

Sozialpsychiatrie - Schnee von gestern?

Markus Brandenberger, Uetikon am See, Jahrestagung der Stiftung Phönix Zug, 28.04.09

Alles bleibt, wie es nie war - meine Damen und Herren - dies der Titel einer Sonderausstellung zum Thema Familien im vergangenen Sommer im Landesmuseum in Zürich. Ich zitiere dazu aus der Medienmitteilung:

"Das Thema lässt niemand unberührt. Jeder von uns ist - im Guten wie im Schwierigen - von seiner eigenen Familiensituation nachhaltig geprägt. Mal dient sie als nostalgische Verklärung «guter Zeiten», mal als Projektionsfläche für Zukunftsutopien oder für handfeste ökonomische Interessen beim Erb- und Scheidungsrecht." (Zitat Ende).

Ich kann Sie beruhigen. Sie sitzen nicht in einer Veranstaltung über Familiengeschichte. Ausstellungstitel und Medienmitteilung lassen sich aber eins zu eins auf die Sozialpsychiatrie übertragen. Das Thema berührt - sonst wären Sie nicht da. Die Gefahr nostalgischer Verklärung droht ebenso wie die Versuchung, Sozialpsychiatrie als Vehikel für Utopien oder handfeste eigene Interessen zu benutzen. Auch war und ist Sozialpsychiatrie vielleicht gar nicht, wie wir sie uns vorstellen.

Ich bin mir dieser Falle bewusst und werde Ihnen nicht erklären wollen, was Sozialpsychiatrie nun wirklich ist. Ich werde - auf meinem persönlichen Hintergrund und aus meiner Sicht - etwas berichten zu den Grundlagen und Ursprüngen. Ich werde versuchen aufzuzeigen, was sich aus den letzten vierzig Jahren entwickelt hat, wo Stagnation und Rückschritt droht, was weiterentwickelt werden muss.

Sozialpsychiatrie hat für mich immer auch mit Sozialpolitik zu tun und darum werde ich in einem eigenen Block eingehen auf die NFA und ihre Umsetzung, auf die Abstimmung zur Zusatzfinanzierung der IV und auf die IVG-Revisionen.

Mein Verständnis von Sozialpsychiatrie wurde entscheidend geprägt durch die Arbeit der Schweizer Pioniere wie Ambros Uchtenhagen, Edgar Heim, Luc Ciompi und andere und durch die Überlegungen von Klaus Dörner, einem profilierten deutschen Sozialpsychiater.

Eine letzte Vorbemerkung. Ich referiere hier als Professioneller. Ich kenne psychische Erkrankung aus der Begegnung und dem Gespräch mit Menschen, ich kenne sie aus Büchern. Ich kenne psychische Erkrankung und Behinderung nicht aus der ganz persönlichen Erfahrung - ein fundamentaler Unterschied, an den ich mich selbst immer wieder erinnern muss.

Grundlagen und Ursprüngen der Sozialpsychiatrie

Klaus Dörner prägte in den 70-er-Jahren des letzten Jahrtausends den Satz "Psychiatrie ist sozial oder sie ist keine Psychiatrie".

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.

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 um den unbestrittenen Grundsatz "ambulant vor stationär" umzusetzen. Sozialpsychiatrie 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 ist keine Methode oder Technik. Sozialpsychiatrie ist nach meinem Verständnis primär eine Haltung. Sie versteht ihr Gegenüber nicht als hilfebedürftiges Objekt, das es zu behandeln und dem es zu helfen gilt. Sozialpsychiatrisch Tätige erkennen - bei allem Wissen um das Gefälle, das zwischen professionellen Kenntnissen und persönlichem Erleben entstehen kann - in ihrem Gegenüber vollwertige Partnerinnen und Partner.

Der dreifache Ansatz bio-psycho-sozial verlangt die Bereitschaft und Fähigkeit zur gleichwertigen, interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Professionen (Pflege, Medizin, Sozialarbeit, therapeutisch Tätige und gewerbliche Berufe). Zur interdisziplinären Zusammenarbeit gehört auch der Dialog mit dem sozialen Umfeld und mit der Politik. 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. Das ist grundlegend. Das Angebot muss einseitig bleiben. Ich muss davon Gebrauch machen können, muss aber auch die Möglichkeit haben, aus dem Netz zu schlüpfen.

Zu diesem Netz gehören die Selbsthilfe, die Primärversorgung durch die freipraktizierenden ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen und die institutionelle Grundversorgung: die ambulante Behandlung in psychiatrischen Zentren und stationäre Akutbehandlung in der Klinik. Die Sozialpsychiatrie ergänzte die Grundversorgung mit Rehabilitationsmassnahmen und verschiedenen intensiv begleiteten Wohnangeboten und Arbeitsmöglichkeiten.

