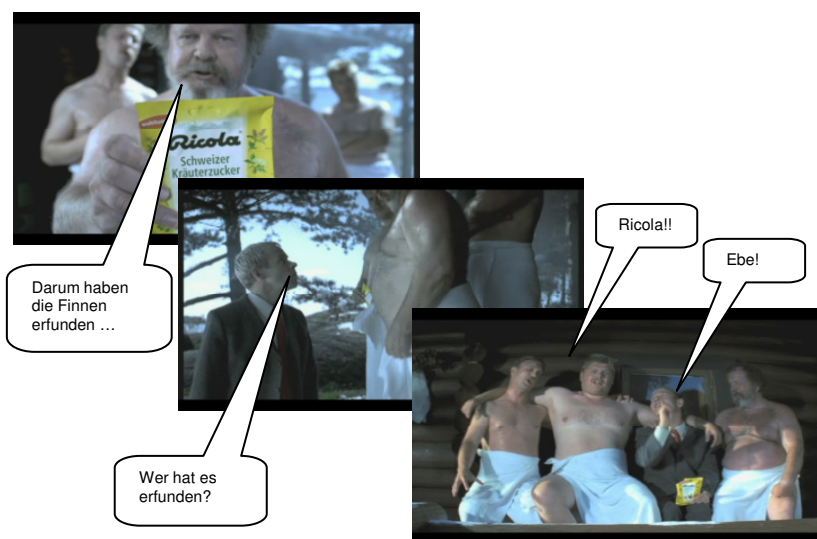


## Sozialpsychiatrie - neu erfinden?



Markus Brandenberger, Uetikon am See,  
Mitgliederversammlung (20-Jahr-Jubiläum) Verein für Sozialpsychiatrie im Bezirk Horgen, 18.05.2010

### **Sozialpsychiatrie - wer hat sie erfunden?**

So einfach wie bei Ricola fällt die Antwort nach den Ursprüngen der Sozialpsychiatrie nicht.

Wenn Sie heute die Frage stellen, werden Sie in den meisten Fällen wohl zur Antwort erhalten, dass die Sozialpsychiatrie in den 60-er und 70-er-Jahre des letzten Jahrtausends aufgekommen sei. Man wird auf Basaglia und seine Arbeit in Triest verweisen, auf die Entwicklungen im Welschland, im Tessin und in der Deutschschweiz.

Das Wörterbuch der Sozialpolitik scheint diese Annahme zu bestätigen: "Die Sozialpsychiatrie entwickelte sich in den 1960er-Jahren in England und breitete sich nachfolgend in den USA und in Westeuropa aus." (Zitat Ende)

Bei Klaus Dörner fand ich einen Hinweis, der erheblich weiter zurückgreift. Dörner stellte fest, dass die Psychiatrie als Institution und Wissenschaft in Europa um 1800 herum schwerpunktmässig als Sozialpsychiatrie begann. Sie löste mit einem biologischen Ansatz psychische Erkrankung aus dämonischer Abhängigkeit und sündhaftem Selbstverschulden und verlangte in der Tradition der französischen Revolution eine respektvolle Behandlung psychisch Kranker.

Im Zuge der Industrialisierung war sie aber nicht nur mit antiquierten Bildern psychischer Krankheiten, sondern auch mit der sozialen Frage konfrontiert - heute würde man sagen mit sozialen Problemen - mit dem Auseinanderbrechen bisheriger Lebens-, Arbeits- und Produktionsgemeinschaften, mit der katastrophalen Verarmung ganzer Schichten und mit der Frage, was mit industriell nicht einsetzbaren Menschen zu geschehen hat.

Die 60-er und 70-er-Jahre waren so gesehen einfach ein neues Kapitel in einem bereits dicken Buch über die immer wieder neu aufbrechende Konfrontation zwischen dem sozial-medizinischen Auftrag der Psychiatrie, Menschen zu heilen und zu helfen und der gesellschaftlichen Erwartung, auch polizeiliche Funktionen wahrzunehmen und am Rand der Gesellschaft aufzuräumen.

Es war ein Aufbegehren - am schärfsten in der Antipsychiatriebewegung - gegen den Isolationsauftrag, aber auch gegen ein wohlmeinendes "warm-satt-sauber-Pflegeprinzip". Es war eine Bewegung gegen abseits liegende Grosskliniken und für mehr Lebensnähe. Es war eine Bewegung, welche Lösungen nicht mehr nur in der kleinräumigen, therapeutischen Beziehung von Arzt und Patient, sondern unter Einbezug von sozialen Gegebenheiten suchte, eine Bewegung, die auch bereit war, sich für die Veränderung dieser Gegebenheiten einzusetzen. Es setzte sich die Erkenntnis durch, dass auch Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung ausserhalb der Klinik leben, arbeiten und in ihren eigenen vier Wänden wohnen wollen und können.

