

## Sozialpsychiatrie: gestern und heute

Eine Bestandsaufnahme mit Stimmen von Betroffenen und Profis

Die Reformpsychiatrie hat mit Auflösung der Anstaltspsychiatrie und gemeindenaher Versorgung einen Paradigmenwechsel eingeleitet. Die Stiftung Lebensräume mischt seit 35 Jahren in der Region Offenbach kräftig mit. Doch wie steht es um die großen Reform-Leitziele: Gemeindeintegration, Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe?

### 40 Jahre Sozial- und Gemeindepsychiatrie

Die Sozial- und Gemeindepsychiatrie in Deutschland hat ohne Zweifel für Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung und ihren Angehörigen ein qualifiziertes Angebot an medizinischer, gemeindepsychiatrischer und therapeutischer Unterstützung auf den Weg gebracht.

Die Reformpsychiatrie wird als eines der »erfolgreichsten und nachhaltigsten gesellschaftlichen Reformprojekte in Deutschland« gesehen (Wienberg 2008). Ab Mitte der 1970er Jahre entstanden gemeindepsychiatrische Zentren mit Beratungsstellen, betreuten Wohnformen und Tagesstätten, Kontaktzentren mit begleitenden ambulanten Hilfen bis hin zu beschäftigungsorientierten Werkstätten für behinderte Menschen und Integrationsfirmen.

### Die Psychiatrie Enquete – das wurde erreicht

Ausgehend von Italien in den 1960er Jahren formierte sich ab 1970 auch in Deutschland die Kritik an den elenden und menschenunwürdigen Zuständen in den großen Anstaltspsychiatrien – die Unzufriedenheit mit den dortigen Arbeitsbedingungen bewegte Mitarbeiter aller Berufsgruppen. Im Jahre 1971 stellte der Bundestagsabgeordnete Walter Picard (CDU) im Deutschen Bundestag

den Antrag zur Einrichtung der Enquetekommission. Die zuvor gegründete Aktion psychisch Kranke e. V. wurde mit der Koordination beauftragt, der »Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung« im September 1975 fertiggestellt und im November im Bundestag verabschiedet (Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200).

Im Jahre 1970 gründete sich die Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie e. V. (DGSP). Sie betreibt heute mit dem Dachverband Gemeindepsychiatrie u. a. (siehe Literaturliste) das Internetportal »Psychiatrienetz«.

Mit der Psychiatrie Enquete folgte die Auflösung der Anstaltspsychiatrien, die psychiatrische Krankenversorgung wurde Teil der Allgemeinen Medizin mit kleinen Kliniken an Allgemeinkrankenhäusern. Nach ihren Grundsätzen sollten alle Dienste gemeindenah eingerichtet werden, parallel zu den Fachkliniken wurden gemeindepsychiatrische Zentren aufgebaut. Reformpsychiater und Fachpflegepersonal arbeiteten eng mit Sozialarbeitern und Pädagogen der Trägerorganisationen zusammen.

### Das Sektorprinzip als Versorgungsmodell

Um psychisch kranken Menschen ein möglichst hochwertiges ambulantes Hilfsangebot bereitzustellen und gleichzeitig von Kliniken die Abweisung »schwieriger Patienten« im Wohngebiet der Erkrankten zu verhindern, wurde die Versorgung auf politischer Ebene geregelt. Bundesweit wurden Städte und Landkreise in Sektoren aufgeteilt. Anbieter der Gemeindepsychiatrie erhielten festgelegte Versorgungsbereiche. In der Region Offenbach bekam Lebensräume den Versorgungsauftrag für die Stadt sowie den Ost- und Westkreis Offenbach,

Kreis Mitte die Diakonie. Die medizinisch-psychiatrische Versorgung übernimmt heute für die Stadt Offenbach die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Sana Klinikum und für den Kreis Offenbach die Asklepios Klinik für Psychische Gesundheit in Langen.

Frankfurt am Main wurde in vier Versorgungsgebiete Nord (Klinik Hohe Mark/Sozialwerk Main Taunus), Süd (Universitätskliniken/Bürgerhilfe Sozialpsychiatrie), Ost (Markuskrankenhaus/Frankfurter Werkgemeinschaft) und West (Städtische Kliniken Frankfurt-Höchst/Frankfurter Verein für Soziale Heimstätten) aufgeteilt.