Man kann das Netz im institutionellen Bereich auf mindestens zwei Arten organisieren und strukturieren. Die einen neigen unter den Stichworten gemeinsame Leitung und Behandlungskontinuität zu Modellen nach dem Motto "alles aus einer Hand". Ich persönlich bevorzuge Lösungen mit einer Zäsur mindestens zwischen Diagnostik, Behandlung, Begleitung im Leiden an sich einerseits und der sozialberuflichen Rehabilitation und Alltagsbegleitung andererseits. Eine gewisse Distanz zwischen Institutionen gibt vor allem Menschen, die oft bis dauernd auf diese Hilfen zurückgreifen müssen, die Möglichkeit, sich nicht überall als Patientinnen und Patienten bewegen zu müssen.

Es gehört mit den zu anspruchvollsten Aufgaben der beteiligten Professionellen an den Schnittstellen für die notwendigen institutionellen Vernetzungen zu sorgen und gemeinsam mit den Betroffenen immer wieder die gute Lösung zu finden. Viel wichtiger als eine gemeinsame Leitung erscheinen mir eine hohe Durchlässigkeit und vor allem eine einheitliche Finanzierung, die keine Lücken entstehen lassen. Im heutigen System sind Lücken vorprogrammiert. Da besteht dringend Handlungsbedarf.

Zur geschichtlichen Einbettung von Sozialpsychiatrie. Wenn Sie heute die Frage stellen, wann begann Sozialpsychiatrie, werden Sie in den meisten Fällen wohl die Antwort erhalten, dass dies um die 60-er und 70-er-Jahre des letzten Jahrtausends geschah. Man wird auf Basaglia und seine Arbeit in Triest verweisen, auf die Entwicklungen im Welschland und in der Deutschschweiz und vielleicht auch auf die Psychiatrie-Enquête in der Bundesrepublik Deutschland.

Bei Klaus Dörner fand ich einen überraschenden, hier sehr verkürzt wiedergegebenen Hinweis. Klaus Dörner stellte fest, dass die Psychiatrie als Institutionen und Wissenschaft in Europa um 1800 herum schwerpunktmässig als Sozialpsychiatrie begann. Sie stand in der Tradition der Aufklärung und Vernunft und löste mit einem biologischen Ansatz psychische Erkrankung aus dämonischer Abhängigkeit und sündhaftem Selbstverschulden. Im Zuge der Industrialisierung war sie mit der sozialen Frage konfrontiert, mit dem Auseinanderbrechen bisheriger Lebens-, Arbeits- und Produktionsgemeinschaften, mit der katastrophalen Verarmung ganzer Schichten und mit der Frage, was mit industriell unbrauchbaren Menschen zu geschehen hat. Es begann damit eine wechselvolle, oft von Not und Schuld gezeichnete Geschichte von Integration und Ausgrenzung, es begann die spannungsgeladene Konfrontation zwischen dem Auftrag der Psychiatrie Menschen zu heilen und zu helfen und der gesellschaftlichen Erwartung, auch polizeiliche Funktionen wahrzunehmen und am Rand der Gesellschaft aufzuräumen.

Die 60-er und 70-er-Jahre waren so gesehen einfach ein neues Kapitel in einem Buch, an dem schon lange geschrieben wird. 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 Grosskliniken am Waldrand 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 arbeiten, einem Erwerb nachgehen, sich gemeinsam mit andern an der Produktion von Waren und Dienstleistungen beteiligen wollen. Es setzte sich die Erkenntnis durch, dass auch sie in ihren eigenen vier Wänden, die sie nach ihrem Gusto einrichten und schmücken, wohnen wollen.

Irrwege und Fehler waren nicht selten. Das Beharrungsvermögen traditioneller Einrichtungen war beeindruckend. An Brettern vor Köpfen prallte manche gute Idee spurlos ab. Und trotzdem: es herrschte Aufbruchstimmung und vieles konnte aufgebaut werden, das heute nicht mehr wegzudenken ist.

Ich mache hier eine erste Zusammenfassung.

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 politische Botschaft lautet: Integration statt Ausgrenzung, gesellschaftliche Teilhabe statt fürsorgerechtliche Existenzsicherung. Ihre Organisationsform ist nicht mehr klinikzentriert sondern orientiert sich gemeindenah als regionales Netz an den Bedürfnissen der Bevölkerung.

Die Geschichte der Sozialpsychiatrie begann nicht erst in den 60-er-Jahren des letzten Jahrhunderts. Die soziale Frage begleitet die Psychiatrie seit 200 Jahren im Spannungsfeld von Integration und Ausgrenzung. Die Bewegung der letzten vierzig Jahre hat vor allem die verwahrende, verwaltende Psychiatrie in den Kliniken in Frage gestellt und eine Öffnung und Verkleinerung der Kliniken und mehr gemeindenah, ambulante Angebote gefordert und gefördert.