Irrwege und Fehler waren nicht selten, das Beharrungsvermögen traditioneller Einrichtungen beeindruckend. Trotzdem: es herrschte Aufbruchstimmung und vieles konnte realisiert werden, das heute nicht mehr wegzudenken ist.

Wenn ich das bisher Gesagte auf einen kurzen Nenner bringe, wissen wir jetzt, dass Sozialpsychiatrie ihre Wurzeln wohl in der Umgebung der französischen Revolution hat. Die Bewegung der letzten vierzig Jahre hat vor allem die verwaltende Psychiatrie in den Kliniken in Frage gestellt und eine Öffnung und Verkleinerung der Kliniken gefordert und gefördert. Aber auch mit diesem Wissen bleibt der Begriff "Sozialpsychiatrie" eine Wundertüte. Ich möchte mit Ihnen zusammen einen Blick in diese Tüte werfen.

Meine Ausführungen werde ich aus meiner persönlichen Sicht auf dem Hintergrund meiner Erfahrungen in drei Abschnitte gliedern: ich werde auf die Merkmale von Sozialpsychiatrie eingehen, ich werde aufzuzeigen versuchen, was sich in den letzten vierzig Jahren verändert hat und ich werde darlegen, was ich unter angewandter Sozialpsychiatrie verstehe.

### ***Merkmale der Sozialpsychiatrie - einer sozialen Psychiatrie***

Sozialpsychiatrie ist keine Ideologie, ist keine Schule, kennt keine Jüngerinnen und Jünger. Sozialpsychiatrie ist keine Methode oder Technik, die ich mir aneignen oder die ich gar in Besitz nehmen kann.

Sozialpsychiatrie ist nach meinem Verständnis primär eine Haltung, eine Kultur. Sozialpsychiatrisch Tätige verstehen ihr Gegenüber nicht als hilfebedürftiges Objekt, das es zu behandeln und dem es zu helfen gilt. Sie erkennen - bei allem Wissen um das Gefälle, das zwischen professionellen Kenntnissen und persönlichem Erleben entstehen kann - in ihrem Gegenüber vollwertige Partnerinnen und Partner. Hier müssen beid- und gegenseitig Partizipation, Mitverantwortung, Autonomie, soziales Lernen geübt und praktiziert werden.

Sozialpsychiatrisches Handeln lässt es nicht zu, von psychischer Krankheit oder Behinderung Betroffene gesellschaftlich auszugrenzen. Sozialpsychiatrie will Räume schaffen, um integriert zu bleiben und will adäquate, flexible Begleitung gewährleisten. Sozialpsychiatrie hat darum immer auch eine politische Botschaft: Integration statt Ausgrenzung, gesellschaftliche Teilhabe statt fürsorgerechtliche Existenzsicherung.

Sozialpsychiatrie ist also nicht einfach eine besondere Organisationsform. Sie ist auch nicht einfach das, was institutionell ausserhalb der Klinik passiert. Ein Arbeitsangebot oder eine Tagesklinik in der Gemeinde sind nicht per se sozialpsychiatrisch.

Sozialpsychiatrie geht davon aus, dass Wechselbeziehungen bestehen zwischen Einzelnen, Gruppen und gesellschaftlichen Handlungsräumen. Sie will psychische Störungen gleichberechtigt neben biologischen und psychologischen Faktoren im sozialen Kontext und Umfeld verstehen.

Dieser dreifache Ansatz bio-psycho-sozial verlangt die Bereitschaft und Fähigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Professionen und zum Dialog mit dem sozialen Umfeld und mit der Politik.

Sozialpsychiatrie ist kein Wunder- oder Niemandland zwischen Klinik und Gesellschaft. Ihre Merkmale prägen das ganze Netz. Der dreifache Ansatz setzt Strukturen und Organisationsformen voraus, die nicht mehr klinikzentriert sondern menschenzentriert sind und sich als regionales Netz gemeindenah an den Bedürfnissen und Problemen der Bevölkerung orientieren. Ein Netz, das eng genug ist, mich aufzufangen und weit genug, dass ich mich entziehen kann.