### ● Personenzentrierte Hilfeplanung

Im Jahre 1988 drängte die Expertenkommission auf Umsetzung des primären Reformziels der Enquete: Chronisch kranke Menschen sollten in ihrer Heimatstadt auf Dauer integriert leben können, die Menschen in das natürliche soziale Lebensumfeld eingebunden werden, nicht in die Psychiatrie-Gemeinde. Das Ziel sei nicht dadurch erreicht, »dass das Heim statt auf dem Klinikgelände in der Heimatgemeinde liegt« (Peukert 2002, Gemeindepsychiatrie IPRP).

Mit der personenzentrierten Hilfeplanung sollte die institutionsbezogene Denkweise überwunden werden: Nicht die Menschen mit Hilfebedarf sollen den Institutionen zugeführt wurden, sondern die benötigte Hilfe zu den Menschen gebracht werden sollte – unabhängig des Schweregrades ihrer Erkrankung.

Im Jahre 2005 wurde das Instrument Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) eingeführt, die Hilfen an die individuellen Bedürfnisse der erkrankten Menschen ausgerichtet. Seitdem werden ambulante, teilstationäre und stationäre Hilfen nach Vorlage des IBRP vom überörtlichen Sozialhilfeträger Landeswohlfahrtsverband Hessen in paritätisch besetzten Hilfeplanungskonferenzen entscheiden (Betreuungsgruppen, Fachleistungsstunden).

### ● Gemeindepsychiatrie – eine Um-Insituationalisierung?

Der Gesundheitswissenschaftler Wienberg bezeichnete gut dreißig Jahre nach der Psychiatrie-Enquete in seiner »versorgungspolitischen Bestandsaufnahme« die Reformpsychiatrie am Scheideweg zwischen Anpassung oder neuer Attraktivität (Wienberg 2008).

Auf der Erfolgsseite verbucht er neben der Reduzierung der psychiatrischen Klinikbetten auf über die Hälfte, die Vervielfachung der niedergelassenen Fachärzte, die Ver-

### Das macht die Sozialpsychiatrie gut ...

- die Gemeinsamkeit und die Struktur der Tagesstätte mit gemeinsamen selbstgemachtem Essen
- Angebote außerhalb der Tagesstätte, z. B. Offener Treff
- Unternehmungen gemeinsam wahrnehmen, z. B. Ausflüge, die man selbst nicht finanzieren könnte

### Das wäre noch zu tun ...

- besser bezahlte Zuverdienstmöglichkeiten
- mehr Kontrolle gegenüber aggressiven Menschen - deren Verhalten belastet mich sehr

Erika Ludwig (Name geändert),  
Besucherin der Lebensräume-Tagesstätte in Langen

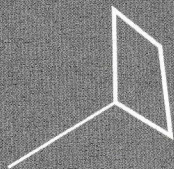
ringerung der Aufenthaltsdauer in Kliniken von 210 auf 30 Tagen. Die Gemeindepsychiatrie hat ein flächendeckendes Netz von qualifizierten Wohnheimen, Tagesstätten und das Betreute Wohnen mit Hilfen in den Bereichen, Arbeit, Beschäftigung und Tagesstruktur geschaffen. Die Versorgung psychisch kranker Menschen ist mit Erfolg in die Gemeinden zurückverlagert worden.

Aber ist die erfolgreiche »De-Institutionalisierung nicht mehr nur eine Um-Institutionalisierung«, fragt Wienberg kritisch. Die institutionellen Betreuungsplätze in Wohnheimen, Berufsförderungswerken, Integrationsfirmen und Tagesstätten haben kräftig zugelegt. Werden also die Leitziele der Psychiatriereform konterkariert? (ebd. S. 4.)

