

Inklusion und Exklusion

Bedingungen für Teilhabe von Menschen
mit psychischen Beeinträchtigungen



Impressum

Inklusion und Exklusion – Bedingungen für Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen
Hrsg. vom Deutschen Roten Kreuz
1. Auflage 2014

Herausgeber

Deutsches Rotes Kreuz e.V.
Carstennstraße 58
12205 Berlin

Fachverantwortung

DRK-Generalsekretariat
Team Migration - Interkulturelle Öffnung - Inklusion
Verena Werthmüller

Redaktion

Monika Dropuljic

Satz und Layout

Auszubildende Mediengestalter
Europäisches Berufsbildungswerk Bitburg des DRK Landesverbandes Rheinland-Pfalz

Titelbild

Bettina Arelt, Mitbewohnerin der DRK Wohnstätte Kaltenkirchen und Mitarbeiterin bei den Schlumpfern, Hamburg

Druck

DRK Behindertenwerkstätten Potsdam gGmbH

Die Tagung „Inklusion und Exklusion – Bedingungen für Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“ war eine Kooperationsveranstaltung mit dem Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW).

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des DRK wieder.

Die Publikation richtet sich an Frauen und Männer gleichermaßen. Zugunsten des Leseflusses wird meist eine Geschlechtsform verwendet. Wir bitten, dies nicht als Zeichen einer geschlechtsspezifischen Wertung zu deuten.

Diese Publikation wurde aus den Mitteln der Glücksspirale gefördert.



Inhalt

Vorwort	6
<i>Donata Freifrau Schenck zu Schweinsberg</i>	

Grußwort	8
<i>Sabine Leutheusser-Schnarrenberger</i>	

Einleitung

Inklusion oder Exklusion? Welche Bedingungen braucht die Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen? ..	10
<i>Verena Werthmüller</i>	

Perspektiven

Perspektivwechsel: Teilhabe und Partizipation aus der Sicht von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen	13
<i>Margret Osterfeld</i>	

Barrieren für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen überwinden und beseitigen	22
<i>Katrin Grüber</i>	

Konsequenzen aus der UN-BRK: aktuelle Entwicklungen in Recht und Praxis	29
<i>Roland Rosenow</i>	

Braucht Inklusion eine gestärkte Betroffenen-Perspektive und wenn ja, wie könnte dies erreicht werden?	44
<i>Ingo Ulzhofer</i>	

Die Zusammenarbeit von Erfahrungsexperten und Professionellen ..	52
<i>Kathrin Rieckhof-Kempen</i>	

Inklusion und Exklusion im Sozialraum

Wie gestalten wir inklusiven Sozialraum erfolgreich gemeinsam?	55
<i>Uwe Wegener</i>	
Hotel Plus und Hotel Plus Mobil – Inklusiven Sozialraum gemeinsam gestalten?	60
<i>Nadja Friedrich und Sabine Schröder</i>	
Inklusion ist unteilbar. Exklusionsprävention als Strategie sozialpsychiatrischer Unterstützungssysteme	65
<i>Ingmar Steinhart</i>	
Stärkung der Teilhabe: Anforderungen an Betreuungsvereine	73
<i>Roland Günter und Thomas Rüdesheim</i>	
Was bedeutet Teilhabeförderung für „Junge Wilde“?	78
<i>Winfried Klaes und Christian Schmadel</i>	
Inklusion geht uns alle an	83
<i>Janine Berg-Peer</i>	

Zwischenbemerkung/ Intermezzo

Singen in Gebärdensprache: Die Chöre des Elisabeth-Weiske-Heims und der Wohneinrichtung Lichtblick	89
<i>Kristina Gajewski</i>	
Eine Stimme für den Gebärdensprachenchor	91
<i>Heinz Knoche</i>	

Teilhabe am Arbeitsleben

Möglichkeiten der Teilhabe am Arbeitsleben	93
<i>Margit Schlottmann</i>	
Inklusive Ausbildung – die berufliche Rehabilitation von jungen Erwachsenen	97
<i>Andreas Kather</i>	

Aus persönlicher Sicht: Werkstätten und ihre Grenzen	103
<i>Peter Koch</i>	

Netzwerke und Strukturen

Koordination und Vernetzung psychosozialer Versorgung – Die Notwendigkeit flächendeckender Angebote	104
<i>Matthias Rosemann</i>	

Vom Leuchtturm sehen, in die Fläche gehen – aus der Sicht eines überörtlichen Sozialhilfeträgers	116
<i>Lothar Flemming</i>	

Stimmen der Tagungsteilnehmer

Das Thema Inklusion weiter in die Öffentlichkeit tragen	121
<i>Andreas Bethmann</i>	

Ausblick

Fachtagung „Inklusion und Exklusion“ – Zusammenfassung und Ausblick	125
<i>Heinz Knoche</i>	
Über die Autorinnen und Autoren	127
Register	133

Vorwort



„Behindert ist man nicht, behindert wird man“, so der Slogan der Aktion Mensch im Rahmen der „Aktion Grundgesetz“ aus dem Jahr 2000. Welche Barrieren es für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen, etwa im Rollstuhl oder mit einer Sehbehinderung, gibt, ist fünf Jahre nach dem Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) vielen bekannt. Weniger bewusst ist, welchen Barrieren Menschen mit einer psychischen Erkrankung begegnen und welche Unterstützung sie benötigen. Hier gibt es viele Unsicherheiten, gerade weil die Unterstützungsbedarfe nicht offen sichtbar sind. Die Frage, wie förderliche Rahmenbedingungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen geschaffen werden können, ist damit eine besondere Herausforderung.

Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung sind in allen Angeboten der Behindertenhilfe die am stärksten wachsende Klientengruppe. Sie stellen Einrichtungen und Dienste – etwa in Gestalt der „neuen“ Gruppe der „Jungen Wilden“ – oft vor unerwartete Problemlagen.

Die Basis der Grundsätze der Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung und der Antrieb unseres Wirkens ist und bleibt die Achtung der Würde eines jeden Menschen, vor allem der besonders benachteiligten Gesellschaftsgruppen. Eine inklusive Gesellschaft zu entwickeln, diesen Prozess zu fördern und einzufordern, sehen wir daher als logische Konsequenz. Und uns selbst daran zu beteiligen: mit all unseren Angeboten und Diensten.

Die vorliegende Fachpublikation wurde durch die Tagung „Inklusion und Exklusion – Bedingungen für Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“ vorbereitet, die das DRK am 22./23. April 2013 in Kooperation mit dem Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW)

durchgeführt hat. Die Publikation soll den vielfältigen und kontroversen Stand der Fachdiskussion wiedergeben und mit den vorgestellten Best-practice-Beispielen weitere inklusive Projekte anregen.

Mein Dank gilt allen, die an der oben genannten Fachtagung mitgewirkt haben, und allen, die als Autorinnen und Autoren zu dieser Publikation beigetragen haben.

Die Publikation zeigt, welcher Weg bereits zurückgelegt wurde, sie macht aber auch deutlich, welche Hürden noch vor uns liegen. Diese zu überwinden bleibt eine große Aufgabe. Dabei wünsche ich uns und Ihnen weiterhin viel Erfolg!

A handwritten signature in black ink, reading "D. Fr. Schenck z. S." in a cursive script.

Donata Freifrau Schenck zu Schweinsberg
Vizepräsidentin des Deutschen Roten Kreuzes

Grußwort



Das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat die Rechte behinderter Menschen weltweit gestärkt. Das Bild, das sich andere Menschen von Menschen mit Behinderung machen, hat sich in vielerlei Hinsicht gewandelt. Sie werden nicht länger als „Sorgenkinder“ bezeichnet und behandelt. Wo immer es möglich ist, sollen Menschen mit Behinderung Unterstützung zur Selbstständigkeit erhalten, nicht aber fürsorglich bevormundet werden. Wir müssen versuchen, unser Miteinander so zu gestalten, dass alle Menschen teilnehmen können, dass Angebote für alle zugänglich und verständlich sind. Diesen Umgang muss eine Gesellschaft erst lernen, da er nicht selbstverständlich ist. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung ist ein Maßnahmenpaket und ein Motor für diesen notwendigen Lernprozess.

Es gibt viele Bilder aus dem Alltag, die jedermann einleuchten. So kennen Sie bestimmt aus der Kampagne „behindern ist heilbar“ das Bild des zu hoch hängenden Geldautomaten, den man ohne Unterstützung nicht erreichen kann. Welches Umfeld und welche Unterstützung aber braucht ein Mensch mit einer psychischen Beeinträchtigung? Auch unsere Vorstellungen von Teilhabe beruhen zumeist auf einer subjektiven Vorstellung der eigenen Normalität. Wie geht die Gesellschaft mit Menschen um, die sich aufgrund einer psychischen Beeinträchtigung nicht in der Lage sehen, an dieser Normalität teilzuhaben? Wann ist fremde Hilfe Unterstützung, wann wird sie zur Bevormundung? Aktuell haben sich diese Grundfragen im Betreuungsrecht gestellt.

Wer seinen Willen frei bilden kann, hat im Rahmen des Rechts zur Selbstbestimmung ebenso die Freiheit zur Krankheit. Entscheidet er sich mit freiem Willen gegen eine ärztliche Behandlung oder andere ärztliche Maßnahmen, ist dies als Ausdruck seiner Selbstbestimmung zu akzeptieren.

Was soll aber gelten, wenn jemand krankheitsbedingt keinen freien Willen bilden kann und sich selbst erheblich gefährdet? Der Bundesgerichtshof hatte im Juni 2012 seine ständige Rechtsprechung zur betreuungsrechtlichen Zwangsbehandlung aufgegeben und damit diese Frage an den Gesetzgeber gestellt. Das Bundesministerium der Justiz hat nach Veröffentlichung der Entscheidungen eine Reihe von Gesprächen mit Betroffenen und Beteiligten geführt. Der Gesetzentwurf wurde dann vom Deutschen Bundestag außerordentlich gründlich beraten und in zwei Sachverständigenanhörungen zur Diskussion gestellt. Der Gesetzgeber traf eine Regelung, die meines Erachtens erhebliche Verbesserungen bringt und den betroffenen Menschen hilft. Mit dem Inkrafttreten des Gesetzes Ende Februar 2013 sichern nun strenge materielle und verfahrensrechtliche Regelungen, dass Zwangsmaßnahmen tatsächlich nur als „letztes Mittel“ in Betracht kommen.

„Letztes Mittel“ setzt aber voraus, dass es andere Hilfen gibt, die zuvor angeboten worden sind. Deshalb ist es so wichtig, die Diskussion fortzuführen, wie Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen eine volle Teilhabe ermöglicht werden kann. Ich freue mich, dass diese Tagung die Fragestellung aufgreift, welche Barrieren in der praktischen Anwendung bestehen und welche Unterstützungen benötigt werden. In den Beratungen des Gesetzentwurfs war allen Beteiligten bewusst, dass es entscheidend auf Maßnahmen im Vorfeld einer möglichen Zwangsbehandlung ankommt, um eine Zwangsbehandlung zu vermeiden. Das betrifft das System der Versorgung. Aber auch individuelle Maßnahmen – wie etwa gemeinsam eine Vereinbarung für diese Behandlungssituation zu treffen oder für sich eine Patientenverfügung zu erstellen – können die Selbstbestimmung vorausschauend stärken. In der Behandlungssituation selbst gilt es zudem, stets die Perspektive des Betroffenen einzunehmen und dafür vor allem das Gespräch mit ihm zu suchen. Bei der Anwendung in der Praxis sind alle Beteiligten gefordert, Potentiale zur Verbesserung zu nutzen, um dem Selbstbestimmungsrecht der betroffenen Menschen gerecht zu werden.

Ich bin sicher, dass die Ergebnisse dieser Tagung wichtige und spannende Impulse geben werden.

Sabine Leutheusser-Schnarrenberger, MdB
Bundesministerin der Justiz a.D. (2009-2013)

Inklusion oder Exklusion?

Welche Bedingungen braucht die Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen?

Verena Werthmüller

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK), die im März 2009 in Deutschland in Kraft getreten ist, verpflichtet Deutschland, die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit körperlichen, geistigen und seelischen Beeinträchtigungen umzusetzen. Die Konvention und die daraus ableitbaren oder nicht ableitbaren Folgen sind so vielschichtig, dass sie die Fachwelt, so kann man sagen, einfach nicht los lässt: Mittlerweile haben sich unzählige Tagungen mit der UN-BRK beschäftigt und auch das DRK hat in dieser dritten Tagung, die es in Kooperation mit dem Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft (IMEW) veranstaltet hat, die UN-BRK erneut in den Mittelpunkt gestellt.

Nachdem sich die beiden letzten Tagungen und die Tagungspublikationen mit der Perspektive von Menschen mit Behinderungen und alten Menschen (2010)¹ und mit der konkreten Umsetzung der UN-BRK vor Ort (2011)² befasst haben, hat diese dritte Tagung Menschen mit psychischen Erkrankungen und ihre Bedarfe zum Thema. Menschen mit psychischen Erkrankungen tauchen im Kontext der Behindertenhilfe oft gar nicht auf. Dies liegt möglicherweise auch daran, dass sie sich oft selbst gegen die ihrer Meinung nach stigmatisierende Einordnung als „behindert“ wehren. Zudem bilden sie keine homogene Gruppe. Die Krankheitsbilder und Unterstützungsbedarfe von Menschen mit psychischen Erkrankungen sind vielfältig. So fällt es häufig schwer, Gemeinsamkeiten zu finden. Hinzu kommen die verschieden verlaufenden Phasen vieler psychischer Krankheiten. In vielen Fällen ist für Außenstehende (und vielleicht selbst für Nahestehende) gar nicht so leicht ersichtlich, ob derjenige oder diejenige sich gerade in einer akuten Phase befindet, und was ihre Handlungen motiviert.

¹ Alter und Behinderung – Behinderung und Alter. Herausforderungen für die Gesellschaft, Berlin 2012, zu beziehen über: DRK-Generalsekretariat, Team Migration – Interkulturelle Öffnung – Inklusion, Carstenstr. 58, 12205 Berlin, Tel. 030/85 404-0, info@drk.de.

² Inklusion konkret – Die UN-Behindertenrechtskonvention vor Ort umsetzen, Berlin 2013, zu beziehen über: DRK-Generalsekretariat, Team Migration – Interkulturelle Öffnung – Inklusion, Carstenstr. 58, 12205 Berlin, Tel. 030/85 404-0, info@drk.de.

Die Übergänge sind hier, anders als bei anderen Beeinträchtigungen, eher fließend. Gerade das macht es aber noch schwieriger, Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gleichberechtigte Teilhabe zu ermöglichen. Teilhabe bewegt sich bei ihnen häufig im Spannungsfeld zwischen Inklusion und Exklusion, weil sie genauso die Frage nach dem Recht auf individuelle Schutzräume aufwirft.

Unbestritten ist bei aller Vielfalt der Unterstützungsbedürfnisse aber, dass die UN-BRK ebenfalls für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gilt. Gerade sie wirft viele neue Fragen auf und fordert, altbekannte Zusammenhänge in ihrem Licht neu zu bewerten. Fragen, die dabei diskutiert werden, sind insbesondere die, wie Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen selbstbestimmt leben und ihre Entscheidungen eigenverantwortlich treffen können. An Fragen wie: „Ist Stellvertreterhandeln erlaubt? Was ist die Rolle des gesetzlichen Betreuers, der gesetzlichen Betreuerin dabei? Ändert sich diese Rolle durch die UN-BRK? Und wo haben Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bei allem Recht auf Inklusion auch das Recht auf persönliche Schutzräume?“ scheiden sich oft die Geister. Während Teile der Betroffenen Selbstbestimmung bis hin zu einem Recht auf Krankheit fordern, können die VertreterInnen der Unterstützungssysteme, die „Profis“, oft nicht aus ihrer (fürsorgenden) Haut. Sie vertreten die Perspektive, dass man manchmal Menschen vor sich selbst schützen muss. Dies sind letztlich ethische Fragen, für die es naturgemäß keine einfachen Antworten geben kann. Denn sie bedürfen in vielen Einzelfällen jeweils einer eigenständigen Entscheidung und können gar nicht pauschal beantwortet werden.

In den letzten Jahren gab es eine Reihe von gerichtlichen Entscheidungen etwa zum Thema „Einleitung ärztlicher Zwangsmaßnahmen“ und zum Betreuungsrecht. In den Bundesländern gibt es neuere Entwicklungen zu Reformen der PsychKGs. Die Tagung hat sich auch mit diesen Themen beschäftigt, allerdings lag hier nicht der Hauptfokus. Sie wurden immer unter dem Blickwinkel diskutiert: Welchen Barrieren begegnen Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Gesellschaft und welche Formen der Selbstbestimmung und Teilhabe wünschen sie sich?

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen brauchen passgenaue und oftmals einzigartige Lösungen. Zur Gestaltung eines selbstbestimmten Lebens gehört das Mit-Leben, Mit-Erleben vor Ort, Teilhabe und Teilgabe, die Einbindung in das soziale Umfeld. Wichtig werden dabei zunehmend die Vermeidung von Sonderwelten und stattdessen die

Gestaltung alternativer, ambulanter Angebote. Dies gelingt nur, wenn Menschen mit psychischen Erkrankungen, Träger von Einrichtungen und Diensten, Vereine, Verbände, Kommunen und sonstige lokale Akteure zusammenarbeiten und gemeinsam einen inklusiven Sozialraum für alle Menschen gestalten. Das DRK kann dabei ein wichtiger Akteur sein, schon weil wir uns aufgrund unserer Rotkreuzgrundsätze – Menschlichkeit, Unparteilichkeit, Neutralität, Unabhängigkeit, Freiwilligkeit, Universalität und Einheit – seit unserer Gründung für ein gleichberechtigtes Miteinander aller Menschen einsetzen. Was die Rotkreuzgrundsätze für die Behindertenhilfe bedeuten, beschreiben die „Eckpunkte der Behindertenhilfe“, die 2009 erschienen sind.³

Die Frage, wie man Barrieren in der Gesellschaft für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen abbauen und ihnen damit gleichberechtigte Zugänge und Teilhabe zu allen Aspekten des gesellschaftlichen Lebens ermöglichen kann, wurde gemeinsam mit Betroffenen und ihren Angehörigen, Fachleuten aus Politik, Wissenschaft und Verbänden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Einrichtungen und Diensten diskutiert. Dabei wurde die Perspektive der Praxis, die Arbeit der Einrichtungen und Dienste vor Ort nie aus den Augen gelassen: Welche Erfahrungen machen die Profis, wie sieht dies aus der Perspektive der Betroffenen aus? Wie können/sollen sich Dienste und Einrichtungen auf veränderte Kundenansprüche und Bedarfe einstellen? Wo lassen sich Modelle finden, die offensichtlich für alle Beteiligten gut funktionieren, und lassen sie sich dann in andere Zusammenhänge übertragen?

Diese Fragen konnten sicherlich nicht abschließend bearbeitet werden. Trotzdem hoffen wir, mit den anliegenden Beiträgen in dieser Fachpublikation neue Perspektiven, Einblicke und Anregungen zu eröffnen, damit wir allzeit (Hinter-)Fragende bleiben.

³ Eckpunkte der Behindertenhilfe im Deutschen Roten Kreuz. Eine Orientierungshilfe, Berlin 2010, zu beziehen über: DRK-Generalsekretariat, Team Migration – Interkulturelle Öffnung – Inklusion, Carstennstr. 58, 12205 Berlin, Tel. 030/85 404-0, info@drk.de.

Perspektivwechsel: Teilhabe und Partizipation aus der Sicht von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen

Margret Osterfeld

Über „Beeinträchtigungen“ zu sprechen, klingt weniger ausgrenzend und stigmatisierend als „chronische Erkrankung“ oder gar „Behinderung.“ Doch wird es helfen, die Exklusion und Stigmatisierung von Menschen mit psychiatrischen Diagnosen zu verringern? Weitere Fragen kommen auf. Gibt es jemanden, der nicht beeinträchtigt ist? Etliche Menschen tragen Brillen, ihr Sehen ist also beeinträchtigt und nur mit Hilfsmitteln zu optimieren. Aufpassen müssen wir alle, dass alte, auf Lösung drängende gesellschaftliche Probleme nicht einfach durch neue Begrifflichkeiten verschleiert werden.

Wie wollen wir eigentlich eine psychische Beeinträchtigung definieren? Gehört „Burnout“ zu den psychischen Beeinträchtigungen? Ist für eine solche Beeinträchtigung eine psychiatrische Diagnose nötig? Was ist, wenn ein Betroffener sich entscheidet, der Diagnose zu widersprechen, wieder arbeiten zu gehen, Medikamente abzusetzen, keine Therapie mehr zu machen? Ist er dann uneinsichtig, eigenwillig oder ist ihm nicht zu helfen? Wenn dieser eigene Weg funktioniert – war es dann eine Fehldiagnose, ein Fehler im psychiatrischen System? Woran erkennen wir psychische Beeinträchtigungen überhaupt? Gibt es Testmethoden? Gibt es in der Psychiatrie Kriterien, die besagen: Jetzt muss sofort geholfen werden? Oder soll nur störendes Verhalten aus der Normalgesellschaft exkludiert werden?

Ich nehme Sie zuerst mit zu einem Bilderbogen beeinträchtigter Menschen, um das Problem näher einzukreisen. Ein Rollstuhlfahrer ist als Mensch mit Beeinträchtigung sofort und einfach zu erkennen. Barrieren im öffentlichen Raum werden für ihn abgebaut. Die Diskussion um die gesonderte oder inklusive Beschulung von körperlich oder geistig behinderten Menschen ist seit der Ratifizierung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) breit entfacht und Eltern haben zumindest die Chance, für ihre Kinder den Schultyp zu wählen, den sie für den geeignetsten halten. Den Taubstummen erkennen wir an seiner Gebärdensprache, die fasziniert oder zumindest neugierig macht. Wer will, kann seine Sprache erlernen und mit diesem beeinträchtigten Menschen kommunizieren. Aber Menschen mit seelischen Behinderungen sind auf den ersten Blick als Betroffene nicht

zu erkennen. So unsichtbar wie die Psyche, die Seele, so unsichtbar ist oft ihre Beeinträchtigung, ihre Behinderung. Als Irre abgestempelt, werden Wünsche und Bedürfnisse Betroffener oft nicht mehr ernst genommen. Auch vier Jahre nach der Ratifizierung der UN-BRK und vierzig Jahre nach der Psychiatriereform ist eine angemessene gleichberechtigte Kommunikation mit ihnen weder für Psychiater, noch für Behörden, Ämter oder Pflegeeinrichtungen selbstverständlich – sie müssen „versorgt“ werden und rasch unterstellt man ihnen fehlende Krankheitseinsicht oder gar grundsätzlich fehlende Einsichts- und Willensfähigkeit. Menschen mit psychiatrischen Diagnosen werden oft nicht als Bürger mit gleichen Grundrechten wahrgenommen, sondern allenfalls als Versorgungsbedürftige.

Die Facetten psychischer Diagnosen

Menschen, denen psychiatrische Diagnosen gestellt wurden, werden dement genannt oder chronisch suchtkrank. Schizophren, wenn sie zeit- oder teilweise eine andere Realitätswahrnehmung haben, oder bipolar, wenn sie oder ihre Mitmenschen unter ihren zeitweilig starken Stimmungsschwankungen leiden. Auch Angst- oder Zwangsgestörte (Neurotiker), Persönlichkeitsgestörte und Intelligenzgeminderte gehören zu den „chronisch psychisch Kranken“. Natürlich gibt es im ICD-10, dem offiziellen Diagnose- und Klassifikationssystem wissenschaftlich klingende Fremdworte mit denen die Krankheit der beeinträchtigten Menschen beschrieben wird. Doch psychiatrische Diagnosen sind stets subjektiv (vgl. z. B. Richter 2012)¹. Sie sind naturwissenschaftlich nicht objektivierbar wie ein Knochenbruch oder eine Zuckerkrankheit. Psychiatrische Diagnosen entstehen auf der Grundlage gesellschaftlicher Übereinkünfte, d.h. es ist unsere soziale marktwirtschaftliche Gesellschaft, die festlegt, was sie als „krank“, als „zu exkludieren“, als beeinträchtigt oder behindert definiert.

Während die akademisch-psychiatrische Theoriebildung sich in den letzten zwei Jahrzehnten darauf versteifte, genetische oder molekularbiologische Grundlagen für psychische Erkrankungen zu finden, und gleichzeitig immer mehr Menschen als psychisch krank diagnostiziert wurden, gibt uns die UN-BRK ein anderes, neues Modell von Behinderung vor. Nicht ein Mensch, dem etwas fehlt, ist behindert, sondern die

¹ Richter, D., (2012), Von der sozialen Krise zur psychischen Krise, Kerbe Jg. 30, Nr. 2, S. 7-10.

Gesellschaft, die ihn deswegen ausschließt (exkludiert) behindert ihn. Behinderung entsteht also, wenn Konflikte zwischen beeinträchtigten Menschen und ihrem sozialen Umfeld auftreten. Professionell psychiatrisch Tätige wissen, dass solche Konflikte oft zum Auftreten psychiatrischer Symptome und zum Ausbruch auch schwerer psychischer Erkrankungen führen können. Doch diese Perspektive passte in den letzten zwei Jahrzehnten immer weniger in das akademisch-psychiatrische Theoriesystem. Wie weit können und wollen sich psychiatrisch Tätige vor diesem Hintergrund auf eine angemessene Kommunikation einlassen? Noch immer gibt es in der klinischen Behandlung viel zu wenig Gespräche mit Patienten und Angehörigen und in den zwei Jahrzehnten meiner psychiatrischen Tätigkeit ging es zunehmend darum, Symptome mit Pillen zu unterdrücken. Wenn dies nicht hinreichend gelingt, werden Betroffene vierzig Jahre nach der Psychiatriereform wieder in Versorgungseinrichtungen hinein und damit aus der „Normalgesellschaft“ heraus gedrängt. Dabei sind die wenigsten der so Exkludierten dauerhaft einsehungs- oder einwilligungsunfähig oder gar selbst- oder fremdgefährdend. Sie können sich nur gegen diese Art von Exklusion nicht so gut wehren, eben weil sie behindert sind in ihrer Selbstentfaltung.

Exklusion und Stigmatisierung in der Psychiatrie

Viel zu oft beginnen Stigmatisierung und Exklusion schon mit der Diagnostikstellung. Vier Jahre nach der UN-BRK-Ratifizierung sieht die Realität in Zahlen so aus:

- 20 Prozent der Altenheimbewohner, d.h. 140.000 Menschen, erleben freiheitsentziehende Maßnahmen.
- Bei zehn Prozent davon fehlt jede richterliche Genehmigung. Es handelt sich bei dieser „Teilhabeform“ also um gesetzeswidrige Handlungen.

Alte, dement genannte Menschen, die aus dem Heim weg bzw. nach Hause laufen, kommen in die „geschlossene Station“, werden also eingesperrt, ihrer Bewegungsfreiheit beraubt, oft gar fixiert und sediert. Wenn wir diese Versorgungssituation auf ein anderes Szenario übertragen, wird die Gesetzeswidrigkeit deutlicher: Würden kleine Kinder eingesperrt, weil sie aus dem fremden, ungewohnten Kindergarten wegliefen, nach Hause

in die vertraute Umgebung wollen, gäbe es einen medialen Aufschrei, der Skandal wäre perfekt. Haben alte Menschen bei uns weniger Rechte, nur weil man sie dement nennt?

Für die psychiatrische Krankenhausbehandlung sind die Zahlen nicht besser. Im Jahr 2010 gab es in Deutschland:

- 1.159.312 psychiatrische Krankenhausbehandlungsfälle.
- Ungefähr zehn Prozent, also 116.000 dieser psychisch beeinträchtigten Menschen waren von Zwangsmaßnahmen betroffen.
- Medikamentöse Zwangsmaßnahmen erleiden zwei bis acht Prozent der stationär behandelten Menschen.
- Nicht bekannt ist die Zahl der Nötigungen zur Medikation.

Dieses Problem wird von der klinischen Psychiatrie seit Jahren totgeschwiegen. Über den Zwang in den Kliniken redet keiner gern. Kaum eine Behörde, keine Krankenkasse oder Fachgesellschaft interessiert sich für dieses Schicksal der Entrechtung. Selbst das klare Verfassungsgerichtsurteil im März 2011 konnte bisher an der psychiatrischen Exklusions- und Stigmatisierungsbehandlung nicht viel ändern. Vor dem Hintergrund meiner Tätigkeit in der Besuchskommission nach Psych-KG NRW kann ich sagen, dass kaum eine Klinik das Urteil zum Anlass nahm, ihre eigene Zwangspraxis kritisch zu reflektieren.

Die Rolle der Neuroleptika (Antipsychotika)

Hier kann auf die Problematik der neuroleptischen Medikation nicht detailliert eingegangen werden. Sicher ist, dass etliche Menschen mit psychiatrischen Diagnosen mithilfe dieser Medikamente ein besseres Leben führen können, doch ebenso sicher ist, dass diese Medikamente seelische Erkrankungen nicht heilen können. Sie unterdrücken lediglich Symptome, gleichzeitig unterdrücken sie auch Antrieb und Motivation. Die Medikamente packen – bildlich gesprochen – eigensinnige, auffällige, störende, beeinträchtigte Menschen unter eine emotionale Käseglocke und haben durchaus etliche gravierende Langzeitnebenwirkungen. Nur ein Hinweis: in unserer Gesellschaftsordnung, die all ihren Bürgern (auch

denen mit seelischen Beeinträchtigungen) Freiheit und Gleichheit verspricht und die „soziale Marktwirtschaft“ genannt wird, sind Neuroleptika zu den umsatzstärksten Medikamenten überhaupt geworden. Der jährliche Arzneimittelreport der Barmer GEK zeigt auf, dass 2007 Risperdal das umsatzstärkste Medikament war. 2010 macht Seroquel ein Umsatzplus von 25 Prozent. Im selben Jahr hat Zyprexa einen Jahresumsatz von 33 Millionen Euro. Sollten hier die marktwirtschaftlichen Interessen wichtiger sein, als die Bürgerrechte seelisch beeinträchtigter Menschen? Oder wird hier von der medizinischen Psychiatrie die seelische Gesundheit zu einem Religionsersatz gemacht, bei dem Pillen die wichtigste Behandlungsform sind? Jedenfalls warnt die evangelische Kirche: „...vor einer Überhöhung des Wertes der Gesundheit, bei der Gesundheit zum höchsten Gut und damit zu einer Form von **„Religionsersatz“** wird, während zugleich verdrängt wird, dass Krankheit und Tod, Schmerzen und andere Beschwerden zur Realität menschlichen Lebens gehören und Wirklichkeiten des Glaubens und der Gemeinschaft erschließen, die uns sonst verschlossen bleiben.“² Hintergrund der EKD-Broschüre, aus der das Zitat stammt, waren die steigenden Kosten im Gesundheitswesen, an denen psychiatrische Krankenhausbehandlungen und die Kosten der Psychopharmaka einen hohen Anteil haben.

Alternative Wege im Umgang mit Neuroleptika

Im ambulanten Bereich gibt es erste Träger, die vor dem Hintergrund der UN-BRK mit ihren Klienten und Kunden neue, andere Wege beschreiten. Aus Betroffenen­sicht kann Inklusion so besser gelingen als im üblichen psychiatrischen Versorgungssystem. Genannt sei hier als Beispiel Bethesda St. Martin, eine Einrichtung des ambulant und stationär betreuten Wohnens für Menschen mit schwerwiegenden psychischen Beeinträchtigungen in Boppard. Sie haben die Debatte um die UN-BRK, Neuroleptika und Zwangsmedikation zum Anlass genommen, sich selbst als Leistungserbringer Leitlinien zum Umgang mit Neuroleptika zu geben. Ausgehend von dem Gedanken, dass „(...) *wir gerade auch aus der Verantwortung für die vielen sogenannten chronisch psychisch kranken Menschen in unserer Betreu-*

² EKD Texte 110, (2010), Das Prinzip der Solidarität steht auf dem Spiel. Eine Orientierungshilfe des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) zu den aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen.

ung die Risiken, die durch die langjährige Gabe von Neuroleptika entstehen können, mit beachten müssen,³ wurden die Leitlinien im Team erarbeitet. Nur zwei entscheidende Punkte seien hier daraus zitiert:

1. Die Einnahme von Medikamenten ist keine Bedingung zur Inanspruchnahme unserer Betreuungsdienste.
2. Es wird im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme kein Druck ausgeübt. Die Einnahme wird nicht per Zwang durchgesetzt.

Mehr Einzelheiten und die positiven Erfahrungen dieses Trägers, der sich so nicht mehr als Ausführungsorgan psychiatrischer Verordnungen verstand, und seiner Nutzer sind in der „Sozialen Psychiatrie“³ nachzulesen. Die Frage, ob es auch Heime in DRK-Trägerschaft gibt, die vergleichbare Initiativen aufnehmen, soll hier nur rhetorisch gestellt werden.

Lohnenswert ist ein Blick auf die Internetseite www.ichwillmich.de. In dem dort dokumentierten, von der Aktion Mensch geförderten Projekt beweist das Regenbogenhaus in Magdeburg, dass es vielen Bewohnern mit weniger Medikamenten besser geht. Anscheinend ist weniger als verordnet gar nicht so selten die bessere Option. Das zweite Beispiel kommt aus der Betroffenen-Perspektive, es ist der junge bundesweite IdEE-Verein. Der Vereinsname ist ein Akronym für „Inklusion durch Erfahrungsexperten“ und ein Statement des Vereins lautet: „Auf gesellschaftlicher Ebene können Menschen mit psychiatrischen Diagnosen wertvolle Seismographen für Fehlentwicklungen in komplexen Systeme sein.“ Solche Seismographen braucht unsere Gesellschaft in heutigen Zeiten des Umbruchs und unser psychiatrisches Versorgungssystem braucht sie erst recht. Die Vereinsmitglieder sind geschulte Genesungsbegleiter, d.h. Menschen mit psychiatrischen Diagnosen, die ihr Expertentum aus persönlichen Erfahrungen mit schweren psychischen Erkrankungen haben. Viele von ihnen sind selbst langfristig seelisch beeinträchtigt oder behindert, doch oft sind sie vor ihrem Erfahrungshintergrund besser in der Lage mit anderen Betroffenen ins Gespräch zu kommen, gerade weil sie sich besser auf eine angemessene Kommunikation einlassen können, als viele akademische Psychiatrieprofis. Sie können nicht nur in seelischen Krisen begleiten, son-

³ Volk, B. & Feld, S. (2012), Ein Zurück ist für niemanden mehr denkbar. Leitlinien für den Umgang mit Neuroleptika und deren Umsetzung in der sozialpsychiatrischen Arbeit – ein Erfahrungsbericht, Soziale Psychiatrie, Jg. 36, Heft 136, S. 36-37.

dern auch Dolmetscher sein zwischen Patient und Profi. Ja, ich sehe in dieser Berufsgruppe das Potential, die in ökonomischen Zwängen erstarrte deutsche Psychiatrielandschaft in eine neue Psychiatriereform zu führen. Doch es verwundert mich gleichzeitig sehr, dass nur wenige Träger psychiatrischer Einrichtungen Möglichkeiten finden, ihnen einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz anzubieten. Von den vielen deutschen Kliniken ist mir bisher nur das Klinikum Bremerhaven-Reinkenheide bekannt. Dort wurden inzwischen mit gutem Erfolg sechs sozialversicherungspflichtige Arbeitsplätze geschaffen. Wollen all die anderen Kliniken sich nicht in die Karten gucken lassen?

Wege zur Inklusionspsychiatrie

Längst werden wir Betroffenen Kunden genannt in einem marktwirtschaftlich durchorganisierten Versorgungssystem. Von psychiatrischen Diagnosen betroffene Menschen können damit die Position einnehmen, die ein Vorstandsmitglied einer bundesweiten Selbsthilfeorganisation mit den Worten: *„Für mich persönlich ist ein Arzt, Psychiater oder Therapeut ein Dienstleister wie ein Frisör oder ein Nägelschneider oder sonst was. Ich gehe hin, und er hat mich aufzuklären und dann genau das zu machen, was ich sage, und sonst nichts.“* zusammenfasst. Wenn die psychiatrische Versorgungslandschaft immer mehr vom Ökonomiedenken geprägt wird, wünsche ich mir schon, dass gerade von psychischer Beeinträchtigung Betroffene mehr ihre Kundenrechte einfordern. Doch noch wichtiger ist eine Art „Verbraucherschutz“ in diesem Feld, ein Schutz ihrer Rechte.

Die Psychiatrie des Jahres 2013 scheint weiter auf die altbekannten Exklusionswege zu setzen. Sie alle haben noch die Medienauftritte des Vorsitzenden der DGPPN vor Augen, nachdem der Bundesgerichtshof deutlich machte, dass das Betreuungsrecht keine gesetzliche Grundlage für die Zwangsmedikation bietet. Inzwischen ist eine neue Gesetzesgrundlage in Kraft und führt prompt dazu, dass Psychiater öffentlich versuchen, den Berufsbetreuern die Verantwortung dafür zuzuschieben, dass gesetzlich betreute Menschen mit psychiatrischen Diagnosen bei einer stationären Behandlung ihre Medikamente schlucken.⁴ Mir scheint, es ist die Berufsgruppe der Psychiater, die sich ihrer Verantwortung für

⁴ Westdeutscher Betreuungsgerichtstag 2013, Zwangsbehandlung? Es geht auch anders! Diskussionsbeiträge.

Aufklärung über die unerwünschten Wirkungen ihrer Medikamentenverschreibungen entziehen wollen und Inklusion eher als Bedrohung erleben.

Zwar bin ich der Überzeugung, dass es eine völlig zwangsfreie Psychiatrie genauso wenig geben kann, wie eine blutfreie Unfallchirurgie. Doch in der psychiatrischen Alltagspraxis wurde in den letzten Jahren immer öfter auf die besonderen psychiatrischen Unterbringungsrechte zurückgegriffen. Die Gesetzespraxis wird vielerorts deutlich weiter gefasst, als es der Rechtsnorm entspricht. Dies sollte sich vor dem Hintergrund der UN-BRK und der Verfassungsgerichtsurteile dringend ändern, sonst wird es der Psychiatrie kaum gelingen, breites Vertrauen in ihre Hilfe- und Behandlungsformen bei seelischen Leiden und Beeinträchtigungen zu gewinnen.

Im Arztrecht bestehen genügend Möglichkeiten für ärztliches Handeln inklusive Medikation bei akuten Notfällen. Sondergesetze für psychisch beeinträchtigte Menschen sind daher kaum mehr zu rechtfertigen. Nur durch eine saubere, d.h. wohl begründete Dokumentation, die auch für den vom Zwang betroffenen Menschen zumindest bei einer Nachbesprechung nachvollziehbar ist, kann die Zwangsroutine vieler Kliniken gewandelt werden. Hauptziel muss es sein, die Zahl der Zwangsmaßnahmen zu verringern, da stehen die psychiatrischen Kliniken in der Pflicht gegenüber ihren Kunden. Da ein Teil des staatlichen Gewaltmonopols auf die Versorgungskliniken delegiert wurde, sollten sie es als ihre Pflicht ansehen, quartalsweise eine statistische Berichterstattung über Art, Zahl und Umfang der eingesetzten Zwangsmaßnahmen nicht nur an das für die Kontrolle zuständige Ministerium, sondern auch an die interessierte Öffentlichkeit zu geben. Das wäre eine sinnvolle und kundenorientierte Maßnahme im Rahmen des Qualitätsmanagements.