Was wurde erreicht, wo geht der Weg hin?

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. Da haben zusammen mit vielen andern die Kliniken ihren Teil dazu beigetragen - ich erwähnen nur stellvertretend Pro Mente Sana oder Ihr Schweizerisches Pilotprojekt "Zuger Bündnis gegen Depression". Durch den sozialen Ansatz, der auch das Umfeld einbezieht, wurden Betroffene und ihre Angehörigen ermutigt, ihre Ressourcen zu nutzen und Anliegen selbstbewusst öffentlich zu machen. Das ist nicht immer ganz spannungsfrei, ich bin trotzdem überzeugt: für sie ist Sozialpsychiatrie nicht Schnee von gestern.

Dass die Kliniken kleiner geworden sind hat mit der von der Sozialpsychiatrie postulierten Schliessung von Langzeitstationen zu tun. Dies war auch ein Postulat der Sozialpsychiatrie. An ihrer Stelle entstand eine vielfältige 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. Die grosse Zahl der "verschwundenen" Betten lässt mich vermuten, dass da und dort gleiche oder ähnliche Langzeiteinrichtungen unter anderem Namen, vielleicht an einem andern Ort oder unter anderer Trägerschaft weitergeführt werden.

Als Erfolg wird oft auch die Verkürzung der Aufenthaltsdauer angeführt. Übers Ganze gerechnet ist sie eine Folge der Schliessung der Langzeitstationen. Konkret auf die Akutstationen bezogen halte ich sie nicht unbedingt nur für einen Segen. Der aktuelle Druck, Patientinnen und Patienten möglichst frühzeitig zu entlassen, lässt der Krankheit und Genesung keine Zeit. Im Vordergrund steht zu oft die Behebung von Symptomen. Mangelnde Zeit behindert die Beziehungsarbeit und die gemeinsame sorgfältige Planung nächster Schritte. Weniger Klinik ist nicht automatisch mehr Sozialpsychiatrie.

Für sehr kritisch halte ich die nach wie vor starke Dominanz der Kliniken. 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. Dem kann nur zugestimmt werden.

Im ambulanten Bereich wurde im Sinne von Sozialpsychiatrie viel erreicht. Gab es früher eigentlich nur die Klinik und die freie Praxis, wurden im Feld dazwischen wichtige dezentrale Angebote aufgebaut. Von grosser Bedeutung waren anfänglich die Angebote im Drogenbereich. In zunehmendem Masse kamen dann ambulante psychiatrische Zentren dazu mit Poliklinik, Spezialsprechstunden, Tageskliniken. Sie sind heute unverzichtbar und müssen ausgebaut werden. Auf- und auszubauen sind die aufsuchende Hilfe, die mobilen Equipen, die mindestens in der Deutschschweiz noch kaum existieren. Sie sind in der Früherkennung ebenso notwendig (und letztlich auch ökonomisch sinnvoll) wie in der Langzeitbegleitung. Wieder zurück gewonnen werden muss Freiraum für Leistungen, die nicht verrechenbar sind. Mit dem zunehmenden Druck, eine möglichst hohe oder volle Kostendeckung zu erreichen, werden diese immer weniger möglich. Dies geht vor allem zu Lasten von schwerer behinderten Menschen.

Fazit: sozialpsychiatrisches Denken und Handeln hat die institutionelle Psychiatrie nachhaltig verändert. Der stationäre Bereich ist kleiner geworden, aber immer noch zu stark Dreh- und Angelpunkt und es sind oft Finanzflüsse statt fachliche Überlegungen die die Entwicklungen steuern. Zurückerobern müssen wir die Langsamkeit. Ergänzungen im ambulanten Bereich sind notwendig. Durch die Schliessung von Langzeitstationen wurden neue Angebote notwendig, die ich als angewandte Sozialpsychiatrie bezeichne.

Die angewandte Sozialpsychiatrie

Die Bundesverfassung gewährleistet im Art. 8 die Gleichstellung aller Menschen und verbietet Diskriminierung, Ausgrenzung.

Lange bevor das Behindertengleichstellungsgesetz in Kraft trat (das war 2004) hat sich die Sozialpsychiatrie 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 gewährleisten - ein nicht immer konfliktfreies Unterfangen. Dieser Zweig der Sozialpsychiatrie stellt nicht in Abrede, dass es ärztlich geleitete Angebote braucht. Er hat aber ein eigenständiges Selbstverständnis als ausserklinisches, nichtärztliches Angebot entwickelt und sich vom Primat der Medizin emanzipiert.