Die Lebenswirklichkeit zahlreicher Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sieht er durch eine »soziale Exklusion« – also durch Ausschluss und nicht-gesellschaftliche Teilhabe gekennzeichnet. Er zitiert dazu den Bielefelder Sozialpsychiater Bernd Eikelmann: »Die Gemeindepsychiatrie hat sich unter der Hand in die »Psychiatrie-Gemeinde« verwandelt, die mit Wohn-, Arbeits- und Freizeitangeboten, für die Betroffenen nur mehr ein Surrogat »normalen« Lebens darstellen.« (Eikelmann 2005)

### ● Das Geld fließt in die Institutionen

Es ist festzuhalten, dass das Geld überwiegend in institutionelle Strukturen fließt. 60 % der Krankenkassenaufwendungen werden für stationäre Behandlungsleistungen ausgegeben. Leistungen aus der Sozialhilfe fließen zu 50 % in stationäre Angebote – nur 18 % in das ambulant Betreute Wohnen und nur 11 % entfallen auf Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben. Hier liegt die Schwierigkeit, die nicht nur Lebensräume zu schaffen macht. Moderne Teilhabeprojekte, wie beispielsweise die Schu-



### Das macht die Sozialpsychiatrie gut ...

- Wohnortnähe
- problem- und personenzentriertes Vorgehen
- gemeinsame Koordination der Hilfen

### Das wäre noch zu tun ...

- Hilfe für die schwerstbetroffenen, komorbid erkrankten Doppeldiagnosepatienten
- Hilfe für die schwerstbetroffenen, komorbid erkrankten Doppeldiagnosepatienten
- Bereitstellung von Wohnraum

DR. MED. TILL GLÄUNER, CHEFARZT DER KLINIK FÜR PSYCHIATRIE UND PSYCHOTHERAPIE, SANA KLINIKUM OFFENBACH GMBH

lessensverpflegung der Integrationsgesellschaft ESSWERK, erfahren nicht die nötige monetäre Anerkennung. Hier unterstützen sich die Träger gegenseitig: Die Arbeiterwohlfahrt lagert Werkstättenplätze aus, ESSWERK qualifiziert im Gegenzug Menschen im Bereich Kochen und Service.

Die »Psychiatrie-Gemeinde« wird auf dem Weg zur De-Institutionalisierung noch Zeit brauchen. Das Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention von 2008 mit dem Inklusionsprogramm hat dazu den Startschuss gegeben (UN-Behindertenrechtskonvention 2006). Wie steht es um die Betroffenen?

### • Arm und sozial isoliert

Die soziale Exklusion von Menschen mit chronisch psychischen Erkrankungen in den Bereichen Arbeit, Wohnen, Familie, Bildung und Kultur hat zugenommen. Sie sind zu Beginn des 21. Jahrhunderts arm und sozial isoliert, die Inklusion psychisch kranker Menschen in die Gemeinschaft aller Bürger stellt eine große Herausforderung dar (Wienberg, Gemeindepsychiatrische Informationen 1/2008). Es wird noch roßer Anstrengungen bedürfen, bis die Teilhabe in allen gesellschaftlichen Bereichen erreicht ist.

Für Schwerstkranke wird im gewissen Maß eine »Parallelwelt« fortbestehen: Schwere psychische Störungen gelten häufig als therapieresistent und die Solidargemeinschaft braucht noch Zeit, die »Andersartigkeit« der Men-

schen zu akzeptieren. Prekäre Beschäftigungsverhältnisse und der Anspruch auf Flexibilität, Mobilität und Fitness erschweren die Integration in den Arbeitsmarkt.

Positiv festzuhalten ist, dass trotz Zunahme der affektiven psychischen Erkrankungen (Depressionen, Angst- und Panikstörungen) der Anteil chronisch Erkrankter des schizophrenen Formenkreises konstant bleibt. Das ist für die Betroffenen und Angehörigen keine erfreuliche Botschaft, die Inklusion der Menschen sollte aber mit guten Konzepten und Unterstützung der Zivilgesellschaft vorangebracht werden können.

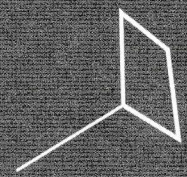
### • Solidarität der Zivilgesellschaft

Gefordert wird von allen Seiten mehr an Solidarität der Zivilgesellschaft, eine neue Bürgersolidarität. Auch das Urgestein der Sozialpsychiatrie, Klaus Dörner, möchte Verantwortung an die Bürgergesellschaft zurückzugeben und spricht vom bürgerzentrierten Konzept des Helfens (Dörner 2005).