Auch trialogische Ethikkommissionen, besetzt mit je einem Betroffenenvertreter, Angehörigen, Juristen, Theologen und Psychiater, könnten dazu beitragen, um bei den psychiatrisch Tätigen das Bewusstsein für die rechtlich vorgeschriebene Verhältnismäßigkeit bei Zwangsmaßnahmen zu sensibilisieren.

Eine solche Kommission könnte, da sie ein aktuelles Problem aus verschiedenen Perspektiven betrachtet, sicher zu objektiveren Beurteilungen der Einwilligungsfähigkeit und der aktuellen Bedeutsamkeit des natürlichen Willens kommen. Nur mehr Kommunikation und mehr

Reflexion des eigenen Handelns wird aus einer Ordnungspsychiatrie eine Inklusionspsychiatrie machen können.

In einer Inklusionspsychiatrie ist es selbstverständlich, die Erfahrungen der von psychiatrischen Diagnosen betroffenen Menschen in ihr Tun einzubeziehen. Sie ist offen für Peerarbeit und die neue Berufsgruppe der Genesungsbegleiter. Sie ist offen für Projekte, die auf weniger Medikation setzen.

Barrieren für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erkennen, überwinden und beseitigen

Katrin Grüber

Üblicherweise wird unter Barrierefreiheit der ungehinderte Zugang zu Gebäuden, dem öffentlichen Nahverkehr sowie der ungehinderten Kommunikation im Internet bzw. bei Publikationen verstanden. Rechtsvorschriften normieren die Anforderungen an die Herstellung von Barrierefreiheit in öffentlichen Gebäuden, legen die Gebärdensprache als offizielles Kommunikationsmittel fest oder sichern wie die Verordnung BITV 2.0, dass Menschen mit Seh- und Hörbeeinträchtigungen sowie Menschen mit Lernschwierigkeiten Zugang zu Informationen im Internet erhalten (s. Bundesregierung 2008). Ein entsprechendes detailliertes Regelwerk gibt es für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht, worauf der provozierende Titel einer Veranstaltung „Behinderungen psychisch Kranker durch das Behinderten-Gleichstellungsgesetz“ hinweist (Graupner 2010).

Tatsächlich sind die Barrieren für Menschen mit seelischer/ psychischer Beeinträchtigung weniger bekannt und nicht im öffentlichen Bewusstsein. Dafür gibt es unterschiedliche Gründe, darunter die Eigen- sowie Fremdwahrnehmung. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen werden z.B. eher zu den chronisch Kranken gezählt. Auf der anderen Seite sehen sie sich selbst nicht als Menschen mit einer Behinderung an. Zumindest in Deutschland sind sie deshalb nicht selbstverständlicher Teil der Behindertenbewegung. Die Gruppen, die im Zusammenhang mit der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in Koalitionen auftreten, definieren sich über ihre Erfahrung in der Psychiatrie. In den USA dagegen ist Imperato, der frühere Präsident der American Association of People with Disabilities (AAPD) bipolar und geht damit offen um (Imperato 2002).

Der wichtigste Grund ist wahrscheinlich, dass psychische Beeinträchtigungen nach wie vor in Deutschland ein gesellschaftliches Tabu sind und mit einem Stigma versehen – trotz zahlreicher Kampagnen oder einzelner öffentlicher Diskussionen (so beispielsweise anlässlich des Selbstmords des Fußballers Robert Enke als Folge einer Depression). Nur wenige Prominente gehen offen mit ihrer psychischen Erkrankung um. Publikationen

greifen daher eher auf Vorbilder der Vergangenheit zurück als auf lebende Menschen (BKK Bundesverband GbR und Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK) e.V 2011). Wenn Medien nach Gewalttaten wie Amokläufen selbstverständlich davon ausgehen, der Täter sei psychisch krank, dann tragen sie durch die Verbreitung der Stereotypen zur Stigmatisierung bei.

Die UN-BRK bietet einen guten Ansatz für einen Perspektivwechsel und die notwendigen Änderungen. Ihr Konzept von Behinderung schließt ausdrücklich Menschen mit seelischen/ psychischen Beeinträchtigungen ein und stellt klar, dass der Anspruch auf volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe für alle Menschen mit Behinderungen gilt, unabhängig von Art und Schwere der Beeinträchtigung. Daraus kann die Notwendigkeit abgeleitet werden, sich sowohl mit den Barrieren näher zu befassen, als auch mit den psychischen Beeinträchtigungen, denn die Teilhabe wird durch eine Wechselwirkung eingeschränkt (vgl. Grüber 2013).

Psychische Beeinträchtigung

Es ist allerdings nicht einfach, psychische Beeinträchtigungen zu beschreiben. Ihre Ausprägungen sind sehr unterschiedlich. Die Grenzen zwischen dem Zustand mit psychischer Beeinträchtigung und dem ohne sind fließend. Sie sind schlecht objektivierbar und von Wertvorstellungen geprägt. In der Fachwelt ändert sich die Einschätzung, welche Verhaltensweise einen Krankheitswert hat und welche keinen, im Laufe der Zeit (s. dazu die Diskussion um die Überarbeitung des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)). Schramme spricht von dem „notorisch umstrittenen Begriff der psychischen Krankheit“ (Schramme 2013, S. 208).

Krisensituationen werden sowohl von den Betroffenen als auch vom Umfeld als Ausnahmesituation erfahren. Kategorien wie Menschen mit psychischen Krisen, Krisenerfahrene (Oldenburg 2013) machen dies deutlich. Ob es sich dabei aber um eine Phase der Krankheit handelt oder nicht, ist umstritten. Dies wird unter anderem daran deutlich, dass es Selbstvertretungsorganisationen gibt, die empfehlen, mit einer Patientenverfügung eine psychiatrische Diagnose abzuwehren (Patverfü o.J.). Nicht nur die Zuschreibungen sind variabel, auch der persönliche Verlauf. Krisen können ein einmaliges Ereignis sein oder immer wiederkehren. Es ist ebenfalls möglich, dass in der Zeit nach einer überwundenen Krise bzw. vor der nächsten Krise die Beeinträchtigung nicht bzw. kaum vorhan-

den ist. Allerdings kann das Leben sehr stark dadurch geprägt sein, die nächsten Krisen zu vermeiden, insbesondere durch die Vermeidung krisenauslösender Situationen bzw. dem Umgang damit. Dies kann einen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit haben, die in Abhängigkeit von der Situation stark schwanken kann, was möglicherweise im Arbeitsleben und in der Ausbildung zu Problemen führt, so z.B. wenn Menschen unter Umständen nicht in der Lage sind, an einem bestimmten Tag eine Prüfung abzulegen oder ein Projekt innerhalb einer bestimmten Frist zu Ende zu führen. Ein besonderes Problem nicht eingehaltener Fristen ergibt sich im Umgang mit Ämtern. Wenn Menschen aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung und wegen einer akuten Situation nicht in der Lage sind, Ämter aufzusuchen oder Formulare fristgerecht einzureichen, dann wirkt dies zuerst einmal wie eine Verweigerung, die häufig genug sanktioniert wird (Einblicke e.V., o.J.).

ww

Barrieren

Es leuchtet ein, dass es schwierig ist, Barrieren auszumachen, wenn die Beeinträchtigung sich häufig der Beschreibbarkeit entzieht. Dies ist ein Unterschied zu Treppen für Menschen im Rollstuhl oder nicht zugängliche Knöpfe im Aufzug. Gleichwohl erscheint es hilfreich, das Konzept auf die Situation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu übertragen, weil dann deutlich wird: nicht sie müssen sich ändern, sondern es ist eine gesellschaftliche Aufgabe, die Barrieren zu beseitigen.

Kurz gesagt sind die Barrieren inadäquate Reaktionen und das Ignorieren der besonderen Bedürfnisse. Stimmen die Bedingungen, die Strukturen bzw. die Anforderungen nicht, dann schränkt dies in der Wechselwirkung mit der Beeinträchtigung die Teilhabe der Betroffenen an der Gesellschaft ein.

Überwindung der Barrieren

Nur wenn die Beeinträchtigung erkannt wird, respektive bekannt ist, können die Bedingungen angepasst werden oder Regelungen so verändert werden, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen keine Nachteile befürchten müssen. So haben die Hochschulen ihre Prüfungsordnungen entsprechend geändert. Allerdings müssen die Studierenden ein ärztliches Gutachten vorlegen, mit dem die Behinderung oder chronische

Krankheit „glaubhaft gemacht wird“ (s. beispielsweise die Prüfungsordnung der CAU). Im Arbeitsleben können Regelungen in Bezug auf flexible Arbeitszeiten Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen unterstützen. Sie können so Leistungsschwankungen ausgleichen. Wer einen Termin mit einer Behörde hat und diesen aufgrund seiner Erkrankung bzw. Einschränkung nicht wahrnimmt, ist darauf angewiesen, dass der/die BearbeiterIn verständnisvoll und in der Kommunikation geschult ist.

Hier wird ein wichtiger Unterschied zu anderen Barrieren deutlich: es gibt besondere Anforderungen an das Gegenüber. Was für Gehörlose die Gebärdensprache sei, sei für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ein „zugewandtes, wissendes Gegenüber“ (Einblicke a o.J.). Das Umfeld, sei es im privaten oder im Arbeitsumfeld, muss immer wieder den individuellen Bedarf erkennen und nach passgenauen Lösungen suchen.

Einstellungsbedingte Barrieren

Wie alle Menschen mit Behinderungen haben auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen Probleme mit Barrieren in den Köpfen von Menschen ohne Behinderung, d.h. mit ihren negativen Einstellungen und Vorbehalten. Allerdings spricht einiges dafür, dass die Vorbehalte gegenüber Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen besonders groß sind. Dies zeigt sich in einer Hierarchie selbst unter den Aktivistinnen und Aktivisten, in der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zwischen den Menschen mit einer Körperbehinderung und denen mit einer Lernbeeinträchtigung stehen (Oldenburg 2013).

Die Gründe für besondere Vorbehalte sind vielfältig: Einer liegt in der Unsicherheit von Menschen ohne psychische Beeinträchtigungen, auch darüber, was im Umgang mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu beachten sei. Dies gilt insbesondere für Verhaltensweisen in akuten Phasen. Akute Phasen können Unverständnis, ein Gefühl der Hilflosigkeit und Angst auslösen. Hinzu kommt die Angst, selbst psychisch krank zu werden (Kipphardt in Oldenburg 2013).

Die Vorbehalte haben für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen negative Folgen. Sie resultieren in einer Stigmatisierung und Abwertung, die gravierender sein kann als die Krankheit selbst (Oldenburg 2013).

Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen werden im Rahmen von persönlichen Gesprächen diskriminiert bzw. Menschen ohne psychische Beeinträchtigungen vermeiden den Kontakt (vgl. Baer & Fasel in Plöblich 2009).

Zusammen mit den anderen Barrieren erschweren Vorbehalte den Zugang zum Arbeitsmarkt oder führen dazu, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen den Arbeitsmarkt überdurchschnittlich häufig vorzeitig verlassen. Selbsthilfegruppen raten beispielsweise, mit dem Offenlegen einer psychischen Erkrankung vorsichtig zu sein, weil negative Reaktionen von Arbeitskollegen und -kolleginnen die Folge sein können (DGBS o.J.).

Auch ist es für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung schwieriger als für andere, eine Wohnung zu finden (s. auch Einblicke o.J.). Solche Vorbehalte sind Barrieren auf dem Weg zur Ambulantisierung, wie Mitarbeitende von Einrichtungen berichten.

Ein besonderes Problem ist die Selbststigmatisierung (Einblicke b o.J.) und Selbstexklusion. Sie haben zur Folge, dass der Mensch mit einer psychischen Beeinträchtigung sich selbst für seine psychische Krankheit verurteilt und sich schämt. Außerdem unternimmt er keine weiteren Versuche, einen Arbeitsplatz zu finden.

Abbau von einstellungsbedingten Barrieren

Was kann getan werden, um die einstellungsbedingten Barrieren abzubauen? Der Erfolg von Plakatkampagnen erscheint eher zweifelhaft bzw. ist eher langfristig zu erwarten (Gaebel u.a. 2010). Die Medien können allerdings einen Beitrag durch die Vermeidung von Stereotypen leisten. Es ist hilfreich, wenn deutlich wird, dass Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen anerkannte soziale Rollen innehaben.

„Erst in der Ausübung kulturell üblicher sozialer Rollen vollzieht sich Teilhabe im Sinne von Zugehörigkeit innerhalb des sozialen Gefüges.“¹ Teilhabe wird also auch durch anerkannte Rollen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, u.a. als Experte/ Expertin gefördert. Dazu leisten alle Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die

¹ Erhardt, Grüber (2011), S. 38

(öffentlich) zu ihrer Beeinträchtigung stehen, einen wichtigen Beitrag. Andere Möglichkeiten sind Aktionen oder Kampagnen in einem konkreten Umfeld und in der direkten Kommunikation, beispielsweise Gespräche in Schulen und bei Veranstaltungen im Arbeitsumfeld (s. db o.J.).

Noch besser ist es, die direkte Kommunikation nicht in einer besonderen Situation wie einem Workshop geschehen zu lassen, sondern reale Erfahrungen und das gegenseitige Kennenlernen zu ermöglichen, beispielsweise durch Praktika. Dort können Ängste und Befürchtungen auf beiden Seiten offen thematisiert und realistisch benannt werden. „Nur Begegnung führt zum Abbau emotionaler Barrieren.“²

Ein solcher Austausch kann für Menschen ohne Behinderung aus unterschiedlichen Gründen von Vorteil sein. Oldenburg, die offen über ihre Beeinträchtigung spricht, sieht es als Vorteil, andere für deren verdrängte Belastungen durch die Reizüberflutung (Werbung oder Autolärm) sensibilisieren zu können. Wenn sie in Schulen über ihre persönlichen Erfahrungen berichtet, zeigen sich SchülerInnen erleichtert und fühlen sich ermutigt, ihre Schwächen und Ängste zu zeigen.

Für Kollegen, Kolleginnen und Vorgesetzte ist es hilfreich zu wissen, warum es notwendig ist, Arbeitsbedingungen so zu verändern, dass krisenauslösender Stress vermieden wird oder Abgabetermine flexibilisiert werden. Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen kann es entlastend wirken, wenn sich das Umfeld darauf eingestellt hat, wenn die psychische Erkrankung nicht verschwiegen werden muss und sie offen damit umgehen können.

Fazit und Ausblick

Barrieren für Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung können nur überwunden werden, wenn sie bekannt sind und erkannt werden. Dies bedarf einer gemeinsamen Anstrengung. Für die Überwindung gibt es keine einfachen technischen Lösungen. Das macht sie schwieriger und anspruchsvoller. So bedarf es im Einzelfall einer besondere Anstrengung von Menschen ohne psychische Beeinträchtigung im Kommunikationsverhalten und die Fähigkeit, sich flexibel auf unterschiedliche Situationen

² zit. aus Plöbl, Irmgard (2011), S. 25

einzustellen – um so viele Gemeinsamkeiten wie möglich und so viele Unterschiede wie nötig zu leben. Wie bei allen Menschen ist es wichtig, sowohl die Kompetenz in den Blick zu nehmen als auch die Beeinträchtigung.

Das Recht auf Teilhabe für alle Menschen mit Behinderungen gilt. Unabhängig von der Art und der Schwere ihrer Behinderung ist es notwendig, sie zu überwinden. Deshalb ist es erforderlich, mehr als bisher darüber zu sprechen, was Barrieren, welche die gleichberechtigten Teilhabe hindern, für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen bedeuten, damit sie abgebaut werden können.

Literatur

- Bundesregierung (2007), Antwort auf die Große Anfrage der Abgeordneten Markus Kurth, Irmgard Schewe-Gerigk, Kerstin Andreae, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 16/6825 – Fünf Jahre Behindertengleichstellungsgesetz.
- BKK Bundesverband GbR und Familien-Selbsthilfe Psychiatrie (BApK e.V.) (2011), Psychisch krank im Job. Was tun?
- CAU Nachteilsausgleich für behinderte und chronisch kranke Studierende <http://www.handicap.uni-kiel.de/besond.shtml> (gesehen am 26.11.2013).
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen (DGBS), Wie gehe ich mit dem Stigma einer psychischen Erkrankung um? – <http://www.dgbs.de/umgang-mit-dem-stigma.html> (gesehen am 31.07.2013).
- db (o.J.), Psychische Erkrankung kann jeden treffen – Bei der Hochbahn kein Tabu. http://www.depressi-onsliga.de/tl_files/pdf-files/pdf%20files/Hochbahn.pdf (gesehen am 19.04.2013)
- Erhardt, Klaudia & Grüber, Katrin (2011), Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung am Leben in der Kommune. Lambertus-Verlag.
- Einblicke a, Barrieren. <http://www.einblicke-altenburg.de> (gesehen 19.04.2013).
- Einblicke b, Stigmatisierung psychisch Kranker (gesehen am 19.04.2013).
- Gaebel, Wolfgang; Ahrens, Wiebke; Schlamann, Pia (2010), Konzeption und Umsetzung von Interventionen zur Entstigmatisierung seelischer Erkrankungen: Empfehlungen und Ergebnisse aus Forschung und Praxis.
- Graupner, Heidrun (2010), Die unerträgliche Last des Seins, Süddeutsche Zeitung, <http://www.sueddeutsche.de/leben> (gesehen am 19.04.2013).
- Imperato, Andrew, (2002), Hearing on „TEA-32: A Lifeline for America’s Citizens.“, US-Senate Committee on Banking, Housing and Urban Affairs, http://www.banking.senate/giv/07_07hrq/071702/imperato.htm (gesehen am 31.07.2013).
- Oldenburg, Heike (o.J.), Umgang mit Barrieren – physisch und in den Köpfen (gesehen am 19.04.2013). Patverfü, <http://www.patverfue.de/einstieg> (gesehen am 26.11.2013).
- Plöbl, Irmgard (2011), Barrierefreier Zugang zur Arbeit: was heißt das für psychisch kranke Menschen? Vortrag 11.02.2011 des DGSP-Fachausschusses Arbeit und Beschäftigung, <http://www.dgsp-ev.de>.
- Schramme, Thomas (2013), Psychische Dysfunktion – Grundlage für den psychischen Krankheitsbegriff? S. 192-211.

Konsequenzen aus der UN-BRK: aktuelle Entwicklungen in Recht und Praxis

Roland Rosenow

Einleitung

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ist ein internationaler Vertrag auf der Ebene der Vereinten Nationen. Sie wurde im Dezember 2006 von der Deutschen Regierungsdelegation in New York unterzeichnet und im November 2008 in Deutschland als Gesetz verabschiedet. Zum 26.03.2009 trat sie in Deutschland in Kraft.

Bereits wenige Jahre nach ihrem Inkrafttreten scheint sie – neben der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) – der bekannteste völkerrechtliche Vertrag zu sein, der Menschenrechte konstituiert oder konkretisiert. Wie andere völkerrechtliche Verträge auch, gilt sie in Deutschland als einfaches Bundesrecht. Das wirft eine Reihe von Fragen auf, da die Regelungen, die sie trifft, sich ihrer Natur nach von den meisten Regelungen einfachen Bundesrechtes unterscheiden: Menschenrechtliche Regelungen sind überwiegend auf einem hohen Abstraktionsniveau formuliert und ähneln in ihrer Regelungsstruktur eher dem Grundgesetz als der großen Menge des deutschen Bundesrechtes.

Die EMRK verdankt ihre hohe Bekanntheit und – für einen völkerrechtlichen Vertrag – hohe Popularität sicher in erster Linie der Rechtsprechung des Straßburger Gerichtshofes. Erst durch die konkret in die Lebenswirklichkeit eines Landes hineinwirkenden Urteile eines internationalen Spruchkörpers ist vielen Menschen bewusst geworden, dass es hier eine internationale vertragliche Regelung gibt, die für Deutschland verbindlich ist. Dagegen dürfte schon weitgehend unbekannt sein, dass die EMRK kein Vertrag der Europäischen Union ist, sondern ein – sehr alter – Vertrag des Europarates, der 47 Mitglieder hat.

Die beratende Versammlung des Europarates nahm den Entwurf der EMRK am 09.09.1949 an. Im Juni 1950 wurde ein Konventionsentwurf verabschiedet, den das Ministerkomitee noch in einigen Punkten änderte und dann der beratenden Versammlung vorlegte. Die EMRK wurde am 04.11.1950 in Rom unterzeichnet und trat am 03.09.1953 nach Ratifizierung durch zehn Staaten in Kraft.¹

¹ Meyer-Ladewig (2006), Europäische Menschenrechtskonvention. Handkommentar, 2. Auflage, S. 17f.

Es hat also Jahrzehnte gedauert, bevor die EMRK von einer relevanten Anzahl von Fachleuten überhaupt wahrgenommen wurde und noch einmal lange Zeit bis sie die Wirksamkeit entfaltete, für die sie heute bekannt ist. Andere Konventionen wie zum Beispiel die Europäische Sozialcharta – auch ein völkerrechtlicher Vertrag auf Ebene des Europarates – sind nahezu unbekannt. Auch die beiden wichtigsten völkerrechtlichen Verträge auf Ebene der UN – der Sozialpakt und der Zivilpakt von 1966 – sind nur in Fachkreisen bekannt. Die UN-BRK dagegen wird bereits kurz nach ihrem Inkrafttreten auf unterschiedlichsten gesellschaftlichen Ebenen diskutiert und als ein Instrument wahrgenommen, das zur Veränderung auffordert und in die soziale Wirklichkeit hineinwirkt oder wirken soll.

Internationale Menschenrechtsverträge

Man kann grob zwei Arten von internationalen Verträgen unterscheiden: Es gibt Verträge, mit denen die Staaten untereinander ihre Rechtsbeziehungen regeln. Diese Regeln begründen Pflichten und Rechte zwischen Staaten und werden *traité contrat* genannt. Menschenrechtliche Verträge dagegen werden zwar von Staaten miteinander geschlossen, begründen aber Rechte der in den Staaten lebenden Menschen. Diese Verträge werden als *traité loi* bezeichnet.² In Deutschland haben Rechtswissenschaft und Rechtspraxis die direkte Wirkung solcher Verträge lange Zeit weitgehend verneint. Überwiegend herrschte die Auffassung, internationale menschenrechtliche Verträge hätten eher einen appellativen Charakter, der sich an die Regierungen und die Gesetzgeber wendet. Die in den Staaten lebenden Menschen könnten aus solchen Verträgen selbst keine Rechte ableiten.³ Diese Auffassung kann heute nicht mehr vertreten werden. Das Bundesverfassungsgericht hat in der Auseinandersetzung mit der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) in Straßburg herausgearbeitet, wie internationale menschenrechtliche Verträge (*traité loi*) in das deutsche Recht hineinwirken.

² Vgl. Casals (2010), Die Auslegungsmethoden bei Menschenrechtsverträgen: Die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte und des Interamerikanischen Gerichtshofs für Menschenrechte, Baden-Baden.

³ Vgl. Wimalasena (2008), Die Durchsetzung sozialer Menschenrechte. Rechtsfortbildung am Beispiel des Internationalen Sozialpakts von 1966, KJ, S. 2-23 mit weiteren Nachweisen (mwN).

Anlass für die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes war der unter dem Namen „Görgülü“ bekannte Fall eines jungen Vaters, der das Recht auf Umgang mit seinem Sohn einforderte und sich gegen eine Entscheidung des Familiengerichtes wehrte, durch die er gezwungen werden sollte, die Adoption zu akzeptieren.

Die deutschen Gerichte hatten die Entscheidung des Familiengerichtes bestätigt. Der EGMR stellte jedoch eine Verletzung von Art. 8 der EMRK fest. Der Betroffene wandte sich dann wieder an die deutschen Gerichte, welche die Entscheidung des EGMR zwar zur Kenntnis nahmen und ihr Bedauern darüber ausdrückten, dass hier eine Konventionsverletzung vorliege. Sie sahen jedoch keinen Anlass, an ihrer Auffassung etwas zu ändern und entschieden erneut gegen den Vater. Denn die Konvention binde nur den Gesetzgeber, nicht aber die Gerichte.

Die diesbezügliche Verfassungsbeschwerde des jungen Vaters hatte Erfolg: Das Bundesverfassungsgericht hob die Entscheidungen der Fachgerichte auf und begründete dies im Wesentlichen damit, dass die Rechtsauffassung des EGMR verbindlich und von den Fachgerichten im Rahmen vertretbarer Auslegung zu beachten ist. Das Bundesverfassungsgericht nahm den Fall zum Anlass, um so etwas wie ein grundlegendes Regelwerk des Hineinwirkens völkerrechtlicher Verträge in das deutsche Recht zu entwickeln.⁴ Dieses Regelwerk gilt – wie das Bundesverfassungsgericht in einem späteren Beschluss ausdrücklich bestätigt hat⁵ – in gleicher Weise für die UN-BRK. Deshalb fasse ich es hier kurz zusammen:

1. Die Konvention rangiert in der deutschen Rechtsordnung im Rang einfachen Bundesrechtes. Das führt dazu, dass Gerichte und Verwaltung die Konvention wie anderes Recht des Bundes im Rahmen methodisch vertretbarer Auslegung beachten und anwenden müssen.
2. Die Gewährleistungen der Konvention (der EMRK wie der UN-BRK) sind wegen ihres Ranges als einfaches Recht kein unmittelbarer verfassungsrechtlicher Prüfungsmaßstab. Sie können aber ein mittelbarer Prüfungsmaßstab sein: denn sie beeinflussen die Auslegung der Grundrechte und nationalen rechtsstaatlichen Grundsätze.

Auf der Ebene des Verfassungsrechtes dienen menschenrechtliche Verträge als Auslegungshilfe für die Bestimmung von Inhalt und Reichweite der Vorgaben des Grundgesetzes. Damit partizipiert ein internationaler

⁴ BVerfG, 14.10.2004, 2 BvR 1481/04 (Görgülü-Beschluss).

⁵ BVerfG, 23.03.2011, 2 BvR 882/09.

menschenrechtlicher Vertrag indirekt am Vorrang des Grundgesetzes über einfach gesetzliches Recht. In der Folge muss einfaches gesetzliches Recht stets im Rahmen vertretbarer Auslegung so ausgelegt werden, dass es nicht nur mit dem Grundgesetz selbst vereinbar ist, sondern auch mit dem Grundgesetz in der Konkretisierung, die dieses durch einen internationalen Vertrag findet.

Das Bundesverfassungsgericht formuliert das so: „Die verfassungsrechtliche Bedeutung eines völkerrechtlichen Vertrages, der auf regionalen Menschenrechtsschutz zielt, ist Ausdruck der Völkerrechtsfreundlichkeit des Grundgesetzes, das die Betätigung staatlicher Souveränität durch Völkervertragsrecht und internationale Zusammenarbeit sowie die Einbeziehung der allgemeinen Regeln des Völkerrechts fördert und deshalb nach Möglichkeit so auszulegen ist, dass ein Konflikt mit völkerrechtlichen Verpflichtungen der Bundesrepublik nicht entsteht. Das Grundgesetz hat den allgemeinen Regeln des Völkerrechtes Vorrang vor dem einfachen Gesetzesrecht eingeräumt [...] und das Völkervertragsrecht [...] in das System der Gewaltenteilung eingeordnet.“⁶

3. Die Konvention darf jedoch nicht so ausgelegt werden, dass der nationale Grundrechtsschutz gemindert wird. Das Gericht nimmt hier ausdrücklich Bezug auf Art. 53 der EMRK. Für die UN-BRK gilt dasselbe, denn sie trifft in Art. 4 Abs. 4 eine inhaltsgleiche Regelung: „Dieses Übereinkommen lässt zur Verwirklichung der Rechte von Menschen mit Behinderungen besser geeignete Bestimmungen, die im Recht eines Vertragsstaates oder in dem für diesen Staat geltenden Völkerrecht enthalten sind, unberührt. Die in einem Vertragsstaat durch Gesetze, Übereinkommen, Verordnungen oder durch Gewohnheitsrecht anerkannten oder bestehenden Menschenrechte und Grundfreiheiten dürften nicht unter dem Vorwand beschränkt oder außer Kraft gesetzt werden, dass dieses Übereinkommen derartige Rechte oder Freiheiten nicht oder nur in einem geringeren Ausmaß anerkenne.“
4. Die vierte Grundregel besagt, dass die Rechte der EMRK in der Auslegung gelten, die der EGMR in Straßburg gefunden hat. Der EGMR in Straßburg hat also eine Auslegungsprärogative, die auch die deutsche Rechtsprechung bindet. Das spielt für die UN-BRK jedenfalls zurzeit keine Rolle.

⁶ Görgülü-Beschluss, Randnummer (Rn) 33.

Das bedeutet einerseits, dass menschenrechtliche Verträge einfachgesetzliche Normen des deutschen Bundesrechtes nicht brechen. Einfachgesetzliche Regeln können menschenrechtlichen Regeln durchaus vorgehen, denn jedenfalls häufig verdrängt die speziellere Vorschrift die allgemeinere Vorschrift.⁷ Andererseits partizipiert die UN-BRK so am Vorrang des Grundgesetzes. Das führt dazu, dass das gesamte einfachgesetzliche Recht daraufhin zu überprüfen ist, ob es so ausgelegt werden kann, dass es nicht gegen die UN-BRK verstößt.⁸

Abwehr- und Leistungsrechte

Grundrechte werden traditionell unterschieden in Abwehrrechte und Leistungsrechte. International werden Rechte, die bei uns als Abwehrrechte gelten, als „negative liberties“ bezeichnet, Leistungsrechte dagegen als „positive liberties“ – also positive Freiheiten. Die Vereinigten Staaten sind dafür bekannt, die negative liberties besonders stark und einseitig zu betonen.⁹ Diese Tradition ist jedoch auch bei uns sehr stark. Wenn man die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes – zum Beispiel zur Normenklarheit – genauer anschaut, stellt man schnell fest, dass das Bundesverfassungsgericht immer dort starke Präsenz zeigt, wo es Abwehrrechte in Gefahr sieht, während es in Bezug auf Leistungsrechte lange Zeit sehr zurückhaltend war.

Das „Hartz-IV-Urteil“ ist deshalb ein Meilenstein, denn damit wurden Leistungsrechte in bis dahin wohl nicht dagewesener Weise als Grundrechte stark gemacht.¹⁰

Die einseitige Betonung der Abwehrrechte hat es den Kritikern des Konzepts der Menschenrechte leicht gemacht, das Konzept als Ideologie der Privilegierten zu desavouieren. Diese Kritik ist in ihrem Kern alt. In seinem

⁷ Vgl. Vranes (2005), *Lex Superior, Lex Specialis, Lex Posterior – Zur Rechtsnatur der „Konfliktlösungsregeln“*, *ZaöRV* 65, S. 391–405 (online unter www.zaoerv.de).

⁸ Verschiedentlich ist vertreten worden, dass die UN-BRK nach dem Grundsatz, nachdem jüngerer Recht älteres Recht verdränge, vorrangig anzuwenden sei. Diese Auffassung hat das BSG aber verworfen (BSG, 06.03.2012, B 1 KR 10/11 R).

⁹ Colm O’Cinneide (2009), *Extracting Protection for the Rights of Persons with Disabilities from Human Rights Frameworks: Established Limits and New Possibilities*. In: Arnardóttir, O./Quinn, G., *The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*, Leiden/Boston, S. 163–198, Zitat S. 175

¹⁰ BVerfG, 09.02.2010, 1 BvL 1/09.

1894 erschienenen Roman „Die rote Lilie“ lässt Anatole France den Bohemien Choulette sagen: „*Das Gesetz in seiner erhabenen Gleichheit verbietet es Armen und Reichen gleichermaßen, zu betteln, unter den Brücken zu schlafen und Brot zu stehlen.*“

Dieser Satz ist berühmt geworden, denn er bringt die Kritik an der formalen Gleichheit, die negative liberties nur erzeugen können, auf den Punkt: Formale Gleichheit schafft die Voraussetzungen für extreme tatsächliche Ungleichheit.

*„Der egalitäre Anspruch auf allgemeine Geltung und Einbeziehung [hat] auch dazu gedient, die faktische Ungleichbehandlung der stillschweigend Ausgeschlossenen zu verschleiern. Diese Beobachtung hat den Verdacht geweckt, dass die Menschenrechte in dieser ideologischen Funktion aufgehen können.“*¹¹

Das Konzept der Menschenrechte muss diesen Vorwurf entkräften. Menschenrechte müssen deshalb auf gesellschaftliche Entwicklungen reagieren: Sie haben einen detektivischen Zug.¹² Die Hartz-IV-Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes kann als Indiz dafür interpretiert werden, dass Menschenrechte auf gesellschaftliche Entwicklungen reagieren: Sie erging in einer historischen Situation, in der die tatsächliche Ungleichheit in Deutschland massiv zunimmt und formulierte erstmals einen grundrechtlich abgesicherten Anspruch auf Zurverfügungstellung eines soziokulturellen Existenzminimums. Kurz zuvor noch hatte der erste Senat des Bundessozialgerichtes entschieden, der aus dem Menschenwürdegrundsatz und dem Sozialstaatsprinzip abgeleitete Anspruch auf ein Existenzminimum umfasse nur das Allernotwendigste, also Nahrung, Kleidung, ärztliche Grundversorgung und Unterkunft.¹³

Die UN-BRK ist selbst Teil dieser Entwicklung. Anders als die beiden Pakte von 1966, welche die Dichotomie von positive liberties (Sozialpakt) und negative liberties (Zivilpakt) repräsentieren, lässt sich die UN-BRK weder der einen, noch der anderen Seite zuordnen. In ihr verschmelzen positive und negative liberties. Deshalb könnte sie Rechtsgeschichte schreiben als das Gesetz, das entscheidend zur Überwindung der Dichotomie Abwehr versus Leistung beigetragen haben wird.

¹¹ Habermas, Jürgen (2009), Zur Legitimation der Menschenrechte. In: ders., Philosophische Texte Bd. 4, Frankfurt/M, S. 298-307, Zitat S. 300.

¹² Wingert, L., (2003), Türöffner zu geschlossenen Gesellschaften, in: R. Elm, Ethik, Politik und Kultur im Prozess der Globalisierung, Bochum, zit. nach Habermas aaO S. 300.

¹³ BSG, Urteil vom 22.4.2008, B 1 KR 10/07 R, Rn 31.

Entwicklungen im Recht

Obwohl die UN-BRK erst seit vier Jahren in Kraft ist, hat sie bereits deutlichen Niederschlag in der Rechtsprechung gefunden. Das zeigt, dass die UN-BRK in einem Maß als Recht wahrgenommen, rezipiert und von der Rechtsprechung angewendet wird, das ungewöhnlich ist. Doch die Befassung der Rechtsprechung und die Rezeption der UN-BRK sind noch nicht ausreichend. Der Vergleich mit anderen menschenrechtlichen Verträgen zeigt aber bereits wenige Jahre nach ihrem Inkrafttreten eine Erfolgsgeschichte der UN-BRK, die einzigartig ist und für die Zukunft viel verspricht.

Eine einfache Abfrage in der Entscheidungsdatenbank juris zeigt, dass die Sozialgerichtsbarkeit sich im großen Abstand am meisten mit der UN-BRK zu befassen hatte: Von 43 in juris veröffentlichten Entscheidungen zur UN-BRK sind 32 Entscheidungen der Sozialgerichte.¹⁴

Im Folgenden möchte ich anhand von zwei gerichtlichen Entscheidungen exemplarisch zeigen, wie das Recht die UN-BRK aufnimmt und welche Entwicklungen sich abzeichnen. Die erste der beiden Entscheidungen betrifft dabei ein Abwehrrecht, nämlich das Recht auf Abwehr von Zwangsbehandlung. Die zweite betrifft ein Leistungsrecht, nämlich den Anspruch auf Zurverfügungstellung eines behindertengerechten Kraftfahrzeuges.

1. Abwehrrechte am Beispiel der Zwangsbehandlung

Die Verwunderung über die jahrzehntelang praktizierte Zwangsbehandlung von Menschen mit psychischer Erkrankung im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung nach den Ländergesetzen für psychisch Kranke und im Rahmen des Maßregelvollzuges in Deutschland ohne irgendeine Art von Rechtsschutz, kann gar nicht groß genug sein. Im Rahmen der öffentlich-rechtlichen Unterbringung konnten Ärzte ohne jede Kontrolle darüber entscheiden, ob sie mit Gewalt Medikamente verabreichen oder nicht.¹⁵ Erst der Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 23.03.2011 (2 BvR 882/09) hat eine neue Rechtslage geschaffen. Seither anerkennt das deutsche Recht eine Zwangsbehandlung als einen massiven Eingriff in die Grundrechte des davon Betroffenen, der nur in

¹⁴ Abfrage: 01.08.2013, 6 x SG, 16 x LSG, 10x BSG.

¹⁵ Vgl. Rosenow, R. (2013), Betreuungsrechtliche Unterbringung und Zwangsbehandlung vor dem Hintergrund der UN-BRK, BtPrax, S. 39-44.

seltener Ausnahmefällen zulässig sein kann. Gleichzeitig ist nun klargestellt, dass die Rechtsweggarantie für einen solchen Eingriff gilt: Der von einem solchen Angriff Bedrohte muss die Möglichkeit haben, sich auf dem Rechtsweg dagegen zu wehren, bevor der Eingriff vollzogen wird.¹⁶

Die Entscheidung vom 23.03.2011 betont und konkretisiert den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz für den Fall der Zwangsbehandlung.