Für die Finanzierung dieser neuen Angebote konnte auf die Invalidenversicherung zurückgegriffen werden. Das war ein ganz wesentlicher Unterschied zur damaligen Situation in andern Ländern wie Italien oder Deutschland (und vielleicht mit ein Grund, dass bei uns die Psychiatriereform weniger stürmisch verlief als anderswo). Da aber psychische Behinderung bis Ende der 90-er-Jahre im Gesetz nicht vorgesehen war, brauchte es auch bei uns immer wieder intensive Auseinandersetzungen, um die etwas anderen Bedürfnisse verständlich und finanzierbar zu machen.

Um im Wohnen die verschiedenen Bedürfnisse zu befriedigen genügt nicht - das kennen Sie aus ihrer Stiftung - ein Normtyp von Wohnheim. Es braucht verschiedene Formen, von der intensiv begleiteten Pension mit Nachtpräsenz bis zur Wohnbegleitung in der eigenen Wohnung. Unter Wohnen versteht die 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 Flexibilität innerhalb eines Angebotes, damit Schwankungen im Begleitungsbedarf nicht gleich einen Wechsel nötig machen. Es braucht Durchlässigkeit, damit ein notwendiger oder gewünschter Wechsel ohne administrativen Hürdenlauf möglich ist. Und es braucht eine durchgehende Finanzierung. Diese scheint mir heute - vor allem an der Schnittstelle zwischen Wohn-

heimen/Wohngruppen und dem Wohnen in eigener Wohnung mit Begleitung - der grösste Stolperstein zu sein.

Zur Arbeit. Arbeiten heisst, seinen Unterhalt ganz oder teilweise selbst sichern zu können. Arbeiten heisst, für sich und andere etwas herzustellen. Arbeiten bedeutet soziale Kontakte zu pflegen. Arbeit ist wichtig für mein Selbstbewusstsein. Arbeiten heisst aber auch flexibel sein, mit hohem Druck umgehen zu können, eine Leistung zu erbringen, die sich auch bei spitzer Kalkulation noch rechnet. Eine zunehmende Zahl von Menschen ist diesen Anforderungen nicht mehr gewachsen - sie fallen früher oder später aus dem so genannten ersten Arbeitsmarkt oder finden den Zugang schon gar nicht.

Zu ihnen gehörten in den 70-er und 80-er-Jahren insbesondere die ehemaligen Patientinnen und Patienten der Langzeitstationen. Dank den kollektiven Leistungen der IV konnten Sozialunternehmen (ich verwende mit Absicht nicht den üblichen Begriff der "geschützten Werkstätten") aufgebaut werden, die Arbeitsplätze anboten und anbieten. Den Unternehmen werden die so genannt behinderungsbedingten Mehrkosten mindestens zu Teil ersetzt, dazu gehört der erhöhte Betreuungsaufwand und die geringere Wertschöpfung pro m² Arbeitsfläche. Im Übrigen müssen sich die Unternehmen am Markt behaupten. Sie sind heute in den verschiedensten Branchen präsent und bieten neben eigenen Arbeitsplätzen auch Ausbildung, Beratung und Stellenvermittlung an.

Politisch sind die Leistungen der Mitarbeitenden immer noch nicht als Arbeit anerkannt. Es ist die Rede von Beschäftigung, die wirtschaftlich nicht oder nur teilweise verwertbar sei. Sie werden nicht einmal zum 2. Arbeitsmarkt gezählt, ein Konstrukt, das vor etwa 10 Jahren in der Sozialhilfe kreiert wurde.

Wir sollten uns darob nicht in einer unfruchtbaren Diskussion verlieren, welche dieser Sozialunternehmen nun näher als ersten Arbeitsmarkt sind als andere. Wir müssen radikaler werden. Wir fordern, dass das was ein Mensch für sich als Arbeit empfindet, gesellschaftlich als Arbeit wertgeschätzt wird. Wir lehnen unnötige Separierungen in ersten, zweiten, dritten Arbeitsmarkt ab und fordern eine diskriminierungsfreie Durchlässigkeit. Wir fordern die Anerkennung von Sozialunternehmen als gleichwertiger Teil der Volkswirtschaft.

Sozialpsychiatrisch eine besondere Bedeutung haben Tageszentren. Sie sind nicht einfach die letzte Chance, wenn alles andere nicht mehr geht. Sie sind Freizeitanlage und Bildungsort, sie bieten Essen und soziale Kontakte, kreatives, handwerkliches Arbeiten hat Platz neben dem Spiel. Tageszentren sind Fitnesszentren und Raststätten in der Auseinandersetzung mit den Herausforderungen des Lebens. Es gibt davon zu wenig.