Gemeint ist eine Resozialisierung sozialer Unterstützung: Bürger geben weniger Geld, dafür mehr Zeit für soziales Engagement. Dabei sollen die Profis aber nicht abgeschafft werden. Mehr Eigenverantwortung, mehr Selbst- und Bürgerhilfe braucht eine neu qualifizierte Professionalität (Wienberg 2008). Beispiele können regelmäßige Psychoedukationskurse sein – gemeinsam angeboten von Kliniken und Wohlfahrtsverbänden. Pädagogen von Lebensräume und Ärzte des Sana Klinikums in Offenbach haben sich dazu zusammengetan (»Treffpunkte« 4/2015, S.23 f.)

Die De-Institutionalisierung hat aber ihre Grenzen: Nicht jedes Wohnheim kann zugunsten ambulanter Hilfen aufgelöst werden, die Inklusion Schwerstkranker in Mehrfamilienhäuser nicht von heute auf morgen möglich sein. Aber auch ein Wohnheim kann sich öffnen und ein Sonntagscafé oder einen Waschsalon für die Nachbarschaft anbieten? Auch ein gemeinschaftlich bewirtschaftetes Grundstück im Schrebergartenverein mit Sommer- und Erntefest kann da ein Ansatz sein. Das Wohnheim in Offenbach praktiziert dies seit fünf Jahren ([www.lebsite.de](http://www.lebsite.de), Der Lenz ist da, 6. Mai 2016).

Die Integrationsgesellschaft ESSWERK nutzt vom Freiwilligenzentrum Dolmetscherdienste bei der Schnittstelle zwischen Amt und Eltern beim Bundesprogramm »Bildung und Teilhabe«. Oder Menschen des Betreuten Wohnens bieten monatlich im Quartierszentrum ein Sonntagsbuffet für die Nachbarschaft (Behindertenhilfe Offenbach, Goetheplatz). Ein bewirtschafteter Waldgarten wird für Feste und Veranstaltungen vermietet (Tagesstätte Langen).



## Integrierte UnterstüÄtzungsleistungen

Integrierte UnterstüÄtzungsleistungen mit VerbüÄnden sind die zweite Seite der Medaille. Im Rhein-Main-Gebiet haben sich Wohlfahrtsträger für die Integrierte Versorgung Psychiatrie zusammengetan und rechnen gemeinsam ihre Leistungen mit Krankenkassen nach dem Modell der TK u. a. ab (Ruprecht, 2008).

Der Inklusion förderlich wäre auch eine größere Öffnung der Wohlfahrtsträger für andere Berufe. Eine Landschaftsgärtnerin könnte im Quartier ein Urban-Gardening-Projekt initiieren und Wohnheimbewohner einbinden, ein Hotelfachwirt bewirtschaftet mit psychisch kranken Menschen ein Tagungshaus (Hofmanns Höfe, Frankfurter Verein für soziale Heimstätten), ein Einzelhandelskaufmann betreibt einen Bioladen (»natürlich«, Mainz), ein Zweiradmechaniker einen Fahrradladen (Fahrradwerkstatt Eschenheimer Tor, Frankfurter Verein für soziale Heimstätten).

Diese Sichtweise muss sich in den Köpfen aller Beteiligten feste verankern und seitens der Führungsebenen in Kliniken und Wohlfahrtsverbänden mit nachhaltigen Konzepten gefördert werden.

*Wie es mit der Sozialpsychiatrie weitergehen könnte, versucht die Stiftung Lebensräume in der nächsten Ausgabe der Zeitschrift »Treffpunkte« zu beschreiben.*

### Johann Kneißl

Johann Kneißl ist mit seiner Agentur »alle Munde – anders kommunizieren« selbstständiger PR-Fachmann. Er arbeitet für die Branchen Gesundheit, Sozialwirtschaft und Arbeitsmarktintegration. Sein zentrales Thema ist die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Er unterstützt die Stiftung Lebensräume bei ihrer Öffentlichkeitsarbeit.  
www.allemunde.de