Wo sozialpsychiatrisch gearbeitet wird, sind Angebote in den Bereichen Arbeit, Wohnen, Freizeit, sind professionelle Hilfestellungen zur Unterstützung der sozialen und beruflichen Integration eine Selbstverständlichkeit.

Und da schliesst natürlich sofort die Frage an: wann ist Integration, Gleichstellung erreicht. Ist Integration erfolgreich, wenn jemand eine Stelle auf dem ersten Arbeitsmarkt hat, ist sie erfolgreich, wenn jemand unabhängig in der eigenen Wohnung lebt? Diese Fragen greifen zu kurz. Gleichstellung ist dann erreicht, wenn Menschen selbst über ihre Lebensgestaltung entscheiden können, notwendige Hilfestellungen frei zugänglich sind und die materiellen Bedingungen Gestaltungsmöglichkeiten lassen. Da gibt es fachlich und politisch noch einiges zu tun.

Ich fasse das zu den Merkmalen gesagte zusammen. Sozialpsychiatrie ist keine Methode oder eine besondere Organisationsform. Sozialpsychiatrie ist nach meinem Verständnis primär eine Haltung. Sozialpsychiatrisches Handeln lässt es nicht zu, von psychischer Krankheit oder Behinderung Betroffene gesellschaftlich auszugrenzen. Die Organisationsform ist nicht mehr klinikzentriert sondern orientiert sich gemeindenah als regionales Netz an den Bedürfnissen der Bevölkerung. Die politische Botschaft lautet: Integration statt Ausgrenzung, gesellschaftliche Teilhabe statt fürsorgerechtliche Existenzsicherung.

### ***Was wurde erreicht? Eine kritische Bestandesaufnahme***

Die Kliniken haben sich geöffnet. Hinter der Öffnung steht der Wille, psychische Erkrankungen in der Bevölkerung bewusster zu machen und ihre gesellschaftliche Akzeptanz zu fördern. Der soziale Ansatz ermutigt Betroffene und ihre Angehörigen, ihre Ressourcen zu nutzen und Anliegen selbstbewusst öffentliche zu machen.

In der Schweiz wurde seit den 70-er-Jahren die Zahl der psychiatrischen Betten ungefähr halbiert. Im Kanton Zürich zählte man 1980 rund 2 600 Betten, 2008 noch etwa 1 600. Trotzdem gehört die Schweiz immer noch zu den Ländern mit der höchsten Dichte im stationären Bereich. Ich halte ihre nach wie vor starke Dominanz für kritisch. Sie definieren über weite Strecken die Ausgestaltung der Angebote und konsumieren bis zu 80 % der finanziellen Mittel, die in der institutionellen psychiatrischen Versorgung eingesetzt werden. In einem Leitfaden zur Psychiatrieplanung der GDK findet sich die Empfehlung, ein Verhältnis von 50 zu 50 zwischen ambulanter und stationärer Versorgung anzustreben. Die aktuelle Zusammenlegung von zwei Regionen im Kanton zu einer Mammutregion quer durch den Kanton und der Schacher um die Zuordnung des Psychiatriezentrums Rheinau lassen hier nicht viel Gutes erwarten.

Aber ist lässt sich nicht wegdiskutieren: Die Kliniken sind kleiner, die Aufenthaltsdauern kürzer geworden, und dies hat mit der von der Sozialpsychiatrie postulierten Schliessung von Langzeitstationen zu tun. An ihrer Stelle entstand eine Palette von unterschiedlich intensiv betreuten Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten ausserhalb der Kliniken. Ich werte diese Entwicklung als sehr positiv, bin mir aber nicht sicher, ob sie wirklich allen zu gute kam und ob rasche Entlassung, Krankheit und Genesung genügend Raum und Zeit lässt. Weniger Klinik ist nicht automatisch mehr Sozialpsychiatrie.

Auch im ambulanten Bereich wurde viel erreicht. Gab es früher eigentlich nur die Klinik und die freie Praxis, wurden ergänzend wichtige dezentrale Angebote aufgebaut: ambulante psychiatrische Zentren Drop in's, Poliklinik, Spezialsprechstunden, Tageskliniken. Kritisch ist hier, dass der Druck zu einer möglichst hohen Kostendeckung steigt.

Ein neues Angebot möchte ich hier noch besonders erwähnen - die Gastfamilien für Menschen, die infolge einer psychischen Erkrankung bzw. Krise vorübergehend nicht in der Lage sind, ihren Lebens-

alltag im angestammten Umfeld zu bewältigen. Ihr Vorstandsmitglied René Bridler war als ärztlicher Leiter an Idee, Konzeptualisierung und Umsetzung entscheidend beteiligt. Vielleicht gibt sich in der Diskussion noch die Gelegenheit, näher darauf einzugehen.