Das Bundesverfassungsgericht hat den Beschluss zum Anlass genommen, klarzustellen, dass die UN-BRK in der Weise gilt, in welcher der 2. Senat des BVerfG das bereits im Görgülü-Beschluss vom 14.10.2004 für die EMRK entwickelt hatte:

„Die UN-BRK, die in Deutschland Gesetzeskraft hat [...] und als Auslegungshilfe für die Bestimmung von Inhalt und Reichweite der Grundrechte herangezogen werden kann [...], legt kein anderes Ergebnis nahe.“¹⁷

Die UN-BRK war also nicht notwendig, um zu erkennen, dass eine Zwangsbehandlung ein dramatischer Eingriff in die Grundrechte des Betroffenen ist und dass deshalb Rechtsschutz dagegen möglich sein muss. Dem Beschluss vom 23.03.2011 war eine einstweilige Anordnung vom 22.06.2009 vorausgegangen, die durch drei weitere Beschlüsse jeweils verlängert wurde.¹⁸

In der einstweiligen Anordnung vom 22.06.2009 nimmt das Bundesverfassungsgericht noch nicht Bezug auf die UN-BRK. Auch im Beschluss, durch den das baden-württembergische Unterbringungsgesetz in Bezug auf seine Befugnis zur Zwangsbehandlung außer Kraft gesetzt wurde, findet sich ein Hinweis auf die UN-BRK nicht.¹⁹

Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 23.03.2011 markiert eine Entwicklung im Recht: Die Grundrechte von Menschen mit einer Behinderung oder einer psychischen Beeinträchtigung erlangen nach und nach dieselbe Anerkennung, die Rechte von Menschen ohne Behinderung ebenfalls haben. Die UN-BRK bestätigt und begleitet diesen Prozess eher, als dass sie hier als Auslöser oder Rechtsquelle von entscheidender Relevanz fungieren müsste. Die Konvention scheint sich hier in eine Entwicklung einzufügen, die viel zu spät kommt und die viel zu lange gedauert hat – die aber auch ohne die Konvention stattfinden würde.

¹⁶ Das gilt natürlich nicht bei Gefahr im Verzug. In Notfällen muss der Arzt sofort handeln.

¹⁷ Bundesverfassungsgericht, 23.03.2011, 2 BvR 882/09, Rn 52.

¹⁸ Beschlüsse zum Aktenzeichen 2 BvR 882/09 vom 22.06.2009, 09.12.2009, 10.06.2010 und 07.12.2010.

¹⁹ BVerfG, 12.10.2011, 2 BvR 633/11.

2. Leistungsrechte

„Rechte ohne die erforderlichen Ressourcen sind ein grausamer Scherz.“²⁰ Der hohe Anteil der sozialgerichtlichen Entscheidungen unter den in juris veröffentlichten gerichtlichen Entscheidungen, die sich mit der UN-BRK befassen, deutet auf eines der großen Probleme von Menschen mit Behinderung in Deutschland hin: den Mangel an Ressourcen, die erforderlich sind, um Rechte zu nutzen.

So hat das Recht, sich frei zu bewegen, welches das Grundgesetz einräumt, für denjenigen, der auf Grund einer Behinderung technische Hilfsmittel für die Fortbewegung benötigt, diese aber nicht selbst finanzieren kann und auch nicht erhält, etwas Zynisches. Persönliche Mobilität ist Gegenstand von Art. 20 der UN-BRK:

„Die Vertragsstaaten treffen wirksame Maßnahmen, um für Menschen mit Behinderungen persönliche Mobilität mit größtmöglicher Selbstbestimmung sicherzustellen, indem sie unter anderem

- a) die persönliche Mobilität von Menschen mit Behinderungen in der Art und Weise und zum Zeitpunkt ihrer Wahl und zu erschwinglichen Kosten fördern;
- b) den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu hochwertigen Mobilitätshilfen, Geräten, unterstützenden Technologien und menschlicher und tierischer Assistenz sowie Mittelspersonen ermöglichen, auch durch deren Bereitstellung zu erschwinglichen Kosten;
- c) Menschen mit Behinderungen und Fachkräften, die mit Menschen mit Behinderungen arbeiten, Schulungen in Mobilitätsfertigkeiten anbieten;
- d) Hersteller von Mobilitätshilfen, Geräten und unterstützenden Technologien ermutigen, alle Aspekte der Mobilität für Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen.“

Das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg hat in einem Urteil vom 26.09.2012, L 2 SO 1378/11, einer jungen und sehr schwer behinderten Frau eine Kraftfahrzeughilfe im Rahmen der sozialhilferechtlichen

²⁰ Rappaport, Julian (1985): Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Ein sozialpolitisches Konzept des „empowers“ anstelle präventiver Ansätze. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, 17, S. 257-278.

Eingliederungshilfe zugesprochen. Im Verfahren hatte die Klägerin ihren Anspruch ergänzend auf Art. 20 UN-BRK gestützt.

Die sozialhilferechtlichen Vorschriften der Eingliederungshilfe – die hier Anspruchsgrundlage waren – sind sehr deutungssoffen formuliert. §§ 53 und 54 SGB XII i.V.m. §§ 55 ff. SGB IX regeln nicht im Einzelnen, welche Leistungen im Rahmen der Eingliederungshilfe zu bewilligen sind, sondern formulieren eher die Ziele der Eingliederungshilfe. Es ist Aufgabe der Behörden, die diese Vorschriften umsetzen, geeignete Mittel und Wege zu finden, diese Ziele zu realisieren. Die Einordnung der Eingliederungshilfe in das Recht der Sozialhilfe wurde von Behördenseite stets, und so auch in diesem Verfahren, als Argument herangezogen, um die Leistungen der Eingliederungshilfe auf ein Minimum zu beschränken. Die Eingliederungshilfe (der Begriff ist verwirrend und meint eigentlich Teilhabeleistungen nach §§ 55 ff. SGB IX) gewähre keine gleichberechtigte Teilhabe mit Menschen ohne Behinderung, sondern nur eine Art notdürftiger Mindestversorgung.²¹ Das LSG Baden-Württemberg hat dieser Argumentation eine Absage erteilt und diese ausdrücklich auch damit begründet, dass die UN-BRK die Auslegung der unbestimmten Rechtsbegriffe der Sozialhilfe determiniert:

„Die UN-BRK ist als Auslegungshilfe für die Bestimmung von Inhalt und Reichweite der Grundrechte heranzuziehen, insbesondere auch des Art. 3 Abs. 3 Satz 2 GG; ebenso ist sie bei der Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe und bei der Ermessensausübung zu beachten.“²²

Klägerin im Verfahren war eine 24jährige Frau mit einer sehr schweren geistigen und körperlichen Behinderung, die sie unfähig machte, sich selbstständig zu bewegen. Durch die Behinderung war sie nicht sprachfähig. Der Sozialhilfeträger war der Auffassung, es reiche aus, wenn sie die Möglichkeit habe, vier Mal im Monat jeweils eine Hinfahrt und eine Rückfahrt mit einem Spezialtransport für Rollstuhlfahrer in Anspruch zu nehmen. Diese Fahrten finanzierte der Sozialhilfeträger. Die Fahrten mussten rechtzeitig vorher angemeldet werden. Spontane Mobilität war nur im Ausnahmefall möglich.

Das LSG Baden-Württemberg sprach der Klägerin eine Mobilitätshilfe in Form einer einmaligen Beihilfe zur Anschaffung eines Kraftfahrzeuges, in dem sie im Rollstuhl sitzend fahren kann, und darüber hinaus ergänzende Umbauten (Drehschwenksitz und eine spezielle Sitzschale) zu. Das LSG formuliert ausdrücklich:

²¹ Das Verfahren ist online vollständig dokumentiert, hier ist auch die Argumentation der beklagten Behörde nachzulesen: http://www.srif.de/index.php?menuid=66&template=mv/templates/mv_show_front.html&mv_id=1&extern_meta=x&mv_content_id=10

²² LSG Baden-Württemberg, 26.09.2012, L 2 SO 1378/11, Rn 9.

„Der Beklagte geht von einem unzutreffenden Maßstab aus, nach welchem sich die Beurteilung des Bedarfs der Klägerin richtet, wenn es im Bescheid vom 09.05.2007 heißt, Aufgabe der Sozialhilfe sei es nicht, einen sozialen Mindeststandard zu gewährleisten. Welcher Bedarf anerkannt wird, beurteilt sich nach dem Sinn und Zweck der Eingliederungshilfe, eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen, oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern (§ 53 Abs. 3 SGB XII). Die durch die Behinderung eingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben soll so weit wie möglich ausgeglichen werden.“²³

Durch die ausdrückliche Bezugnahme auf den Görgülü-Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes und die UN-BRK bestätigt und untermauert das LSG Baden-Württemberg die menschenrechtliche Dimension des Anspruchs auf Teilhabeleistungen.

Der „detektivische Zug“ des Konzepts der Menschenrechte wird hier konkret: So konkret wie das Recht auf Mobilität wird, wenn zu dem Recht, sich frei zu bewegen, der Anspruch auf die erforderlichen Ressourcen hinzutritt. Die Entscheidung des LSG Baden-Württemberg vom 26.09.2012 ist deshalb ein vielleicht ebenso bedeutsamer Meilenstein der Rechtsgeschichte wie der Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 23.03.2011.

Auch in Bezug auf die Entwicklung von Leistungsrechten fügt sich die UN-BRK in eine Entwicklung ein.²⁴ Anders jedoch als die Entwicklung auf Seiten der Abwehrrechte ist die Entwicklung des Anspruchs auf Teilhabeleistungen zu einem grundrechtlich fundierten und in der Rechtsprechung durchgängig anerkannten Anspruch ein eher zartes Pflänzchen. Diese Entwicklung bedarf der Unterstützung durch die UN-BRK ganz besonders.

Entwicklungen in der Praxis

Entwicklungen im Recht zu beschreiben ist vergleichsweise einfach, weil auf die Rechtsprechung zurückgegriffen werden kann. Die Beschreibung von Entwicklungen in der Praxis muss sich da, wo keine empirischen Untersuchungen zur Verfügung stehen, auf individuelle Wahrnehmungen stützen.

²³ LSG Baden-Württemberg, 26.09.2012, L 2 SO 1378/11, Rn 38.

²⁴ Vgl. zum Beispiel BSG, 2.2.2012, B 8 SO 9/10 R (Eingliederungshilfe für den behinderungsgerechten Umbau eines KFZ).

Durch den Austausch mit Anderen – idealerweise interdisziplinär – können solche Wahrnehmungen an Validität gewinnen. Sie bleiben aber einer spezifischen Perspektive verhaftet.

Aus meiner Perspektive nehme ich in der Praxis zwei gegenläufige Entwicklungen wahr: Einerseits werden Menschen mit Behinderung heute sehr viel eher und in zunehmendem Maß als gleichberechtigte Menschen mit gleichberechtigten Interessen und Wünschen wahrgenommen. Immer mehr Menschen halten es für richtig, dass Menschen mit Behinderung gleichberechtigt mit anderen und mit gleichen Wahl- und Entfaltungsmöglichkeiten unter uns leben. Große Einrichtungen, in denen Menschen mit Behinderungen separiert werden, werden immer kritischer gesehen.

Auf der anderen Seite habe ich den Eindruck, das, was man Tellerwäscherideologie nennen kann, hat Konjunktur und gewinnt immer mehr an Einfluss: Jeder sei seines Glückes Schmied. Der Staat habe kein Geld und müsse sparen. Die Zeiten der Wohltaten neigten sich dem Ende entgegen. Gleichberechtigung sei zwar richtig, heiße aber vor allem Gleichbehandlung.

Die UN-BRK erfreut sich zwar einer großen Bekanntheit. Das heißt aber nicht, der Text der Konvention werde gelesen. Das kann man auch nicht erwarten. Es handelt sich um einen Gesetzestext, der seiner Natur nach sperrig ist. Auch das Grundgesetz wird von den wenigsten gelesen. Sehr bekannt ist jedoch der Menschenwürdegrundsatz aus Art. 1 Abs. 1 GG, der von vielen mit unserer Verfassung identifiziert wird.

Für die UN-BRK scheint der Begriff der Inklusion diese Funktion zu übernehmen. Das ist überraschend, weil der Begriff in der deutschen Übersetzung gar nicht vorkommt und auch im englischen Original keine zentrale Rolle spielt. Man mag die Rolle, die der Begriff spielt, begrüßen oder kritisieren: Es ist nicht zu ändern, dass dieser Begriff in der Öffentlichkeit für die UN-BRK steht. In Schulen, Kindergärten, Einrichtungen der Behindertenhilfe und in vielen andern Bereichen hat sich eingepreßt: Die UN-BRK fordert „Inklusion“ – was auch immer das bedeuten mag.²⁵

Ich habe den Eindruck, der Slogan Inklusion wird oft interpretiert als Aufforderung, alle und alles gleich zu behandeln, also keine Unterschiede mehr zu machen. Das kann folgende Forderung bedeuten: Alle Behinderten sollen dieselbe Förder- und Betreuungsgruppe, dieselbe

²⁵ „Trotz seines [des Begriffs der Inklusion] beinahe inflationären Gebrauchs ist die inhaltliche Bedeutung von Inklusion jedoch kaum eindeutig zu fassen, und es lässt sich vermuten, dass gerade die Unschärfe zu politischen Vereinnahmungen des Inklusionsbegriffs verleitet.“ (Wansing (2013), Der Inklusionsbegriff zwischen normativer Programmatik und kritischer Perspektive. In: Inklusion in der Diskussion, Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit 3, S. 17-27.

WfbM, dieselben Einrichtungen besuchen. Behinderte Kinder sollen die normale Schule besuchen (ohne, dass die Schule sich ändert), alle Heime und Einrichtungen sollen aufgelöst werden usw.

Man kann diese Interpretation des Imperativs der UN-BRK so zusammenfassen: „Alle sollen in der Hauptstraße 27 wohnen und so leben wie mein Nachbar und ich.“

Eine solche Interpretation übersieht, dass Gleichheit nicht bedeutet, alle gleich zu behandeln, sondern gerade im Gegenteil: Die Gleichbehandlung von Ungleichem erzeugt nicht etwa Gleichheit, sondern Ungleichheit. Die Rezeption der UN-BRK als das Gesetz, das Inklusion fordert, scheint noch weit davon entfernt zu sein, auch den Gedanken des diversity-Ansatzes zu rezipieren. Wenn man Inklusion als Imperativ versteht, der von uns will, dass alle gleich sind, verkehrt man die Botschaft der UN-BRK in ihr Gegenteil. Der Begriff der Inklusion scheint gegen eine solche Verkehrung in sein Gegenteil nicht immun zu sein. Dies zeigt sich konkret in Verhandlungen mit Sozialhilfeträgern, in denen es um Geld geht. Menschen mit Behinderung sollen auch nicht mehr so viel kosten wie früher, denn sie sollen gleichbehandelt werden.

Ausblick

1. Recht

Die zunehmende Bedeutung internationalen Rechtes in der nationalen Rechtsanwendung deutet auf ein grundsätzliches Schwinden der Bedeutung der Nationalstaaten hin. Internationale Normen werden immer wichtiger. Damit wird auch der international vereinbarte Menschenrechtsschutz wichtiger, bedeutsamer und wirkungsmächtiger. Die normative Praxis der Rechtsanwender reflektiert diese Entwicklung und treibt sie – so sieht es im Augenblick aus – voran.

Die unter Rechtsanwendern jahrzehntelang herrschende Auffassung, internationale Verträge betrafen nur Regierung und Gesetzgeber, nicht aber die tägliche normative Praxis auf allen Ebenen der Rechtsanwendung, ist jedenfalls in der obergerichtlichen Rechtsprechung überwunden. Damit besteht aller Anlass zu der Hoffnung, dass die normativen Vorgaben aus der UN-BRK in relativ kurzer Zeit mehr und mehr Berücksichtigung in der Rechtsprechung und im zweiten Schritt in der außergerichtlichen normativen Praxis finden werden.

2. Praxis

Die breite Wahrnehmung der UN-BRK ist alles andere als selbstverständlich und ein großer Erfolg. Die vielen Missverständnisse des Begriffs der Inklusion haben ihre Ursache weniger in dem Begriff. Sie sind Ausdruck des Widerstreits unterschiedlicher Interessen und damit Ausdruck der Schwierigkeiten, die dem Projekt Inklusion im Weg stehen. Deshalb brauchen wir eine Diskussion um diesen Begriff, und zwar nicht für Menschen mit Behinderung im Allgemeinen, sondern konkret für jede von Behinderung betroffene Gruppe.

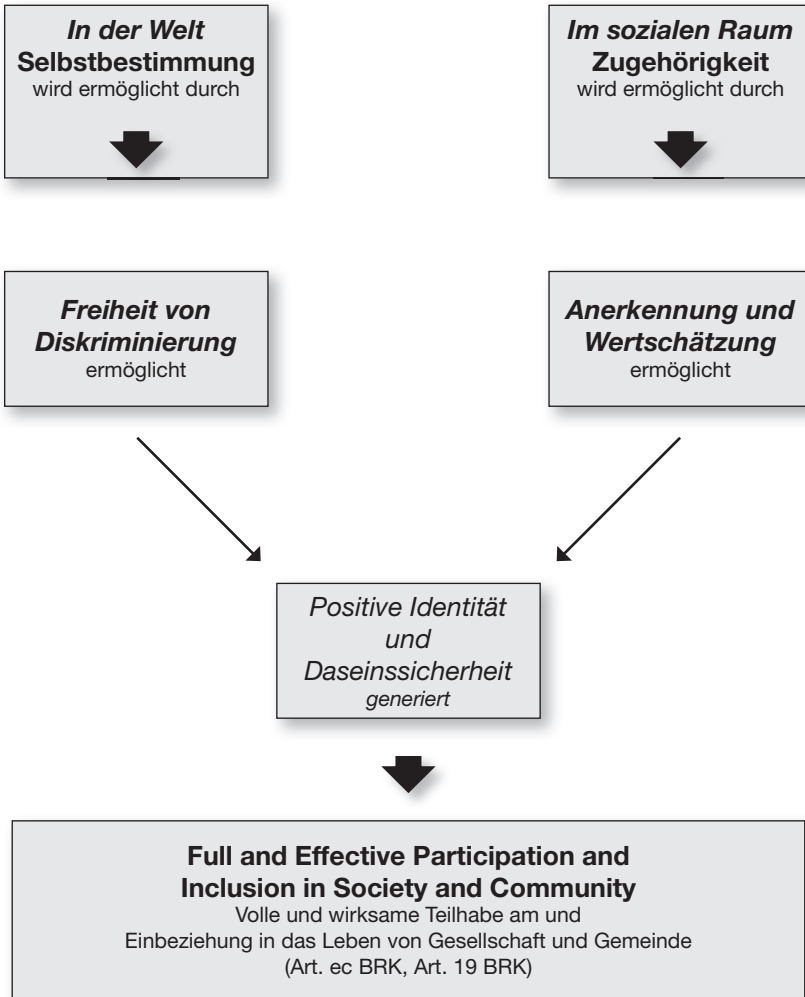
Menschen mit Behinderung sind noch viel weniger als Menschen ohne Behinderung eine homogene Gruppe. Deshalb kann Inklusion nicht für alle dasselbe heißen. Die Konkretisierung des Begriffs setzt eine konkrete Situation oder eine konkrete Gruppe von Menschen voraus, für die und mit denen entwickelt wird, was Inklusion heißen soll. Dabei muss berücksichtigt werden, dass wir in einer modernen Gesellschaft leben, in der keineswegs jeder überall dazugehört. Exklusion ist genauso normal wie Inklusion.

Zum Abschluss möchte ich anhand eines Beispiels vorstellen, was das bedeuten kann. Das Schema, das ich Ihnen hier zeige, ist das Zwischenergebnis einer Einrichtung, in der Menschen mit schweren Behinderungen leben und arbeiten. Im Zuge der Diskussion der Frage, was Inklusion hier heißen kann, wurde deutlich: der Begriff muss – für diese Einrichtung – zweidimensional verstanden werden. Auf der einen Seite ist es wichtig für die Klienten der Einrichtung, Anerkennung und Wertschätzung zu erfahren. Dafür ist es von großer Bedeutung, den Klienten Möglichkeiten sinnvoller Tätigkeiten zu bieten, die Anerkennung finden.

Auf der anderen Seite versteht die Einrichtung den Imperativ der UN-BRK so: für schwer mehrfach behinderte Menschen sollen Entscheidungsmöglichkeiten geschaffen werden. Um zu entscheiden, in welcher Wohnform man leben möchte, kann es notwendig sein, unterschiedliche Wohnformen auszuprobieren. Denn die Kenntnis der Alternativen, zwischen denen eine Entscheidung getroffen wird, ist Voraussetzung einer selbstbestimmten Entscheidung. Wer sich diese Alternativen nicht einfach abstrakt vorstellen kann, braucht entsprechende Erfahrungsräume, um auszuprobieren, was es heißt, in einer eigenen Wohnung, einer Wohngruppe oder einem Heim zu wohnen. Das kann bedeuten, dass eine Einrichtung die Möglichkeit fließender Übergänge von einer Wohnform in eine andere schaffen muss, damit die Bewohner selbstbestimmt entscheiden können, wie weit sie sich von einer gewohnten Wohnform entfernen.

Diese beiden Stränge wurden auf die UN-BRK bezogen. In der grafischen und natürlich stark verkürzten Darstellung wurde das Ergebnis so zusammengefasst:

Der Stoff, aus dem Inklusion gemacht wird



Braucht Inklusion eine gestärkte Betroffenenperspektive und wenn ja, wie könnte dies erreicht werden?

Ingo Ulzhoef

Dem Begriff Inklusion ist inzwischen nicht mehr zu entgehen, zumindest dann nicht, wenn man sich beruflich, aus direkter oder mittelbarer Betroffenheit im weiten Dienstleistungsfeld der Unterstützungs-/Teilhabeleistungen für Menschen mit Behinderungen bzw. solchen, die von Behinderung bedroht sind, bewegt. Dem interessierten Zeitungsleser wird dieser Begriff in den letzten Jahren mehr als einmal aufgefallen sein, zumeist im Kontext Schule.

Wird allerdings gefragt, was sich hinter diesem Begriff verbirgt und welche Relevanz er für die große Mehrheit der alltäglichen Lebensrealitäten in unserer Gesellschaft hat, werden die Antworten schnell sehr „individuell“, soll heißen: Ein präzises, allgemeines Verständnis des Begriffes Inklusion existiert bis heute nicht.

Der kleinste gemeinsame Nenner des allgemeinen Verständnisses von Inklusion scheint der gemeinsame Schulbesuch von behinderten und nichtbehinderten Kindern zu sein, so jedenfalls meine persönliche Erfahrung. Die Recherche im Internet bestärkt diese Wahrnehmung durchaus noch. Insbesondere ist ein langes und geschicktes Suchen nötig, um etwas zu Inklusion im Zusammenhang mit seelischen Behinderungen zu finden.

Im Folgenden soll eine Auseinandersetzung mit dem Begriff Inklusion im Kontext der Psychiatrie versucht werden: Welche Bedeutung hat das Konzept Inklusion für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen? Welche Bedeutung hat es für die Gesellschaft? Und zuletzt: Was ist zu tun?

Großes Thema – wenig nachhaltiger Niederschlag? Beobachtungen.

Wie bereits angedeutet, Inklusion sollte schon lange kein neues Thema mehr sein. Die Verabschiedung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) in 2008 (Anfang 2009 von Deutschland ratifiziert und damit quasi in geltendes Recht überführt) hat der Thematik frischen Aufwind gebracht und dafür gesorgt, dass kaum eine Tagung (jedenfalls im psychiatrischen/psychosozialen Kontext)

vergeht, auf der nicht wenigstens von einer Referentin/einem Referenten ein Vortrag darüber gehalten wird.

Mitte 2013, gut viereinhalb Jahre nach der Ratifizierung, ist immer noch nicht ganz klar, inwieweit sich der aus der UN-BRK abgeleitete Anspruch auf Inklusion („gleichberechtigte Teilhabe“) tatsächlich zu einem einklagbaren Recht entwickelt hat.¹ Ich höre Widersprüchliches dazu. Genauso unklar bleibt die Frage nach der konkreten Umsetzung: Welche Konsequenzen ergeben sich aus der UN-BRK für alltägliches psychiatrisches Handeln?

Zumindest die Konzeptarbeit zur Realisierung scheint sich langsam dem Ende zuzuneigen: An verschiedensten Stellen der Republik, vor allem auf Ebene der Länder, werden zurzeit Konzeptpapiere zur Umsetzung der UN-BRK vorgestellt oder befinden sich in der Abstimmungsphase.

Wenn es um die nachhaltige Umsetzung inklusiver Konzepte zur Teilhabe behinderter Menschen geht, so wird das Bild schnell uneinheitlich. Im Kontext Schule gibt es seit Jahren verschiedene Ansätze. Zur Beurteilung ihrer Nachhaltigkeit ist es ein bisschen früh – zugegebenermaßen etwas ketzerisch drängt sich mir hier die Frage auf, inwieweit Nachhaltigkeit überhaupt möglich ist, so lange Inklusion mit dem Ende der Schulzeit abrupt endet... – aber es gibt sie immerhin.

Viel länger schon wird daran gearbeitet, die mehr oder weniger sichtbaren Barrieren zu beseitigen, die sich im Alltag körperlich beeinträchtigten Menschen in den Weg stellen. Dies geschieht an unterschiedlichen Stellen mit unterschiedlichem Tempo und mit unterschiedlicher Konsequenz. Ob wir diesbezüglich Vorreiter oder gar vorbildlich sind, das vermag ich nicht zu sagen, da ich von körperlicher und geistiger Behinderung und den daraus resultierenden Bedarfen an Teilhabeunterstützung zu wenig Ahnung habe. Grundsätzlich halte ich die Frage, ob die Beseitigung von Zutrittsbarrieren tatsächlich bereits Inklusion ist bzw. sie befördert, für diskussionswürdig.

Im Kontext der Psychiatrie, vor allem im Bereich der Eingliederungshilfe nach SGB XII, finden sich in Deutschland einige Projekte, die sich zum Ziel gesetzt haben, die Inklusion von Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen zu fördern. Wie das Wort „Projekte“ nahe legt, ist ihnen gemein, dass in einem begrenzten Umfeld, für eine begrenzte Zeit eine noch begrenztere Anzahl von Menschen davon profitieren kann.

¹ Das Bundesverfassungsgericht bejaht dies in seinem wegweisenden Beschluss vom 23. März 2011 – Az. 2 BvR 882/09 – zur Frage der Rechtmäßigkeit einer Zwangsbehandlung.

Die Reichweite von Projekten ist nicht groß, und was die Nachhaltigkeit angeht: Mit dem Ende der Finanzierung durch Fördermittel/Projektgelder geht üblicherweise das Ende des Projektes einher. Ein Transfer in eine regelhafte Finanzierung erscheint angesichts knapper Kassen fraglich. Nachhaltigkeit: Fehlanzeige!

Unterschiedliche Perspektiven und ihre Bedeutung für das Gelingen von Inklusion

Damit Teilhabe nachhaltig gelingen kann, ist eine systemisch orientierte Sichtweise unter Einbezug möglichst vieler Perspektiven im direkten und weiteren Umfeld des beeinträchtigten Menschen unabdingbar. Dort, im Umfeld des einzelnen, sind die Barrieren verborgen und gleichzeitig die Ressourcen, die Teilhabe nachhaltig ermöglichen könnten. Idealerweise setzt genau hier eine Unterstützungsleistung an: Wie kann ich den einen Menschen (wieder) in Kontakt mit seinem Umfeld bringen und sein Umfeld in Kontakt mit ihm? Gelingt dies positiv und nachhaltig, macht sich die Hilfe zur Teilhabe konsequent überflüssig.

In der Psychiatrie hat die Beteiligung der verschiedenen Akteure mit ihren unterschiedlichen Perspektiven einen Namen: Trialog. Dahinter verbirgt sich mehr, als eine systemische Sichtweise, nämlich eine bestimmte Haltung dem jeweils anderen gegenüber. Verkürzt bedeutet Trialog: Profis, Betroffene, Angehörige und das (interessierte/engagierte) Umfeld begegnen einander mit Wertschätzung, Anerkennung und Respekt auf Augenhöhe, um sich über Erfahrungen, Meinungen und Perspektiven im psychiatrischen Kontext auszutauschen. Dieses Konzept wird in 2014 25 Jahre alt. Auch wenn es längst nicht umfassend im Alltag der Psychiatrie implementiert ist, so zeigen die Erfahrungen an vielen Orten in Deutschland klar den großen Wert der gleichberechtigten Beteiligung verschiedener Erfahrungsperspektiven an der Gestaltung und Weiterentwicklung der Psychiatrie der Zukunft.

Genesung gelingt besser sofern die Betroffenen sich gesehen, gehört und ernstgenommen fühlen. Anstatt duldsames Objekt von Behandlung zu sein, sollten sie aktiv Teil ihrer eigenen Stabilisierung und Gesundung sein und sein dürfen. Gleiches gilt für ihre Angehörigen: für sie ist es wichtig, wahr- und ernstgenommen zu werden. Dann können sie aktiver Teil des Genesungsprozesses sein. Nicht zuletzt profitieren die Behandler von der neuen Perspektivenvielfalt: Sie können unter Nutzung des Wissens, der Erfahrungen und der Ressourcen sowohl der Patienten wie der Angehöri-

gen ihre Fähigkeiten individueller und passgenauer zur Verfügung stellen und damit neue Wege der Genesung eröffnen.

Erfahrungswissen ist unbestritten eine wertvolle Ressource, gerade wenn es um die Behandlung von hoch-komplexen, individuellen psychiatrischen Erkrankungen geht. Und wer weiß besser über die eigene Erkrankung Bescheid als der Betroffene selbst? Wer sieht den Erkrankten öfter als Angehörige, Freunde und gute Bekannte? Diese Ressource bleibt leider oftmals ungenutzt. Angehörige sind schnell lästig, weil sie mit ihren Fragen und Bedürfnissen eingefahrene psychiatrische Abläufe stören, und alles, was der Patient zu sagen hat, steht sowieso unter dem Vorbehalt der Erkrankung. Wir nutzen täglich, mehr oder weniger unbewusst, als Grundlage für Entscheidungen und Handlungen unser persönliches Erfahrungswissen. Warum sollte es in der Psychiatrie anders sein?

Inklusion wird in der Psychiatrie ohne Dialog sicher nicht gelingen: Es braucht die Perspektiven aller Beteiligten, um eine erfolgreichere gemeinsame Zukunft zu schaffen. Genauso wird Inklusion gesellschaftlich nur dann glücken, wenn die Perspektiven möglichst vieler sichtbar gemacht, wahr- und ernstgenommen werden.

Inklusion im Kontext seelischer Behinderung: Ein Spezialfall?

Seelische Behinderungen unterscheiden sich in wichtigen Aspekten von körperlichen oder geistigen Behinderungen:

1. Während insbesondere körperliche und geistige Behinderungen für Dritte mehr oder weniger sichtbar sind, bleiben seelische Behinderungen fast immer unsichtbar.
2. Die Barrieren, die sich Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen in den Weg stellen, sind für Dritte nachvollziehbar: Es ist klar, dass eine Treppe für einen querschnittsgelähmten Menschen ein nahezu unüberwindbares Hindernis darstellt. Warum ein Mensch mit einer Sozialphobie nicht ins Theater gehen kann, erschließt sich einem Außenstehenden nicht ohne Weiteres – die Querschnittslähmung sieht man, die Angst nicht.
3. Eine körperliche oder geistige Behinderung ist üblicherweise ein Dauerzustand, der sich nicht oder kaum verändert. Zur Teilhabe sind dauerhaft Hilfen notwendig. Eine seelische Behinderung zeigt sich da

veränderlicher. Es gibt Zeiten, in denen die wahrgenommene Beeinträchtigung groß ist, genauso Zeiten, in denen Teilhabe (fast) ohne Hilfen gelingen kann. Dies bedeutet zweierlei: Einerseits macht es die seelische Behinderung schwerer verstehbar. Damit steht und fällt die gesellschaftliche Anerkennung als solche. Andererseits ist darin eine einmalige Chance verborgen, nämlich die eigene Behinderung dauerhaft überwinden und in der Folge ohne unterstützende Leistungen zur Teilhabe leben zu können.

4. Es handelt sich hier um keinen Unterschied im eigentlichen Sinne. Es ist dennoch wichtig zu wissen, dass der Begriff der seelischen Behinderung im Vergleich zu den Begriffen der Körper- und geistigen Behinderung relativ neu ist und noch um eine breite gesellschaftliche Anerkennung ringt.

Diese Unterschiede zu verstehen ist bedeutsam, wenn es darum geht, nach geeigneten Strategien zur Förderung der Inklusion von Menschen mit seelischen Behinderungen zu suchen. Beispielsweise sollten Teilhabeleistungen therapeutische und rehabilitative Aspekte umfassen bzw. berücksichtigen.

Anliegen Inklusion: Gutmenschentum oder wichtige gesamtgesellschaftliche Herausforderung?

Bevor überlegt wird, was zu tun ist, sollte klar sein: Warum wollen wir Inklusion?

Inklusion ist ein Menschenrecht! Das ist keine neue Erkenntnis, und es hätte dafür nicht erst eine UN-BRK gebraucht, um dies zu erkennen und zu kodifizieren. Allerdings macht ein verbrieftes Recht, welches vor Gerichten einklagbar ist, vieles leichter. Der Weg ist trotzdem ein weiter: Bis Inklusion alltägliche und selbstverständliche Realität geworden ist, wird noch einige Zeit vergehen.

Hoffentlich wird dieser Prozess beschleunigt, indem die Gesellschaft erkennt, dass sich ihre Pflicht zur Inklusion nicht allein aus dem verbrieften Menschenrecht einiger weniger ableitet, sondern gleichsam aus der Verpflichtung sich selbst gegenüber.

Von Inklusion profitiert nicht nur der Einzelne. Die Gesellschaft als Ganzes hat ihren nicht unbeträchtlichen Nutzen davon. Letzten Endes geht es um ihren Fortbestand, um ihre Zukunft. Eine Gesellschaft muss sich bestän-

dig weiterentwickeln, sie muss Antworten auf die drängenden Fragen der Gegenwart finden, muss Ideen für die Zukunft entwickeln. Eine große Vielfalt ist hierfür unabdingbar. Vielfalt ist die Ressource der Zukunft. Sie bietet die Chance, kreative Lösungen zu entwickeln. Schlüssel sind dabei die verschiedenen Perspektiven und Erfahrungswelten aller Mitglieder einer Gesellschaft. Je vielfältiger, je bunter, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit einer konstruktiven Antwort auf die Herausforderungen unserer Zeit.

Der Trend geht aktuell in die entgegengesetzte Richtung. Die Leistungsgesellschaft selektiert den Kern ihrer Mitglieder schärfer, treibt sie zu Höchstleistungen an – das beständige Wachstum stetig im Blick. Bei diesem Prozess fallen immer mehr Menschen „raus“, sie sind den Anforderungen der modernen Leistungsgesellschaft nicht mehr gewachsen, viele werden krank. In der Folge werden sie an den Rand gedrängt. Ihre individuellen Kompetenzen, so wertvoll sie sein mögen, sind für die Gesellschaft damit unter Umständen für immer verloren. Die anderen versuchen, um jeden Preis mitzuhalten. Die Konsequenz daraus ist eine fortschreitende Anpassung an die Erfordernisse der Leistungsgesellschaft. Sie müssen besser, schneller und angepasster sein. Eine Homogenisierung ist zu beobachten, die „Übriggebliebenen“ werden sich immer ähnlicher. Mit dieser Entwicklung schrumpft der „Pool“ an Diversitätsressourcen: Es wird wahrscheinlicher, dass sich auf brennende Fragen keine Antworten mehr finden lassen. Für die Gesellschaft könnten die Folgen fatal sein.

Aktuelle Studien² zeigen zwei besorgniserregende Entwicklungen auf. Trotz zahlreicher Antistigma-Kampagnen hat die Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen in den letzten 20 Jahren in Deutschland nicht ab- sondern zugenommen. Zudem ist die allgemeine Akzeptanz von Verschiedenheit in unserer Gesellschaft gesunken.

Neben Fortbestand („Sicherung des gesellschaftlichen Zusammenhalts“) und Weiterentwicklung gibt es einige gute Gründe, die Gesellschaft konsequent inklusiv auszurichten. Einen möchte ich anführen, weil er mir wichtig erscheint. Der eben beschriebene Prozess der gesellschaftlichen Homogenisierung hat neben der Ausgrenzung einen anderen Effekt: Wichtige Themen des Lebens werden aus der gesellschaftlichen Wahrnehmung gedrängt, Themen, die für jeden einzelnen von essentieller Bedeutung sind: Was ist wirklich wichtig im Leben? Was zählt?

² Vgl. Angermeyer, M.C.; Matschinger, H.; Schomerus, G. (2013), Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *BJP*, S.146-151. S. auch Studie der Bertelsmannstiftung (2013), Radar des gesellschaftlichen Zusammenhalts, <http://www.gesellschaftlicher-zusammenhalt.de>

An dieser Stelle wird sichtbar, dass Inklusion ein Thema ist, das weit über den Kontext Behinderung hinaus das Miteinander aller Mitglieder einer Gesellschaft beschreiben kann und deshalb Bedeutsamkeit für die gesamte Gesellschaft haben sollte.

Die Gesellschaft muss erkennen, dass Inklusion wenig mit „Gutmenschen-tum“ zu tun hat, sondern vielmehr in ihrem ureigensten Interesse liegt.

Was ist zu tun? Was wollen wir? Was brauchen wir?

Ausgehend von der eingangs aufgeworfenen Frage, ob Inklusion im Kontext der Psychiatrie eine gestärkte Betroffenen-Perspektive benötigt, und wenn ja, mit welchen Mitteln sich dies erreichen ließe, kann ich dies nicht mit einem einfachen Maßnahmenkatalog beantworten.

Aus dem Vorangegangenen sollte deutlich geworden sein, welche Dimensionen die Bedeutung von Inklusion für unsere Gesellschaft hat. Es kann mit dem „Drehen an irgendwelchen Stellschrauben des bestehenden Systems“ nicht getan sein. Alles, was unternommen wird, muss darauf ausgerichtet sein, die Gesellschaft als Ganzes inklusiv umzugestalten. Ein Beispiel: Wie eingangs erwähnt, hat Inklusion ihre längste Tradition in unserem Schulsystem. Nach dem Ende der Schulzeit ist es in den allermeisten Fällen schlagartig vorbei mit der Inklusion. Arbeit finden behinderte Menschen häufig nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt, sondern in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM). Zeitungsartikel über Inklusion in der Schule beschreiben oft, was es die Gesellschaft kostet, selten aber, was es der Gesellschaft nutzt. Würde es hier helfen, ein Gesetz zu formulieren, welches die Inklusion in der Arbeitswelt fortschreibt? Eher nicht. In Anlehnung an die vieldiskutierte Quote für Frauen in Führungspositionen könnte man es natürlich mit einer Neuauflage der „Behinderten“- oder besser „Inklusionsquote“ versuchen. Solange die Gesellschaft nicht nachhaltig verstanden hat, worum es im Wesentlichen geht, werden derartige Maßnahmen halbherzig umgesetzt oder gar unterlaufen werden.

Die Konsequenz daraus ist klar. Oberste Priorität allen Handelns in Richtung einer inklusiven Gesellschaft muss sein, das gesamtgesellschaftliche Verständnis und die Umsetzung von Inklusion zu fördern. Konkret geht es darum, Vielfalt als einen gesellschaftlichen Wert an sich anzuerkennen und nutzbar zu machen. Die Gesellschaft muss inklusiv denken lernen. Dazu bedarf es einer inklusiven Grundhaltung. Am Ende ist es einfach und schwer zugleich: Heißen Sie die gesellschaftliche Vielfalt in Ihrem Leben willkommen!

