – 31.12.2021)

- 8 Gemeindepsychiatrische Zentren
  - SpDis, GerBera, Tagesstätten mit Zuverdienst, Aufwind der Institutsambulanz, Soziotherapie,
  - Trägerschaft
  - Finanzierung
  
- Personalschlüssel der SpDi: 1 : 23.000 Einwohner

# Der Gemeindepsychiatrische Verbund Stuttgart

Netz der Sozialpsychiatrischen Hilfen in Stuttgart:

(603.000 Einwohner\*innen – 31.12.2021)

Betreutes Wohnen für psychisch kranke Menschen (Soziale Teilhabe nach der Begrifflichkeit des BTHG):

- Insgesamt ca. 1.100 Plätze
- 800 ambulant betreute Plätze und
- 300 stationäre Plätze (Besondere Wohnformen), davon
- 56 geschlossene Wohnplätze in vier kleinen Wohnheimen, die teilweise integriert sind in offene Besondere Wohnformen und insambulant Betreutes Wohnen

Ca. **4.000** betreute psychisch kranke Menschen insgesamt in den Bausteinen des GPV

# Der Gemeindepsychiatrische Verbund Stuttgart

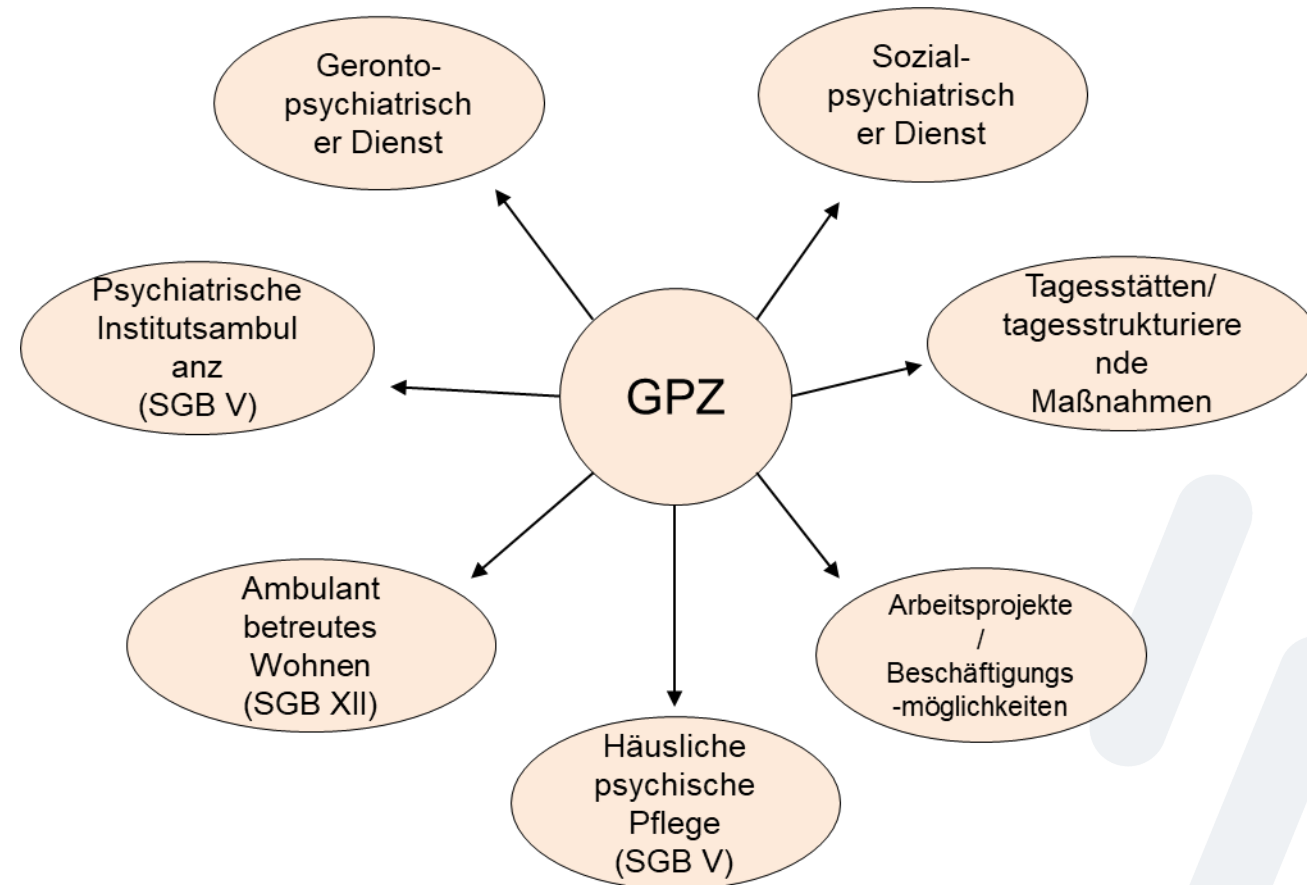
## Netz der Sozialpsychiatrischen Hilfen in Stuttgart:

(603.000 Einwohner\*innen – 31.12.2021)

- Ca. 450 Mitarbeiter\*innen bei insgesamt 8 Trägern (ohne die psychiatrischen Kliniken)
- 2 Psychiatrische Kliniken mit Versorgungsverpflichtung Stationsäquivalente Behandlung seit Oktober 2018
- Trägerschaft: 8 Träger, welche den Gemeindepsychiatrischen Verbund bilden
- Versorgungsverpflichtung im GPV: "Niemand darf verloren gehen – Keiner kanns allein"
- Besondere Bedeutung: Selbsthilfe in Stuttgart seit 40 Jahren organisiert

# Der Gemeindepsychiatrische Verbund Stuttgart

## Einrichtung und Dienste des GPV bzw. GPZ



# 5. Aktueller Stand der Umsetzung der sozialpsychiatrischen Leitlinien/Utopien

# Aktueller Stand der Umsetzung der sozialpsychiatrischen Leitlinien/Utopien

- Was konnte realisiert werden oder ist auf dem Weg der Realisierung?
- Was bewegt sich weiterhin im Bereich der Utopie?
- Was hat sich entwickelt und in der Anfangszeit (noch) nicht absehbar war?

Die folgenden Folien beziehen sich nicht auf alle Regionen in Baden – Württemberg aufgrund der beträchtlichen Unterschiede in den Versorgungsniveaus!



# Aktueller Stand der Umsetzung der sozialpsychiatrischen Leitlinien/Utopien

Auf einem guten Weg

- Verständnis von Gesundheit und Krankheit/Menschenbild
- Regionale Versorgungsverpflichtung und Arbeit an den Schnittstellen
- Niederschwelliger Alltags- und Lebenswelt orientierter Ansatz in Verbindung mit medizinisch-psychiatrischer Behandlung und weiterer Methoden auf Augenhöhe – trotz aller Begrenzungen und Einschränkungen (Ambivalenz der medizinisch psychiatrischen Behandlung)
- Die Bedeutung und Funktion der Selbsthilfe und Partizipation!

# Aktueller Stand der Umsetzung der sozialpsychiatrischen Leitlinien/Utopien

Auf einem guten Weg

- Ein lebendiger und stabiler Gemeindepsychiatrischer Verbund (Vertrauen, Verantwortung und Versorgungsverpflichtung)
- Arbeit an den Schnittstellen (Wohnungsnotfallhilfe, Suchthilfen, Migration, Altenhilfe etc.): Gemeinsame Projekte auf dem Weg zur Regelfinanzierung
- Forensische Nachsorge
- Regionalisierung der Hilfen
- Konzept der offensiven Einmischung: Die kontinuierliche Arbeit mit der Politik und der Verwaltung in enger Verbindung mit der Selbsthilfe

# Aktueller Stand der Umsetzung der sozialpsychiatrischen Leitlinien/Utopien

Noch verhältnismäßig weit von der Realisierung entfernt

- Sozialraumarbeit/Gemeinwesenarbeit: Von der Psychiatrie in der Gemeinde zur Gemeindepsychiatrie
- Rund um die Uhr Versorgung in Gemeindepsychiatrischen Zentren/Krisendienste – Grad der Ambulantisierung
- Flexible medizinisch psychiatrische Behandlung in den GPZ und im Betreuten Wohnen

---

Permanenter Ausbau und Weiterentwicklung ambulanter Strukturen in ihrer Gesamtheit: Verschränkung von psychosozialem und medizinischem Handeln

# Aktueller Stand der Umsetzung der sozialpsychiatrischen Leitlinien/Utopien

Entwicklungen, die damals nicht in dem Maße vorhersehbar waren:

- Bedeutung der Selbsthilfe: ein wesentliches Ergebnis der sozialpsychiatrischen Entwicklung insgesamt
- Das Bundesteilhabegesetz (BTHG): Die Ambivalenz von Utopie (Überwindung der institutionszentrierten Logik) und Bürokratie mit dem Risiko der Ausgrenzung der sog. Schwierigsten
- StäB: Zartes Pflänzchen – Frage: warum erst jetzt und noch nicht weit verbreitet in Verbindung mit der Reduktion der Betten und der Verlagerung von stationären Ressourcen in das ambulante Feld als mittel- bis langfristiges Ziel

# Aktueller Stand der Umsetzung der sozialpsychiatrischen Leitlinien/Utopien

Entwicklungen, die damals nicht in dem Maße vorhersehbar waren:

- Die Einrichtung Gerontopsychiatrischer Dienste unter dem Dach der GPZ
- Die Beschäftigung von Ex-In und Peers in der täglichen Arbeit
- Ressourcen für Kinder psychisch kranker Eltern und suchtkranker Eltern
- „Sozialpsychiatrischer Dienst“ für chronisch suchtkranke Menschen

## 6. Blick in die Zukunft – Welches sind die zentralen Herausforderungen ?

- Menschenbild und Verständnis: Durchsetzung des ganzheitlichen Verständnisses gegen die Wiederkehr der biologischen Psychiatrie
- Verringerung von Gewalt und Zwang: Einiges (Vieles) erreicht, aber noch lange nicht ausreichend - Diese Herausforderung sollte zum Hauptziel im GPV werden!
- Die Situation der sog. schwierigsten Menschen mit komplexem Hilfebedarf – eine Herausforderung, die nur im GPV durch die Umsetzung der Versorgungsverpflichtung zu bewältigen ist.

# Blick in die Zukunft – Welches sind die zentralen Herausforderungen ?

- Hoheitliche Aufgaben: Erarbeitung einer entideologisierten Position und Festlegung eines weiteren Vorgehens
- Der SpDi als Anwalt für die Umsetzung der regionalen Versorgungsverpflichtung und Katalysator für die Weiterentwicklung des GPV
- Intensivere Befassung mit der Thematik Stadt Land und entsprechende Konsequenzen für die Weiterentwicklung der Hilfen
- Gleichberechtigte Anerkennung des psychosozialen Paradigmas. Begegnung auf Augenhöhe mit dem medizinisch-psychiatrischen Paradigma und der Selbsthilfe

# Blick in die Zukunft – Welches sind die zentralen Herausforderungen ?

- Die Umsetzung des BTHG
- Sukzessive und konsequentere Ambulantisierung und weitere Optimierung des Hilfenetzes – Verlagerung von stationär nach ambulant
- Digitalisierung und sozialpsychiatrisches Handeln
- Sorgfältig ausgearbeitete und seriöse Psychopharmakareduktionsprogramme
- Sozialraum/Gemeinwesen: Von der Psychiatrie in der Gemeinde zur Gemeindepsychiatrie
- Selbsthilfe: Ausbau, Ausweitung, - Die Unverzichtbarkeit und Unabdingbarkeit der Partizipation und des dialogischen Prinzips



# Blick in die Zukunft – Welches sind die zentralen Herausforderungen?

- Die Utopie des regionalen Budgets gegenüber der Realität des Risikos einer weiteren Zersplitterung der Einzelfallfinanzierung in Verbindung mit dem inverse care law.– vor dem Hintergrund der Bedeutung der sozialen Frage angesichts der ökonomisch-politischen Auswirkungen des Neoliberalismus (Krise der Spätmoderne)
- Die Verteidigung der „Lebenswelt“ gegen die Imperative von Finanzierung und Ökonomisierung des Gesundheitswesens (kritisches sozialpolitisches Verständnis)

Keine Alternative zum:

Marsch durch die Institutionen in Verbindung mit den  
Prinzipien/Leitlinien „Keiner kanns allein und niemand darf  
verloren gehen“

in einer Atmosphäre einer permanenten Kultur der Veränderung  
in Verbindung mit einem kritischen, politischen Verständnis von  
Sozialpsychiatrie

Herzlichen Dank  
für  
Ihre Aufmerksamkeit  
k.obert@posteo.de