Ich fasse diesen Abschnitt zusammen: sozialpsychiatrisches Denken und Handeln hat die institutionelle Psychiatrie in den letzten Jahrzehnten nachhaltig verändert. Der stationäre Bereich ist kleiner geworden, aber immer noch zu stark Dreh- und Angelpunkt. Verlagerungen in den und Ergänzungen im ambulanten Bereich sind notwendig. Auch wenn sich neurobiologische Einflüsse verstärkt bemerkbar machen, hat die Sozialpsychiatrie nichts an Aktualität verloren und neu erfinden müssen wir sie schon gar nicht. Zurückerobern müssen wir die Langsamkeit. Das Langsame ist wichtiger als das Schnelle (Luc Ciompi). Gemeindenah sind Arbeits- und Wohnangebote entstanden, die ich als angewandte Sozialpsychiatrie bezeichne und auf die ich nun noch etwas detaillierter eingehen möchte.

### **Die angewandte Sozialpsychiatrie**

Der Verein für Sozialpsychiatrie im Bezirk Horgen hat in den vergangenen 20 Jahren Pionierarbeit geleistet. Um im Wohnbereich eine Lücke zu schliessen, arbeiten Sie mit beeindruckendem Durchhaltevermögen am Projekt einer Pension. Ihr Arbeitsbereich deckt die ganze Palette vom Atelier der Tagesstätte bis zur Stellenvermittlung und wurde dafür auch mit dem Innovationspreis 2008 von IN-SOS Zürich ausgezeichnet. Sie ruhen nicht einfach auf dem Erreichten aus. Dazu gratuliere ich Ihnen herzlich.

Lange bevor das Behindertengleichstellungsgesetz in Kraft trat (das war 2004) hat sich die Sozialpsychiatrie und auch Ihr Verein gegen Ausgrenzung und für Integration, für die gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben entschieden. Durch diese Zielsetzung war sie herausgefordert, Wohnraum und Arbeitsmöglichkeiten bereit zu stellen, die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ein möglichst hohes Mass an Autonomie bieten und die notwendige Unterstützung zu gewährleisten.

Dieser Zweig der Sozialpsychiatrie hat ein eigenständiges Selbstverständnis als ausserklinisches, nichtärztliches Angebot entwickelt und sich vom Primat der Medizin emanzipiert. Sie hat ein eigenes Erfahrungswissen gesammelt und kennt mit der ZASP (Zusatzausbildung Sozialpsychiatrie) eine interdisziplinäre und praxisbegleitende Weiterbildung, oder wie es auf der Homepage heisst "ein Kleinod in der Bildungslandschaft". Auch in den Gefässen von agogis/INSOS W&O wird Wissen vermittelt. Sicher noch mehr aufgenommen und integriert werden könnten und müssten neuere Themen wie Empowerment (das so neu auch nicht mehr ist) oder Recovery mit dem Einbezug von Peers. Institutionell und fachlich herausfordernd werden könnten in den nächsten Jahren die Begleitung von älteren Betroffenen, Menschen mit anspruchsvollem Verhalten und Menschen aus dem Grenzgebiet von Sozialhilfe und Behinderung.

Eine besondere Bedeutung haben Tageszentren oder Tagesstätten. Sie sind nicht einfach die letzte Chance, wenn alles andere nicht mehr geht. Sie sind Freizeitanlage, Bildungsort und Raum für gestalterisches Arbeiten. Wir müssen uns immer wieder dafür einsetzen, dass Ateliers, Tagesstätten nicht einfach apostrophiert werden als Tagesveranstaltungen für Menschen, die nicht in der Lage sind zu arbeiten. Sich auf den Weg ins Atelier zu machen, hier seine Fähigkeiten in welcher Form auch immer einzubringen ist Lebensgestaltung und Lebensbewältigung, die als persönliche Leistung wertgeschätzt werden will.

Um im Wohnen die verschiedenen Bedürfnisse zu befriedigen genügt nicht ein Normtyp von Wohnheim. Es braucht verschiedene Formen, von der intensiv begleiteten Pension bis zur Wohnbegleitung in der eigenen Wohnung. Unter Wohnen versteht Sozialpsychiatrie mehr als einfach ein Dach über dem Kopf.