Was lassen sich aus dem Gesagten für Folgerungen ziehen? Das politische Handeln im Zusammenhang mit sozialen Fragen ist oft geprägt von einem starken Defizitdenken. Hat er keine Bleibe, dann weise ihm eine Unterkunft zu, hat sie keine Arbeit, dann gib ihr eine Beschäftigung. Das ist noch lange keine Integration, Gleichstellung. Sozialpsychiatrie will nicht einfach minimale Defizitdeckung, sie will gesellschaftliche Integration, will Gleichstellung ermöglichen.

Und da schliesst sich dann häufig 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. Und darum komme ich nun noch zum sozialpolitischen Teil meiner Ausführungen, zur NFA und zur IV.

Sozialpolitische Brennpunkte

Die Abkürzung NFA mag den Meisten unter Ihnen bekannt sein. Aber was steckt hinter dieser Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen? Über die Jahre und Jahrzehnte wurden die Finanzflüsse zwischen Bund und Kantonen immer unübersichtli-

cher. Es bestand ein breiter Konsens, dass dies geändert werden muss, über das "Wie" gingen die Meinungen aber weit auseinander.

Ein erster Versuch in den 80-er-Jahren musste abgebrochen werden. Unter Bundesrat Villiger wurde Mitte der 90-er-Jahre ein neues Projekt gestartet. Es wurden nicht weniger als 3 Milliarden an Einsparungen und Effizienzsteigerung versprochen. Diese Zahl, die 3 Milliarden schmolzen wie Schnee an der Frühlingssonne restlos weg. Um die Vorlage am Schluss überhaupt mehrheitsfähig zu machen, das heisst deutlich mehr Kantone vom NFA profitieren zu lassen und nur eine kleine Zahl zur Kasse zu bitten - zu ihnen gehören Zug und Zürich - legt der Bund für maximal 28 Jahre sogar jedes Jahr ein paar hundert Millionen drauf.

Schon in einer frühen Phase der Diskussion meldeten die Behindertenorganisationen (zusammengeschlossen in der IG Sozialer Finanzausgleich) Bedenken und Widerstand an. Dabei war die Neuregelung des Finanzausgleichs im engeren Sinne unbestritten. Sie sorgten sich um die sozialpolitischen Auswirkungen.

Die grössten Verschiebungen bei der neuen Aufgabenzuteilung erfolgten bei den Sozialversicherungen IV und AHV in der Grössenordnung von rund 2 Milliarden Franken pro Jahr. Daneben sind die Verschiebungen bei Verkehr und Strassen, Landesverteidigung und Milchwirtschaft Pinuts. Damit wurde die NFA zu einer brisanten sozialpolitischen Vorlage.

Nach einem guten Jahr - die NFA ist seit dem 01.01.08 in Kraft - ist es noch zu früh, ein abschliessendes Fazit zu ziehen. Viele Auswirkungen werden sich erst verzögert bemerkbar machen. Sicher ist, dass der administrative Aufwand für Wohn- und Arbeitsangebote durch die Kantonalisierung gestiegen ist. Nicht ausgeräumt sind die Befürchtungen, dass die Verlagerung zu den Kantonen die freie Wahl von Wohn- und Arbeitsort beeinträchtigen wird. Und es bestehen erhebliche Zweifel, ob der Bund seine versprochene Kontrollfunktion ernsthaft wahrnehmen will, hat er doch die Kommission, welche die obligatorischen kantonalen Behindertenkonzepte prüfen muss, immer noch nicht eingesetzt.

Diese kantonalen Konzepte zur Förderung der Eingliederung, sind für mich eine der wenigen, aber wichtigen Möglichkeiten für die Selbst- und Fachhilfe gerade auch aus der Sozialpsychiatrie Einfluss zu nehmen.

Die gesetzliche Vorgabe beschränkt den Regelungsbedarf auf den stationären Bereich. Wenn die Kantone aber nicht nur den Buchstaben, sondern auch die Absicht "Förderung der Eingliederung" ernst nehmen, muss ein solches Konzept mehr umfassen als nur Wohnheime und Werkstätten. Förderung der Eingliederung heisst letztlich Förderung (und Forderung) der Gleichstellung. Sie wird damit zu einer politischen Querschnittaufgabe, die alle gesellschaftlichen Bereiche umfasst. Hier müssen wir uns als Einzelne und als Vertreterinnen und Vertreter von Organisationen und Institutionen immer wieder bemerkbar machen. Mit dem Konzept Psychische Gesundheit im Kanton Zug haben sie dafür eine sicher gute Ausgangslage.

Zur Unterstützung dieser Interventionen hat die INSOS-Fachgruppe Psychische Beeinträchtigung (INSOS ist der Fachverband der Wohn- und Arbeitsangebote für Menschen mit Behinderung von rund 450 meist privaten Trägerschaften mit mehr als 800 Institutionen in allen Regionen der Schweiz) eine Reihe von Fragen formuliert.