Im Kontext der Psychiatrie heißt dies, die seelische Behinderung/Erkrankung von Stigmatisierung zu befreien. Der beste bekannte Weg dazu ist, Begegnungen zu initiieren – ein Prinzip, das sich bezogen auf die Verschiedenheit aller Mitglieder einer Gesellschaft bewähren wird.

Auf den Dialog als inklusionsförderliche Grundhaltung hatte ich bereits verwiesen. Es gilt, ihn zu fördern! Er sollte zum festen Bestandteil von Ausbildung und Praxis gemacht werden.

Aus diesen Zielsetzungen lässt sich eine Vielzahl an Maßnahmen ableiten. Welche diese sein werden und sein können, wird entsprechend der lokalen/regionalen Gegebenheiten verschieden sein. Wichtig ist nur, dass sie nach denselben Prinzipien und Ideen konzipiert und umgesetzt werden, damit sie uns allen zu Gute kommen. Genauso sollten diejenigen, die sie transportieren helfen, denselben Prinzipien und Ideen folgen.

Es wird noch viel Geduld brauchen. In Folge der Psychiatrie-Enquête wurden die großen Anstalten nach und nach aufgelöst und ihre Mauern niedergerissen. Dieser Prozess hat lange gedauert. Abgeschlossen ist er nicht: Nun müssen die Mauern in den Köpfen eingerissen werden – die größte Herausforderung.

Stehen dann mal die Fragen im Raum „Warum sich dieser riesigen Herausforderung überhaupt stellen? Warum die Mühen und den Ärger auf sich nehmen?“, dann helfen folgende Überlegungen:

Was ist schöner? Der Anblick einer ausschließlich auf Leistung getrimmten Monokultur aus Futterpflanzen oder der Anblick einer bunten wilden Blumenwiese mit ihrer schier unerschöpflichen phantasieanregenden Vielfalt an Lebewesen und bunten Blüten? Ich bin mir sicher, mit diesem Bild vor Augen fällt der nächste Schritt nicht mehr ganz so schwer.

Die Zusammenarbeit von Erfahrungsexperten und Professionellen

Kathrin Rieckhof-Kempen

Die Zusammenarbeit von Experten durch Erfahrung und Experten durch Beruf ist international zwar nicht neu, wird aber in den deutschsprachigen Ländern bisher kaum umgesetzt. Und das, obwohl die Idee, ehemalige Nutzer einer (sozial-)psychiatrischen Einrichtung in eben dieser zu beschäftigen, bereits in einem der Grundlagenwerke der Gemeindepsychiatrie explizit benannt wird. So beschreiben Mosher und Burti in ihrem 1989 im englischen Original und 1992 auf Deutsch publizierten Buch „Psychiatrie in der Gemeinde“, dass die MitarbeiterInnen sozialpsychiatrischer Zentren unter anderem „Ex-User“ sein sollten oder Menschen, die mit wirklichen Lebensproblemen in der eigenen Biografie konfrontiert waren (Mosher und Burti 1992). Auch zeigt eine Befragung von 378 gemeindepsychiatrischen Trägern in den USA: schon 1993 gaben 38 Prozent der Träger für betreutes Wohnen an, Menschen mit eigener psychiatrischer Erfahrung bezahlt zu beschäftigen (Besio und Mahler 1993). Ähnliches zeichnet sich in einer ebenfalls in den 90er Jahren durchgeführten Erhebung in Kanada ab, in der 30 Anbieter für betreutes Wohnen in Toronto befragt wurden. Nach Angaben der Studie würden sogar 79 Prozent der Träger Psychiatrieerfahrene bezahlt beschäftigen (Vandergang 1996).

Rahmenbedingungen Netzwerk

Integrierte Gesundheitsversorgung Pinel gGmbH

In Berlin ist die NIG Pinel gGmbH nicht mehr der einzige Träger im Feld der Gemeindepsychiatrie, der Menschen mit eigener psychiatrischer Erfahrung als bezahlte Mitarbeiter beschäftigt. Der konsequente Ansatz der Zusammenarbeit ist trotzdem einmalig. Zumal die triadische Zusammenarbeit seit der Gründung der NIG Pinel gGmbH (vormals Krisenpension und Hometreatment gGmbH) realisiert wird.

Die NIG Pinel gGmbH ist neben der Entwicklung und dem Management in der Umsetzung integrierter Gesundheitsversorgung aktiv. Der Schwerpunkt der Tätigkeit liegt im Bereich der ambulanten Krisenintervention. Aktuell werden rund 1300 Menschen im gesamten Stadtbezirk durch sieben Teams begleitet, wobei zwei Teams zu kooperierenden Trägern gehören.

In den fünf Teams der NIG Pinel gGmbH sind neben der Teamleitung sechs bis 14 MitarbeiterInnen mit unterschiedlichsten beruflichen Hintergründen tätig. Neben Berufsbereichen wie Sozialer Arbeit, Ergotherapie, Psychologie und Psychiatrischer Fachpflege sind in jedem der Teams auch zwei Kolleginnen oder Kollegen mit eigener Krisenerfahrung beschäftigt. Alle Erfahrungsexperten haben die Ex-In-Ausbildung absolviert. Ex-In (Experienced Involvement) ist eine modularisierte Weiterbildung, in der die eigene Krisen- und/oder Psychiatrieerfahrung reflektiert und vor dem Hintergrund sozialpsychiatrischer Konzepte wie Recovery oder Trialog betrachtet wird. So gelangen die Teilnehmer von der eigenen Erfahrung ausgehend zu einem gemeinsamen Wissen (vom Ich-Wissen zum Wir-Wissen), was die Basis für zum Beispiel eine Tätigkeit in der Fort- und Weiterbildung oder, wie bei der NIG Pinel gGmbH, Begleitung in Krisensituationen darstellt. Im Rahmen der Begleitung in den Verträgen zur ambulanten Krisenintervention der NIG Pinel gGmbH hat jede/r KlientIn zwei feste AnsprechpartnerInnen. In Krisensituationen kann die Teamleitung hinzugezogen werden. Sollte einer dieser sogenannten Bezugsbegleiter ein Erfahrungsexperte sein, ist im Regelfall die zweite Ansprechperson ein Profi. Einige Erfahrungsexperten leiten Gruppen zu Themen wie Kommunikation, Psychosen oder Depressionen. Hinzu kommt in der Organisationsstruktur der NIG Pinel gGmbH ein das Qualitätsmanagement ergänzendes Gremium, welches sich besonders mit dem Themenfeld Trialog und Zusammenarbeit von Erfahrungsexperten und Professionellen beschäftigt.

Erweiterung der Teamkompetenz durch Erfahrungsexperten

Meines Erachtens ergeben sich durch die Zusammenarbeit von Erfahrungsexperten und Professionellen viele Vorteile, die am ehesten als Erweiterung der Teamkompetenz zu beschreiben sind. Neben dem gegenseitigen Befruchten der unterschiedlichen Berufsgruppen kommen Qualitäten hinzu, die in meinen Augen ausschließlich durch das gemeinsame Tun möglich werden. So bringen Erfahrungsexperten einen Bewältigungsoptimismus als Grundhaltung mit, den sie in der eigenen Person leben und den Nutzerinnen und Nutzern des Angebots vorleben. Sie leben vor: „Da kommt man auch wieder raus!“ Weiter ist die Form der Empathie besonders, denn die Empathie für das Erleben und Fühlen in psychischen Extremsituationen wie Psychosen knüpft an eigene Erfahrung an. Des Weiteren kommt es ohne Absicht zu einer Fortbildung der Kolleginnen und Kollegen. Denn die gemeinsame Arbeit und Gespräche unter Kolleginnen

und Kollegen vermitteln fortlaufend eine Innensicht, die sich schließlich in der Haltung der Professionellen wiederspiegelt. So habe ich vielfach die Erfahrung gemacht, dass gerade Erfahrungsexpertinnen und -experten die Brücke zur gleichen Augenhöhe bauen.

Anforderungen

Die Zusammenarbeit stellt die Teams vor Herausforderungen: Neben der Notwendigkeit fortlaufend gegenseitige Wertschätzung zu vermitteln, ist es meiner Meinung nach unerlässlich, über Belastungsgrenzen zu sprechen, geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen und auf die Wahrung der kollegialen Ebene zu achten. Auch ist eine Großstadt wie Berlin manchmal ein Dorf. In einigen Fällen kennen sich Erfahrungsexperten und Klienten aus anderen Zusammenhängen. Hier gilt es eine für beide Seiten angenehme Lösung zu finden.

Entwicklungen

Trotz dieser Anforderungen: Es lohnt sich! So haben inzwischen andere psychiatrische und sozialpsychiatrische Träger in Berlin Erfahrungsexperten und -expertinnen als bezahlte Teammitglieder angestellt (beispielsweise die Kurve e.V. oder der Freundeskreis Integrative Dienste e.V.). Das Fortbildungsprogramm Ex-In konnte sich in Berlin ebenfalls etablieren. Seit 2009 wird hier jährlich ein Kurs für etwa 15 TeilnehmerInnen angeboten.

Literatur

- Besio, S. & Mahler, J. (1993), Benefits and challenges of using consumer staff in supported housing services. In: Hospital and Community Psychiatry, Vol. 44, S. 490-491.
- Kempen, K. (2008), Betroffenenbeteiligung am Beispiel der Krisenpension, unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Mosher, L. R. & Burti, L. (1992), Psychiatrie in der Gemeinde – Grundlagen und Praxis. Psychiatrie Verlag: Bonn, S. 248-269.
- Vandergang, A. J. (1996), Consumer/survivor participation in the operation of community mental health agencies and programs in metro Toronto: Input or Impact?. In: Canadian Journal Of Community Mental Health, Vol. 15, S. 153-165.

Wie gestalten wir inklusiven Sozialraum erfolgreich gemeinsam?

Uwe Wegener

Ein wenig bin ich zu diesem Vortrag gekommen wie die Jungfrau zum Kinde. Es wurde ein Psychiatrie-Erfahrener gesucht, der in einem Workshop etwas zum Thema Inklusion im Sozialraum sagen konnte. Jemand hat mich empfohlen, da ich als Vorsitzender von bipolaris oftmals auf Veranstaltungen die Sicht von Menschen mit seelischen Problemen darstelle. Inklusion ist ein wichtiges Thema, also sagte ich zu. Dann wurde mir gesagt, ich solle möglichst gelungene Beispiele vorstellen. Meine Antwort: „Zumindest in Berlin kenne ich keines.“ – „Nicht schlimm, dann sagen Sie eben, was aus Sicht der Psychiatrie-Erfahrenen dazu notwendig ist“, war die Antwort. Also sitze ich nun vor Ihnen.

Wieso ich dies so ausführlich schildere? Weil wir dort schon beim Kernpunkt des Themas sind: Es scheint keine wirklich gelungenen Beispiele der Inklusion von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in der Region Berlin-Brandenburg zu geben. Erst letzte Woche traf ich mich mit dem Vorsitzenden einer anderen Organisation für Psychiatrie-Erfahrene in Berlin und fragte ihn. Seine Antwort: „Das Wort Inklusion kann ich schon nicht mehr hören. Ein Modewort, das aber ohne Folgen hier ist.“ Der langjährigen Vorsitzenden der Angehörigen psychisch Kranker in Berlin fiel ebenso kein Projekt ein.

D.h. bei uns in der Niederung der Region, in Berlin und Brandenburg, ist die Realisierung von Inklusionsprojekten noch gar nicht angekommen, zumindest nicht bei denen, die es betrifft.

Ursachen für die geringe Anzahl von Inklusionsprojekten

Wie Exklusion aus den verschiedensten Teilsystemen im Allgemeinen funktioniert, ist sicherlich bekannt. Auch die Schwierigkeiten auf Seiten der professionellen Helfer in der Psychiatrie, Inklusion zu unterstützen, sind wahrscheinlich geläufig bzw. sie werden auch anderweitig problematisiert. So zum Beispiel der wahrgenommene Bedeutungsverlust des Helfers, das Beharrungsvermögen im Status quo sowohl des Helfers und seines Unternehmens genauso wie des Gesundheitssystems und seiner Strukturen bzw. Finanzierung.

Auf Seiten von uns Betroffenen bestehen ebenfalls Hindernisse. Man hat sich in seinem Milieu eingerichtet. Es ist leichter, sich mit Leuten auszutauschen, die Ähnliches erlebt haben und verstehen, wie es einem geht. Darin liegt die Attraktivität der Selbsthilfe aber auch eine Gefahr der Ghettoisierung.

Viele Menschen im Betreuten Wohnen oder in Einrichtungen sind es nicht gewohnt, Verantwortung zu übernehmen. Ist man erst mal draußen, bedeutet hineinzugehen eine Veränderung, und Veränderungen können Angst machen. Gerade die erfahrene Stigmatisierung und die dadurch erfolgte Selbst-Stigmatisierung als psychisch Kranker hindert Betroffene, sich in Einrichtungen der Mehrheitsgesellschaft zu begeben, sei es ein Skatclub oder ein Sportverein.

Aber ich glaube, das Hauptproblem ist das Nicht-Denken-Können von Alternativen. Man sieht sich selbst als krank, als nicht hinreichend für die Anforderungen der Gesellschaft. Das eigene Denken ist auf die Defizite gerichtet und darauf, wie man diese beheben kann. Wenn man Pech hat, zieht man sich zurück und verharrt in der Depression. Wenn man anders Pech hat, erhält man Hilfen. Viele Hilfen. Und diese Hilfen sagen doch: Du brauchst Hilfe, du bist defizitär. Nicht die Gesellschaft muss sich ändern, du musst dich anpassen, versuchen so normal wie möglich zu sein. Und wenn das nicht geht, dann „bleibe bitte in den Spielräumen, in denen wir Arbeit und „normales“ Leben simulieren.“

Einige wenige hinterfragen den „Normalitätsbegriff“ langfristiger. Aber ich behaupte, auch von diesen verbinden die wenigsten etwas mit dem Begriff Inklusion. Geschweige denn, sie haben „die eine Vision“, wie eine inklusive Gesellschaft ausschauen sollte. Und die, die vielleicht eine Idee haben, sind vereinzelt, haben keine Austauschpartner.

Denn die Themen der organisierten Selbsthilfe, die einen Großteil der Kraft verbrauchen, sind Zwang in der Psychiatrie und die Auseinandersetzung mit Psychopharmaka.

Es gibt genauso Bereiche, die Berührungspunkte zur Inklusionsdebatte haben. Dies sind zum Beispiel

- die Hinterfragung des Begriffes der psychischen Krankheit,
- Strategien des Recovery und Empowerments,
- Einbeziehung von Psychiatrie-Erfahrenen in das psychiatrische System (Ex-In),
- Alternative, umfeldnähere Krisenbegleitungskonzepte wie Hometreatment, Krisenpension, Soteria, Windhorse.

Sowohl in der Betroffenenbewegung als auch im psychiatrischen System insgesamt scheint mir eine „konkrete Vision“ zu fehlen, wie eine inklusive Gesellschaft tatsächlich ausschauen sollte. Für den Bereich der körperlich Behinderten existieren diese eher: Der Abbau von Barrieren für Gehbehinderte ist als Ziel erkennbar und teilweise umgesetzt. Im Bereich der schulischen Bildung ist zumindest die Vision einer Schule für alle klar und es werden konkrete Schritte unternommen, Sondereinrichtungen abzuschaffen.

Für mich heißt dies: Eine solche konkrete Vision muss im Bereich psychische Beeinträchtigungen erst gefunden werden und sie muss bei vielen Menschen ihre Kraft entfalten.

Diese Vision muss nicht nur in der Psychiatrieszene ihre Kraft entfalten. Inklusion im Sozialraum bedeutet die gleichberechtigte Teilhabe in der Zivilgesellschaft. Dazu muss die Zivilgesellschaft bereit sein und sich ändern. Aber vielleicht liegt ein Problem darin, dass das Thema Inklusion von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen noch gar nicht in der Zivilgesellschaft angekommen ist? In bin erfreut, dass diese Tagung heute dialogisch ist, wobei der Schwerpunkt doch bei den professionellen Helfern liegt und die Angehörigen am wenigstens repräsentiert sind. Aber eigentlich brauchen wir den „Quadrolog“ oder „Multilog“ mit der Zivilgesellschaft außerhalb des psychiatrischen Systems, die ich heute hier vermisse. Und dabei dürfen wir nicht vergessen, dass ein bedeutender Teil von Menschen in der Inklusions-Debatte für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen immer noch außen vor bleibt.

- Abschiebung von Alten in Heime.
- Die Forensik ist außen vor.
- Wohnungslosigkeit bedeutet per Definition nicht im Sozialraum inkludiert zu sein.
- Menschen, die vielleicht einen besonderen Unterstützungsbedarf haben oder auf Grund ihrer psychischen Probleme durch das Netz fallen, nicht im Hilfesystem ankommen.
- Teilhabe kann durch die unerwünschten Wirkungen von Pharmazeutika verhindert werden. Die Einnahme von Pharmazeutika führt zur Stigmatisierung.

All diese dürfen wir bei der Inklusionsdebatte nicht aus den Augen verlieren.

„Inklusiver Sozialraum“ für psychisch kranke Menschen – eine Vision

Das Wichtigste ist sicherlich, dass von der Majorität abweichendes Verhalten und Weltansichten akzeptiert und im Sozialraum gelebt werden können. Krisen sollten weitestgehend im Wohnumfeld passieren und behandelt werden können.

Dazu braucht es ein Umfeld, das Krisen akzeptiert. Noch besser ist ein Umfeld bzw. Netzwerk, das Krisen begleitet, eventuell sogar schon im Vorfeld erkennt und handelt. Durch eine entsprechende soziale Einbettung und Unterstützung würde die Krisenhäufigkeit abnehmen. Notwendig ist eine aufsuchende und integrierte Behandlung. Nicht nur der Mensch hat eine Krise, auch das Umfeld ist davon betroffen und braucht Unterstützung. Manchmal reicht Aufklärung, manchmal ist Aufarbeitung notwendig, manchmal praktische Unterstützung. Hilfreich können Krisen-/Rückzugsräume in der Kommune sein.

Menschen sollten in ihren Wohnungen bzw. ihrem Wohnumfeld verbleiben können. Dazu muss die bisher bestehende Kopplung des Grades der Unterstützung und der Wohnform aufgehoben werden. Viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sind auf staatliche Transferleistungen angewiesen. Es muss erschwinglichen Wohnraum geben. Nachbarschaftliche Kontakte sollten so entstehen wie auch bei Menschen ohne Beeinträchtigung. Freizeitaktivitäten sollten unabhängig von psychischen Dispositionen gemeinsam stattfinden. Wieso werden Schachclub, Sportangebote und Kochgruppe über Beschäftigungstagesstätten und KBSen angeboten? Stattdessen sollte die Freizeit im Sportverein, in der Volkshochschule, bei der Freiwilligen Feuerwehr oder den Landfrauen usw. verbracht werden. Die gleichberechtigte Teilhabe an der Willensbildung und in den willensbildenden Gruppen und Institutionen muss gewährleistet sein.

All dies setzt Akzeptanz voraus. Dazu wiederum sind Anti-Stigma-Arbeit, Gemeinwesenarbeit, Netzwerkarbeit und Community Care notwendig. Dies bedeutet eine Sichtverschiebung weg vom Einzelnen, als krank angesehenen Menschen, hin zur Unterstützung von Prozessen und Netzwerken im Sozialraum inklusive einer Umwidmung von Mitteln.

Ein wesentlicher Faktor ist dabei die Inklusion in der Arbeitswelt: Sie ist für einen Großteil der sozialen Kontakte wesentlich und natürlich für das Selbstwertgefühl. Und schließlich müssen dem Einzelnen ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, damit er gleichberechtigt am

sozialen und kulturellen Leben teilhaben kann. Für viele Betroffene ist dies kaum gegeben: sie werden den Rest ihres Lebens auf Sozialhilfe und Grundsicherungsniveau verbleiben.

Ein Schulprojekt

Zum Schluss habe ich schließlich noch einmal überlegt, ob mir doch noch ein gelungenes Inklusions-Projekt einfällt. Und tatsächlich, es gibt ein Projekt, das zumindest sehr inklusionsfördernd ist: das sogenannte Schulprojekt. Im Schulprojekt geht es darum, seelische Gesundheit und psychische Krankheit in der Schule zu thematisieren und zu enttabuisieren.

In diesem Schulprojekt arbeiten Menschen mit psychischen Problemen, Angehörige und professionelle Helfer hauptsächlich aus dem sogenannten komplementären Bereich gleichberechtigt zusammen. Sie planen die einzelnen Projektstage gemeinsam und bereiten sie zusammen vor. Die Gestaltung der Projektstage in der Schule steht unter dem Thema seelische Gesundheit. Dort werden Diskussionen und Rollenspiele angeleitet. Ein wesentlicher Teil des Projektes besteht darin, dass Psychiatrie-Erfahrene als gleichberechtigte Teammitglieder von ihren eigenen Erfahrungen berichten. Sie tragen so zur Entstigmatisierung und Normalisierung bei und schaffen damit eine notwendige Voraussetzung für die Inklusion.

Hotel Plus und Hotel Plus Mobil – Inklusiven Sozialraum gemeinsam gestalten?

Nadja Friedrich und Sabine Schröder

Das Projekt Hotel Plus wird in Kooperation des DRK-Kreisverbandes Köln e.V. mit dem Gesundheitsamt und dem Amt für Soziales und Senioren der Stadt Köln verwirklicht. Es entstand 1997 als Reaktion auf den steigenden Bedarf an Unterbringungs- und Betreuungsangeboten speziell für obdachlose Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Diese Menschen hatten bisher nur zwei Möglichkeiten: die Unterbringung in der Obdachlosen- und Nichtsesshaften-Hilfe, welche dafür nicht ausgelegt ist, und die stationäre Akutversorgung. Zumeist hatte dieses Leben im Wechsel zwischen Obdachlosenunterkünften und geschlossenen Stationen eine krankheitsverstärkende Wirkung für die psychisch Beeinträchtigten.

Im Hotel Plus finden wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen eine alternative Hilfe. Die insgesamt drei Hotels liegen verkehrsgünstig in der Kölner Innenstadt und verfügen über möblierte Einzelzimmer mit eigenem Bad. Jedes Hotel hat eine kleine Küche oder eine Kochgelegenheit sowie einen gemeinschaftlichen Aufenthaltsraum. Der Hotelbesitzer lässt die Zimmer und alle Gemeinschaftsflächen reinigen. Die Bettwäsche wird gestellt.

Das hoteleigene Büro des DRK dient den Klienten als Anlaufstelle für einen sehr niederschweligen Kontakt. Findet dieser nicht wenigstens zwei Mal wöchentlich statt, werden die Klienten auch von den Fachkräften des DRK in ihren Zimmern aufgesucht.

In jedem Hotel arbeiten jeweils mindestens ein Mann und eine Frau, die als Sozialberatung und -begleitung tätig sind. Die Teammitglieder sind unterschiedlich als SozialarbeiterInnen, ErzieherInnen mit sozialpsychiatrischer Zusatzausbildung oder KrankenpflegerInnen ausgebildet. Das gesamte Team erhält außerdem regelmäßige Fachberatungen durch den Sozialpsychiatrischen Dienst/das Gesundheitsamt. Das Team bietet einmal die Woche ein Frühstück, sowie einmal wöchentlich ein Mittagessen an. Über die Aufnahme in das Hotel Plus berät eine Koordinationsrunde, bestehend aus Vertretern der Stadt Köln, dem Amt für Soziales und Senioren, der Fachstelle Wohnen, des Gesundheitsamtes, sowie den Psychiatrischen Fachkliniken und dem DRK-KV Köln e.V. Die Zimmer werden von der Stadt Köln/Fachstelle Wohnen belegt.

Die Zielgruppe

Das Angebot des Hotel Plus richtet sich an Menschen mit besonderen sozialen und seelischen Schwierigkeiten. Sie sind häufig in ihrem jeweiligen sozialen Umfeld massiv auffällig, etwa durch skurriles oder auch aggressives Verhalten. Sie haben entweder sämtliche psychiatrischen Versorgungssysteme erlebt und konnten dort keine adäquate Hilfe finden. Oder es sind Menschen, die sich selbst als nicht krank ansehen und sich daher noch nie in psychiatrischer Behandlung befanden. Sie alle können mit chronischen, unbehandelten Psychosen im Hotel Plus eine Bleibe finden. Meist leben diese Menschen aufgrund ihres gestörten Sozialverhaltens und der jahrelang unbehandelten psychischen Erkrankung isoliert und völlig zurückgezogen. Sie sind nicht selten entmutigt, verfügen nur über ein geringes Selbstbewusstsein und haben nicht mehr das Gefühl, etwas bewirken zu können. Gerade sie benötigen Hilfe, auch um einen weiteren sozialen Abstieg zu vermeiden.

Oft fehlt den obdachlosen Männern und Frauen mit psychischer Beeinträchtigung die Fähigkeit zur Tagesstrukturierung.

Im Hotel Plus bekommen sie ein Einzelzimmer mit eigenem Bad und können ein niederschwelliges Kontakt- und Beratungsangebot nutzen. Hierzu ist keinerlei Krankheitseinsicht erforderlich.

Es gibt drei Ausschlusskriterien für die Aufnahme: Menschen, die vordergründig von illegalen Drogen oder Alkohol abhängig sind, werden genauso wenig wie Menschen, die pflegebedürftig sind, aufgenommen.

Das Konzept

Jedes der insgesamt drei Hotels Plus nimmt nur eine überschaubare Anzahl von ca. 20-30 Bewohnern auf. So ist eine effektive und intensive Begleitung möglich. Die Gäste sind in Einzelzimmern untergebracht, zu denen rund um die Uhr ein Zugang für sie besteht.

Es gibt ein Minimum an gängigen Hausregeln, die der jeweilige Hotelbesitzer (Hotelier) per Hausordnung aufstellt. Beispielsweise ist kein Übernachtungsbesuch erlaubt. Die DRK-Mitarbeiter sind zu den jeweiligen Bürozeiten tagsüber in den Hotels anwesend. Sie verfügen über ein großes Maß an Toleranz gegenüber extremen Verhaltensweisen. Niemand wird kontrolliert, es sei denn, es besteht unmittelbare Gefahr.

Das Konzept Hotel Plus wird durch die aufsuchende Sozialbegleitung Hotel Plus Mobil in den städtischen Notunterkünften (Hotelunterbrin-

gungen nach Ordnungsbehördengesetz) ergänzt. Hier erhalten seelisch beeinträchtigte Menschen, die von Wohnungslosigkeit betroffen sind, in Köln Hilfe bei der Überbrückung zum eigenständigen Wohnen oder bei der Vermittlung in eine entsprechende Wohnform. Dabei soll die psychische Gesamtsituation stabilisiert, Lebensperspektiven und selbstständige Lebensführung entwickelt, sowie die Eigeninitiative gestärkt werden. Der Zugang zu diesem Angebot erfolgt ebenfalls über die Koordinationsrunde Hotel Plus.

Die Ziele

Vor allem soll mit den Projekten Hotel Plus und Hotel Plus Mobil verhindert werden, dass sich die Situation der Obdachlosen mit psychischer Beeinträchtigung verschlechtert.

Im besten Falle kann ihre Lage langfristig stabilisiert werden, sodass irgendwann sogar wieder ein eigenständiges Wohnen möglich ist. Für die meisten Menschen in solch schweren Lebenskrisen bedeutet es aber schon eine enorme Verbesserung ihrer Lebenssituation, ein Dach über dem Kopf zu haben und einen Ansprechpartner, der sich kontinuierlich interessiert und aufmerksam beisteht.

Mit Beratungen und Begleitungen sollen die Hotelbewohner zur Aufnahme medizinischer oder psychiatrischer Hilfen motiviert und ihre Eigeninitiative gestärkt werden. Genauso können sie von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen mehr über weiterführende Hilfen erfahren und dorthin vermittelt werden.

Das Team des DRK unterstützt die Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen vor Ort dabei, Lebensperspektiven und eine selbstständige Lebensführung zu entwickeln. Es berät zudem bei der Bewältigung von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen. Bei Bedarf erfolgt eine Krisenintervention. Die Klienten erhalten Unterstützung in allen lebenspraktischen Bereichen. All das geschieht auf freiwilliger Basis seitens der Hotelbewohner.

Das wichtigste im Hotel Plus ist die konstante Bleibe und Rückzugsmöglichkeit. Jeder der Gäste hat seine eigene Lebensgeschichte und darauf gehen die Mitarbeiter ein. Die Ziele der Klienten sind genauso vielfältig, wie ihre Lebenswege: Manche möchten irgendwann eine eigene Wohnung. Andere möchten über längere Zeit an einem Ort leben können. Wieder andere entdecken die Kontaktpflege zu anderen Menschen oder überhaupt das Kontakt-Zulassen. Und für einige ist es der erste Schritt hin zur

psychiatrischen Behandlung, manchmal erst nach Jahren im Hotel. Die meisten Menschen im Hotel Plus zeichnen sich aber dadurch aus, dass sie zunächst gar keine Hilfe wollen und extrem misstrauisch sind. Hier liegt eine der größten Herausforderungen und das Besondere in der Arbeit mit diesen schwer beeinträchtigten Menschen.

Wie weit kann Inklusion gehen?

Klar ist, dass die Menschen mit ihren schweren psychischen Erkrankungen hier örtlich eingebunden sind: Die Hotels liegen nahe der Innenstadt, die Menschen befinden sich mitten im Leben und nicht in einer Sonderwelt am Rande der Stadt.

Das Thema „Sozialraum gemeinsam gestalten“ ist für die Klientel und die Mitarbeiter des Hotel Plus schwierig konkret umsetzbar. Denn es fehlen die sozialen Kompetenzen auf Seiten der Menschen in den Hotels. Natürlich kann in der Nachbarschaft um Verständnis für die Hotelbewohner und deren Situation geworben werden. Das funktioniert in Köln gut.

Wie jedoch soll ein Mensch inkludiert werden, der seine Mitmenschen aufgrund seiner Wahnvorstellungen und seines verwahrlosten Aussehens immer wieder in Angst und Schrecken versetzt?

Wie wollen wir wohnungslosen, psychisch beeinträchtigten Menschen, die sich nicht waschen, die nicht essen, die mit ihrem Geld nicht auskommen, die ihren Tag nicht gestalten können, mit dem Begriff Inklusion begegnen? Inwieweit ist hier Inklusion für beide Seiten anwendbar? Und wie gehen wir mit Menschen um, die sich nicht helfen lassen wollen, aber aufgrund ihrer Erkrankung massiv auffällig und anstrengend sind? Haben sie einen Platz im Alltag einer Stadt und bei den Bürgern und Bürgerinnen?

Es steht auch die Frage im Raum, ob diese Menschen wirklich inkludiert werden wollen. Gehört nicht auch die Entscheidung „Ich will nicht dazugehören!“ zum Selbstbestimmungsrecht?

Wie gehen wir hier mit dem Thema Zwang um?

In jedem Fall ist es wichtig zu unterscheiden, ob solch ein „anderer Lebensentwurf“ überhaupt freiwillig „gewählt“ werden konnte, oder ob er nicht etwa aus der chronischen, psychischen Erkrankung verbunden mit einem stetigen, sozialen Abstieg entstanden ist. Das DRK-Team veranlasst im Notfall und zur Krisenintervention, also falls aufgrund einer Psychose eine akute Eigen- oder Fremdgefährdung vorliegt, und mithilfe des Sozialpsychiatrischen Dienstes der Stadt Köln auch zwangsweise, stationäre Unterbringungen in der Psychiatrie. Sie besuchen die Klienten

daraufhin während des Klinikaufenthaltes und halten fortwährend den Kontakt.

Fakt ist: Die MitarbeiterInnen des DRK bewegen sich im Hotel in einem Grenzbereich und unter Menschen, die sich und andere immer wieder an ihre Grenzen bringen. Vielleicht ist es genau hier besonders wichtig, offene Fragen offen zu lassen, um den Menschen tagtäglich neu begegnen und die Arbeit erbringen zu können.

Inklusion ist unteilbar. Exklusionsprävention als Strategie sozialpsychiatrischer Unterstützungssysteme

Ingmar Steinhart

Aktuell stehen im Fokus der Diskussion in der Psychiatrie eher technokratische und finanzpolitische Entwicklungen, wie zum Beispiel „Verträge zur Integrierten Versorgung“, „Umstellung der Krankenhausfinanzierung“, „Neuordnung der Eingliederungshilfe“, „Umbau des WfBM-Systems“ etc. Fachlich wird primär unter den Aspekten einer weiteren Differenzierung bzw. Spezialisierung der Angebote und gegebenenfalls der Erschließung neuer, bisher nicht versorgter Zielgruppen diskutiert. Parallel hat gleichzeitig eine verschärfte Ökonomisierung der gesamten Psychiatrie stattgefunden. Sie geht einher mit einer zunehmenden Institutionalisierung der Unterbringung psychisch kranker Menschen (die kontinuierlich steigende Zahl von Betten in forensischen Kliniken, die Gefängnisunterbringungen, die Heimunterbringungen, die Betten in psychosomatischen Kliniken sowie die wieder steigende Zahl psychiatrischer Betten zusammengerechnet).

Knapp 40 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete des Deutschen Bundestages fehlt ein neues Navigationssystem, insbesondere unter dem Aspekt des alten Paradigmas dieser Psychiatrie-Enquete, der sogenannten Vollversorgung innerhalb eines regional zu definierenden Einzugsgebietes von psychiatrischen Angeboten einschließlich von Kliniken und Heimen. Die Vollversorgung schränkt nur das Wunsch- und Wahlrecht auf der Anbieterseite ein – jede/r BürgerIn aus dem Einzugsgebiet muss versorgt/behandelt werden und zwar nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft. Der einzelne psychisch kranke Mensch kann sich natürlich für einen anderen Ort der Unterstützung entscheiden. Hilfestellung zur konsequenten Umsetzung dieser alten Forderung der Psychiatrie-Enquete kommt jetzt von der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) und der mit ihr eng verknüpften Diskussion zur Inklusion. Einschränkend ist anzumerken, dass das Gegenteil, die Exklusion, nach wie vor von großen Teilen der Bevölkerung gewünscht wird, was sich fast täglich zum Beispiel bei der Installation psychiatrischer Angebote im Gemeinwesen durch Bürgerproteste unterschiedlicher Intensität manifestiert. Viele Fachexperten halten ebenfalls die Aussonderung in „Sonderwelten“ weiterhin für hilfreicher als den Weg der Inklusion vollumfänglich mitzugehen. Wie anders ist die weiter fortschreitende „Verlegung“ von Patienten in Sonderwelten von Großgruppen zu begrün-

den (zum Beispiel Kliniken mit Einzugsgebieten von rund 1.000.000 Einwohnern)? Gleichzeitig macht sich niemand stark für (ambulant basierte) lebensfeldbezogene Hilfeleistungen und einen danach umfassend ausgerichteten Krankenhausbetrieb. Schaut man sich die psychiatrische Landschaft bundesweit an, so ist die Zahl vollständig aufgelöster Anstalten an einer Hand abzuzählen. Sogenannte „Heimbereiche“ – vielfach immer noch auf Anstaltsterritorium – erfreuen sich nach wie vor großer Beliebtheit (insbesondere für diejenigen Personen, die nicht „integrierbar“ erscheinen) ebenso wie größere oder kleinere psychiatrische Sonderwelten, oftmals gemeindefern sozusagen auf der „grünen Wiese“. Die bunte Vielfalt der in den letzten Jahren gewachsenen tatsächlich alternativen Angebote sollte uns hier nicht den Blick verstellen. Der wesentliche Auftrag der Psychiatrie-Enquete ist letztlich noch nicht abgearbeitet: die umfassende Vollversorgung aller psychisch kranken Menschen in einem lebensweltbezogenen Einzugsgebiet.

Leitidee zur Beendigung der Exklusion war in den letzten Jahrzehnten die Integration. Viel wurde hierfür im Bereich rehabilitativ orientierter Konzepte und vor allem einer Optimierung der Finanzierungssysteme getan. Es stehen insbesondere im SGBV aber auch im SGB XII weitreichende Ressourcen zur Verfügung, um „den Einzelfall mit Anspruch“ in die Gesellschaft zu (re)integrieren bzw. zu (re)habilitieren. Dabei sind nicht die Veränderungen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen im Fokus der Hilfen, sondern ausschließlich die Unterstützungsleistungen bei der durch den Betroffenen selbst zu erbringenden „Anpassungsleistung“. Es wird mit/für den Betroffenen ein passender „Ort zum Leben“ gesucht, im Wesentlichen muss er sich dort einpassen. Gleichwohl könnte sich dieses Modell integrierender psychiatrischer Arbeit durchaus in einem sehr konsequent umgesetzten personenorientierten Ansatz widerspiegeln. Leider definiert sich oftmals der personenzentrierte Ansatz nach wie vor über die „in die Jahre gekommenen kleineren Institutionen“, bei denen unklar ist, wie viele der Anstaltstraditionen sich dort im Laufe der Jahre bewahrt haben („Gemeindepsychiatrischer Hospitalismus“). Die Umgangssprache in der gemeindepsychiatrischen Szene spricht weniger von subjektorientierter Hilfe in einer Lebenswelt und in einem Umfeld, sondern von den institutionellen Ausformungen wie „ABW“ (Ambulant Betreutes Wohnen), „Tagesstätte“, „WfBM“ (Werkstatt für Behinderte Menschen), „Wohnheim“, „Wohngemeinschaft“ etc. Genau diese einrichtungsbezogenen Konzepte bilden die Finanzierungssysteme in ihren Landesrahmenverträgen ab, die sich in daran orientierten Leistungstypen als finanzielle Umrechnungswährung manifestieren. Insgesamt kann man heute wohl sagen, dass sich der personenorientierte Ansatz in der Psychia-

trie und insbesondere in der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen im Kern durchgesetzt hat – der subjektorientierte Blick und daraus abgeleitete differenzierte Therapiemethoden haben in die Sozialpsychiatrie Einzug gehalten. Allerdings ist es mit dem Umwelt- bzw. Lebensweltbezug nach wie vor nicht so gut bestellt. Neue Denkanstöße kommen durch den Beitritt zur UN-BRK: Hier gilt es in diesem Zusammenhang besonders den Artikel 19 zu berücksichtigen. Hier verpflichten sich die Vertragsstaaten, das gleiche Recht aller Menschen mit Psychiatrieerfahrungen anzuerkennen. Sie sollen die gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft leben können. Es sollen wirksame und geeignete Maßnahmen getroffen werden, um Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen den vollen Genuss dieses Rechts, ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie unter anderem gewährleisten, dass

- a) Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben
- b) Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen, sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist.