Dazu braucht es Flexibilität in der Angebotsausgestaltung um auf Veränderungen reagieren zu können, was nicht immer kompatibel ist mit der öffentlichen Bedarfsplanung, die eher Stabilität und Konstanz bevorzugt. Es braucht Durchlässigkeit, damit ein notwendiger oder gewünschter Wechsel ohne administrativen Hürdenlauf möglich ist. Und es braucht eine durchgehende Finanzierung. Diese scheint mir heute an den Schnittstellen Wohnheim/Wohnen in der eigenen Wohnung, Übergang ins

AHV-Alter, Unterscheidung Begleitung/Betreuung versus Pflege der grösste Stolperstein zu sein: Der Kanton stellt hier auf stur, aus lauter Angst Beiträge auszurichten für etwas, das andere bezahlen müssten.

Zur Arbeit. Arbeiten heisst, seinen Unterhalt ganz oder teilweise selbst sichern zu können. Arbeiten bedeutet soziale Kontakte zu pflegen. Arbeit ist wichtig für mein Selbstbewusstsein. Sozialunternehmen (ich verwende mit Absicht nicht den üblichen Begriff der "geschützten Werkstätten") werden von der öffentlichen Hand die so genannt behinderungsbedingten Mehrkosten mindestens teilweise abgedeckt, damit Rücksicht genommen werden kann auf Leistungsbeeinträchtigungen. Im Übrigen unterscheiden sie sich nicht von andern Gewerbebetrieben und müssen sich ebenfalls am Markt behaupten. Der Sozialbonus zählt nicht mehr, Preis, Qualität und Termin müssen stimmen. Es wäre an der Zeit, sie und damit auch ihre Mitarbeitenden als Teil der Volkswirtschaft anzuerkennen.

Auf der politischen Bühne sind die Leistungen der Mitarbeitenden nicht als Arbeit anerkannt. Das ist sehr verletzend und ausgrenzend. Es ist die Rede von Beschäftigung, die wirtschaftlich nicht oder nur teilweise verwertbar sei. Auch hier steht zu vorderst die panische Angst der Kantonsvertreter, sie könnten allenfalls um Beiträge angegangen werden, wofür andere ihren Geldsäckel öffnen müssten. Ich befürchte, dass der Kanton, der ab 2011 allein zuständig ist, versuchen wird, Sozialunternehmen vermehrt Richtung beitragsgünstigere Beschäftigung zu drängen.

### **Abschluss und Fazit**

Die aktuellen Diskussionen sind sehr stark von Finanzen geprägt. Wer schon länger dabei ist, die oder der weiss zwar, dass es sich dabei um ein wiederkehrendes Phänomen handelt. Es will mir aber scheinen, dass die letzten 10 Jahre viel Energie gekostet haben. Die lange NFA-Diskussion, EP03, San04 bis San10, die vierte, fünfte, sechste IVG-Revision fanden und finden zunehmend in einem Klima des Misstrauens und des Verdachtes auf Missbrauch statt. Wir sind - für mich in diesem Ausmass erstmalig - mit Leistungskürzungen konfrontiert. Es stimmt mich nachdenklich, wie resigniert die Reaktionen sind. Natürlich gibt es Protest, aber es fehlt wie die Kraft, diesen durchzutragen - Enttäuschung und Opportunismus machen sich breit. Will man den Communiqués glauben, verhandelt man zwar konstruktiv und partnerschaftlich, auf gleicher Augenhöhe, in freundlicher Atmosphäre, aber erreicht wird wenig. Auf der Strecke bleibt die gleichberechtigte Teilhabe aller am gesellschaftlichen Leben.

Wir müssen wieder radikaler werden. Wir müssen unsere Vorschläge und Forderungen an sozialpsychiatrischen Grundsätzen messen (auch messen lassen) und dann gemeinsam vortragen. Wir müssen unsere Identität schärfen. Das ist noch ein Stück Arbeit.

Wir sind bei der französischen Revolution als Impulsgeberin für die Sozialpsychiatrie gestartet. Wir haben festgestellt, dass sozialpsychiatrisches Handeln und Denken geprägt ist von einem dreifachen bio-psycho-sozialen Ansatz. Auch wenn die Sozialpsychiatrie momentan etwas im Schatten der Neuropsychiatrie steht und aus dem universitären Lehrbetrieb gedrängt wird, verliert sie, verliert die soziale Frage nicht an Aktualität und Brisanz. Und damit bleibt auch die Botschaft gegen Ausgrenzung und für Integration, für die gleichberechtigte Teilhabe aller am gesellschaftlichen Leben aktuell. Da muss nichts neu erfunden werden.