Wie definiert der Kanton die Zielgruppen und welche Angebote sind für "nicht-invalide" psychisch Beeinträchtigte vorgesehen? Dazu eine Einschubung: "nicht-invalide" sind Menschen mit Behinderung, die unsere Angebote in Anspruch nehmen können sollten, die aber als Folge der verschärften Rentenpraxis keine Rente zugesprochen erhalten und darum gemäss gesetzlicher Definition nicht mehr zu unserem Klientel gehören.

Wird im Konzept dem präventiven Charakter des Wohnens zur Unterstützung der beruflichen Eingliederung Rechnung getragen?

Wie werden die Schnittstellen mit den sozialpsychiatrischen Diensten und anderen Beratungsangeboten, die nach Artikel 74 IVG finanziert bleiben, definiert und gelöst?

Dies sind ausgesprochen sozialpsychiatrische Fragestellungen, die sehr mithelfen können, die besondere Situation psychisch beeinträchtigter Menschen bewusst zu machen und adäquat im Konzept zu berücksichtigen. Ich möchte Sie sehr ermuntern, diesen Dialog zu suchen und zu führen.

Das grösste Ärgernis in der NFA bleibt für mich die Aufkündigung der paritätischen Teilung der Kosten zwischen Versicherten und Arbeitgebenden einerseits und der öffentlichen Hand andererseits. Bis anhin übernahm die öffentliche Hand (Bund und Kantone zusammen) 50 % der Kosten. Mit der Neuverteilung der Aufgaben wird die IV um rund 2.4 Milliarden Franken pro Jahr entlastet. Jeder vernünftig denkende Mensch kommt zum Schluss, dass damit auch das jährliche Defizit von gegen 2 Milliarden reduziert würde. Dem ist aber nicht so. Statt dass das Defizit gesenkt werden konnte, wurden die öffentlichen Beiträge von bisher 50 auf neu 37.6 % gesenkt. Nur mit diesem Trick konnte die NFA einigermaßen ausgeglichen gestaltet werden. Auch wenn die Mehrheit der Parlamentarierinnen und Parlamentarier darauf allergisch reagieren, bleibe ich bei meiner Behauptung: die Not leidende IV hat die NFA gerettet.

Zusatzfinanzierung IV

Und damit gibt sich ein fast nahtloser Übergang zu einem nächsten Thema, der Zusatzfinanzierung der IV. Ursprünglich am 17. Mai, neu nun am 27. September werden wir über eine Verfassungsänderung abstimmen, mit welcher durch eine bis 2016 befristete Erhöhung der Mehrwertsteuer von 0.4 % (res. 0.2/0.1 % bei den reduzierten Sätzen) die jährliche zusätzliche Verschuldung gestoppt werden soll. Die Mehrwertsteuererhöhung halte ich nicht für die beste Lösung, aber sie scheint zurzeit am ehesten mehrheitsfähig und wir werden alles daran setzen müssen, dass diese Abstimmung gewonnen werden kann. Sie wird als befristete Massnahme das grundsätzliche Problem der Unterfinanzierung der IV nicht lösen, aber sie gibt der Politik ein paar Jahre Zeit, Lösungen zu suchen, ohne dass sich der Schuldenberg beim AHV-Fonds, der jetzt bei rund 13 Milliarden steht weiter jedes Jahr um rund 1.5 Milliarde erhöht. Ab 2017 braucht es eine Regelung, welche eine ausgeglichene Rechnung gewährleistet und es braucht eine Lösung für den Abbau der dannzumal wohl noch etwas mehr als 13 Milliarden Schulden.

Wie aber kam es zu dieser katastrophalen Unterfinanzierung einer unserer wichtigen Sozialversicherungen. Seit ihrer Gründung 1960 war die Rechnung der IV im langen Durchschnitt der Jahre immer etwa ausgeglichen. Die öffentliche Hand übernahm 50 % der Kosten. Der Beitragssatz wurde entlang der Kostenentwicklung kontinuierlich von 0.4 % 1960 auf 1.4 % 1995 erhöht. Im Gegensatz zu allen andern Versicherungen wurde der Beitragssatz seither nicht mehr angepasst, obwohl das jährliche Defizit stetig wuchs und ab 2001 jährlich über eine Milliarde erreichte. Stellen Sie sich vor, das Management einer privaten Versicherung würde die Prämien nicht risikogerecht anpassen, die wären ihren Job bald einmal los.

Nicht so in der Politik. Die Mehrheit der nationalen Politik beschränkte sich aufs Lamentieren, nicht in erster Linie wegen der schlechten Lage der IV, sondern weil die Risikoprämien der 2. Säule dem Verlauf entsprechend stiegen. Seit Mitte der 90-er-Jahre wurden Menschen, die nicht mehr flexibel genug dem steigenden Druck gewachsen waren, statt Alternativen zu suchen und zu bieten recht grosszügig in Rente geschickt. Wenn eine psychiatrische Diagnose mit im Spiel, wurden kaum Eingliederungsmassnahmen zugesprochen. Die Renten nahmen sprunghaft zu, was sich nicht nur in der IV, sondern auch bei der 2. Säule auswirkte. Die Wirtschaft hatte sich ins eigene Knie geschossen.