Der Zwang zur Nutzung besonderer Wohnformen bzw. die in der Praxis fast ausschließliche Gewährung von Hilfen in Einrichtungen, insbesondere bei intensiveren Unterstützungsbedarfen, widerspricht der UN-BRK. So sollten zum Beispiel die oben genannten Landesrahmenverträge auf ihre Barrierefreiheit im Sinne der UN-BRK für Menschen mit seelischen Behinderungen überprüft und ergänzt werden. Diese Erkenntnis ist nicht neu. Gemeindepsychiatrie und Gemeindepsychologie haben schon seit über 20 Jahren den Umweltbezug, also eine ökologische Psychiatrie gefordert. Aber da die Leistungsträger, die Anbieter und vor allem das medizinische System diesem bisher nicht konsequent folgen wollten, ist es bei einer personenbezogenen institutionellen Psychiatrie geblieben. Das macht sich an den oben genannten Institutionen der Eingliederungs-

hilfe genauso fest wie an den außerhalb psychiatrischer Kliniken in der Fläche fehlenden Behandlungsmöglichkeiten, also im Lebensfeld und im Umfeld der Patienten, zum Beispiel im Rahmen einer zu-Hause-Behandlung oder alternativ mit dem Angebot einer kurzzeitigen Unterbringung in einer Krisenpension – ganz zu schweigen von „Therapieansätzen für die Gemeinschaft“, was wir im Allgemeinen mit Prävention umschreiben.

Es fehlt ein übergreifendes Konzept, eine (neue) Leitorientierung in der Sozialpsychiatrie. Das Konzept der Inklusion könnte eine Hilfestellung, eine Krücke, sein und den mittlerweile verkümmerten Wurzeln der Sozialpsychiatrie neue Nahrung bringen. Gleichwohl muss hierauf aufsetzend an einer weitergehenden theoretischen Fundierung der Sozialpsychiatrie gearbeitet werden.

Die selbstverständliche Teilhabe von Menschen mit Psychiatrieerfahrung an allen gesellschaftlichen Bereichen wird als Inklusion bezeichnet. Dieses Modell ist so theoretisch wie einfach: Menschen mit Psychiatrieerfahrung sind BürgerInnen – uneingeschränkt, ungehindert, mit allen Rechten, aber auch mit Verpflichtungen.

Nähert man sich diesem Thema mit der gebotenen Ernsthaftigkeit, so wird aus dem einfachen Bereich der selbstverständlichen Teilhabe schnell ein hochkomplexer Inhalt, und man stellt fest, dass der Begriff der Inklusion kein statisches Ziel beschreibt, sondern die Voraussetzung für generelle Teilhabe aller Menschen an gesellschaftlichen Möglichkeiten. Vor allem enthält der Begriff der Inklusion einen subjektorientierten sozialtherapeutischen und mindestens gleichrangig einen sozialpolitischen Auftrag: nämlich die Umgestaltung der Umwelt im Sinne einer inklusiven Gesellschaft, welche die Bürgerrechte aller ihrer BürgerInnen respektiert und zu realisieren hilft. Akzeptiert man Inklusion als Auftrag insbesondere für das professionelle Hilfesystem, so werden viele aktuelle Angebotsformen für Hilfen zur Teilhabe ebenso infrage gestellt wie eingeführte psychiatrische Behandlungsleistungen, denn ein solcher Auftrag führt über die bisherige Praxis der Integration hinaus. Inklusion beinhaltet mehr als eine Normalisierung beeinträchtigten Lebens durch Anpassung an sogenannte normale Lebensstandards. Eigentlich funktioniert Inklusion ganz einfach: Jeder Mensch mit Psychiatrieerfahrung oder einer Benachteiligung, welcher Art auch immer, soll die Wahl haben, dort zu leben, zu wohnen, zu arbeiten und zu lernen, wo alle anderen Menschen es auch tun. So einfach das klingt, so schwierig ist es in der Umsetzung. Inklusion als Leitidee zwingt zu einem Wandel in der Ausgestaltung sozialer Unterstützungsleistungen: von der eher beschützenden Versorgung zur Unterstützung einer individuellen Lebensführung sowie der Unterstützung des Gemeinwesens – eben-

falls im Bereich der (Primär-)Prävention. Wesentliches Grundmoment ist hierbei die selbstverständliche Begegnung von Menschen mit und ohne Psychiatrieerfahrung insbesondere beim Wohnen, bei der Arbeit und in der Freizeit. Neben dieser Öffnung der Gesellschaft gilt es auch weiterhin, Schutzräume oder Asyle für Menschen mit Psychiatrieerfahrungen (zum Beispiel Krisenpensionen, Krisenunterkünfte, Selbsthilfetreffs, Weglaufhäuser etc.) zu erhalten oder neu zu definieren – sofern Menschen mit Psychiatrieerfahrungen diese wollen.

Für die Psychiatrie und ihr Selbstverständnis stellt sich daher im Übergang die Notwendigkeit einer Doppelstrategie: es gilt gleichzeitig „Inklusion zu fördern“, insbesondere für die Ausgegrenzten, die Schwächsten, die Schwierigsten, die Therapieresistenten, inklusive eines therapeutischen Zugangs sowie der Ausgestaltung von Schutzräumen vor psychiatrischer Therapie und ebenso „Exklusion zu verhindern“ im Sinne einer Stärkung der Prävention, der frühzeitigen und therapeutischen Investition bei Menschen, die erstmalig Unterstützung bei der Psychiatrie suchen und damit die Befähigung der Gesellschaft zur Inklusion im Allgemeinen zu fördern. Nur mit einer solchen auch im psychiatrischen System verankerten Doppelstrategie von „Des Weiteren gilt es, Exklusion verhindern und Inklusion fördern“ wird es uns gelingen, langfristig das Thema „Teilhabe für alle“ tatsächlich als gesellschaftliche Leitidee zu verwirklichen.

Im psychiatrischen Alltag mutiert diese Strategie eher dahingehend, dass die Gruppe psychisch kranker Menschen aufgespalten wird in eine inklusionsfähige (die Fitten, die Anpassungsfähigen) und eine nicht inklusionsfähige Gruppe (die Chroniker, die Systemsprenger). Inklusion wird also geteilt. Verstärkt wird dieser Trend durch die Leistungsträger einerseits, die für die Umsetzung der UN-BRK nur vereinzelt konkrete Strategien haben, und andererseits durch die Anbieter größerer (Komplexeinrichtungen) oder kleinerer psychiatrischer Institutionen, die zum Erhalt dieser Angebote einem bestimmten Teil psychisch kranker Menschen die Inklusionsfähigkeit absprechen.

Wie ernst Leistungsträger und Anbieter die Umsetzung einer Inklusionsstrategie im Sinne einer „Teilhabe für alle“ oder aus psychiatrisch versorgungspolitischer Sicht einer Vollversorgung im eigenen Sozialraum meinen, haben wir am Beispiel der Unterbringung in geschlossenen Heimeinrichtungen in Mecklenburg-Vorpommern untersucht. Die von uns befragten Einrichtungen verfügten im Befragungsjahr 2010 über 113 geschlossene Plätze, die im Jahresgesamt von 167 Klienten belegt waren. Wir schätzen, dass im Rahmen der Eingliederungshilfe in Mecklenburg-Vorpommern für psychisch kranke Menschen ins-

gesamt rund 150 bis 160 Plätze zur Verfügung stehen. Gemessen an der Einwohnerzahl von Mecklenburg-Vorpommern kommt somit auf 10.000 Einwohner etwa ein geschlossener Heimplatz. Aufgrund fehlender vergleichbarer Statistiken kann diese Zahl bundesweit nicht eingeordnet werden. Erwähnenswert ist weiter, dass sich die geographische Verteilung der Einrichtungen ausgesprochen heterogen darstellt. Die geringste Zahl an Plätzen bei gleichzeitigem Vollversorgungsanspruch findet sich in der Hansestadt Rostock bei acht Plätzen auf ca. 200.000 Einwohner, also bei einem Heimplatz auf 25.000 EinwohnerInnen. Diese landesweite disparate Platzierung erschwert die gemeindenahen Übergänge in und aus den geschlossenen Wohnformen erheblich. Auch der Blick auf die Herkunft der Klienten bestätigt das Bild: die Unterstützung in geschlossenen Wohnformen erfolgt eher außerhalb des gewohnten Sozialraumes. So stammten 2010 nur 25 Prozent der betreuten Klienten aus der jeweiligen Region, in der die geschlossene Wohnform etabliert ist, 60 Prozent immerhin aus Mecklenburg-Vorpommern und rund 15 Prozent stammen aus anderen Bundesländern. Dieser Psychiatrietourismus floriert auch in die andere Richtung: Zahlen darüber, wie viele BürgerInnen aus Mecklenburg-Vorpommern ihrerseits in anderen Bundesländern untergebracht worden sind, sind zentral nicht verfügbar. Wir vermuten – extrahiert aus Berichten einzelner Sozialämter und Kliniken –, dass es sich dabei aber um eine ähnliche Größenordnung handelt wie bei den externen Klienten, also um ca. 15 bis 20 Prozent. Die Zuweisung erfolgt zu 70 Prozent aus den psychiatrischen Krankenhäusern. Die eigene Häuslichkeit mit ambulanter Betreuung war 2010 nur für sechs Prozent der Klienten eine realistische Perspektive. Rund zehn Prozent der Klienten konnten nicht frühzeitig entlassen werden, weil kein geeignetes Nachsorgeangebot gefunden wurde. Bei der Unterbringungsdauer zeigt sich, dass die Verweildauer zwischen den Einrichtungen stark variierte. Da wir keine gravierenden Unterschiede in der Klientel fanden, erklären sich diese Unterschiede wohl primär aus dem Reha- und Entlassungsmanagement der jeweiligen Einrichtung. Nach weiteren im Rahmen der Untersuchung geführten Interviews u.a. mit den Versorgungskliniken stellt sich die Unterbringung in geschlossenen Bereichen vielfach eher als preiswerte verlängerte (stationäre) Behandlungsepisode nach SGB V dar, ohne dass eine Einbindung eines langfristig angelegten Behandlungskonzepts in die Leistungen der Eingliederungshilfe erkennbar würde. Würde man hingegen im Sinne der Prävention einer langfristigen Exklusion den Aufenthalt in einer geschlossenen Wohneinrichtung als Teil eines Gesamtplanes nach SGB XII § 58 verstehen, so würde die

(gedankliche) rehabilitative Vorbereitung der Entlassung in ein offenes Setting bereits bei der Aufnahme in ein geschlossenes Heim beginnen. Die Frage des Entlassungsmanagements in Kliniken und der regionalen Hilfeplanung würde sich aus dieser Perspektive anders stellen. Der Idee der Etablierung von Konsulententeams, einer Task Force oder einer speziellen Hilfeplankonferenz, die im Vorfeld von geschlossenen Unterbringungen versuchen, diese durch geeignete und professionelle Maßnahmen im Sinne einer Exklusionsprävention zu verhindern, konnte außer in der Hansestadt Rostock in Mecklenburg-Vorpommern noch keine Freunde gewinnen. Alle in unserer Untersuchung in Mecklenburg-Vorpommern gewonnenen Daten zusammen betrachtet zeigen an, dass die geschlossenen Wohnangebote eher zunehmen. Das System als Ganzes muss daher in Frage gestellt werden: Die Möglichkeit, psychisch kranken Menschen ein hochstrukturiertes Milieu – im Rahmen eines individuellen Gesamtplanes für einen befristeten Zeitraum – anzubieten, kann sicher nicht völlig aufgegeben werden und sollte in jeder Region als Teil einer differenzierten regionalen Hilfestruktur vorhanden sein. Das Aufnahme- und Entlassungsmanagement eines solchen, sehr kleinen, regionalen Angebotes sollte durch eine Hilfeplankonferenz, gegebenenfalls verbunden mit einer Art Belegrecht, gesteuert werden – finanzielle Fehlbelegungsanreize sollten eliminiert und das nicht belegte, geschlossene Bett belohnt werden. Die Rostocker Erfahrungen mit einer sehr begrenzten Kapazität geschlossener Plätze, einer intensiven Prüfung und Erfassung der Unterbringung außerhalb der Stadtgrenzen und einer individuellen Bemessung des Hilfebedarfs durch den Leistungsträger sowie mit einer engen Einbindung in die SGB XII und SGB V Angebote der Region weisen da in eine positive Richtung. Vor der Nutzung der wenigen geschlossenen Plätze ist das gesamte Rostocker Psychiatriesystem auf Exklusionsprävention ausgerichtet. Wird dieses differenzierte Rostocker Versorgungssystem auf alle Gebietskörperschaften in Mecklenburg-Vorpommern übertragen, so könnten direkt 90 vorhandene geschlossene Plätze eingespart und aufgelöst werden. Der Aufbau weiterer wäre nicht erforderlich.

Auch wenn die Zeichen gesellschaftlicher Entwicklungen zurzeit eher auf Exklusion gerichtet sind, machen die Zahlen aus Rostock Mut. Eine Bewegung in Richtung der Stärkung des gesamtgesellschaftlichen Systems, um den Trend zur Exklusion zu überwinden, und die Gesamtgesellschaft zu mehr Inklusion zu befähigen, erscheint möglich. Hier gilt es, sich an den alten sozialpsychiatrischen Grundwert des Sektors bzw. der regionalen Vollversorgung, also an das regionale Exklusionsverbot (!), immer wieder zu erinnern. Inklusion ist

unteilbar. Deswegen sollte bei diesem Gesamtprozess zur inklusiven Gemeinde niemand im aktuellen Hilfesystem vergessen werden oder gar zu Schaden kommen. Besonders gefährdet sind diejenigen, die einen hohen Unterstützungsbedarf haben oder Inklusions-unattraktiv sind, wie zum Beispiel Menschen mit schwersten chronischen Verläufen, Menschen mit sogenannten Doppeldiagnosen oder Borderline-Störungen, Menschen mit herausforderndem Verhalten, wohnungslose und suchtkranke Menschen, Menschen, die aus der forensischen Psychiatrie entlassen werden und viele andere mehr. Nur wenn es gelingt, gerade für diesen Personenkreis Fortschritte in der Teilhabe in der Praxis zu verwirklichen, kann letztlich von einem gelingenden Inklusionsprozess bzw. -fortschritt ausgegangen werden. Die Verantwortung für die entsprechende Aufmerksamkeit und Achtsamkeit liegt vor allem bei den Gebietskörperschaften in ihren Sozialräumen. Insofern wird Sozialpsychiatrie im Sinne der UN-BRK zukünftig ohne die Etablierung eines gemeindliches Exklusionspräventions-Konzeptes mit dem Leitmotiv „Inklusion ist für alle da“, d.h. Inklusion ist und bleibt unteilbar, nicht umsetzbar sein!

Stärkung der Teilhabe: Anforderung an Betreuungsvereine

Roland Günter und Thomas Rüdeshcim

Seit Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) finden die Forderungen von Menschen mit Behinderung nach Stärkung ihrer Teilhabe wieder mehr Gehör. Was das Betreuungsrecht angeht, richten sich die Forderungen nicht speziell an Betreuungsvereine. Die Förderung der Inklusion von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen stellt Anforderungen an alle Menschen, die bei Betreuungsverfahren beteiligt sind. Dies gilt für Richter, Rechtspfleger, Verfahrenspfleger, die Betreuungsvereine und nicht zuletzt für alle gesetzlichen Betreuer.

Als gesetzliche Betreuer sind oft Angehörige tätig, die sich von Betreuungsvereinen beraten und unterstützen lassen können. Das Befähigen von ehrenamtlichen Betreuern ist eine zentrale Aufgabe der Betreuungsvereine. Die überwiegende Zahl von gesetzlichen Betreuungen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wird vermutlich von Berufsbetreuern geführt. Dies sind zum einem Mitarbeiter von Betreuungsvereinen, aber in viel größerer Zahl selbständige Berufsbetreuer.

Um die Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen voranzutreiben, agieren ihre gesetzlichen Betreuer mit den Vorgaben des bestehenden Betreuungsrechtes. In der Arbeitsgruppe während der Fachtagung beschäftigten wir uns mit der Frage, ob und wie das deutsche Betreuungsrecht dem Wunsch nach Selbstbestimmung und Inklusion gerecht wird. In Interviews bei Aktion Mensch haben Betroffene folgende Wünsche geäußert:

„Inklusion heißt für mich ...“

„ ... *als vollwertiges Mitglied in der Gesellschaft anerkannt zu werden und teilhaben zu können.*“

„ ... *selbstbestimmt zu leben.*“

„ ... *die Unterstützung zu erhalten, um selbst Verantwortung in der Lebensführung im Alltag zu übernehmen.*“

Ebenso wie in diesen Aussagen wird im Betreuungsalltag deutlich, dass die Selbstbestimmung zentrale Forderung von gesetzlich betreuten Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist. Der gesetzliche Betreuer ist sowohl aus Sicht des Betroffenen als auch vom gesetzlichen Auftrag her dafür da, dem Betreuten ein möglichst hohes Maß an Selbstbestimmung zu erhalten oder durch die Betreuung zu ermöglichen. „Leben in Selbstbestimmung“ wird im Grundgesetz gleichermaßen wie die „Freiheit der Person“ und die „körperliche Unversehrtheit“ garantiert. Durch die Einrichtung der gesetzlichen Betreuung wird in diese Grundrechte per Gesetz eingegriffen, wenn jemand seine rechtlichen Angelegenheiten nicht mehr selbst regeln kann. Der Gesetzgeber macht es jedoch zur Bedingung, dass der Wesenskern dieser Grundrechte erhalten bleiben muss. Deshalb ist es so wichtig und unbedingt erforderlich, dass das Wohl des Betreuten nur durch ihn selbst bestimmt wird.

Dies gilt, solange die Einsichtsfähigkeit des Betreuten (Freier Wille) gegeben ist. Wird der Wille des Betreuten in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit gefasst (Natürlicher Wille), muss der Betreuer zum Wohl des Betreuten Entscheidungen treffen.

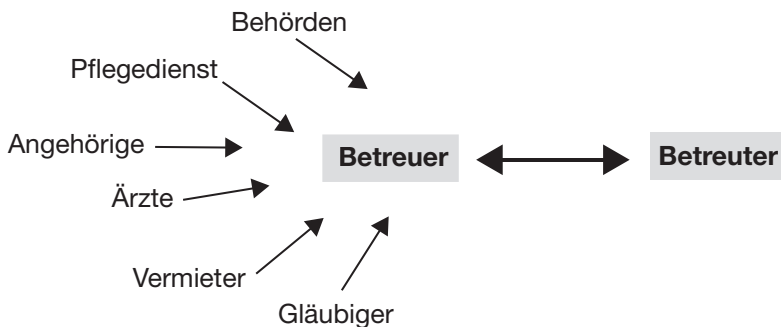
Das Wichtigste ist deshalb für den gesetzlichen Betreuer mit dem Betreuten in Kontakt zu kommen. Der Betreuer muss sich einfühlen, wie der Betreute die Dinge sieht und was ihm wichtig ist. Im Idealfall versucht er in die Haut des Betreuten zu schlüpfen, „er taucht ein in die Welt komplexer Sinngehalte, die der Klient ausdrückt“ (Klienten-, personenzentrierte Psychotherapie, Peter Frenzel). Das Verhalten oder die geplanten Handlungen des Betreuten können nach objektiven Maßstäben unvernünftig oder sogar lebensbedrohlich sein. Wenn der Betreute seine Situation reflektiert, also versteht, welche Konsequenzen sich für ihn aus seinem Verhalten ergeben, muss der Betreuer dies akzeptieren. Die Verweigerungshaltung, die z.B. ein Mensch mit der Diagnose „Chronifizierte Psychose“ gegenüber einem weiteren stationären Psychiatrieaufenthalt einnimmt, weil er kaum Hoffnung auf Verbesserung seiner gesundheitlichen Situation sieht, kann subjektiv vernünftig sein, auch wenn Sie für einen Außenstehenden unvernünftig erscheint. Ein junger Mensch im Randgebiet zu Verhaltensstörung, Suchtproblematik und Minderbegabung schätzt das finanzielle Risiko z.B. eines Handyvertrages anders ein als der Betreuer selbst. Und ein Schwerstabhängiger, den die Therapeuten als „austherapiert“ einschätzen, wird der Notwendigkeit einer medizinischen Untersuchung wegen organischer Beschwerden eine andere Priorität einräumen als es zum Beispiel die sich sorgenden Angehörigen tun.

„Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht. Zum Wohl des Betreuten gehört auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten.“

Quelle: § 1901 Abs. 2 BGB

Betreute Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen handeln oft nicht so, wie das soziale Umfeld es von ihnen erwartet. Wenn zum Beispiel nach vielen Jahren der Überforderung eine gesetzliche Betreuung eingerichtet wird, übertragen sich auf den Betreuer die Erwartungen des Umfeldes, nämlich dass sich endlich etwas ändert. Da wären zum Beispiel Angehörige, die unter der Ohnmacht leiden, an der Erkrankung oder der Lebenssituation nichts ändern zu können; Vermieter, die den Mieter mit psychischen Beeinträchtigungen schon lange ohne Erfolg maßregeln wollen, oder Behörden, welche die mangelnde Mitwirkungspflicht des Betroffenen beklagen.

Personen im Umfeld erwarten von der Einrichtung der gesetzlichen Betreuung eine wesentliche Verbesserung der Situation bzw. das, was sie für eine Verbesserung halten. „Der Betreuer wird dem Betroffenen schon klar machen, was das Beste für ihn ist!“ Doch dann kommt der gesetzliche Betreuer endlich und in der Wahrnehmung des sozialen Umfeldes ändert sich häufig nichts. Denn der Betreuer sucht nicht vorrangig das Gespräch mit ihnen, sondern mit dem zu betreuenden Menschen. Und wenn dieser vermittelt, dass er seine Lebenssituation einzuschätzen weiß und vielleicht auf Grund seiner psychischen Beeinträchtigung gar nicht anders leben kann, wird der gesetzliche Betreuer ihn darin unterstützen.



Anders als in den Medien häufig suggeriert, ist der Betreuungsalltag nicht davon bestimmt, für andere Entscheidungen zu treffen, sondern die Lebenssituation vieler chronisch kranker Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen mitzutragen, zu verteidigen und auszuhalten. Es geht oft darum, finanzielle Leistungen oder den Erhalt der Wohnung zu sichern und im sozialen Umfeld für Verständnis zu werben.

Für das frustrierte Umfeld sieht das häufig so aus, als wenn „der Betreuer nichts tut für seine Vergütung“. Hier fehlt häufig das Wissen und das Verständnis dafür, dass der gesetzliche Betreuer sogar gesetzlich verpflichtet ist, sich nach den Wünschen des Betreuten zu richten, selbst wenn er als Fachkraft sich etwas anderes wünschen würde.

Dies gilt auch für die Einwilligung in ärztliche Behandlungen. Die gesetzliche Betreuung berührt die Einwilligungsfähigkeit des Patienten nicht. Ist der Patient einwilligungsfähig, kann nur er selbst wirksam in die Behandlung einwilligen. Nur wenn der Patient nicht einwilligungsfähig ist, kann der Betreuer wirksam in ärztliche Behandlungen einwilligen. Doch dies ist vielen Medizinerinnen immer noch unbekannt. Sie bestehen häufig auf die schriftliche Einwilligung des gesetzlichen Betreuers, was bei Einsichtsfähigkeit des Betroffenen gegenstandslos ist. Wenn ein Mensch mit psychischer Beeinträchtigung eigenständig ein Krankenhaus aufsucht, um sich behandeln zu lassen, führt es häufig zu einer enormen Kränkung und dem Gefühl der Entmündigung, wenn der Arzt den Betreuer einschaltet. Oft kommt es so weit, dass Mediziner die Behandlung verweigern ohne Unterschrift des Betreuers. Hier sollte dringend Aufklärungsarbeit unter Medizinerinnen geleistet werden. Dennoch kommt es vereinzelt vor, dass Betreuer bewusst, aus Unkenntnis oder aus Überforderung sich Entscheidungen anmaßen, die Ihnen nicht zustehen. Dies entspricht dann nicht dem Auftrag des Betreuers und stellt einen Missbrauch dar. Doch die kritische Haltung in Teilen der Gesellschaft gegenüber dem gesetzlichen Betreuungswesen ist nicht darin begründet, dass gesetzliche Betreuer entmündigen, also Entscheidungen treffen, wo der Betroffene es selber könnte. Die kritische Haltung gegenüber den gesetzlichen Betreuerinnen ist vielmehr darin begründet, dass es in der Gesellschaft und explizit im Umfeld der Betroffenen viel zu wenig Wissen über die Pflicht des Betreuers gibt, sich konsequent an den Wünschen des Betroffenen zu orientieren.

Das Rechtsinstitut der gesetzlichen Betreuung als solches stärkt aus unserer Sicht jedenfalls die Teilhabe behinderter und psychisch kranker Menschen mehr, als dass es sie einschränkt.

Die Stärkung der Teilhabe als spezifische Anforderung an Betreuungsver-eine besteht daher darin, die Öffentlichkeit über die Rolle des gesetzli-

chen Betreuers zu informieren. Dies geschieht neben gezielter Öffentlichkeitsarbeit durch die Befähigung von Ehrenamtlichen als Multiplikatoren und nicht zuletzt in Beratungsgesprächen mit dem sozialen Umfeld von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Für die DRK-Betreuungsvereine kann ich sagen, dass wir die Notwendigkeit, über die Rolle des Betreuers aufzuklären, erkannt haben.

Was bedeutet Teilhabeförderung für „Junge Wilde“?

Winfried Klaes und Christian Schmadel

„Junge Wilde“, dieser Begriff findet derzeit Verwendung für junge Erwachsene, die durch große Schwierigkeiten im Sozialverhalten auffallen. Sie haben oft erhebliche Lerndefizite. Zudem weisen sie Konzentrations- und Ausdauerprobleme auf. Sie erscheinen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung noch so wenig gereift, dass sie nur begrenzt in der Lage sind, sich in ihren zentralen Lebensbezügen zu organisieren. Auffällig ist, dass die Betroffenen wenig soziale Orientierung verinnerlicht haben und daher meist nur bedingt in Gruppen integrierbar sind. Bisweilen verfügen sie über ausgeprägte Verbalisierungsfähigkeiten, befinden sich jedoch in Bezug auf die Möglichkeiten zur Steuerung ihrer Emotionen oft noch auf dem Stand einer wesentlich jüngeren Person. Dementsprechend hoch ist ihr Angstniveau, das in der Folge – etwa angesichts von unvertrauten oder anfordernden Situationen – in massivem Unsicherheitserleben, Fluchttendenzen und kaum kontrollierbaren aggressiven Ausbrüchen mündet. Nur selten sind sie in der Lage auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt Fuß zu fassen.

Erst langsam – vor allem unter Einbezug aktueller neuropsychologischer Erkenntnisse – beginnt sich heraus zu kristallisieren, dass wir es hier nicht allein mit einer „Verhaltensstörung“ zu tun haben, sondern mit einem auch physiologisch begründbaren Behinderungsbild, für das die Bezeichnung „sozial-emotionales Handicap“ wohl am zutreffendsten sein dürfte. In jedem Fall handelt es sich um ein ernst zu nehmendes Teilhabedefizit.

Das zahlenmäßig starke Anwachsen der hier gemeinten Personengruppe, das zunehmende Scheitern der einzelnen Betroffenen in der Teilhabe an zentralen gesellschaftlichen Prozessen wie Ausbildung, Arbeitsleben, Wohnen und Gestaltung persönlicher Verhältnisse sowie die offensichtliche geringe Wirksamkeit üblicher pädagogischer Mittel macht es mittlerweile unerlässlich, nach neuen Lösungsansätzen zur Teilhabeförderung zu suchen.

Inklusion und „Junge Wilde“ – wie passt das zusammen?

In diesem Zusammenhang stoßen wir allerdings zunächst auf eine Komplikation in der aktuellen Inklusionsdebatte, die mehr als eine begriffliche Klippe darstellt.

Auf Ihrer Website beschreibt die Aktion Mensch prägnant den Kerngedanken von Inklusion: „Entscheidungsfreiheit in allen Lebensbereichen zu haben und damit auch Verantwortung für das eigene Leben zu übernehmen, das bedeutet Selbstbestimmung. Die selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung am kulturellen und politischen Leben, an der Arbeitswelt und in der Freizeit ist genau das, was auch der Begriff Inklusion beschreibt.“ Und weiter: „Selbstbestimmt leben heißt, das eigene Leben kontrollieren und gestalten zu können und dabei die Wahl zwischen annehmbaren Alternativen zu haben, ohne in die Abhängigkeit von Anderen zu geraten.“ Sowie an anderer Stelle: „Entscheiden Menschen mit Behinderung selbst über ihre Lebensführung, können sie ihre Lebensqualität steigern und ihre Persönlichkeit besser einbringen.“

(Quelle: <http://www.aktion-mensch.de/inklusion/selbstbestimmt-leben.php>)

Vergleichbares meint der Behindertenbeauftragte des Bundes, wenn er formuliert: „Inklusion im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention bedeutet, dass allen Menschen von Anfang an in allen gesellschaftlichen Bereichen eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe möglich ist. (...) Inklusion verwirklicht sich im Zusammenleben in der Gemeinde – beim Einkaufen, bei der Arbeit, in der Freizeit, in der Familie, in Vereinen oder in der Nachbarschaft. Dementsprechend leben, arbeiten und lernen Menschen mit Behinderungen nicht in Sondereinrichtungen.“

(Quelle: http://www.behindertenbeauftragter.de/DE/Landkarte/1Was/Was_node.html)

In beiden definitorischen Beschreibungen wird zutreffend davon ausgegangen: Menschen mit Behinderungen besitzen ein unveräußerliches Recht zur selbstbestimmten Teilhabe an allen gesellschaftlichen Prozessen – dies ausdrücklich in Unabhängigkeit von ihren behinderungsbedingten Einschränkungen. Was aber, wenn, wie im Fall des sozial-emotionalen Handicaps, die Einschränkung gerade in einem gering entwickelten Selbst besteht und der Versuch zur selbstbestimmten Teilhabe am sozialen Geschehen so sehr in den Kern des Behinderungsbildes zielt, dass es zu dem bereits oben angesprochenen inneren Absturzerleben mit seinen fatalen Folgen im Verhalten kommt?

Exklusion in Kitas und Schulen

Ähnlich kompliziert verhält es sich mit der Forderung nach Lernen und Arbeiten außerhalb von Sondereinrichtungen. Da die Entstehungszusammenhänge des sozial-emotionalen Handicaps in die frühe Kindheit rückdatieren, liegen die wirkungsvollsten Lösungsansätze zur Teilhabeförderung auch in dieser Zeitspanne. Hierdurch kommt Kindertagesstätten und Schulen eine zentrale Aufgabe in der Schaffung angemessener Bedingungen zu. Voraussetzung ist jedoch, dass in der Gruppengröße Bezug genommen wird auf die maximale Verarbeitungskapazität sozialer Umwelten von jungen Menschen mit sozial-emotionalem Handicap. Diese liegt erfahrungsgemäß bei maximal sechs Personen. Grundsätzlich gibt es keinen guten Grund die Teilhabeförderung von Kindern mit einem sozial-emotionalen Handicap in eine Sondereinrichtung zu verlagern. Es spricht aber viel dagegen, hierzu alternativ Betreuungsformen im Regelbereich zu wählen, wenn diese eine Gruppengröße vorsehen, die über die oben genannte Verarbeitungsgrenze hinausgeht. Wir können unter einer solchen Maßgabe sogar feststellen, dass es zu einem Exklusionsprozess kommt, wenn der Versuch, die Entwicklung von Kinder und Jugendlichen positiv zu beeinflussen, letztlich darin mündet, dass sich deren Teilhabeproblem in den nachschulischen Berufsfindungs- und Berufsbildungsmaßnahmen fortsetzt.

Inklusives Setting für „Junge Wilde“

Teilhabeförderung für junge Erwachsene mit einem sozial-emotionalen Handicap bedeutet daher sich zurück zu besinnen auf die Besonderheiten der Person mit ihren Möglichkeiten, aber auch Begrenzungen. Hierzu ist es notwendig die „Jungen Wilden“ nicht mit dem Anforderungsprofil ihrer Altersklasse zu vergleichen, sondern die Erfordernisse des jeweiligen sozial-emotionalen Entwicklungsalters als Maßstab zu wählen. Allein hierin liegt eine enorme Herausforderung, wenn wir bedenken, dass das anzunehmende Entwicklungsalter zur Regulation emotionaler Prozesse, zum angemessenen Verständnis der sozialen Umwelt und zur hieraus resultierenden Gestaltung sozialer Beziehungen in nicht wenigen Fällen noch dem Kindesalter zugerechnet werden muss.

Da neue Situationen und Anforderungen für die meisten „Jungen Wilden“ nur schwer einzuschätzen sind, ist eine sichere Bindung an eine zentrale Bezugsperson nach wie vor die wesentlichste Voraussetzung für soziales

Lernen. Aus diesem Grund sollten Hilfestellungen zur Teilhabeförderung für „Junge Wilde“ immer das Element einer zugewandten, einfühlsamen, emotional belastbaren und persönlich verantwortlichen Bindungsperson beinhalten, die gewissermaßen als „Brücke“ zur sozialen Welt fungieren kann. Diese Bindungsperson steht für Struktursetzungen und im Rahmen gegebener Möglichkeiten für Grenzziehungen zur Verfügung.

Die Dauer einer solch engen Begleitphase, zunächst einmal unabhängig davon in welches Setting sie eingebettet ist, beträgt nach bisherigen Erfahrung etwa zwei Jahre. Hierbei gilt nach wie vor: auch für junge Erwachsene mit einem sozial-emotionalen Handicap liegt aller Erfahrung nach die Größe der sozialen Gruppierung, in der ein Nachreifeprozess initiiert werden kann, bei maximal sechs Personen.

Ziel aller hierin liegenden Bemühungen ist es, die blockierte Persönlichkeitsentwicklung soweit in Gang zu setzen, dass der/ die Betreffende beginnt altersgemäß zu kommunizieren, auf bislang unbekannte Situationen nicht mehr dauerhaft mit Angst, Rückzug oder Aggression zu reagieren und wieder Lernmotivation zu entwickeln.

Die WfbM als Chance

Eine der wenigen etablierten und gesetzlich verankerten Institutionen zur Rehabilitation von Menschen mit Behinderung, die es ermöglichen den Startpunkt für weiterführende Teilhabeprozesse neu zu setzen, ist erstaunlicherweise die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), genauer gesagt der auf zwei Jahre angelegte Berufsbildungsbereich mit seinem 1:6-Schlüssel und dem/ der GruppenleiterIn als zentraler Bezugs- und Bindungsperson. Voraussetzung ist allerdings ein entsprechend abgestimmtes Konzept zur Teilhabeförderung „Junger Wilder“, das auf die dem Entwicklungsalter entsprechenden Möglichkeiten Bezug nimmt. In der Gliederung der zweijährigen Spanne des Berufsbildungsbereiches haben sich in der Praxis nachstehende Entwicklungsabschnitte als sinnvoll herausgestellt:

Phase 1: Bindungsentwicklung und Ritualisierung des Tagesablaufs

Phase 2: Grenzziehung und Einbindung in das Gruppengeschehen

Phase 3: Annäherung im Sozial- und Arbeitsverhalten an das Lebensalter

Phase 4: Maßnahmen zur beruflichen Bildung.

Ergänzend bedarf es der Netzwerkbildung mit anderen Akteuren, die mit besonderem Augenmerk auf die Gestaltung der oft komplizierten Übergänge zwischen den Lebensfeldern Arbeiten, Wohnen, Partnerschaft und Familie Unterstützung bei der allgemeinen Lebensgestaltung bieten.

So kann das, was für junge Erwachsene mit sozial-emotionalem Handicap zunächst als inklusionsferner Rückschritt anmutet, letztlich zu einem unersetzlichen Zwischenschritt werden, der erst die behutsame Entwicklung einer langsam wachsenden Teilnahmebefähigung ermöglicht. Über einen so gearteten „Brückenschlag“ bleibt Teilhabe für „Junge Wilde“ nicht nur ein Rechtsanspruch, sondern kann ein Stück mehr zur gesellschaftlich einlösbaren Größe werden.

Inklusion geht uns alle an

Janine Berg-Peer

Nach der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) geht es bei Inklusion von Menschen mit einer psychischen Erkrankung um drei Aspekte: materielle, institutionelle, symbolische und gesellschaftliche Barrieren müssen abgebaut werden, um Teilhabe zu ermöglichen. Die Menschenwürde und das Recht auf Selbstbestimmung muss gewahrt werden. Gesellschaftliche Vorurteile sollen bekämpft werden.

Was bedeutet Inklusion für Betroffene?

Der Rückzug gehört zu manchen Phasen einer psychischen Erkrankung. Erkrankte exkludieren sich gegen oder auch aus eigenem Wunsch, sondern sich also von Menschen und Institutionen ab. Umso wichtiger ist es, dass es das erklärte Ziel von Psychiatern und Psychiaterinnen, Therapeuten und Therapeutinnen sowie Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen ist, Betroffene wieder aus dieser Exklusion herauszuholen. Gleichzeitig muss es Institutionen geben, die diese Rückkehr in die Gesellschaft fördern. Genau das aber erleben weder unsere Erkrankten noch wir Angehörige. Ohne den guten Willen der Fachleute zu bezweifeln: selten hören oder erleben wir den Rat an den Erkrankten, sich doch etwas mehr zuzumuten. Selten werden Erkrankte dazu ermutigt, einen noch so kleinen Schritt nach vorne zu tun, einmal ein begleitetes Risiko einzugehen, einfach damit sich etwas im Leben weiterentwickelt. Nein, im Vordergrund steht die Beruhigung, die Verringerung von Symptomen, das Vermeiden einer neuen Krise. Das alles ist richtig und wichtig. Aber kann das alles sein? Ist es das, was unsere Erkrankten zu einer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben befähigt? Ist es das, was sich die Erkrankten für ihr Leben wünschen?

Ein Schwerbehindertenausweis ist besser!

Nicht nur meine Tochter hört das von ihrem Arzt. Und meine Tochter ist nicht allein mit dem Wunsch, nicht schwerbehindert zu sein. Sie will ein normales Leben und genau dafür möchte sie Unterstützung von ihrem Arzt. Wie viele sehr junge Menschen sind schon seit Jahren verrentet?

Und haben Angst, sich eine noch so kleine und geschützte Arbeit zu suchen, weil sie dann vielleicht die Rente verlieren könnten? Natürlich ist es gut, dass es Schutz vor Überforderung gibt, ein Schwerbehindertenausweis oder eine Rente kann hilfreich sein und Druck von den Erkrankten nehmen. Doch fördert es die Teilhabe, wenn allen Kranken schnell dazu geraten wird, eine Rente zu beantragen? Diese Möglichkeiten muss es geben, ebenso sollte von Fachleuten immer wieder dazu geraten werden, sich ein Stück Normalität zurück zu erobern – mit Unterstützung. Diesen Beitrag zu Inklusion seitens der Fachwelt vermisse ich. Die Autorin Carola Wolf, ein Mitglied von Bipolaris, sprach in einem Vortrag ironisch vom Rat der PsychiaterInnen zu einem stets gemäßigten Leben mit viel Struktur, frischer Luft, Sport, gesundem Essen und regelmäßiger Tabletteneinnahme. Was ist das für ein Leben, fragte sie. Auch Psychiatrieerfahrene wollen und brauchen nicht nur Ruhigstellung in ihrem Leben.