### Kontakt:

Stiftung Lebensräume Offenbach am Main  
Starkenburgring 31, 63069 Offenbach am Main  
Telefon 069 838316-20; www.lebsite.de



## LITERATUR

**Bernd Eikermann**, (2005) u. a., *Zur sozialen Exklusion psychisch Kranker – Kritische Bilanz und Ausblick der Gemeindepsychiatrie zu Beginn des 21. Jahrhunderts*. Fortschr Neurol Psychiat (online). Der Psychiater (gestorben 2014) war langjähriger Vorsitzender der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Tageskliniken in der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (DATPPP). Die Tagesklinik galt für ihn als »familiennächster Art der psychiatrischen Behandlung«.

**CRPD** - Convention on the rights of persons with Disabilities. UN-Bindertenrechtskonvention von 2006, in Kraft getreten 2008. Das umfassende Regelwerk kann unter [www.behindertenrechtskonvention.info](http://www.behindertenrechtskonvention.info) nachgelesen werden.

**Deutscher Bundestag**, 7. Wahlperiode, Drucksache 7/4200, Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Abschnitt B: Neuordnung der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter.

**Klaus Dörner** (2005), *Das Menschenbild in der psychiatrischen Versorgung*. Gemeindefahe Psychiat 26, 73-87.

**Johann Kneißl** (2015), *Deutsche Psychiatriereform kommt aus Offenbach*. Mut & Liebe, 14/2015, S.36-38.

**Johann Kneißl** (2015), *Im Zentrum steht die Arbeit: Schulessen-Service von ESSWERK hat sich etabliert*. Treffpunkte, 3/2015, S. 23-25.

**Klaus-D. Liedke** (2015), *Arbeitswelt und psychische Krankheit*. Treffpunkte, 3/2015, S. 12-15.

**Thomas M. Ruprecht** (2010), »Patient Centered Medical Home« und »Managed Care« in der Psychiatrie? Die integrierte Versorgung psychisch Kranker im TK-«Netzwerk psychische Gesundheit«. TK Hamburg.

**Reinhard Peukert** (2002) *Gemeindepsychiatrie*, Fuldaer Schriften zur Gemeindepsychiatrie Band 1, Psychiatrie Verlag, [www.ibrp-online.de/download/gemeinde.pdf](http://www.ibrp-online.de/download/gemeinde.pdf). Reinhard Peukert war bis 2010 Professor für Sozialmedizin und Sozialmanagement an der Hochschule RheinMain (früher: Fachhochschule Wiesbaden). Er hat u. a. den Weiterbildungsstudiengang Sozialmanagement in Sozial- und Gesundheitsweisen eingeführt. Für das didaktische Konzept von berufsbegleitendem Lernen erhielt er Fachhochschulen Wiesbaden und Fulda erhielt er mit Prof. Dr. Petra Gromann u. a. den Anerkennungspreis »Exzellenz in der Lehre«. Peukert gilt als Mitbegründer der personenzentrierten Hilfeplanung (IBRP). Der Integrierte (ursprünglich individuelle) Behandlungs- und Rehabilitationsplan sollte die gemeindepsychiatrische Versorgung psychisch kranker Menschen weiter verbessern.

**PsychiatrienetZ**, [www.psychiatrie.de](http://www.psychiatrie.de). Gemeinsame Internetplattform von Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie e. V. [www.dgsp-ev.de](http://www.dgsp-ev.de), Dachverband Gemeindepsychiatrie [www.psychiatrie.de/dachverband](http://www.psychiatrie.de/dachverband), Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e.V. [www.psychiatrie.de/bapk](http://www.psychiatrie.de/bapk), Psychiatrie Verlag [www.psychiatrieverlag.de](http://www.psychiatrieverlag.de) und Balance Verlag [www.balance-verlag.de](http://www.balance-verlag.de).

**Günther Wienberg** (2008) *Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven*. Sozialpsychiatrische Informationen 1/2008, 2-13. Der Diplom-Psychologe und promovierte Gesundheitswissenschaftler Wienberg ist stellvertretender Vorstandsvorsitzender der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel, Geschäftsführer der Teilanstalt Bethel und seit 2013 Honorar-Professor im Fachbereich Sozialwesen an der Hochschule Fulda.