VertreterInnen der Sozialpsychiatrie warnten vor der verhängnisvollen Entwicklung. Statt endlich die Beitragsseite unter die Lupe zu nehmen und die Möglichkeiten des Arbeitsmarktes realistisch auszuloten, wurden die Scheininvaliden erfunden und auf breiter Front eine Missbrauchsdebatte losgetreten. Wäre die Politik vor zehn Jahren bereit gewesen eine moderate Beitragserhöhung, zusammen mit den guten Ansätzen der 5. IVG-Revision (die Möglichkeiten standen schon damals zur Diskussion) zu verbinden, die IV stünde heute ganz anders da.

Solche Hoffnungen sind Schnee von gestern. Darum müssen wir uns gemeinsam mit dem Verein proIV für ein Ja zu dieser Vorlage einsetzen. Die befristete Zusatzfinanzierung gibt Zeit um bessere Lösungen zu suchen, ohne dass in der Zwischenzeit die Verschuldung noch mehr ansteigt. Wir werden uns aber für gute Lösungen sehr anstrengen müssen, da der Ruf nach Leistungskürzungen sehr laut ertönt. Bereits ist die 6. IVG-Revision aufgegleist und damit komme ich zum letzten Abschnitt meines Referates, zu den Revisionen des IVG.

Die Revisionen des IVG

Das IVG ist bisher fünfmal revidiert worden. Ging es bei den ersten drei Revisionen in erster Linie um Verbesserungen und administrative Anpassungen, so standen die Vierte und Fünfte stark unter dem Druck der Diskussion um Missbrauch und Scheininvaliden. Ich gehe zuerst kurz auf die kritischen Punkte ein.

Gegen die Fünfte wurde das Referendum ergriffen, das aber verloren ging. Es wurden die Zusatzrenten für Ehegatten und der so genannte "Karrierezuschlag" für jüngere RentnerInnen gestrichen, es wurden der Invaliditätsbegriff und die Zumutbarkeit von Massnahmen verschärft. Die Verpflichtung zur Mitwirkung der Versicherten wurde erhöht, gegenüber der Wirtschaft blieb es bei lauen Empfehlungen. Besonders betroffen von der Verschärfung des Invaliditätsbegriffs sind Versicherte mit psychische Erkrankungen, Schleudertrauma und Rückenbeschwerden. Das BSV bemüht sich seither, bei jeder Gelegenheit über ihre Erfolge in der Missbrauchsbekämpfung zu berichten. Die Bilder ihrer Medienveranstaltungen erinnern mich dann jeweils stark an das Treffen düsterer FBI-Agenten in Kriminalfilmen.

Zu den positiven Aspekten: Mit der Vierten wurde den IV-Stellen erstmals die Möglichkeit gegeben, selbst aktiv Stellenvermittlung machen zu können. Erfolge waren durchaus zu verzeichnen, es zeigte sich aber bald, dass auch die IV-Stellen bei psychischer Behinderung schnell an ihre Grenzen kamen. Seit der 5. Revision kann neu mit der Früherfassung und Frühintervention entscheidend Zeit gewonnen werden. Die Chancen, eine angepasste Arbeit zu finden sind im ersten Jahr wesentlich besser als später. Die Verfahren wurden markant schneller. im Rahmen der Frühintervention können ohne formelle Verfügung Berufsberatung, Job-Coaching, Arbeitsvermittlung, Kurs etc. angeboten werden. Ziel ist es, durch frühzeitiges Handeln eine teilweise oder vollständige Ausgliederung aus dem Arbeitsprozess zu verhindern.

Im Bereich der psychischen Behinderung wurden eine Reihe von neuen sozialberuflichen Integrationsmassnahmen eingeführt (Belastbarkeitstraining, Aufbaustraining, WISA - wirtschaftsnahe Integration mit Support am Arbeitsplatz). Es ist dies ein Modell, das von der Sozialpsychiatrie längst gefordert und teilweise in kleinen Pilotprojekten mit Erfolg selbst ausprobiert wurde. Die IV scheint über ihren eigenen Mut erschrocken und hat darum - ein Wermutstropfen - den Anspruch auf diese Massnahmen lebenslang auf maximal ein Jahr (mit einer einmaligen Verlängerungsmöglichkeit auf zwei Jahre) beschränkt, was beim phasenweisen Verlauf psychischer Erkrankungen und Behinderungen der Lebenssituation Betroffener in keiner Weise gerecht wird.