Sind die bestehenden Institutionen geeignet, Inklusion zu fördern?

Ich bin skeptisch. Sicher arbeiten dort qualifizierte und gutwillige Menschen. Aber mir scheint, dass es zu viele Projekte gibt, in denen Menschen mit Psychiatrieerfahrung in einer Parallelwelt dauerhaft ruhig gestellt werden. Zumindest in meinem Umfeld habe ich nie erlebt, wie mit den dort arbeitenden Menschen ein Plan aufgestellt wird, damit sie sich langsam ein Stück Leben – Teilhabe – zurück erobern können. Ich frage mich, ob es ein Bestandteil des Konzeptes der sozialpsychiatrischen Welt ist, Menschen dazu zu ermutigen, diese Welt wieder zu verlassen, und wenn es nur für eine kurze Zeit ist. Genau das würde ich unter einem Beitrag zur Inklusion verstehen. Einen weiteren Hinderungsgrund sehe ich in der Intransparenz, die es einem Betroffenen fast unmöglich macht, sich auf dem geschützten Markt einen Überblick zu verschaffen. Was bei der Arbeitsagentur selbstverständlich ist, findet dort nicht statt. Kein Betroffener kann im Internet in Ruhe erkunden, welche passenden Angebote es für ihn gibt.

Ich erlebe, dass sich viele Betroffene mehr soziale Teilhabe wünschen, aber nicht wissen, wie sie dieses Ziel erreichen können. Und ich erlebe, dass sie von der Fachwelt entmutigt werden, weil jeder Schritt in diese Richtung einen Rückfall nach sich ziehen könnte. Ja, das könnte er. Aber auch ohne solche Schritte können Rückfälle eintreten. Wir können uns sicher vorstellen, dass es kein Leben ist, sorgfältig vor einem Rückfall geschützt in einer kleinen Wohnung mit wenig Geld zu sitzen und darauf zu warten, dass das Leben krisenfrei vorbeigeht. „Überfordern Sie ihre Tochter nicht mit ihrem

Ehrgeiz“, sagte mir vor Jahren der Psychiater meiner Tochter. „Das schadet ihr nur.“ Aber es war der Kampfeswille meiner Tochter, der sie erfolgreich einen Abschluss machen und eine Beschäftigung suchen ließ. Diese Phasen waren immer wieder von Rückfällen begleitet. Heute ist sie froh über das, was sie erreicht hat. Ja, es muss Schutz geben, es muss aber auch viel Ermutigung geben, wenn Inklusion erreicht werden soll.

Von Angehörigen wird mir oft entgegen gehalten, eine Qualifizierung, eine kleine Arbeit, eine Reise sei für die meisten Betroffenen viel zu anstrengend. Man könne so etwas nicht für alle fordern. Nein, man muss das nicht für alle fordern. Menschen sind unterschiedlich und die Tatsache, dass Menschen über psychische Krankheitserfahrung verfügen, macht sie nicht zu Menschen mit gleichen Interessen und Fähigkeiten. Doch die Förderung zur Teilhabe am sozialen und Arbeitsleben sollte immer ebenfalls ein Ziel der Therapie sein. In jedem individuellen Fall muss überlegt werden, was Inklusion bedeuten kann: Was kann dieser Erkrankte noch tun, was wünscht er sich, was kann ihm Freude machen, was bringt ihn ein klein wenig weiter?

Wer stigmatisiert? Die Gesellschaft? Wer ist die Gesellschaft?

Wir sind uns einig, dass psychisch Kranke stigmatisiert werden, was sich in abfälligen Äußerungen und wenig Zugang zu Wohnraum und Arbeit äußern kann. Exklusion ist gleichfalls Stigmatisierung. Denn das „Aufbewahren“ in einer Parallelgesellschaft kann stigmatisierend sein. Wir fordern die Gesellschaft auf, psychisch Kranke zu akzeptieren, zu integrieren und Vorurteile aufzugeben, um eine gleichberechtigte Teilhabe zu ermöglichen. Diese Forderung ist so richtig wie nur langfristig umsetzbar. Ich frage mich, ob wir es uns damit nicht zu leicht machen. Wer ist die Gesellschaft? Doch nicht immer nur die Anderen. Sind es die PolitikerInnen, die Medien, die anderen Leute, unsere Nachbarn, meine Familie? Sind wir selbst nicht die Gesellschaft? Wir Angehörigen, wir PsychiaterInnen, wir KrankenpflegerInnen und wir MitarbeiterInnen des sozialpsychiatrischen Dienstes (SPD)? Was tun wir, um der Exklusion unserer Patienten, Klienten oder Kinder entgegen zu wirken? Es ist leicht, eine Veränderung anderer Menschen oder Strukturen zu fordern. Schwieriger, aber erfolgsträchtiger ist es, bei sich selbst zu beginnen. Es ist exklusionsfördernd, wenn ein Psychiater rät, für die erkrankte Tochter nicht zu viel zu fordern. Es verhindert eine Teilhabe, wenn Menschen zehn Jahre lang immer der gleichen, unqualifizierten

Arbeit in einem geschützten Bereich nachgehen, ohne dass zumindest überlegt wird, ob sie sich ein wenig mehr zutrauen könnten. Es ist stigmatisierend, wenn PsychiaterInnen ihren Patienten und Patientinnen raten, auf keinen Fall etwas über die Krankheit nach außen dringen zu lassen mit der Begründung, dass die Gesellschaft noch nicht so weit sei, um psychisch Kranke gleichberechtigt zu akzeptieren. Man muss psychisch erkrankten Menschen nicht dazu raten, nicht über ihre Krankheit zu reden. Sie verschweigen sie ohnehin schon voller Scham. Es ist sinnvoll, in Arbeitszusammenhängen vorsichtig zu sein. Aber wie lange wollen wir warten, bis die Gesellschaft so weit ist? Und, noch einmal, wer ist denn die Gesellschaft? Muss ein Patient seine Krankheit nicht noch mehr als Makel begreifen, wenn selbst wohlwollende PsychiaterInnen zum Verschweigen raten? Stattdessen wünsche ich mir ein verständnisvolles Gespräch darüber, wann Offenheit angebracht ist und wie viel Offenheit sich Erkrankte in einer bestimmten Situation zutrauen. Verschweigen kann zu einer großen Belastung werden.

Kein böser Wille, sondern Sorge um unsere Angehörigen

Auch wir Angehörigen könnten mehr tun. Oft verschweigen wir die Krankheit unserer Kinder, reden im Bekanntenkreis nicht darüber. Kaum jemand ist bereit zu einem Interview in der Öffentlichkeit. Das, wird mir gesagt, sei nur zum Schutz der betroffenen Kinder. Auch mir wurde von meiner Familie, Bekannten und anderen Angehörigen dringend abgeraten, ein Buch¹ über die Erkrankung meiner Tochter zu schreiben. Ich bin skeptisch, ob da nicht manchmal die Sorge vor der eigenen Stigmatisierung eine Rolle spielt. Das wäre verständlich, ich glaube jedoch, ein offener Umgang mit dieser Erkrankung trägt zu dem bei, was wir uns wünschen: Zu weniger Vorurteilen und mehr Offenheit. Ich zumindest habe mit meiner Offenheit nur positive Erfahrungen gemacht.

Und die Reaktionen auf mein Buch zeigen, wie froh Angehörige und Betroffene darüber sind, dass jemand offen über die Krankheit und die Auswirkungen spricht.

Wir Angehörigen könnten unseren Kindern mehr zutrauen, sie zu mehr Selbständigkeit und zu kleinen Schritten in das normale Leben ermutigen.

¹ „Schizophrenie ist scheiße, Mama!“ – Vom Leben mit meiner psychisch erkrankten Tochter, Fischer Verlag 2013

Meist sind auch wir – verständlicherweise – vor allem daran interessiert, dass Krisen ausbleiben und unser häufig bereits erwachsenes Kind nichts tut, was einen Rückfall auslösen könnte. Ich weiß wovon ich spreche. Wie oft habe ich meine Tochter davor gewarnt, dass etwas zu viel für sie sein könnte. Auch ich wollte Ruhe und das Ausbleiben von Krisen für sie. Ich hatte und habe große Angst um sie. Das ist verständlich, aber nicht immer richtig. Es darf nicht um meine Ruhe gehen, sondern es geht um das Leben eines anderen Menschen. Wenn wir Inklusion fordern, dann müssen wir auch Risiken in Kauf nehmen und unsere Kinder ermutigen, große oder kleine Schritte in ein Leben mit mehr sozialer und beruflicher Teilhabe zu wagen. Und wenn ein Rückfall kommen sollte, dann werden wir diesen gemeinsam durchstehen.

Wir Angehörigen als Inklusionsexpertinnen

Bei aller Kritik darf nicht außer Acht gelassen werden, dass wir Angehörigen bislang die einzigen Inklusionsexpertinnen sind. Wer, wenn nicht wir, nimmt immer wieder Kontakt zu den Erkrankten auf, wenn sie sich krankheitsbedingt von der Welt zurückziehen? Wer kommt vorbei, kocht einen Tee und führt ein freundliches Gespräch? Wir ertragen Zurückweisungen und Beschuldigungen, weil wir wissen, dass diese von einem verzweifelten, kranken Menschen kommen. Viele von uns unterstützen täglich durch Anrufe und gutes Zureden, durch einen Spaziergang, einen Einkauf oder die Teilnahme an einer Veranstaltung im Freizeitzentrum. Wir trösten bei Kränkungen und machen damit möglich, dass Betroffene an einem Kurs, einer Arbeit oder einem sozialen Kontakt festhalten. Wir suchen nach Arbeitsangeboten oder Qualifizierungen. Wir machen Fahrradtouren, laden zu einem Café- oder Kinobesuch ein, wir kochen für sie oder lassen uns bekochen. Wir ermutigen und halten Kontakt.

Alles das sind kleine, aber wichtige Beiträge zur Inklusion. Im Sinne der Inklusionsforderung wäre es wünschenswert, wenn diese Inklusionshilfe nicht nur von Angehörigen käme, sondern von Institutionen, deren Aufgabe es sein sollte, Betroffene vor Vereinsamung zu bewahren. Institutionen, die nicht darauf warten, dass Betroffene den Weg zu ihnen finden.

Psychisch Kranke können mehr!

Ich bin überzeugt davon: viele psychisch Kranke können mehr erreichen, als wir ihnen zutrauen. Nicht immer und nicht kontinuierlich, aber auch eine phasenweise Teilhabe tut gut und kann Selbstvertrauen fördern. Sicher brauchen wir Gesetze, Strukturen und mehr Ressourcen. Doch für mich ist mehr Inklusion jetzt schon möglich, wenn PsychiaterInnen, TherapeutInnen, BetreuerInnen, ArbeitsagenturberaterInnen und Angehörige die Erkrankten kontinuierlich zu einem kleinen weiteren Schritt ermutigen. Kein Betroffener muss diesen Weg gehen, aber es sollte ihm ein Weg dorthin gezeigt werden.

Singen in Gebärden: Die Chöre des Elisabeth-Weiske-Heims und der Wohneinrichtung Lichtblick

Kristina Gajewski

Das Projekt Unterstützte Kommunikation (PUK®) wurde im Elisabeth-Weiske-Heim entwickelt. Es bewährt sich bereits seit vielen Jahren bei der Verbesserung der kommunikativen Fähigkeiten: MitarbeiterInnen und BewohnerInnen setzen Gebärden und Piktogramme im Alltag ein. Im Rahmen des PUK bietet das Heim den Gebärdenchor an.

Hier erlernen unsere BewohnerInnen die Gebärden spielerisch und können diese dann in den Alltag ihrer Wohngruppe übertragen. Zudem erhalten sie über das gemeinsame Musizieren Bestätigung. Sie haben Spaß dabei, sich auszudrücken.

Die Idee des Gebärdenchores im Elisabeth-Weiske-Heim und in der Wohneinrichtung Lichtblick entstand aus dem Wunsch, gemeinsam zu musizieren, unabhängig von individuellen Fähigkeiten und Einschränkungen des Einzelnen. Im Gebärdenchor singen, tanzen und gebärden BewohnerInnen mit unterschiedlichen musikalischen, kommunikativen und motorischen Fähigkeiten zusammen. Die Idee des gemeinschaftlichen Musizierens lässt sich am besten umsetzen, indem jeder das tut, was er am besten kann.

Dadurch entsteht Raum, in dem der Spaß am Musizieren im Vordergrund steht und jeder sich seiner eigenen Wichtigkeit und Wirksamkeit beim gemeinsamen Tun bewusst wird.

Auch die öffentlichen Auftritte tragen dazu bei, dass das Selbstbewusstsein deutlich steigt und die SängerInnen sich ihrer Wertigkeit bewusst werden, so dass selbst BewohnerInnen mit schwierigen Verhaltensweisen lernen, sich bei Auftritten angemessen zu verhalten.

Trotz allem Spaß und der Freude am Musizieren ist das Erlernen der Gebärden harte Arbeit. Im Gebärdenchor werden die vermittelten Gebärden in spielerischer Atmosphäre in Verbindung mit Musik zum Einsatz gebracht und für die Übertragung in den Alltag in der Wohngruppe geübt. Dieser Anstrengung sind sich unsere kleinen und großen Künstler jedoch kaum bewusst. Die so gelernten Gebärden setzen sie im Alltag der Wohngruppe ein. Sie verständigen sich besser, sie drücken sich besser aus und stellen ihre Wünsche und Bedürfnisse deutlicher dar. Damit bilden die im Chor neu geweckten kommunikativen Fähigkeiten ein

Eingangstor zur weitestgehenden Selbstbestimmung. Die SängerInnen erkennen ihre eigene Wirkung, lernen ernst genommen zu werden und übernehmen Verantwortung für ihr Handeln.

Aufruf

Im Nachklang unseres Auftrittes im Rahmen der DRK-Tagung wurden wir angeregt, einen klangvollen Namen für die beiden Gebärdenchöre, die manchmal auch zusammen singen, zu finden. Wir empfinden das als nächsten logischen Schritt: Die SängerInnen haben im und mit dem Chor ihre Wertigkeit neu entdeckt. So soll auch der Gebärdenchor mit einem schönen Namen honoriert werden.

Helfen Sie uns dabei und senden Sie Ihre Vorschläge an schmuecks@drk-berlin.net

Eine Stimme für den Gebärdenchor

Heinz Knoche

Was ist es, was den Auftritt dieses besonderen Chores so faszinierend macht?

Es ist sicher nicht die Schönheit der Stimmen, nicht die Anmut der Bewegung, nicht die Stimmigkeit der Choreografie. Der Chor überzeugt weder als Chor noch als Ballett. Aber er gefällt durch die Unmittelbarkeit des Ausdrucks: eines Ausdrucks von Lebensfreude. Durch die Ungezwungenheit der Sängerinnen und Sänger. Durch die Rücksichtslosigkeit, mit der er alle Erwartungen der Zuschauer an einen guten Chor oder ein gutes Ballett zurückweist. Durch die Konsequenz, mit der sich die Akteure in den Vordergrund spielen, die nicht einmal vorgeben, vor allem für ein Publikum zu singen. Durch die Disziplinlosigkeit und Hemmungslosigkeit des Auftritts: keine Spur von Lampenfieber, kein Hauch von Angst, den richtigen Ton nicht zu treffen. Keine Sorge um den korrekten Text. Nein, das alles nicht. Dafür aber pure Begeisterung am eigenen und am gemeinsamen Tun! Manch eine oder einer im Publikum mag sich gedacht haben: Wenn so zu singen überall ginge, dann wäre ich auch gerne in einem Chor! Dann das Repertoire: „Theo“, das Lied vom Bananenbrot. Ein Lied mit äußerst anspruchsvoller Rhythmik, mit komplizierten Pausierungen – alles kein Problem. Danach der Schlagerklassiker von Cliff Richard „Rote Lippen soll man küssen“. Ein Text, der sich in Zeiten der Allgegenwart des Themas „Sexualisierte Gewalt“ in der Sozialen Arbeit mit Minderjährigen und „Schutzbefohlenen“ durch eine geradezu provokante, unverschämte, erfrischend freche Direktheit im Umgang mit Sexualität auszeichnet. Dass die das dürfen! Der Chor berührt auch durch die Fragen, die er an uns verklemmte Nichtsinger stellt. Was sind unsere Vorstellungen von Perfektion, von Schönheit? Die so entstehende Kommunikation der (Lebens-)Künstler mit den Zuhörern macht diese zu mehr: nämlich zu Nach- und Mitdenkenden, zu Lernenden. Wer hätte das gedacht! Dass die oft beschworene „Wertschätzung von Vielfalt“ und die „Ressourcenorientierung“ so unmittelbar erfahrbar werden, dafür verdient der Chor und jedes einzelne seiner Mitglieder einen stürmischen Applaus. Verdient hätte er aber auch einen klangvolleren Namen.

Möglichkeiten der Teilhabe am Arbeitsleben

Margit Schlottmann

Nach einer längeren Abwesenheit freue ich mich stets wieder auf die Arbeit, auf die Kollegen und Kolleginnen und frage mich gespannt, was es wohl an Neuigkeiten gibt. Ich denke, so geht es auch anderen Menschen. Arbeit ist mehr als eine Notwendigkeit zum Verdienen der täglichen Brötchen. Der Mensch braucht die Arbeit sowie den Umgang mit anderen. Arbeit gibt dem Leben eine feste Struktur für den Tag, die Woche, das Jahr. Kontakte, soziale Integration und Anerkennung werden ermöglicht. All dies und die Erwirtschaftung eines eigenen Einkommens tragen zur Zufriedenheit und zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls bei. Nicht zuletzt profitiert die Volkswirtschaft durch Zahlung von Steuern, Sozialversicherungsbeiträgen und höherem Konsum.

Die Arbeitssituation psychisch erkrankter Menschen ist – wie die meisten von uns wissen – nicht so positiv wie es zu ihrer psychischen Stabilisierung wünschenswert wäre. Der Eingliederung von behinderten Menschen in den ersten Arbeitsmarkt stehen mehr Barrieren gegenüber als bei Menschen ohne Behinderungen. Mögliche Ursachen sind auf der Arbeitgeberseite zum Beispiel in der Unkenntnis über psychische Störungen oder in Vorbehalten und begrenzter Akzeptanz im Kollegenkreis zu finden. Bei den psychisch Erkrankten spielen eine tatsächlich herabgesetzte Leistungsfähigkeit, ein ungünstiger beruflicher Werdegang bzw. fehlende Qualifikationen und Ängste eine Rolle.

Welche Hilfen kann hier die Bundesagentur für Arbeit (BA) anbieten?

Für die Vermittlung in Arbeit stehen im Arbeitgeberservice der Agenturen für Arbeit (BA) für schwerbehinderte Menschen (mit einem anerkannten Grad der Behinderung von mindestens 50) und für Rehabilitanden und Rehabilitandinnen spezialisierte Vermittler zur Verfügung, die mit den besonderen Hilfen, die für den betreuten Personenkreis gewährt werden können, vertraut sind. Des Weiteren ist die BA Kostenträger für Leistungen zur beruflichen Rehabilitation. Die berufliche Rehabilitation soll Schwierigkeiten beseitigen oder mildern, die aufgrund einer Behinderung die Berufsausbildung oder Berufsausübung erschweren oder unmöglich

erscheinen lassen. Neben der BA gibt es andere Kostenträger, wie z.B. die Deutsche Rentenversicherung (DRV). Die DRV ist zuständig für Rehabilitanden und Rehabilitandinnen, die bereits 15 Jahre und mehr versicherungspflichtig tätig waren.

Im Rahmen der beruflichen Rehabilitation werden sowohl in der Ersteingliederung für Jugendliche als auch in der Wiedereingliederung Leistungen zur beruflichen Qualifizierung erbracht. Erforderlich ist eine vorherige Antragstellung und Anerkennung als RehabilitandIn durch die zuständige Rehabilitationsberatungskraft.

Rechtsgrundlage ist u.a. § 33 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch. Sinngemäß heißt es: Individuell erforderliche Leistungen werden erbracht, um die Erwerbsfähigkeit behinderter Menschen herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst dauerhaft zu sichern. Dabei werden Eignung und Neigung der AntragstellerInnen berücksichtigt. Anwendung findet auch der Grundsatz: So normal wie möglich – so speziell wie erforderlich. Es ist also möglich, Schulungsmaßnahmen mit erfahrenem Fachpersonal in Einrichtungen für psychisch behinderte Menschen zu fördern.

Ersteingliederung

Leistungen der Ersteingliederung beginnen bereits während der Schulzeit mit der Berufsorientierung und setzen sich mit der Berufsberatung fort. Die Eignung der Jugendlichen wird durch die Fachdienste (ärztlicher Dienst, berufspsychologischer Service) der BA und zum Teil durch Arbeitserprobungen/ Berufsfindungsmaßnahmen bzw. andere Diagnoseinstrumente festgestellt. Gefördert werden können Berufsvorbereitungsmaßnahmen sowie betriebliche und überbetriebliche Ausbildungen, an die sich die Vermittlung in Arbeit bzw. die Aufnahme einer Tätigkeit anschließt. Spezialisiert auf den Personenkreis der psychisch behinderten Jugendlichen hat sich zum Beispiel das Berufsbildungswerk des Rotkreuzinstitutes in Berlin Kladow. Sollte eine qualifizierte Ausbildung nicht realisiert werden können, kann eine Maßnahme der Unterstützten Beschäftigung oder im Berufsbildungsbereich einer Werkstatt für behinderte Menschen in Frage kommen.

Wiedereingliederung

Die Wiedereingliederung von Rehabilitanden und Rehabilitandinnen ins Arbeitsleben verläuft in vergleichbaren Phasen. Nach der Antragstellung und Einschaltung der Fachdienste sowie der Beratung in den Agenturen für Arbeit (AA) wird für den Personenkreis der psychisch Behinderten häufig eine erweiterte, längerdauernde Arbeitserprobung bei spezialisierten Bildungsträgern zur Eignungsabklärung angeboten. Das hilft sowohl dem Kostenträger als auch den Betroffenen bei der Entscheidungsfindung. Häufig wird dann zum Beispiel eine Vorbereitungsmaßnahme in einem Beruflichen Trainingszentrum (BTZ) empfohlen. In Berlin und Brandenburg haben wir mittlerweile ein ausreichendes Angebot an derartigen Plätzen, so dass nur geringe Wartezeiten entstehen. Sollte das Berufliche Training noch nicht zu einer Wiedereingliederung geführt haben, kann eine zusätzliche Qualifizierungsmaßnahme oder Umschulung in Frage kommen. Ziel ist in jedem Fall die Einmündung in Arbeit. Die Bildungsträger arbeiten im vereinbarten Absolventenmanagement zur frühzeitigen Vermittlung nach Abschluss einer Maßnahme eng mit den AA zusammen.

Finanzielle Hilfen

Während einer Maßnahme der beruflichen Rehabilitation gewährt der Kostenträger an Rehabilitanden und Rehabilitandinnen individuelle finanzielle Hilfen, wie zum Beispiel die Übernahme der Weiterbildungskosten (Lehrgangskosten, Fahrkosten, Kinderbetreuung). Zur Sicherung des Lebensunterhalts werden je nach Anspruch Ausbildungsgeld, Übergangsgeld oder Arbeitslosengeld bewilligt. Die Leistungen an Rehabilitanden und Rehabilitandinnen können auf Antrag als persönliches Budget ausbezahlt werden.

Ein Arbeitgeber kann bei der Einstellung von Rehabilitanden und Rehabilitandinnen Zuschüsse zur Ausbildungsvergütung oder zur Einarbeitung erhalten. Die Förderung einer Probebeschäftigung oder behinderungsbedingter Arbeitshilfen ist ebenso möglich.

Für Arbeitslose findet die Betreuung in der AA durch den Arbeitgeberservice für behinderte/ schwerbehinderte Menschen statt. Idealerweise haben diese Vermittler Erfahrungen mit der Klientel und können so die für den Personenkreis erweiterten finanziellen Hilfen an Arbeitgeber gezielt anbieten, um die Erfolgsaussichten zu vergrößern. Durch den aufgrund der demografischen Entwicklung prognostizierten zunehmenden Fach-

kräftemangel ist in Berlin von einer Verbesserung der Beschäftigungssituation für behinderte Menschen auszugehen. Arbeitgeber sind eher zu Konzessionen hinsichtlich der Dauer und Verteilung der Arbeitszeit bereit, sofern sie gezielt angesprochen werden.

Der Idealzustand hinsichtlich einer Betreuung der Arbeitsuchenden durch die AA oder Jobcenter ist noch nicht erreicht, aber es wird an der Verbesserung gearbeitet. Um Unzufriedenheit zu vermeiden, möchte ich abschließend einige Tipps anführen: Wahrheit und Offenheit in Gesprächen mit dem Kostenträger helfen, die erforderlichen und passgenauen Leistungen zu identifizieren. Zum Beratungsgespräch kann eine Vertrauensperson mitgebracht werden. Entscheidungen können hinterfragt und sollten nachvollziehbar begründet werden.

Gesetzliche Grundlagen und Informationen können Sie unter www.arbeitsagentur.de (Pfad: Bürgerinnen und Bürger > Menschen mit Behinderung) nachlesen.

Inklusive Ausbildung – die berufliche Rehabilitation von jungen Erwachsenen

Andreas Kather

Das Konzept der Inklusion hat in den letzten Jahren die Debatte nicht nur im Bereich der Schulen, sondern auch im Berufsbildungsbereich belebt. Zugespitzt lautet die Frage: Brauchen wir heute noch Einrichtungen, die für besondere Personengruppen spezielle Unterstützungsangebote bereitstellen müssen? Ungeachtet der Regelungen im Sozialgesetzbuch stellt sich die Frage, was diese besonderen Einrichtungen im Sinne einer Inklusion leisten. In diesem Beitrag wird am Beispiel des Rotkreuz-Instituts Berufsbildungswerk im DRK Berlin gGmbH (RKI BBW) der Versuch unternommen, die Leistungen in Richtung Inklusion in die Arbeitswelt herauszustellen.

These I: Menschen mit einer psychischen Behinderung haben zum überwiegenden Teil keine Chance auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu werden – sie sind exkludiert!

Betrachtet man die Gesamtgruppe der Menschen mit einer psychischen Behinderung dann wird deutlich, dass nur vergleichsweise wenige Menschen einer Erwerbsarbeit auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen bzw. eine Ausbildung/ Umschulung in einem Berufsbildungs- oder Berufsförderungswerk absolvieren:

Kategorie	% - Anteil
Aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind	ca. 45% bis 50%
Vollbeschäftigt sind	ca. 5,6%
Teilzeitbeschäftigt sind	ca. 6,5%
Geschützter Arbeitsplatz	ca. 20%
Berufliche Reha-Maßnahmen BTZ, BfW, BBW, WfB	ca. 5%
Unbekannt / Anderes	ca. 12% bis 15%

Kemmer, Holger; Steier-Mecklenburg, Friederike: Wiedereingliederung in Arbeit – Methodik und Ergebnisse am Beispiel des BTZ Köln. In: Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben. Hrsg. v. Hermann Mecklenburg und Joachim Storck. Psychiatrie Verlag GmbH, Bonn 2010, S. 187-202.

Die Teilhabemöglichkeiten der Rehabilitanden des RKI BBW waren vor Beginn ihrer Ausbildung ähnlich gering. Bei einer Analyse der Absolventen, die im Jahr 2012/ 2013 ihre Ausbildung erfolgreich beendet hatten, wurde deutlich, dass etwa 50 Prozent aller Absolventen bereits erfolglos einen Ausbildungsversuch beendet und rund 25 Prozent davon zwei oder mehr Ausbildungsversuche unternommen hatten.

Darüber hinaus ist in den letzten drei bis fünf Jahren zu beobachten, dass die Zahl der Rehabilitanden, die im RKI BBW beginnen, Mehrfachbeeinträchtigungen aufweisen:

- 70 Prozent aller Rehabilitanden haben Doppel-/ Dreifachdiagnosen.
- Mindestens 30 Prozent aller Rehabilitanden haben oder hatten eine Problematik im Bereich der Abhängigkeitserkrankung.
- Ein erheblicher Teil der Rehabilitanden hat Schwierigkeiten Lerninhalte aufzunehmen oder zu verarbeiten.

Nach Diagnosen verteilt ergibt sich folgendes Bild: 25 Prozent der Rehabilitanden sind an einer Psychose erkrankt, 40 Prozent der Rehabilitanden leiden unter einer Persönlichkeitsstörung und rund 35 Prozent der Rehabilitanden weisen Symptome im Rahmen einer neurotischen Entwicklung, teilweise mit psychosomatischen Symptomen auf.

These II: Um die Teilhabemöglichkeiten von Menschen zu erweitern, die auf Grund ihrer gesundheitlichen und sozialen Situation nur geringe Zugangsmöglichkeiten zum Ausbildungs- und Arbeitsmarkt haben, bedarf es gesonderter Maßnahmen bzw. des Einsatzes spezifischer Mittel, die exklusiv auf die Rehabilitanden zugeschnitten sind.

Der Gedanke der Inklusion muss auf das Ergebnis der besseren Wahrnehmung der Teilhabemöglichkeiten auf dem Arbeitsmarkt zielen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist der Einsatz von Mitteln und Maßnahmen erforderlich, die hochgradig spezifisch und damit exklusiv auf die jeweiligen Rehabilitanden bzw. Rehabilitandengruppe ausgerichtet sein müssen. Wesentlich ist hier jedoch die Frage, ob diese Mittel auf die Zielerreichung, Inklusion in die Arbeitswelt, abzielen oder eher eine Separierung bzw. allenfalls die Integration zum Ziel haben.

Spezifische Förderelemente des RKI BBW für die besonderen Bedarfe der Rehabilitanden

Die Ausbildung und Vermittlungsperspektive sind eng verzahnt: Neben den qualifizierenden Elementen in der Ausbildung wird während der Ausbildung durch sogenannte „vermittlungsrelevante Bausteine“ dafür Sorge getragen, dass sich die Chancen, in ein Arbeitsverhältnis vermittelt zu werden, erhöhen. Dazu zählen u.a. der Pkw-Führerschein, der ECDL-Führerschein, der Gabelstaplerführerschein, die Zusatzqualifikation in Wirtschaftsenglisch, die Coaching-Beratung „Fit für den Arbeitsmarkt“.

Die Ausbildung ist auf die individuellen Bedarfe der Rehabilitanden ausgerichtet: Hierzu gehören z.B. die individuelle Entwicklung und Förderung bei Teilleistungsstörungen sowie die Teilnahme an einer Teilzeitausbildung, was sich insbesondere bei jungen Müttern bewährt hat. Das Angebot einer theoriereduzierten Ausbildung ist für die Rehabilitanden besonders geeignet, denen die Aneignung von komplexeren theoretischen Sachverhalten eher schwerfällt.

Die für den Ausbildungserfolg wirksamen Bereiche Ausbildung, Wohnen und Schule werden spezifisch integriert: Der Ausbilder weiß um die Lernschwierigkeiten des Rehabilitanden in der Schule und kann in der praktischen Arbeit einen neuen Zugang zu dem Lernstoff eröffnen. In regelmäßigen Fördergesprächen werden die Erfahrungen aus den unterschiedlichen Perspektiven ausgewertet.

Es gibt spezielle Angebote, die auf die gesundheitliche Stabilisierung und Entwicklung praxisrobuster Kompetenzen abzielen: Zur Verbesserung der Kompetenzen im Umgang mit sich selbst und mit anderen werden gezielte Kurse u.a. zur Gesundheitsprävention („Psychoedukation“) angeboten. Psychologen, Sozialarbeiter, Lehrer und Ausbilder unterstützen die Rehabilitanden dabei, alle Hindernisse aus dem Weg zu räumen, die den beruflichen Ausbildungserfolg gefährden könnten.

These III: Mittels des Konzepts der „Verzahnten Ausbildung mit Berufsbildungswerken“ wird die Inklusion in die Arbeitsrealität gezielt gefördert.

Mit dem Ziel, die Verzahnung zwischen den Berufsbildungswerken und den Betrieben/Unternehmen zu forcieren, wurde das Konzept Verzahnte Ausbildung mit Berufsbildungswerken (VAmB) entwickelt. Es weist folgende zentrale Merkmale auf:

- Auszubildende, die sich in der verzahnten Ausbildung VAmB befinden, absolvieren mindestens sechs und längstens 12 Monate ihrer Ausbildungszeit in einem Betrieb.
- Der Betrieb ist mit dem Berufsbildungswerk einen Kooperationsvertrag eingegangen und übernimmt konkret vereinbarte Ausbildungsinhalte.
- Der betriebliche Ausbilder und der Auszubildende des Berufsbildungswerks (BBW) werden durch die Sozialpädagogen, Ausbilder und Psychologen des RKI BBW unterstützt und begleitet.
- Ziel ist eine optimale Vorbereitung des Rehabilitanden auf die Anforderungen des ersten Arbeitsmarktes. Er soll Einblicke in betriebliche Abläufe erhalten, Fertigkeiten betrieblicher Praxis erlangen und damit seine Integrationschance verbessern.
- Gegenwärtig sind 19,5 Prozent aller Rehabilitanden des RKI BBW an dem „VAmB-Modul“ beteiligt.

These IV: Entscheidend ist allein der Inklusionserfolg nach der Beendigung einer beruflichen Ausbildungsmaßnahme. Hier sollte jedoch neben dem Leistungsergebnis (gelungene Integration in ein Arbeitsverhältnis) auch die Erweiterung der Beschäftigungsfähigkeit besondere Berücksichtigung finden.

In den letzten Jahren wurde in einer Reihe von Forschungsprojekten der Frage nachgegangen, was besonders günstige versus ungünstige Bedingungen für die berufliche Rehabilitation für Menschen mit einer psychischen Behinderung sind:

Variablen, die sich in mehr als drei Studien als signifikante Prädiktoren bestätigen	Variablen, die in mindestens drei Studien keine signifikante Zusammenhänge aufweisen
Soziale Fertigkeiten (11/0)	Bildung (0/3)
Allgem. prämorbid Anpassung (6/0)	Geschlecht (2/5)
Prämorbid berufliche Performanz (7/3)	Diagnose (3/5)
Psychiatrische Symptomatik (10/6)	
Kognitives Funktionsniveau (4/2)	

Quelle: Kemmer, Holger; Steier-Mecklenburg, Friederike: Wiedereingliederung in Arbeit – Methodik und Ergebnisse am Beispiel des BTZ Köln. In: Handbuch berufliche Integration und Rehabilitation. Wie psychisch kranke Menschen in Arbeit kommen und bleiben, hrsg v. Hermann Mecklenburg und Joachim Storck, Psychiatrie Verlag GmbH, Bonn 2010, S. 187 - 202.

Was führt zur Teilhabe am Arbeitsleben? Erfahrungen des RKI BBW

Bisher ist das RKI BBW der Frage noch nicht systematisch nachgegangen, was Erfolgsindikatoren bei der beruflichen Rehabilitation von jungen Menschen sind. Eine Befragung der an der Ausbildung beteiligten Mitarbeiter ergab jedoch folgende wichtige Bereiche. Zum einen sollte eine ausreichend ausgeprägte und stabile Grundarbeitsfähigkeit (Zuverlässigkeit, Belastbarkeit, Motivation, etc.) vorhanden sein. Es sollte eine gesundheitliche Stabilität gegeben sein, die die Rehabilitanden in die Lage versetzt, frühzeitig die Anzeichen für eine erneute Erkrankung zu erkennen sowie die Belastungsfaktoren zu identifizieren. Eine positive Erwartungshaltung und die Unterstützung durch Familie sowie das soziale Umfeld begünstigen den Ausbildungserfolg. Zu guter letzt sollte eine tragfähige berufliche Zielsetzung gewählt werden.

Berufliche Teilhabeerfolge

Das RKI BBW ist ebenso wie die 51 anderen Berufsbildungswerke in Deutschland eine besonders produktive „Inklusionsmaschine“.

- 98 Prozent aller Rehabilitanden, die ihre Ausbildung im RKI BBW absolvieren, erreichen den Abschluss.
- Etwa 20 bis 30 Prozent erzielen eine Abschlussnote, die über dem IHK-Durchschnitt liegt.
- 40 -50 Prozent der Rehabilitanden erhalten ein halbes Jahr nach Ende der Ausbildung einen Arbeitsplatz auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

Von besonderem Wert sind die Erfahrungen, die sich nicht unmittelbar in den oben genannten Zahlen widerspiegeln. Dazu ist eine robuste Beschäftigungsfähigkeit zu zählen. Von Absolvententreffen wissen wir, dass Rehabilitanden auf Grund der intensiven Auseinandersetzung mit Bewerbungsstrategien und dem systematischen Training der sozialen Kompetenzen nach dem Auslaufen eines Zeitvertrages schnell wieder einen neuen Arbeitsplatz finden.

Aus persönlicher Sicht: Werkstätten und ihre Grenzen

Peter Koch

Werkstätten sind eine Beschäftigungsmaßnahme für Menschen mit Behinderungen aller Art, auch für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Die Werkstätten sollten für die verschiedenen Arten von Behinderungen Arbeit anbieten, die genau zu der Behinderung und den Leistungsstärken des Menschen passt. Die Beschäftigten sollten frei entscheiden können, wo sie arbeiten und was sie da lernen wollen. Die Arbeit in einer Werkstatt sollte man wertschätzen. Es ist auch egal wie hoch die Leistung ist. Es ist wichtig, dass die Menschen zufrieden sind und sich wohl fühlen.

Die Angebote von Bildung oder Weiterbildung in den einzelnen Teilen der Werkstatt sind jedoch begrenzt. Es kommt auch auf die Beschäftigten an: was sie wollen und sie müssen es sagen. Die Werkstatt sollte keine Haltestelle sein. Es sollten zum Beispiel Außenarbeitsplätze und Praktika angeboten werden, da diese Angebote zur Leistungssteigerung und Lernsteigerung gebraucht werden. Hier sollten jedoch die Beschäftigten, die lieber in der Werkstatt bleiben möchten, berücksichtigt werden. Die Lern- und Weiterbildungsangebote in der Werkstatt sollten eigenständiges und selbständiges Arbeiten fördern. Das sollte ihr Ziel sein. Die Fortbildungen sollten so gestaltet sein, dass man Schritt für Schritt seinen Weg selbst findet. Die Beschäftigten sollen dann selbst entscheiden, ob sie auf dem sogenannten Offenen Arbeitsmarkt arbeiten können und wollen oder nicht.

Mein Ziel ist es, einen sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplatz zu bekommen. Ich habe für mich in den zehn Jahren, in denen ich in einer Werkstatt arbeite, herausgefunden, wo meine Stärken und Schwächen liegen. Aber jetzt merke ich: Ich kann hier meine Persönlichkeit nicht mehr weiterentwickeln. Ich möchte in Zukunft als normaler Mitarbeiter anerkannt werden. Ich kämpfe schon seit zwei Jahren darum, einen richtigen Arbeitsplatz in der Werkstatt, in der ich beschäftigt bin, zu bekommen. Die Weiterentwicklung der Bildung ist aus meiner Perspektive noch lange nicht ausgereift. Was ist gute Arbeit? Ich kann sagen, die Werkstatt macht alles und bietet Möglichkeiten an, die sie anbieten kann. Der Lohn, den ich bekomme, richtet sich nach Leistung und Produktivität aller Beschäftigten. Das heißt, ich kann alles geben und verdiene nicht mal 300 Euro im Monat. Um in der Gesellschaft zu leben, muss ich mich bilden. Das heißt in der Zukunft einen Arbeitsplatz suchen, mit dem ich so viel Geld verdiene, dass ich mein Leben gestalten kann.

Koordination und Vernetzung psychosozialer Versorgung – Die Notwendigkeit flächendeckender Angebote

Matthias Rosemann

Die Koordination von Hilfen ist ein ebenso altes Thema der Psychiatriereform wie die Frage der Vorhaltung flächendeckender Angebote. Beide Aspekte finden sich sowohl in der Psychiatrieenquete aus den 1970ern wie auch im Bericht der Expertenkommission der Bundesregierung aus den 1980er Jahren.

Hilfesystem oder Hilfemarkt?

Wir haben es grundsätzlich mit zwei miteinander verknüpften Problemkreisen zu tun: Das System verschiedener Leistungs- und Kostenträger mit ihren unterschiedlichen Zuständigkeiten und das System der verschiedenen Leistungserbringer und Anbieter.

Unser Hilfesystem ist in mehrere Säulen gegliedert:

- Arbeit und Beschäftigung: Dazu gehören Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, zum Erhalt eines Arbeitsplatzes und zur Vermittlung in Arbeit, aber auch alle Hilfen, um mit einer sinnstiftenden Tätigkeit nützlich für andere Menschen zu werden.
- Behandlung: Darunter sind alle Leistungen zur ambulanten, teilstationären oder stationären Behandlung zu fassen, die ärztliche oder nicht-ärztliche, aber ärztlich verordnete Leistungen sind, genauso wie Psychotherapie, medizinische Rehabilitation und häusliche Krankenpflege.
- Pflege: Damit sind alle Leistungen zur Pflege im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung zu verstehen.
- Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft: die klassischen Leistungen der Eingliederungshilfe dürften zu den vielgestaltigsten und vielfältigsten Leistungen gehören.

- Beratung: Neben der klassischen Ehe-, Familien- und Lebensberatung sind hier spezifische Beratungsangebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verstehen, ebenso wie Angebote zur Krisenhilfe und zur Vermittlung von Hilfen. Auch offene Treffpunkte sind hierunter zu fassen.

Diese Aufteilung ist zunächst eine sehr grobe und sie wird erst verständlich, wenn sie mit den Leistungsträgern unseres Systems der sozialen Sicherung verglichen werden. Zunächst scheint es so, als seien alle Leistungen je einem Leistungsträger zuzuordnen:

- Arbeit und Beschäftigung in der Zuständigkeit der Agentur für Arbeit und – seit einigen Jahren – in der abzugrenzenden Zuständigkeit der JobCenter,
- Behandlung in der Zuständigkeit der Krankenversicherung, Pflege in der Zuständigkeit der Pflegeversicherung,
- Teilhabe an der Gemeinschaft in der Zuständigkeit der Sozialhilfe,
- Beratung als Aufgabe des Staates.

Leider stellt sich bei näherer Betrachtung das System als weit komplexer heraus. So sind die Abgrenzungen zwischen Rentenversicherung und Agentur für Arbeit bei der Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung zu beachten, die Abgrenzungen zwischen Krankenversicherung und Rentenversicherung bei der medizinischen Rehabilitation, die Rolle der Eingliederungshilfe bei Leistungen zu Arbeit und Beschäftigung zum Beispiel in den Werkstätten für Menschen mit Behinderungen oder die vielfältigen Abgrenzungsfragen zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei unterschiedlichen Leistungen. Der Staat tritt immer nur so weit mit seinen Angeboten ein, wie es der Haushaltslage der jeweiligen Kommune oder des jeweiligen Bundeslandes entspricht, meist der Auffassung folgend, dass diese Leistungen freiwillig seien und damit jederzeit dem Finanzierungsvorbehalt unterlägen. Ob diese Auffassung seit dem Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) noch aufrecht zu erhalten ist, wird immer häufiger diskutiert (Marschner 2013). Dieses Gesamtsystem ist, um eine zurückhaltende Formulierung zu gebrauchen, komplex und für den Laien unübersichtlich.

Es erfährt jedoch noch eine weitere Komplikationsebene: In vielen

Regionen sind mehrere Anbieter von bestimmten Leistungen anzutreffen, die hinsichtlich ihres Profils, ihrer Qualität und ihrer Unterschiedlichkeit oft nur von Fachleuten zu beurteilen sind. Dieses Phänomen ist in Ballungsräumen sehr viel stärker ausgeprägt als in ländlichen Räumen. So ist zum Beispiel im Rheinland fast überall eine sehr große Zahl von Anbietern im Rahmen des Betreuten Wohnens tätig. Es ist für Unkundige schon schwer genug, zu beurteilen, was Betreutes Wohnen ist, wer es unter welchen Bedingungen finanziert und wie man zu der Leistung kommt. Dann noch die verschiedenen Anbieter zu unterscheiden, ist für NutzerInnen und/oder ihre Familien kaum möglich – jedenfalls solange sie nicht in hohem Maße Psychiatrie-erfahren sind. Natürlich finden wir Regionen, die weniger den Charakter eines unübersichtlichen Dschungels haben, sondern eher an Oasen in Wüsten erinnern. Nicht überall ist das Leistungsangebot so ausgebaut, dass für die betroffenen Menschen tatsächliche Wahlmöglichkeiten bestehen. Doch auch dann herrscht oft Verwirrung: Was ist ambulant betreutes Wohnen im Unterschied zum Heim, was unterscheidet ein Pflegeheim von einem Heim der Eingliederungshilfe, in welcher Einrichtung (oder Hilfeform) werden dem Mensch mit Beeinträchtigung oder seiner Familie welche Eigenanteile zugemutet, etc.?

Dennoch ist die Situation politisch gewollt: Der Gesetzgeber und die Leistungsträger haben in den zurückliegenden Jahren vielfältig darauf hingewirkt, dass ein Markt von Angeboten und Anbietern entsteht. Am deutlichsten ist dies in der Pflege nachzuvollziehen. Genauso werden die Leistungen zur Behandlung, zur Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung und zunehmend auch zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft – meist aus Gründen der Kostendämpfung – immer mehr Marktmechanismen unterworfen. Marktmechanismen kommen zum Beispiel zum Tragen, wenn die regionalen Einkaufszentren der Agentur für Arbeit Leistungen ausschreiben und einkaufen. Sie werden zunehmend deutlich im Gesundheitsbereich, wenn zum Beispiel die Krankenhäuser miteinander um attraktive Patientengruppen konkurrieren und dazu besondere Behandlungszentren schaffen. Die Träger der Sozialhilfe wünschen sich ebenfalls oft mehr Markt, weil sie glauben, dann mehr Leistung für weniger Geld zu erhalten. Nun entsteht daraus ein Problem für die nachfragenden Bürger. Märkte sind sinnvolle Regulative, wenn ein Gleichgewicht zwischen Nachfragenden und Anbietenden besteht und der Nachfrage ein tatsächlicher Markt mit Wahlmöglichkeiten gegenüber steht. Dass dies schon im allgemeinen Wirtschaftsleben nicht immer funktioniert, kann man an den Konzentrationsprozessen in Teilen des Einzelhandels (zum Beispiel Elektronikfachmärkte)

oder an den Tankstellen erkennen. Aber wenn die nachfragende Person und der Kosten- (oder Leistungs-)träger unterschiedlich sind, wie das im Feld der sozialen Dienstleistungen sehr oft der Fall ist, entstehen ganz andere Mechanismen von Märkten.

Psychisch kranken Bürgern und ihren Familienangehörigen hilft der Markt aus ganz anderen Gründen sehr oft nicht:

- Vielfach wird die Hilfe dann nicht gesucht, wenn sie am wirkungsvollsten wäre, also zu Beginn einer Erkrankung, zum Beispiel weil die Probleme nicht als psychische oder nicht als behandelbare identifiziert werden.
- Manche Menschen mit Hilfebedarf haben kein subjektives Bedürfnis nach Hilfe, weil sie sich in ihrer Situation gut fühlen (zum Beispiel bei manischen Erkrankungen, bei manchen Ausprägungen von Psychose oder bei Magersucht).
- Manchen Menschen oder ihren Familien ist es peinlich, nach Hilfen zu suchen oder ärztlichen Rat einzuholen. Auch die Sozialpsychiatrischen Dienste werden wegen ihrer Nähe zum Gesundheitsamt nicht immer als Hilfeangebot wahrgenommen.
- Vorurteile und Stigmata tragen dazu bei, dass „man“ nicht „dazu“ gehören möchte. So besteht die Sorge, dass die Nachbarn oder die Kollegen am Arbeitsplatz „davon“ erfahren könnten.
- In Situationen, die oft zur Nachfrage nach Hilfe führen, also besonderen Krisen, haben die Menschen oder ihre Familien nicht mehr die Zeit und oft schon gar nicht die innere Ruhe, sich in den zugänglichen Medien über die möglichen Angebote, ihre Vor- und Nachteile, die Kostenträger und die jeweiligen Anspruchsvoraussetzungen zu informieren.

Dabei soll nicht verkannt werden, dass einzelne Bürger durchaus in der Lage sind, bei Problemen, die einen Aufschub möglich machen, zwischen Anbietern zu vergleichen und zu wählen. Das gilt unter anderem für die Auswahl eines geeigneten Psychotherapeuten oder einer spezifischen Form der Psychotherapie. Sie stellen für die Akutversorgung allerdings nur einen kleinen Ausschnitt aus dem Spektrum von Menschen mit Hilfebedarf dar.

Unser Hilfesystem hat darauf reagiert: Für Kliniken und für Sozialpsychiatrische Dienste wurden Pflichtversorgungsgebiete und Einzugsgebiete definiert, damit wenigstens der Zugang zu den Hilfen nicht durch Barrieren der Anbieter erhöht werden. Für alle anderen Bereiche der Versorgung ist die Versorgungsverpflichtung bisher nur auf freiwilliger Basis der Leistungserbringer geregelt.

Der Gesetzgeber hat darauf ebenfalls in verschiedenen Regelungen reagiert: Der Unzugänglichkeit der Leistungsträger wurden Vorschriften im Sozialgesetzbuch IX entgegengesetzt, welche die Leistungsträger verpflichten, die Klärung von Zuständigkeiten nicht auf den Bürger oder Versicherten zu übertragen, sondern sie in eigener Verantwortung untereinander zu klären. Gleiches gilt für die Fristen, innerhalb derer diese Klärungen zu erfolgen haben. Die gemeinsamen Servicestellen, die die Leistungsträger einzurichten hatten, waren ein entsprechender Versuch, die Klärung der Zuständigkeit nicht auf dem Rücken der Bürger auszutragen. Leider handelt es sich um ein von der Gesetzestheorie gut gedachtes Gesetz mit sehr wenig Umsetzung in der alltäglichen Praxis.

Auch in der Pflege hat der Gesetzgeber an die Undurchsichtigkeit des Hilfesystems gedacht. Bei der Einführung der Pflegestützpunkte wurde diesen in den Aufgabenkatalog geschrieben, dass sie die Bürger nicht nur hinsichtlich möglicher Pflegeleistungen, sondern auch mit Blick auf notwendige und mögliche Rehabilitationsleistungen zu beraten hätten. Erst jüngst ist durch das Patientenrechtegesetz zugleich gesetzlich geklärt worden, dass bei der Beschaffung von Hilfsmitteln Pflegekasse und Krankenkasse untereinander klären müssen, wer die Kosten dafür übernimmt. Dies ist eine Reaktion des Gesetzgebers auf den manchmal untragbaren Zustand, in dem jeder Kostenträger für sich die Kostenübernahme für Hilfsmittel ablehnt und auf den anderen verweist. So manche Familie oder betreute Wohngemeinschaft kann von diesem Problem ein langes Lied singen.

Dennoch bleibt: nur ausgesprochen versierte Expertinnen und Experten sind in der Lage, alle Bereiche von Beratung, Behandlung, Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe und Pflege hinsichtlich ihrer Anspruchsvoraussetzungen, Leistungsangebote, Antragsverfahren und sonstigen Zugangshürden zu überblicken. Unser System hat einen Grad an Komplexität erreicht, der einen einzelnen Anbieter (der Hausarzt oder der Sozialpsychiatrische Dienst seien nur als zwei Beispiele genannt) überfordert. Jüngste Entwicklungen setzen da noch eine weitere Dynamik in Gang. Wer überblickt die vielen verschiedenen Verträge zur Integrierten Versorgung, welche die Krankenkassen heute für ihre Versicherten im Angebot haben?

Dieser Problemaufriss berücksichtigt noch nicht die Komplexität, wenn weitere Leistungsträger und Hilfesysteme zum Tragen kommen, etwa bei jungen Menschen in der Jugendhilfe oder in der Schule.

Aus Sicht der Bürger besteht also das dringende Erfordernis, das Hilfesystem einfach zugänglich zu machen und Strukturen zu schaffen, in denen die Menschen mit Hilfebedarf bei der Koordination der verschiedenen Hilfen unterstützt und begleitet werden. Die Reduktion von Bürgern mit psychischen Erkrankungen auf Verbraucher schafft die Gefahr, dass diejenigen, die nicht als mündige Verbraucher auftreten, „auf der Strecke“ bleiben und letzten Endes im Auffangbecken der Sozialhilfe landen.

Notwendig sind also vernetzte Strukturen, die eine Lotsenfunktion für den Bürger übernehmen, ohne ihn in seiner Entscheidungskompetenz zu entmündigen. Die UN-BRK hat den Staat verpflichtet, angemessene Vorkehrungen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen die Teilhabe zu ermöglichen.

Kooperation zur Minderung von Zwang und Gewalt

Mit Blick auf die aktuellen Themen der Psychiatrie, insbesondere unter dem Aspekt der Anwendung von Zwang und Gewalt, ist die Frage der Notwendigkeit von Kooperationsstrukturen aus einer zweiten Perspektive aufzugreifen. Psychiatrie bewegt sich oft in Spannungsverhältnissen. Ein ganz besonderes besteht zwischen dem Recht auf Autonomie und Selbstbestimmung jedes Menschen und dem Recht auf Teilhabe und Schutz oder Fürsorge für diejenigen, die dieses Recht nicht mehr wahrnehmen können. Selbstbestimmung zu fördern und zu bewahren ist ohne jeden Zweifel der zentrale Auftrag, der sich aus der UN-BRK ergibt. Andererseits erleben Menschen in psychischen Krisen oder bei bestimmten psychischen Erkrankungen Situationen, in denen sie nicht als selbstbestimmte autonome Subjekte handeln können, und bedürfen darin der besonderen Begleitung, um diese Situationen möglichst ohne Erleben von Gewalt zu beenden. Eine derartige Abwägung findet in jedem Fall einer Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung statt, jedenfalls sollte sie in dieser Sorgfalt stattfinden. Dabei sind nicht die Kliniken und die dortige Behandlung gemeint, sondern die häufig in Deutschland stattfindende Unterbringung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in geschlossenen Heimen. Den Unterbringungen gehen in aller Regel Versuche von Unterstützung, Behandlung und Begleitung voraus, die zu dem Ergebnis führen, dass es „so nicht weitergehe“. Nachdem „alles versucht worden sei“, so wird

oft ausgeführt, seien jetzt alle Beteiligten „mit ihrem Latein am Ende“. Sehr oft ist dann von Menschen die Rede, die zwar der Hilfe bedürfen, da sie sich im Rahmen ihrer Erkrankung erheblich selbst gefährden, die aber die angebotenen Hilfen ablehnen. Es ist nicht schwer, in einem Kreis von Psychiatrie-Fachleuten das Gespräch auf Menschen zu bringen, die zu diesem Ende der fachlichen Kompetenz geführt haben. Dabei fällt allerdings auf, dass die Perspektive, aus der dieser Grenzzustand beschrieben wird, regelmäßig die einer einzelnen Einrichtung, eines Dienstes oder eines Teams ist. Manchmal sind es mehrere Einrichtungen, die sich nacheinander mit dem betreffenden Menschen befasst haben. Die Erfahrungen mit der Gestaltung von individuellen Hilfen für Menschen mit besonders herausforderndem Verhalten zeigen jedoch, dass hinter diesen Aussagen regelhaft die Überforderung der einzelnen Einrichtung, des Dienstes oder des Teams steht.

Wirkungsvolle Hilfe findet jedoch statt, wenn die verschiedenen Einrichtungen und Dienste in einer Region gemeinsam Verantwortung übernehmen, die Hilfen dem Betreffenden individuell gerecht werden, die Hilfen koordiniert und abgestimmt sind und wenn sie persönlich und verlässlich und – natürlich – fachlich kompetent erbracht werden. Das bedeutet, dass für außergewöhnliche Situationen außergewöhnliche Lösungen gefunden werden müssen und auch gefunden werden, wenn sich die beteiligten Akteure auf eine gemeinsame Verantwortung einlassen sowie Hilfen entsprechend gestalten (Sprenger 2012). Individuelle Lösungen für besondere Situationen zu finden, setzt eine Begegnung der Beteiligten auf gleicher Augenhöhe und mit der Bereitschaft, einander zuzuhören voraus. Wenn in solchen personenbezogenen Hilfekonferenzen besondere individuelle Wege gefunden und gegebenenfalls vereinbart werden, entsteht das Bewusstsein von gemeinsamer Verantwortung (Übernahme einer Versorgungsverpflichtung). Dabei ist eine Wechselwirkung festzustellen: In einer Gruppe von Fachleuten aus verschiedenen Einrichtungen eine individuell angemessene, möglicherweise unkonventionelle Lösung für einen besonders schwierigen Einzelfall zu erarbeiten, führt zu einer gemeinsamen Grundhaltung von Verantwortung. Gleichzeitig ist diese gemeinsame Grundhaltung teilweise schon erforderlich, um die Begegnung überhaupt möglich zu machen. Wesentlich dafür ist, dass Kostenträger individuelle Wege mitgehen. Strukturelle Voraussetzungen für solche Grundhaltungen sind zum Beispiel in den Gemeindepsychiatrischen Verbänden (GPV) zu finden, die sich auf einen gemeinsamen Weg der Qualitätsentwicklung im psychiatrischen Hilfesystem begeben haben und dabei die Schnittstellen zwischen verschiedenen Anbietern und Leistungssystemen im Blick haben.

Vernetzung als Voraussetzung

Es zeigt sich aus verschiedenen Perspektiven, dass lockere Kooperationsstrukturen im psychiatrischen Hilfesystem nicht mehr ausreichen. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, Psychiatriebeiräte, Facharbeitsgemeinschaften leisten einen wichtigen Beitrag zum Aufbau von notwendigen Hilfen. Sie reichen aber für die Lösung der genannten Aufgaben nicht aus. Aus diesen Gründen sind in den letzten Jahren an vielen Orten Gemeindepsychiatrische Verbände (GPV) entstanden. Unter einem GPV wird der verbindliche Zusammenschluss der wesentlichen Leistungserbringer einer definierten Region (meist eines Landkreises oder einer kreisfreien Stadt) verstanden. Dabei kommt es entscheidend auf das Maß der Verbindlichkeit an: Alle GPVe, die sich zur Mitgliedschaft in der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. (BAG GPV) entschlossen haben, gestalten diese Verbindlichkeit entweder über eine Kooperationsvereinbarung oder die Satzung eines Vereins. Die Verbindlichkeit wird durch die bewusste Entscheidung der Mitgliedsorganisationen im Verbund hergestellt, indem die zur Rechtsvertretung legitimierten Vertreter der Organisationen diese Satzung oder Kooperationsvereinbarung unterschreiben. Die Verbindlichkeit entfaltet dann entsprechende Wirkung in den einzelnen Organisationen. Die Verfahrensstandards, Regelungen und Vereinbarungen, die im GPV erarbeitet werden, werden dann in der Organisation umgesetzt. In diesem Sinn ist der GPV ein Instrument einrichtungs- und trägerübergreifender Qualitätssicherung.

Gemeindepsychiatrische Verbände konstituieren sich nicht als Selbstzweck, sondern sie verfolgen gemeinsame Ziele, die in den Satzungen oder Kooperationsvereinbarungen beschrieben sind. Dabei geht es um die Verbesserung der Qualität der psychiatrischen Versorgung, vor allem an den Schnittstellen und Übergängen zwischen verschiedenen beteiligten Einrichtungen und Diensten. Das übergeordnete Ziel aller Gemeindepsychiatrischen Verbände ist stets, jedem psychiatrisch hilfebedürftigen Bürger die für ihn individuell passenden Hilfen zugänglich zu machen. Das beinhaltet einen zweifachen Auftrag: für jeden Bürger mit einem Hilfebedarf eine individuell passende Lösung zu finden und zugleich den Bedarf jedes Bürgers zu decken, d.h. keinen Menschen wegen Art, Schwere oder Umfang seines Bedarfes von einer Leistung auszuschließen (Versorgungsverpflichtung). Diese beiden Prinzipien können durchaus zueinander widersprüchlich sein, wenn etwa die vorhandenen Ressourcen begrenzt sind und Menschen mit einem entsprechenden Bedarf eine Leistung benötigen.

Eine solche Arbeitshaltung können keine Einrichtung und kein Anbieter allein umsetzen, es sei denn, er wäre der einzige Anbieter für alle Arten von Hilfen in einer Region. Es bedarf daher entwickelter und – vor allem – verbindlicher Strukturen der Kooperation, die auf der Ebene der Organisationen vereinbart werden, um auf der Ebene der Unterstützung, Behandlung und Begleitung des jeweils einzelnen Menschen umgesetzt zu werden. Damit Gemeindepsychiatrische Verbände transparent handeln, ist die Beteiligung der Kommune am GPV ein wichtiges Element. Der regelmäßige Austausch mit den Verbänden der Selbsthilfe, insbesondere denen der Angehörigen und der Psychiatrie-Erfahrenen, sind wichtige konstitutionelle Merkmale gut funktionierender Verbände. Wie weit dies gelingen kann, zeigen die über 20 in der BAG GPV organisierten Verbände, die sich in der BAG gegenseitig unterstützen und beraten.

Flächendeckender Ausbau

Die Notwendigkeit flächendeckender Angebote hat somit zwei Aspekte: Zunächst ist erforderlich, dass die notwendigen Hilfen in ausreichender Quantität und Qualität zur Verfügung stehen. Während dies bei den Leistungsträgern ein einklagbarer Anspruch ist, stehen die offenen, niedrigschwelligen und leicht zugänglichen Hilfen, welche in aller Regel als staatliche Leistungen vorgehalten werden, scheinbar unter dem Finanzierungsvorbehalt des Haushalts der Kommune oder des Landes. Allerdings muss sich diese Perspektive nach der Ratifizierung der UN-BRK durch die Bundesrepublik Deutschland verändern, da der Staat nunmehr verpflichtet ist, „angemessene Vorkehrungen“ zu treffen, damit die Rechte von Menschen mit Behinderungen nicht verletzt werden (Marschner, a.a.O.).

Solche Hilfen sind Beratung bei unklarem Hilfebedarf, zur Versorgung in Krisensituationen sowie zur Einleitung von Hilfen. Sozialpsychiatrische Dienste nehmen Teile dieser Aufgaben wahr.

Der häufig anzutreffende Verweis auf die Aufgabe der Leistungsträger, entsprechende Angebote zu schaffen, wird nicht ausreichen. Dafür zwei Beispiele:

1. Viele Krankenkassen schließen für ihre Versicherten Verträge zur integrierten Versorgung mit Anbietern ab. Es obliegt in diesen Verträgen der Interessensphäre der Krankenkasse, mit wem sie Verträge

abschließt, welche Reichweiten (Personengruppen, Diagnosegruppen, Einzugsgebiete etc.) diese Verträge haben und welche Versicherten mit welcher Erkrankung unter welchen Bedingungen die Leistungen in Anspruch nehmen können. Der Blick auf die Vertragslandschaft im Bereich der Integrierten Versorgung für psychisch erkrankte Menschen zeigt, dass sich die Kassen hier als Marktteilnehmer verhalten und sich voneinander und von anderen Leistungen bewusst abgrenzen. Eine Integration in andere Leistungssegmente erfolgt keineswegs automatisch. Es ist mehr oder minder zufällig, in welcher Region eine Kasse eine Leistung der Integrierten Versorgung vorhält. So kann es für den Versicherten einer AOK in einem Bundesland eine spezifische Hilfe geben. Nach einem Umzug in ein anderes Bundesland steht ihm diese Hilfe nicht mehr zur Verfügung. Dies ist der Effekt einer Leistung, die primär Marktideen folgt und neben den eigentlichen Rechtsanspruch auf Hilfen tritt. Für das System der Leistungserbringung entsteht ein zweites Phänomen: Hilfen, die schon vorhanden sind, werden für Versicherte einer Kasse noch einmal spezifisch vorgehalten. Ein Beispiel dafür ist der Vertrag, den die Techniker-Krankenkasse in Berlin vorhält und die den Leistungserbringer verpflichtet, eine Zentrale einzurichten, die rund um die Uhr besetzt ist. Dabei besteht in Berlin ein landesweiter Krisendienst, der seinerseits rund um die Uhr erreichbar ist. Doppelungen dieser Art beginnen an verschiedenen Orten zu entstehen und tragen nicht dazu bei, die Hilfesysteme besser aufeinander zu beziehen und zu integrieren.

2. Die Nachfrage nach Heimeinrichtungen mit sog. geschützten Bereichen steigt bundesweit wieder an (vgl. Reumschüssel-Wienert 2012, Junge 2012). Die Anbieter solcher Einrichtungen bekunden, dass sie sich in aller Regel einer hohen Nachfrage aus vielen Gebieten der Bundesrepublik erfreuen. Erkennbar ist, dass das Angebot schon allein die Nachfrage induziert, da ja eine scheinbare Lösung für besondere, schwer zu betreuende Menschen zur Verfügung steht. Es mag an dieser Stelle dahin gestellt sein, welchen therapeutischen Nutzen geschlossene Türen denn haben können und sollen. Es fällt jedoch auf, dass jede neue Einrichtung mit geschlossenen Türen sofort voll belegt ist.

Flächendeckende Hilfen sind also nicht nur zu schaffen, sondern auch so auszugestalten, dass sie bedarfsdeckend, d.h. den Menschen mit besonderen Hilfebedarfen zugänglich sind.

Daher ist zu fordern, dass in den Gesetzen über die Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen („PsychKG“) der Bundesländer diese Hilfen festgeschrieben werden. Nur wenn Hilfen zur Verfügung stehen, kann der Versuch unternommen werden, ohne Druck und mit ausreichend Zeit zu versuchen, die auf Vertrauen gegründete Zustimmung zur Behandlung (und Betreuung) zu gewinnen.

Weitergehend ist zu fordern, dass die Leistungserbringer die Hilfen so organisieren, dass sie jedem Bürger mit entsprechendem Bedarf gerecht werden. Die Gesetzgebung sollte die Bildung von Gemeindepsychiatrischen Verbänden fördern und die Kommunen mit ihren Leistungen zur ihrer Mitwirkung verpflichten. Ansätze und Beispiele dafür lassen sich schon heute in einzelnen Gesetzen finden (zum Beispiel fördert das Land Rheinland-Pfalz die Koordination psychiatrischer Hilfen in den Kommunen, wenn diese sich selbst daran beteiligen).

Die Leistungsträger könnten Leistungserbringer, die sich in dieser Weise an der Versorgungsverpflichtung beteiligen, finanziell besser vergüten, als Leistungserbringer, die ihre Klienten auf dem Markt selbst ansprechen. Diese Forderung wurde im Rahmen der Verhandlungen über ein neues Finanzierungssystem für psychiatrische Krankenhausbehandlung erhoben. Sie könnte ebenso für Leistungen der Eingliederungshilfe gelten, wenn sich die Leistungen der Anbieter in der Aufgabe der Beteiligung an der regionalen Versorgungsverpflichtung unterscheiden.

Auch die zukünftig zu erwartende Neuregelung der Eingliederungshilfe könnte zur Ausgestaltung eines Hilfesystems Anreize schaffen.

Die Weiterentwicklung des Betreuungsrechts, das vielfältig gefordert wird, könnte ebenfalls in der Frage der Organisation notwendiger fachlicher Hilfen vor der Einrichtung einer gesetzlichen Betreuung zur Verbesserung des fachlichen Hilfesystems beitragen (vgl. Marschner a.a.O.).

Die Leistungserbringer können sich unter den aktuellen Bedingungen an dieser Weiterentwicklung des psychiatrischen Hilfesystems beteiligen. Die Mitwirkung in Gemeindepsychiatrischen Verbänden mit klarer Aufgabenstellung hinsichtlich der Übernahme einer Versorgungsverantwortung und der Gestaltung eines am individuellen Bedarf des einzelnen Menschen orientierten Hilfesystems gehört zu den Möglichkeiten, die keinerlei gesetzliche Änderungen erfordern, sondern unter geltender Bedingung heute möglich (und notwendig) ist. Die in der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände organisierten Verbände und die dort mitwirkenden Anbieter und Leistungserbringer zeigen, welche Gestaltungsmöglichkeiten schon heute zur Verfügung stehen.

Literatur

Junge, Liane (2012): Geschlossene Heime – auch eine politische Herausforderung. *Soziale Psychiatrie* 3/2012, S. 36-38.

Marschner, Rolf (2013): Von der rechtlichen zur sozialen Betreuung – Konsequenzen aus der UN-Behindertenrechtskonvention. *Recht & Psychiatrie*, 31, S. 63 – 70.

Reumschüssel-Wienert, Christian (2012): Geschlossene psychiatrische Wohnheime, *Psychiatrische Praxis*, 39, S.4-6.

Rosemann, Matthias, Engagierte Leistungserbringer übernehmen regionale Verantwortung: Qualitätssicherung im Gemeindepsychiatrischen Verbund. In : *Aktion Psychisch Kranke*, Regina Schmidt-Zadel, Peter Kruckenberg (Hg): Kooperation und Verantwortung in der Gemeindepsychiatrie. Bonn 2009.

Sprenger, Anne (2012): Tragende Strukturen mit den „Schwierigsten“ entwickeln. *Soziale Psychiatrie* 03/2012, S. 24 – 29.

Vom Leuchtturm sehen, in die Fläche gehen – aus Sicht eines überörtlichen Sozialhilfeträgers

Lothar Flemming

Die Sozialhilfeträger sind mit einer scheinbar naturwüchsig steigenden Zahl von Menschen mit Behinderung und Bedarf an Unterstützungsleistungen sowie stetig wachsenden Kosten – insbesondere für die Leistungen der Eingliederungshilfe – konfrontiert. Ihre Antwort auf diese Herausforderung heißt aktive Steuerung. Sie müssen erreichen,

- dass die Leistungen ausschließlich Menschen mit (drohenden) wesentlichen Behinderungen der Teilhabefähigkeit erreichen,
- dass die Ansprüche auf Leistungen anderer Träger, zum Beispiel der Krankenkassen vorrangig realisiert werden,
- und dass Leistungen der Eingliederungshilfe im Sinne des SGB XII erbracht werden, also zum Beispiel wo immer es möglich ist „ambulant vor stationär“.

Inzwischen liegen genügend Erfahrungen dazu vor. Diese Steuerung gelingt dann besonders gut, wenn die Beteiligten im „Sozialhilfedreieck“ (also die Leistungsberechtigten, die Leistungsträger und die Leistungserbringer) es schaffen, ihre naturgemäß unterschiedlichen Interessen in einem kooperativen Prozess transparent zu machen und auf dieser Basis Kostendämpfung durch fachliche Entwicklung möglich wird. Um mit Klaus Dörner zu sprechen: „Aus leeren Kassen Kapital schlagen!“ (Titel der 45. Gütersloher Fortbildungswoche 1993; Veröffentlichung dazu im Paranus-Verlag, Hg. Klaus Dörner) Menschen mit Behinderung haben einen individuellen Rechtsanspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe. Damit dieser realisiert werden kann, muss ihr individueller Bedarf im Rahmen der individuellen Hilfeplanung ermittelt und festgestellt werden.

Leistungserbringer müssen bei der Angebotsentwicklung in der Lage sein, individuelle Bedarfslagen mit individuell passenden Angeboten zu decken: konzeptionell, personell, finanziell. Die Leistungsträger müssen Impulse zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen setzen, um die individuelle Hilfeplanung und die Angebotsentwicklung in Einklang zu bringen. Hierbei können Modellprojekte eine unterstützende Rolle spielen. Diese sehr allgemeinen Aussagen sollen auf die speziellen Fragestellungen der Veranstaltung hin thesenartig konkretisiert werden: Vor welchen besonde-

ren Teilhabebarrrieren stehen Menschen mit psychischen Behinderungen? Welche Rolle spielen angesichts des menschenrechtlichen Anspruches auf ein selbstverständliches Zusammenleben (Inklusion) Zwangsmaßnahmen gegen Menschen mit psychischen Behinderungen?

Der Behinderungsbegriff

Nicht unter den Begriffsbestimmungen, sondern im Artikel 1 zum Zweck der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) wird eine Definition von Behinderung vorgelegt: „Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“

Menschen haben also Beeinträchtigungen, aber erst Barrieren führen in der Wechselwirkung damit zu einer Behinderung – nicht zwangsläufig („können“), aber damit sind die Hürden in der persönlichen, materiellen und sozialen Umwelt als wesentlicher Einflussfaktor auf die Auswirkungen einer Beeinträchtigung benannt.

Das ist etwas anderes als die Aussage „Die Gesellschaft ist schuld.“ Im Gegenteil geht es gerade im Austausch mit psychisch beeinträchtigten Menschen darum, herauszufinden, was genau auf beiden Seiten die Wechselwirkung in Gang setzt. Aus meiner praktischen Erfahrung gelingt es in der respektvollen Begegnung, die wechselseitigen Wahrnehmungen, Forderungen und Unterstützungsangebote deutlich zu machen. Nicht immer gelingt die Umsetzung. Manchmal ringt man miteinander sehr lange um zum Beispiel so grundsätzliche Dinge wie die Notwendigkeit des Einhaltens basaler hygienischer Standards im sozialen Miteinander.

Es ist nicht verwunderlich, dass auch die Interessenvertretungen der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sich nunmehr auf die UN-BRK beziehen: wer sich als behindert im oben genannten Sinne definiert, kann eine misslingende Teilhabe am Leben in der Gesellschaft oder einschneidende Eingriffe wie eine geschlossene Unterbringung zumindest in die Nähe von Menschenrechtsverletzungen rücken. Mir persönlich ist ein anderer Zugang zur Verbesserung von Teilhabemöglichkeiten lieber: nicht nur zu fokussieren auf die Behandlung von Krankheit und die Bewältigung von deren Folgen inklusive der Beseitigung von Barrieren, sondern zu fragen: Was hält den (einzelnen) Menschen eigentlich gesund? Gerade Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen hatten und

haben diese nicht immer. Die „individuelle Passung“ mit sich ändernden Umweltbedingungen gelingt unterschiedlich gut. Der entsprechende Aushandlungsprozess ist kontinuierlich zu gestalten mit aktiven Anteilen bei allen Beteiligten. Der Ansatz der Salutogenese ist hierbei hilfreich.

Eingliederungshilfe und Niederschwelligkeit

Häufig wird den Sozialhilfeträgern vorgeworfen, sie gestalteten den Zugang zu den Leistungen der Eingliederungshilfe so umständlich (Bedürftigkeitsprüfung, Feststellung der Behinderung, Hilfeplanverfahren usw.), dass Menschen in komplexen Problemlagen und mit eingeeengten Selbstvertretungskräften eher resignieren würden als ihre Leistungsberechtigung zu klären. Das ist insofern richtig, als die Eingliederungshilfe an gesetzliche Voraussetzungen geknüpft ist und ihre Leistungen final ausgerichtet sind, also auf die Erreichung von Zielen im Einzelfall. Damit ist sie wenig geeignet als ein Basisversorgungsangebot im Rahmen der Daseinsvorsorge, obwohl sie über einen sehr weiten und offen beschriebenen Leistungskatalog verfügt. Gleichwohl ist sie über Jahrzehnte in der Wahrnehmung der Akteure als das zentrale Versorgungselement für psychisch kranke und behinderte Menschen angesehen worden: Bevor eine erforderliche Unterstützung überhaupt nicht zustande kommt, wie bekommen wir sie von der Eingliederungshilfe? Es wurde wenig darüber nachgedacht, wie teuer die Eintrittskarte in die Eingliederungshilfe ist: Bedürftigkeit muss vorliegen oder stellt sich ein, die Feststellung einer wesentlichen Behinderung muss erfolgen. Ist dies bereits eine doppelte Stigmatisierung? Es handelt sich um eine Ausweichbewegung, um vergleichsweise einfach Leistungen zu erlangen, denn: Der beklagte Zustand eines schwierigen Zugangs zu Leistungen wird gegenüber anderen Leistungsträgern ebenso vehement erhoben (ambulante Soziotherapie als Beispiel). Auf der Ebene der Versorgungsstrukturen gilt Ähnliches: da die Eingliederungshilfe als individueller Rechtsanspruch ausgestaltet ist, gelingt es nur mit Mühe, aus fachlicher Sicht erforderliche Leistungselemente im Wege einer institutionellen oder strukturellen Förderung als Pflichtleistung darzustellen. Werden sie als freiwillige Leistungen ermöglicht, unterliegen sie immer wieder kritischen Prüfungen bei notwendigen Haushaltskonsolidierungen. Im Rheinland kennen wir dies im Bezug auf Sozialpsychiatrischen Zentren. Hier steuern viele Kommunen Mittel für die Kontakt- und Beratungsstellen bei. Und wir kennen das bezüglich der

Koordinierungs-, Kontakt- und Beratungsstellen für Menschen mit geistiger Behinderung, die nicht komplett als Pflichtleistungen ausgestaltet werden konnten. Politik und Verwaltung sind sich allerdings einig, dass es sich hier um einen zentralen Baustein der Zugangssteuerung und der Sicherung selbständiger Lebensformen im Rahmen der Versorgung handelt.