Wie schon erwähnt steht bereits die 6. Revision ins Haus. Das Parlament hat den Bundesrat beauftragt, bis 2010 eine neue Vorlage einzubringen. Ohne erste Erfahrungen aus der 5. Revision abzuwarten wird vorgegaukelt, es könnten noch hunderte, ja tausende von RenterInnen wieder ins Erwerbsleben integriert und damit Renten gespart werden. NFA, Zusatzfinanzierung IV und weitere Revisionen des IVG werden weiterhin auch für die Sozialpsychiatrie heisse Themen bleiben.

Rück- und Ausblick

Ich komme zum Schluss. Sozialpsychiatrie - Schnee von gestern oder alles bleibt, wie es nie war? Was lässt sich aus dem Gesagten schliessen?

Sozialpsychiatrie, soziale Psychiatrie, eine Psychiatrie, welche die soziale Frage stellt, gibt es seit 200 Jahren.

Die Erfahrungen der letzten vierzig Jahre zeigen uns, dass der eingeschlagene Weg, die Kliniken zu verkleinern und ein gemeindenahes ambulantes Netz aufzubauen richtig war. Die Kliniken sind aber immer noch zu bestimmend. Es braucht eine Verlagerung der Mittel. Der hohe finanzielle Druck, der heute unbestritten besteht, verleitet zu Aufenthaltsdauern, die einer Blinddarmoperation vergleichbar werden. Das halte ich sozialpsychiatrisch und ökonomisch für verfehlt. Die Psychiatrie produziert selbst, was sie als Krankheitsursache anprangert: Tempo und Zeitdruck.

In der Alltagsbegleitung der Sozialpsychiatrie, beim Arbeiten, beim Wohnen, in der Freizeit, brauchen die Organisationen und Institutionen Rahmenbedingungen, welche ihre Aufgaben umschreiben, ihnen aber in der Ausgestaltung Flexibilität lassen, um rasch auf Veränderung reagieren zu können. Sie selbst müssen natürlich auch bereit sein zu reagieren und Neues aufzunehmen. Und an Neuem fehlt es nicht: Es ist niemand besser vorbereitet, die neuen Integrationsmassnahmen anzubieten und durchzuführen als die Sozialunternehmen. Es hat kaum jemand bessere Voraussetzung als die Teams, welche die verschiedenen Wohnformen begleiten, um neue Ansätze in der Selbsthilfe wie Empowerment oder Recovery zugänglich zu machen und auch in die eigene Arbeit zu integrieren.

Neben der Flexibilität braucht es Durchlässigkeit in den Institutionen, auf dem Arbeitsmarkt, auf dem Wohnungsmarkt, in Bildung und Kultur zur Ermöglichung der Gleichstellung.

Zwei Dinge noch. Zum einen: wir brauchen eine andere Finanzierung. Das bedeutet nicht unbedingt mehr Geld - auch wenn ich überzeugt bin, dass die Psychiatrie im Vergleich zu andern Disziplinen der Medizin mangelernährt ist. Wir müssen wegkommen von der kausal ausgerichteten Finanzierung - je ein Kässeli für Unfall, Krankheit, Behinderung, Erwerbslosigkeit etc. mit vielen Lücken und Fallgruben - zu einer final ausgerichteten Finanzierung, welche nach dem Ziel fragt: Angebot von Gesundheitsleistungen, Schliessung von Erwerbslücken. Mit einem solchen Paradigmawechsel liesse sich - davon bin ich überzeugt - mit dem gleichen Geld mehr erreichen.

Und zum letzten. Wir müssen Integration und Gleichstellung neu denken und verstehen. Integration und Gleichstellung können nicht verordnet oder gemacht werden. Aber es braucht dafür die entsprechenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die können wir sehr wohl beeinflussen. Entscheidend für Integration und Gleichstellung sind nicht meine Lebensform, mein Wohn- oder Arbeitsort, sondern ob und wie weit ich selbst darüber entscheiden kann. Und damit das möglich ist, will die Sozialpsychiatrie einen Beitrag leisten.

Der Schnee von gestern ist das Wasser von heute, das uns weiter trägt.

Markus Brandenberger

Verwendete Literatur und Informationen

Ciampi Luc und Dauwalder Hans-Peter (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie. Bern, Verlag Hans Huber. 1990

Thom Achim und Erich Wulff (Hrsg.): Psychiatrie im Wandel. Bonn, Psychiatrie-Verlag. 1990

Caritas: Sozialalmanach 2006. Luzern, Caritas-Verlag. 2005

IG Umsetzung NFA

www.fianzausgleich.ch

INSOS

www.insos.ch

Pro Mente Sana

www.promentesana.ch

ProIV (Abstimmung Zusatzfinanzierung)

www.proiv.ch