Eingliederungshilfe und geschlossene Unterbringung

Die in der Veranstaltungsankündigung genannte Problematik der Genehmigung ärztlicher Zwangsmaßnahmen bildet nur einen Teil der Wirklichkeit ab. Gerade in den letzten Jahren wird immer heftiger über die „Not-Wendigkeit“ von geschlossenen Heimeinrichtungen in der Eingliederungshilfe diskutiert. Hiermit könnten Klinikbehandlungen abgekürzt oder gar ganz vermieden werden, im Wohnheim bestünden viel bessere Möglichkeiten der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Die Krankenkassen würden ohnehin längere Krankenhausaufenthalte nicht mehr finanzieren, die Wohnheimmitarbeiter seien qualifiziert im Umgang mit „Systemsprengern“ usw. Bis heute konnte mich niemand vom positiven Sinn einer Zwangsunterbringung in einem Wohnheim überzeugen – ich kann allerdings nach meinen eigenen Erfahrungen gut nachvollziehen, dass es einzelne Menschen gibt, die auch und gerade die engagiertesten MitarbeiterInnen völlig ratlos machen und vor die Frage stellen, wie ihr Überleben gesichert werden kann. Wenn der Umgang mit sich selber in der psychischen Ausnahmesituation lebensgefährlich wird, kann nicht einfach zugesehen werden, dann muss ge- und auch behandelt werden. Das ist etwas anderes als Hausarrest im Wohnheim. Hierbei werden gemeinsam Probleme erzeugt oder am Leben erhalten, die eigentlich gelöst werden sollten. Gerade erfahrene Professionelle sollten alle Hebel in Bewegung setzen (auch gegenüber den Leistungsträgern), um Unterstützung für alternative Hilfeansätze im regionalen Verbund zu finden.

Modellprojekte in der Eingliederungshilfe

Mehr Geld erzeugt nicht zwangsläufig bessere oder mehr Leistung. Dies gilt sowohl für flächendeckende Angebote als auch für Modellprojekte oder „Leuchttürme“. Beide Vorgehensweisen folgen einer unterschiedlichen Logik: Wenn eine neue Leistung von vornherein flächendeckend eingeführt wird (wie in Nordrhein-Westfalen die Fachleistungsstunde für die Unterstützung

beim selbständigen Wohnen), dann geht es vorrangig darum, eine Konkurrenz über den Preis auszuschließen und zugleich schnell eine strategisch gewünschte Angebotsausrichtung („ambulant vor stationär“) in der Fläche umzusetzen. Dabei ist nicht immer auszuschließen, dass es zu „Mitnahmeeffekten“ kommt. Das können zum Beispiel formale Leistungsversprechen sein, die in der Praxis nicht umgesetzt werden. Dies haben wir – wiederum im Rheinland – beobachtet bei flächendeckend eingeführten Anreiz- und Finanzierungsprogrammen, die genutzt wurden, um möglichst ohne Veränderung der bisherigen Arbeitsweisen weitermachen zu können. Dies ist nicht vollständig zu verhindern, will man nicht ein aufwändiges Kontrollsystem installieren, welches die grundsätzlich erforderliche Vertrauensbasis zwischen Vereinbarungspartnern untergräbt.

Modellprojekte haben demgegenüber einen hohen Charme, da sie Erkenntnisse versprechen, die in der Regel durch eine externe Evaluation erhoben werden. Erst in Auswertung dieser Erkenntnisse kann oder muss entschieden werden, ob die modellhafte Erprobung geeignet ist für die Übertragung in die Fläche oder ob sie Anlass für ganz andere Vorgehensweisen bietet. Hierfür muss bei der Konstruktion der Modelle genügend Offenheit vorgesehen werden. Nur selten dienen Modelle als Überzeugungshilfe bei einer bereits zuvor bestehenden Klarheit, welche neuen fachlichen und finanzierungstechnischen Ansätze umgesetzt werden sollten. Ich empfehle in der Vorüberlegung für modellhafte Erprobungen sehr sorgfältige Analysen, ob eine flächendeckende Übertragung des Modellansatzes fachlich und finanziell vorstellbar ist, und gleichermaßen ernsthafte Überlegungen, was zu tun ist, wenn ein Modell sich nicht bewährt. In der Eingliederungshilfe habe ich Modelle immer im Kontext des Bemühens um fachliche Weiterentwicklungen bei grundsätzlich begrenzten Ressourcen verstanden. Also: der Leuchtturm steht auf der Fläche, aber er ist nur ein winziger Teil von ihr. Er soll strahlen, er soll übertragen werden. Damit das gelingt, ist eine Entwicklungspartnerschaft der Akteure im Feld erforderlich. Und sie müssen sich darüber einig sein, dass das begrenzte Geld im System gezielt eingesetzt werden muss – ein ganz entscheidendes Ziel ist dabei die verbindliche Kooperation und Vernetzung aller Akteure in der Region. Den Prüfstein für das Gelingen bilden die Rückmeldungen der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und wesentlichen Teilhabe-einschränkungen, ob sie die für sie erforderliche Unterstützung in einer für sie förderlichen Weise erhalten haben.

Das Thema Inklusion weiter in die Öffentlichkeit tragen

Andreas Bethmann

Die großen Themen der Zeit interessieren mich beruflich genauso wie privat. Ich bin selbständig als Berater und betreibe mit einer Partnerin eine Firma, die große und kleine Institutionen im Sozial- und Gesundheitswesen unterstützt. Wir führen Erhebungen durch, machen qualitative Sozialforschung und werben sehr für partizipative Ansätze in der Evaluation und der Organisationsentwicklung. Ein wesentlicher Bereich unseres Wirkens ist die Gemeindepsychiatrie. Daher lag es nahe, das große Thema Inklusion zugespitzt auf die Lage von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu betrachten. Die DRK-Tagung bot dafür einen schönen und angemessenen Rahmen.

Einbindung von Betroffenen

Die Tagung machte erneut deutlich, wie facettenreich das Thema ist. Es hat mich daher sehr gefreut, dass sie recht dialogisch gestaltet war, und dass Menschen, die in ihrem Leben tiefe seelische Erschütterungen erfahren haben, prominent in die Gestaltung der Tagung eingebunden waren. Stellvertretend für alle anderen möchte ich hier Margret Osterfelds Vortrag hervorheben, der aus der Perspektive der Betroffenen Anforderungen an gesellschaftliche Teilhabe und Partizipation formulierte. Die Gretchenfrage der Inklusion ist aus ihrer Sicht die Einstellung zur Zwangsbehandlung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nach Inkrafttreten der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK). Hier kann sie nichts Neues erkennen: Das Gutachten der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zur UN-BRK sage, alles kann so bleiben, wie es ist. Und das Betreuungsrecht in seiner gegenwärtigen Form sowie die gegenwärtig angestrebte Finanzierungsreform durch das Bundesministerium für Gesundheit seien eher ein Anreiz für Zwangsbehandlung. Ihr Diktum lautet daher, dass Arzt und Psychiater Dienstleister sind, die Patienten aufzuklären und nach dessen Anweisungen zu handeln haben. Engmaschige Kontrollen zu Zwangsmaßnahmen sind nötig, etwa eine quartalsweise Berichterstattung und Veröffentlichung der Anzahl angeordneter Zwangsmaßnahmen im Qualitätsbericht. Die Herausforderungen für das zukünftige Handeln des Gesundheitswesens

und der Psychiatrie, die sich aus Sicht der Psychiatrieerfahrenen aus der UN-BRK ergeben, hat Frau Osterfeld meiner Ansicht nach sehr klug und pointiert dargestellt.

Barrieren bestehen im Kopf

Katrin Grüber fügte dem Tagungsthema als weiteren Aspekt den Gedanken hinzu, wie man Barrieren für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen überwindet und beseitigt. Diese Barrieren sind in den Köpfen der, vorwiegend „normalen“, Menschen zu finden. Gründe dafür sind zum Beispiel Angst und Unkenntnis, die sich als Vorbehalt oder Stigmatisierung ausprägen und in der Folge zu Diskriminierung führen können. Für den Abbau von Barrieren braucht man allerdings Geduld: Die Erfolge sind kleinteilig oder erst mittel- bis langfristig zu erwarten. Grüber hat dazu die Idee, die Verhältnisse der gesellschaftlichen „Normalität“ zu überwinden. Denn „Normalität“ führt zu vermehrter Devianz, wie sich am Beispiel der Flexibilisierung der Arbeitswelt gut aufzeigen lässt.

Beide Vorträge haben mich beeindruckt und bestärkt in meiner Auffassung, dass Achtsamkeit und Wertschätzung jedem Individuum gegenüber Grundtugenden einer solidarischen Gesellschaft sein sollten. In unserer Gesellschaft vermisse ich dies in weiten Teilen, obwohl sie paradoxerweise die Achtung der Individualität zu einer ihrer größten Tugenden erklärt.

Zu wenige inklusive Sozialräume

Da ich sehr an partizipativen Themen interessiert bin, fiel für mich die Wahl auf die Arbeitsgruppe mit dem Thema „Inklusiven Sozialraum gemeinsam gestalten“. In den dortigen Vorträgen und Diskussionen wurden Möglichkeiten und Grenzen der gemeinsamen, dialogischen Gestaltung deutlich. Uwe Wegener klang wenig optimistisch, sieht er doch kein gelungenes Beispiel für die Inklusion Psychiatriebetroffener in Berlin und Brandenburg. Als eine Ursache hierfür macht er zum Beispiel aus, dass die Exklusion aus gesellschaftlichen Teilsystemen gut funktioniert. Dies drückt sich deutlich in einer Haltung aus, die sagt: „Du brauchst Hilfe, du bist defizitär!“ Er wünscht sich eine aufsuchende und integrierende Behandlung, denn Krisen passieren im Wohnumfeld und müssen daher auch dort behandelt werden. Auch sollte es gemeinsame Freizeitaktivitä-

ten geben statt, aus seiner Sicht, exkludierende Angebote wie unter anderem Kontakt- und Beratungsstellen.

Eine andere Sicht auf die Problematik lieferten Nadja Friedrich und Sabine Schröder mit ihrem Erfahrungsbericht aus der Arbeit im Kölner Hotel Plus und Hotel Plus mobil. Diese, zum Teil auch aufsuchende Arbeit mit psychisch beeinträchtigten Menschen, die obdachlos sind, zeigt, dass nicht alle Menschen Inklusion wünschen. Ziel der Kölner Arbeit ist es, Menschen, die sonst nirgendwo erreicht werden und die oft sich und anderen das Leben schwer machen, die Möglichkeit zu geben, ihr Leben durch ein relativ niedrigschwelliges Angebot zu stabilisieren. Es gibt sehr wenige Bedingungen für die Aufnahme, und die aufgenommenen Menschen erhalten nur so viel Betreuung, wie sie es selbst wünschen. Im Vordergrund steht das Verstehen der Situation des Einzelnen ohne eine therapeutische Brille. Es gibt zwar immer wieder Menschen, die Bereitschaft zeigen, weitere Hilfen anzunehmen, und einige, die mittel- bis langfristig aus der Obdachlosigkeit heraus finden. Genauso gibt es aber diejenigen, die weiter in der Obdachlosigkeit bleiben möchten. Diese finden hier für einen längeren Zeitraum Stabilität durch einen eigenen Raum.

Auch wenn die Bereitschaft der Professionellen immer mehr steigt, auf die Betroffenen zu hören, auch wenn immer mehr „inklusive Räume“ entstehen, so sind diese immer noch sehr klein und weit entfernt davon, zur Regel zu werden. Denn es wurde sehr deutlich: die allgegenwärtige Grenze aller inklusiven Initiative besteht zumeist in den zur Verfügung gestellten Mitteln. Reichen die vorhandenen Ressourcen nicht aus, ist die beste Absicht zum Scheitern verurteilt. So war mein persönliches Resümee, dass es wohl derzeit noch an einem politischen Willen fehlt, Inklusion im Bereich der Gemeindepsychiatrie wirklich umzusetzen.

Besonderer Programmpunkt

Einen schönen Kontrapunkt zu den Diskussionen des Tages bot dann der Gebärdenschor des Elisabeth-Weiske-Heims. Die Freude und Inbrunst, mit der die Mitglieder des Chores bei der Sache waren, übertrug sich spontan auf alle Anwesenden, wie mir schien. Ich zumindest war sehr berührt und teilte die Freude des Chores.

Am Anfang des Weges ...

Damit war ich gut gerüstet für den Nachmittag, an dem mir besonders ein Statement von Matthias Rosemann in Erinnerung blieb: Es sei ein Skandal, dass die Mehrheit der psychisch Beeinträchtigten aus den Sozialhilfesystemen finanziert wird. Ich möchte ihm zustimmen, denn eine Gesellschaft, die es nahezu unmöglich macht, bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit ein eigenverantwortliches Leben zu führen, ist von der Idee der Inklusion noch weit entfernt.

Am Ende dieses Tages ist meine Bilanz, dass der Diskurs zur Inklusion psychisch beeinträchtigter Menschen noch lange geführt werden muss. Seit der Psychiatriereform in den siebziger Jahren ist gewiss einiges geschehen, wie weit der Weg noch ist, zeigt allerdings die Diskussion um die Umsetzung der UN-BRK nur allzu deutlich auf. Und auch dieser Aspekt ist natürlich wahr: Die Tagung war – im besten Sinne allerdings – ein „Klassentreffen“. Es bedarf noch großer Anstrengungen aller am Dialog Beteiligten, um das Thema in einer breiteren Öffentlichkeit zu platzieren. Bei aller Freude darüber, einige Bekannte getroffen zu haben, würde ich mir das für die Zukunft wünschen: Eine Tagung wie diese soll auch eine angemessene Resonanz in der großen Öffentlichkeit finden. Mögen wir unseren Teil dazu beitragen.

Fachtagung „Inklusion und Exklusion“ – Zusammenfassung und Ausblick

Heinz Knoche

Auch wenn es mit der inklusiven Gestaltung der Angebote für Menschen mit Behinderungen und insbesondere für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen noch nicht weit her ist: Aus unserer (vielleicht ein wenig abgehobenen Sicht) hat sich in den fünf Jahren seit der Ratifizierung des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) eine Menge getan. Denn das Thema „Rechte von Menschen mit Behinderung“ prägt die Debatte. Selbst wenn Gleichberechtigung noch nicht die Praxis ist, werden immerhin die gar nicht so alten Forderungen, Menschen mit Behinderungen wegzuschließen, sie der „normalen“ Öffentlichkeit nicht zuzumuten, keinesfalls mehr öffentlich erhoben. Die Forderung nach der Umsetzung der Menschenrechte für Menschen mit Behinderung ist mittlerweile gesellschaftspolitischer Mainstream, der Bewegung in die richtige Richtung bewirkt. Immerhin gibt es einen Nationalen Aktionsplan, mit dem die Bundesregierung die Umsetzung der UN-BRK vorantreiben will, es gibt einen Staatenbericht der Bundesregierung zum aktuellen Stand der Umsetzung der UN-BRK und – was meines Erachtens nicht minder wichtig ist – einen Schattenbericht dazu. Dies zeigt: Menschen mit Behinderung und ihre Bündnisse und Bündnispartner haben das politische Parkett erobert. Sie haben an Selbstbewusstsein hinzu gewonnen. Sie wollen und müssen gehört werden und sind nicht mehr zu überhören. Aber: Inklusion verlangt Veränderungen. Für eine Welt, die durch die Trägheit der Massen nicht nur physikalisch bestimmt wird, bedeutet das, zusätzliche Kraft aufzubringen, Hindernisse zu beseitigen, vielleicht auch: einen langen Atem haben zu müssen. Das gilt ebenfalls, so haben viele auf dieser Tagung gesagt, für die Betroffenen, die sich selbst und selbstbewusst für ihre eigenen Interessen einsetzen müssen. Wir haben über Tabuisierung und Stigmatisierung, über Diskriminierung gesprochen: über Diskriminierungen am Arbeitsplatz, im Alltag, im System medizinischer Versorgung und Rehabilitation. Hier haben wir große Mängel bei der Diagnostik und Therapie festgestellt. Wir haben uns mit dem Behinderungsbegriff auseinandergesetzt. Es besteht Einvernehmen darüber, dass mit „Behinderung“ nichts Objektives beschrieben wird, sondern dass damit (gesellschafts-)politische Setzungen, historische Traditionen und (falsche) Bilder

von Normalität verbunden sind. Wir haben herausgestellt, dass die UN-BRK hier von Wechselwirkungen spricht, dass Beeinträchtigungen erst zur Behinderung führen, wenn Barrieren hinzukommen. Und dass es ohne Barrieren keine Behinderung gibt. Wir haben gefordert, Barrieren abzubauen, so Exklusion zu vermeiden und Sonderwelten zu beseitigen. Ein Thema unserer Tagung war die Vermeidung von Zwangsbehandlungen. Wichtig war uns: Eine bessere Praxis muss diese bereits im Vorfeld überflüssig machen. Dann können entsprechende Forderungen der UN-BRK erfüllt werden. Ob es Zwangsmaßnahmen, die mit dem Vorliegen einer behinderungs- oder krankheitsbedingten Nichteinwilligungsfähigkeit erklärt werden, überhaupt geben darf, dazu gibt es auch nach der UN-BRK und dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom Herbst 2011 noch unterschiedliche Auffassungen. Unsere Fachtagung beleuchtete Vieles, das noch im Dunkeln liegt. Es gibt etwa bei den geschlossenen Wohnformen kaum Daten zur Unterbringung von Menschen in geschlossenen Einrichtungen. Es existieren kaum Daten zur Qualität dieser Einrichtungen. Unsere Folgerung daraus: Die gegenwärtige Praxis im Umgang mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen muss zumindest erfasst werden. Es muss statistisch belastbare Daten und veröffentlichte Berichte geben, damit wir den Status quo ermitteln und Entwicklungen beobachten können. Das Deutsche Rote Kreuz hat in seiner Strategie „Menschen helfen, Gesellschaft gestalten“ welche die Arbeit unseres Verbandes bis 2020 leitet, die Aufmerksamkeit auf die „Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ gerichtet. Wir verpflichten uns darin, Inklusion voranzutreiben, unsere Angebote konsequent an den Bedürfnissen behinderter Menschen auszurichten und ihre Interessen im Verband genauso wie gegenüber Politik und Gesellschaft zu vertreten. Und: „Es sind alle Anstrengungen zu unternehmen, dass Menschen, die einer besonderen Gefahr der gesellschaftlichen Ausgrenzung unterliegen, sich im DRK willkommen fühlen. Sie sollen jederzeit eine sensible, von Wertschätzung geprägte Akzeptanz erfahren, wobei ihre Anliegen ernsthaft und ziel führend aufgenommen werden.“¹ Um dieses zu erreichen, ist noch viel nötig: in unserem Verband, in Politik und Gesellschaft. Hieran wollen wir mit Ihnen arbeiten. Diese Tagung war dazu ein wichtiger Schritt, dem weitere folgen müssen. Packen wir es an!

¹ Strategische Weiterentwicklung des DRK 2011-2020. Menschen helfen, Gesellschaft gestalten. Deutsches Rotes Kreuz e.V. Berlin, Dezember 2012, S. 42.

Die Autorinnen und Autoren

Berg-Peer, Janine, M.A., geb. 1944, studierte Soziologie und Bildungsökonomie an der TU Berlin und in Kairo. Sie arbeitet seit 20 Jahren als Coach und Mediatorin. Die letzten zehn Jahre schrieb sie, u.a. das Buch „Schizophrenie ist scheiße, Mama!“ Vom Leben mit einer psychisch erkrankten Tochter. Frau Berg-Peer engagiert sich seit über einem Jahrzehnt im Verband der Angehörigen psychisch Kranker (ApK) Landesverband Berlin e.V. Sie ist die deutsche Repräsentantin beim Dachverband der europäischen Organisationen von Angehörigen psychisch Kranker (EUFA-MI). Sie arbeitet als selbständiger Coach, Autorin und Ghostwriter.

Bethmann, Andreas, geb. 1964, Studium der evangelischen Theologie und Geschichte an der Freien Universität Berlin. Bis 2008 war er für eine deutsche Vorfeldorganisation in der Entwicklungszusammenarbeit tätig. Seine Schwerpunkte waren Projekte zum Wasser- und Abwassermanagement im östlichen Mittelmeerraum. Danach machte er sich selbständig als Berater für EU-finanzierte Projekte. Mit seiner Arbeit wuchs er in das Sozial- und Gesundheitswesen hinein. Seit 2012 betreibt er gemeinsam mit Elke Hilgenböcker Begleitforschung, Prozessbegleitung und Evaluation für das Sozial- und Gesundheitswesen. Zudem erweiterte er sein Portfolio in 2012 um den Fachbereich Mediation.

Flemming, Lothar, Dipl.-Soz., geb. 1954, schloss das Studium der Soziologie in Marburg ab und absolvierte eine Ausbildung zum Supervisor DGsv. Zwischen 1981 und 1986 war er als Sozialarbeiter in einem Kölner Wohnheim für chronisch psychisch Kranke angestellt. Danach leitete er bis 1990 die geschlossene psychiatrische Langzeitstation der LVR-Klinik in Langenfeld. 1991 übernahm er dort den Posten als therapeutischer Leiter des Bereichs für soziale Rehabilitation. 2003 wechselte Herr Flemming in das LVR-Dezernat Soziales und Integration, wo er bis 2010 als Leiter des medizinisch-psychozialen Fachdienstes tätig war. Aktuell leitet er den Fachbereich Sozialhilfe II im LVR-Dezernat Soziales und Integration beim Landschaftsverband Rheinland in Köln.

Friedrich, Nadja, geb. 1972, staatlich anerkannte Erzieherin, sozialpsychiatrische Zusatzausbildung an der Graf-Recke-Stiftung in Düsseldorf. Frau Friedrich arbeitete viele Jahre als Erzieherin mit behinderten und nicht-behinderten Kindern sowie mit Grundschulkindern. 2009 begann sie im

Betreuten Wohnen des DRK-KV Köln e.V. ihre Arbeit mit psychisch Kranken. Als pädagogische Mitarbeiterin stellt sie sich im Hotel Plus, einer Wohneinrichtung für obdachlose, psychisch kranke Menschen, mit ihrer Fachkompetenz Tag für Tag den Herausforderungen.

Gajewski, Kristina, geb. 1966, Erzieherin und Kommunikationspädagogin. Sie arbeitet seit 1995 im Berliner Elisabeth-Weiske-Heim der DRK Berlin-Süd-West-Behindertenhilfe gGmbH. Im Jahr 2005 übernahm sie dort die Heimleitung, welche sie bis heute ausübt.

Günter, Roland, Dipl.-Soz., geb. 1967, Studium der Sozialpädagogik an der Universität Siegen. Vor seinem Studium machte er eine Ausbildung als Bäcker und Konditor. Elf Jahre lang (1997 bis 2008) leistete er Hospizarbeit bei Lighthouse e.V. in Bonn. Seine Tätigkeitsschwerpunkte waren die Sterbebegleitung und Koordination von Ehrenamtlichen. Danach ging er zum DRK und war als Berater sowie Koordinator für das Ehrenamt tätig. Herr Günter ist Leiter des Betreuungsvereines des DRK-KV Altenkirchen e.V.

Grüber, Dr. Katrin, geb. 1957, Promotion am Lehrstuhl für Entwicklungsphysiologie, Universität Tübingen. Leiterin des Institutes Mensch, Ethik und Wissenschaft. Schwerpunkte: Politikwissenschaft, Wissenschaftskritik, Technikfolgenabschätzung, Forschungspolitik auf nationaler/europäischer Ebene, Disability Mainstreaming, Umsetzung der UN-BRK (Begleitung der Erstellung und Umsetzung von Aktionsplänen).

Kather, Andreas, Dipl.Psych, geb. 1962, schloss sein Studium der Psychologie und Soziologie 1994 ab. Danach sammelte Herr Kather zahlreiche Erfahrungen in Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation von psychisch behinderten Menschen. Von 1991 bis 2001 war er in der Marktforschung und Öffentlichkeitsarbeit beschäftigt. 2001 übernahm er die Bereichsleitung Personal in Klinikkonzernen. Aktuell ist er Geschäftsführer des Rotkreuz-Instituts Berufsbildungswerk im DRK Berlin gGmbH.

Klaes, Winfried, geb. 1957, Diplom-Psychologe, Familientherapeut und Supervisor. In diesen Bereichen arbeitete er zwischen 1988 und 2008 freiberuflich. Er gründete und leitete das Institut für Konstruktive Psychologie mit den Arbeitsschwerpunkten Ausbildung, Supervision und Organisationsentwicklung. Zurzeit leitet er den Zentralen Pädagogisch-Psychologischen Dienst (ZPPD) im DRK-Sozialwerk Bernkastel-Wittlich.

Koch, Peter, geb. 1968, ist seit 2002 in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung beschäftigt und engagiert sich seit 2004 als Werkstatttrat. Im Jahr 2010 trat er in den Vorstand der Bundesvereinigung der Werkstatträte e.V. (BVWR) ein. In der Werkstatt „Die Brücke Neumünster gGmbH“ erfüllt Herr Koch Aufgaben in den Bereichen Stickerei, Fahrdienst und Hausmeistertätigkeiten.

Knoche, Heinz geb 1954, Leiter des Teams „Migration - Interkulturelle Öffnung - Inklusion“ im DRK-Generalsekretariat. Studium der Germanistik und Philosophie für das Lehramt am Gymnasium in Bonn, Referendariat in Arnsberg. Seit 1986 Mitarbeiter im DRK-Generalsekretariat, seit 2001 stellvertretender Bereichsleiter „Jugend und Wohlfahrtspflege“. Aufgabenschwerpunkte: Soziale Benachteiligung, Migration, Inklusion und Interkulturelle Öffnung im DRK.

Leutheusser-Schnarrenberger, Sabine, geb. 1951, studierte Rechtswissenschaft in Göttingen und Bielefeld und legte 1978 ihr zweites juristisches Staatsexamen ab. Sie war zunächst beim Deutschen Patentamt in München angestellt (1979-1990). Sie ist seit 1990 Mitglied des Deutschen Bundestages. Von 1992 bis 1996 war sie Bundesministerin der Justiz. Danach arbeitete sie in den Jahren von 1997 bis 2009 als Rechtsanwältin in München. Seit 2009 nahm sie wieder das Amt als Bundesministerin für Justiz an. Sie war von 2002 bis 2009 Mitglied der Parlamentarischen Versammlung des Europarates. Frau Leutheusser-Schnarrenberger ist u.a. Stiftungsbeirätin der Stiftung Pro Justitia, Schirmherrin von Dunkelziffer e.V. und Mitglied beim Weißen Ring e.V. Zum Zeitpunkt der Fachtagung war Frau Leutheusser-Schnarrenberger Bundesministerin für Justiz.

Osterfeld, Margret, geb. 1950, lernte zunächst den Beruf der pharmazeutisch-technischen Assistentin und arbeitete in verschiedenen Apotheken (1971-1991). In den letzten Jahren ihrer Tätigkeit studierte sie parallel von 1985 bis 1991 Medizin an der Westfälischen Wilhelms-Universität in Münster. 1996 legte sie die Facharztprüfung (Psychiaterin) ab, 1997 die zur Psychotherapeutin. An das Studium schloss sich ihre 20jährige psychiatrische Tätigkeit an. Seit 1999 ist sie ein Mensch mit psychiatrischen Diagnosen. 2002 wurde sie Mitglied der Staatlichen Besuchskommission nach Psych-KG NRW. Frau Osterfeld ist Fachärztin für Psychiatrie, Psychotherapie im LWL-Klinikum Dortmund.

Rieckhof-Kempen, Kathrin, Dipl.-Psych., geb. 1983, arbeitet seit 2006 in der ambulanten Krisenbegleitung im Rahmen der Integrierten Gesundheitsversorgung. 2009 machte sie die Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin, Fachrichtung Verhaltenstherapie. Frau Rieckhof-Kempen hat die Projektleitung NIG Pinel gGmbH (vormals Krisenpension und Hometreatment gGmbH) inne.

Rosemann, Matthias, M.A., geb. 1957, studierte von 1976 bis 1983 Psychologie und Soziologie an der Universität Hannover. Direkt im Anschluss begann er als Psychologe in der Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik Berlin-Reinickendorf. 1989 wurde er Geschäftsführer der Träger gGmbH. Dort ist er bis heute tätig. Herr Rosemann ist Vorsitzender der Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbände e.V. in Bonn. Er hat einen Lehrauftrag an der Katholischen Hochschule für Soziale Arbeit Berlin.

Rüdesheim, Thomas, M.A., Dipl.-Soz., geb. 1964, studierte Politikwissenschaft, Soziologie und Öffentliches Recht an der Johannes-Gutenberg-Universität in Mainz. Er schloss ein Studium der Sozialpädagogik an der Katholischen Fachhochschule in Mainz an. Zehn Jahre (1990 bis 2000) war er im Bereich Aussiedler- und Flüchtlingssozialarbeit beim DRK KV Mainz-Bingen tätig. 2002 dann begann er als Referent für Integration und Migration beim DRK Landesverband Rheinland-Pfalz. Seine Schwerpunkte sind Migrationssozialarbeit, interkulturelle Öffnung, Eingliederungshilfe und das Betreuungswesen.

Rosenow, Roland, geb. 1965, studierte bis 1994 Kulturpädagogik in Hildesheim. Ein Jahr später begann er beim Deutschen Gewerkschaftsbund als Projektentwickler für Beschäftigungs- und Qualifizierungsprojekte für Langzeitarbeitslose. 1996/97 war er als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Hildesheim beschäftigt. Danach arbeitete er freiberuflich bis 2005 als Betreuer in Hildesheim. Seit 1999 ist er freiberuflicher Dozent für Sozialrecht, 2000 kam die Beratung von Unternehmen, die soziale Dienstleistungen anbieten, hinzu. Seit 2006 ist er wissenschaftlicher Mitarbeiter der Anwaltskanzlei Sozialrecht in Freiburg, RAe Christian L. Fritz und Kollegen.

Schenck zu Schweinsberg, Donata Freifrau, geb. 1951, Sozialpädagogin. Absolvierte ihre praktische Ausbildung im Heim für milieugeschädigte Jugendliche Sankt Elisabeth in Marburg 1972/73 und arbeitete hier als

Betreuerin. War von 1975 an für drei Jahre Jugendleiterin in einer evangelischen Kirchengemeinde. Betreute zwischen 1969 und 1985 ehrenamtlich Strafgefangene, drogenabhängige und psychisch kranke Jugendliche. Ehrenamtliche Tätigkeiten in verschiedenen Funktionen im DRK-Kreisverband Wuppertal von 1979 bis 2011. Seit 2006 Vizepräsidentin des Deutschen Roten Kreuzes, Vizepräsidentin der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (2007/08 sowie 2011/12), BAGFW-Präsidentin (01/2009 bis 04/2011).

Schmadel, Christian, geb. 1961, Erzieher, zwischen 1983 und 1990 pädagogischer Mitarbeiter im Wohnheim Drosselweg, einer Wohneinrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung. Von 1990 bis 1997 stellvertretende Heimleitung. 1997 übernahm er die Heimleitung des Josephshofes. 2010 kam die Gesamtleitung des Wohnverbundes II im DRK-Sozialwerk Bernkastel-Wittlich hinzu. Herr Schmadel ist der Verbundleiter des DRK-Sozialwerks Bernkastel-Wittlich gGmbH.

Schröder, Sabine, geb. 1966, examinierte Altenpflegerin, Diplom-Sozialpädagogin (FH) mit dem Schwerpunkt Psychiatrie, systemische Beraterin. Sie arbeitete von 1988 bis 2001 in der stationären und ambulanten Alten- und Krankenpflege. 2001 absolvierte sie ein Praktikum im Sozialen Dienst bzw. einer Werkstatt für behinderte Menschen, das ein Jahr dauerte. Ab 2003 war Frau Schröder für zwei Jahre als Seniorenberaterin, gerontopsychiatrische Betreuung und psychosoziale Begleitung tätig. Sie begleitet seit 2005 ambulant gemäß §67 SGB XII in den städtischen Hotels obdachlose Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Bis heute ist sie als diplomierte Sozialpädagogin im Fachbereich Psychiatrie des DRK KV Köln e.V. im „Hotel Plus Mobil“ beschäftigt.

Steinhart, Ingmar, Prof. Dr. phil., Dipl.-Psych., geb. 1955, wissenschaftlicher Leiter des Institutes für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern an der Universität Greifswald. Herr Steinhart ist Vorstand der Aktion Psychisch Kranke e.V. in Bonn. Seine Arbeitsschwerpunkte sind die Versorgungsforschung, die Entwicklung alternativer und sozialraum-bezogener Steuerungs- und Finanzierungsmodelle und die Prozessentwicklung an der UN-BRK orientierter psychiatrischer und gerontopsychiatrischer Angebote.

Ulzhofer, Ingo-Andreas, geb. 1977, hauptberuflich seit Mitte 2011 Netzwerkmanager in der Integrierten Versorgung Schizophrenie in Niedersachsen (MA der Care4S GmbH) mit der Entwicklung neuer Versorgungsmodelle in der Psychiatrie befasst, engagiert sich Herr Ulzhofer seit einigen Jahren in den Themen Peer-Involvement, Dialog & Psychose-Seminar. Weiterhin ist er seit 2009 als EX-IN-Trainer aktiv. In der Rolle des Krisenerfahrenen sieht er sich heute nur mehr unregelmäßig, wenn er gerade mal wieder das Herdplatten-, Türen- oder Wasserhähne-Kontrollieren nicht abbrechen kann.

Wegener, Uwe, geb. 1954, studierte Soziologie, Mathematik und Informatik. Machte die Ex-In-Ausbildung. Bis 2007 arbeitete er als Führungskraft in der Softwareentwicklung. Herr Wegener ist Vorsitzender von bipolaris – Manie & Depression Selbsthilfevereinigung Berlin-Brandenburg e.V. Er arbeitet als Dozent und Peer-Berater im Gesundheitswesen.

Werthmüller, Verena, geb. 1975, Diplom-Politologin. Referentin für Behindertenhilfe im DRK-Generalsekretariat. Studium der Germanistik, Geschichte, Rechts- und Politikwissenschaften in Jena, Baton Rouge und Berlin. 2004 bis 2009 Referentin für Stationäre Vorsorge und Rehabilitation im DRK-Generalsekretariat, seit 2009 Referentin für Behindertenhilfe.

Register

- Abwehrrechte** 33, 35, 39
Ambulante Krisenintervention 52, 53
Antipsychotika 16
Ausbildungsmarkt
- Behinderungsbegriff** 117, 125
Betroffenen-Perspektive 18, 50
Betreuungsformen 80
Betreuungsrecht 8, 11, 19, 73, 114, 121
Betreuungsvereine 73, 76, 77
Betreutes Wohnen 52, 66, 106
Berufliche Bildung
Berufliche Rehabilitation 93, 97, 101
Berufsbildungswerk 94, 97, 99, 100, 102, 128
Bipolaris 54, 84, (132)
- Diversity-Ansatz** 41
Doppeldiagnosen 72
- Empowerment** 56
Entlassungsmanagement 70, 71
Erfahrungsexperten 18, 52, 53, 54
Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) 29, 30, 31, 32, 36
Exklusionsprävention 65, 71, 72
- Finanzierungssysteme** 66
- Gemeindepsychiatrische Verbände** 111, 112
Geschlossene Unterbringung 117, 119
- Hotel Plus (Mobil)** 60, 61, 62, 63, 123, 128, 131
- IdEE e.V.** 18
Inklusiver Sozialraum 58
Inklusive Ausbildung 97
Inklusionsprojekte 55
- Junge Wilde** 78, 79, 80, 81, 82
- Lebensfeldbezogene
Hilfearrangements** 66
- Medikation** 16, (17), (19), 20, 21
Menschenrechtsverträge 30
Modellprojekte 116, 119, 120
- NIG Pinel gGmbH** 52, 53, (130)
Neuroleptika 16, 17, 18
- Obdachlose** 60, (61), 62, (128), (131)
Obdachlosenhilfe
- Personenzentrierter Ansatz** 66
Psychiatrie-Enquete 65, 66
Psychiatrie-Erfahrungen 67
Psychiatrische Diagnosen 14
Psychopharmaka 17, 56
Psychiatriereform 14, 15, 19, 104
- Recovery** 53, 56
Regenbogenhaus 18
- Schwerbehindertenausweis** 83, 84
Sozialberatung 60
Sozialgerichtbarkeit
**Sozialpsychiatrische
Unterstützungssysteme** 65

Register

Stationäre Behandlung

Stigmatisierung 13, 15, 16, 23, 25, (26),
(28), 49, 51, 56, 57, (59), 85, 86, 118, 122,
125

Tialog (20), 46, 47, 51, 52, 53, (57), (121),
(122), 124, 132

Unterbringung 35, (36), 60, (61), 63, 65,
68, 69, 70, 71, 109, 117, 119, 126
Unterbringungsrechte 20

Verfassungsbeschwerde 31

Verfassungsgerichtsurteile 20

Verzahnte Ausbildung im Betrieb
(VAmB) 100

Völkerrecht 32

Völkerrechtliche Verträge 29, 30, 31, 32

Werkstätten für behinderte Menschen

(WfbM) 41, 50, 65, 66, 81

Wiedereingliederung 94, 95, 97

Wohnumfeld 58, 122

Zwangsmaßnahmen 9, 11, 16, 20, 117,
119, 121, 126

Auch Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen werden von der Gesellschaft und ihren Barrieren in ihrer Teilhabe behindert. Anders als bei Menschen mit einer Körperbehinderung ist dies aber nicht auf den ersten Blick erkennbar. Wie sind diese Teilhabebeeinträchtigungen von Menschen mit psychischer Erkrankung zu erkennen? Sind sie überhaupt einzuordnen? Wie ist Inklusion in der psychiatrischen Praxis umsetzbar? Es gilt nun, mit der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in diesem Bereich für PsychiaterInnen, Einrichtungen, Fachpersonal und Betroffene neue Perspektiven zu erschließen. Denn mit der Konvention besteht eine realistische Chance auf eine Neuorientierung in der Wahrnehmung der Unterstützungsbedarfe von Menschen mit psychischer Erkrankung. Eine Chance, Stigmatisierungen und eingefahrene Handlungsmuster zu hinterfragen oder im besten Falle aufzubrechen. WissenschaftlerInnen, Experten und Expertinnen, MitarbeiterInnen der Krankenkassen und Einrichtungen sowie Erfahrungsexperten und -expertinnen erarbeiteten sich das Thema „Inklusion und Exklusion – Bedingungen für Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen“ auf der Tagung des Deutschen Roten Kreuzes und des Institutes Mensch, Ethik und Wissenschaft. Diese Fachpublikation vereint Texte verschiedener Couleur: provokante Fragen stehen neben Berichten aus der täglichen Praxis und Visionen zu inklusiver Arbeit für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Unsere Autorinnen und Autoren beschäftigen sich mit notwendigen Umstrukturierungen in der Psychiatrie, fordern sorgfältige Dokumentationen über Medikamentengabe und Zwangsmaßnahmen und erörtern den Stellenwert des Netzwerks, um Betroffenen den größtmöglichen Teil von Selbstbestimmung zu lassen – trotz oder gerade wegen ihrer psychischen Beeinträchtigung. In einem sind sich alle einig: gerade für den Umgang mit Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist die UN-BRK eine große Herausforderung und Chance.

