

Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe

Abgrenzung und Verbundenheit in der strukturellen und verbandlichen Arbeit. Gemeinsame Perspektiven im Kontext von Community Care

Von Hans Hermann Gerdes und Michael Tüllmann

Einführung

Die Aufforderung zu diesem Beitrag steht im Kontext zu dem nun 25 jährigen Bestehen der „Kerbe“. Diese Publikation verdankt ihre Existenz einem Beschluss aus dem Vorgängerverband des Bundesverbandes ev. Behindertenhilfe, damals noch der „Verband ev. Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen“. Einige Jahre nach der Psychiatrieenquête sollte damit, in einem bis dahin von der Behindertenhilfe dominierten Verband, ein Forum für die sich entwickelnde Sozialpsychiatrie im Blick auf deren Besonderheiten, deren fachliche Eigenständigkeit gegenüber der Behindertenhilfe geschaffen und gleichzeitig Raum zur Entwicklung emanzipativer Konzepte eröffnet werden. Diesen Erwartungen hat die „Kerbe“ in den Jahren mit ihren Beiträgen Rechnung getragen und gehört im Feld der Sozialpsychiatrie aus unserer Sicht zu den qualifizierten Publikationen. Das wiederum ist wesentlich den Redaktionsmitgliedern zu verdanken, die sich in dieser Zeit und bis heute für ihre fachliche Ausgestaltung eingesetzt haben und einsetzen! Nach 25 Jahren der Entwicklung im Bereich der beiden Hilfesysteme sind wir vor der Diskussion um z. B. „Community Care Ansätze“, Subjektorientierung, Lebenswelt- und Ressourcenorientierung, die inhaltlichen Überlegungen zu und Schaffung von trägerübergreifenden Verbänden nun gehalten (haben die Chance), die Gemeinsamkeiten zu entdecken und zu einer Neubestimmung des Verhältnisses der beiden Felder zu gelangen. Wir wollen dafür heute einen ersten werbenden Beitrag leisten!

Community Care

Der vorgegebene Titel weist auf das aktuelle Paradigma „Community care“ als gemeinsame Klammer der sozialen Arbeitsfelder Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie hin.

Bevor wir einen Blick auf die Chancen dieser Klammer werfen, erinnern wir uns an die „Verfehlungen“ vergangener Versuche, diese stigmatisierten Menschen zu einer Gruppierung zusammenzuführen. In der Geschichte der sogenannten „Behindertenhilfe“ finden sich immer wieder Beispiele, in denen geistig behinderte und psychisch erkrankte Menschen in einem Atemzug genannt werden. Diese Verallgemeinerung führte in der Regel zur erweiterten Exklusion mit den bekannten negativen Folgen.

Das Paradigma „Community Care“ mit seinem Kernpunkt des Rechtes eines jeden Menschen als Bürger auf eine uneingeschränkte Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft lässt sich auch als Gegenbewegung zu dieser erweiterten Stigmatisierung erkennen und gestalten. Das Ziel von „Community Care“ ist die weitestgehende Inklusion in den Lebensbereichen Wohnen, Arbeit sowie Freizeit und Kultur. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, sollen alle finanziellen Ressourcen und die Planung des Sozialen, wie dieses am Beispiel Schwedens seit langem nachvollziehbar ist, in der Hand der Kommune liegen. Sie sorgt dafür, dass der hilfebedürftige Mensch alle Formen der Unterstützung an seinem Wohnort erhält. Die Trennung von Wohnraumversorgung und Unterstützungsleistungen wird voraus

gesetzt. Mit dieser Bewegung werden die Bürgerrechte für alle Menschen, unabhängig von ihren Beeinträchtigungen, durchgesetzt und zur Orientierung sozialer Praxis.

Nationale Prägungen

Betrachtet man die Wirkung dieses Paradigmas in Europa mit seinen unterschiedlichen nationalen Prägungen, sind die Unterschiede dieser Bürgerrechtsbewegungen als Ausdruck der jeweiligen Geschichte und Mentalität der einzelnen Nationen erkennbar. Während zum Beispiel in Schweden der Gedanke der uneingeschränkten Freiheit eines jeden Bürgers auf eine lange gesellschaftspolitische Tradition zurückführbar ist, ist die Geschichte der „jungen Demokratie“ in Deutschland im Blick auf die Durchsetzung von Bürgerrechten gerade für und mit Menschen mit Beeinträchtigungen erst auf einem vergleichsweise neuen Weg. Jenseits utilitaristischer Sichtweisen auf der einen und Mitleid gegenüber behinderten und psychisch kranken Menschen auf der anderen Seite, muss diese Bewegung zu erweiterten Teilhabemöglichkeiten führen. Die Einführung des SGB IX, das die Teilhabe in den Mittelpunkt stellt, war hier ein wichtiger Meilenstein, wenngleich dessen Umsetzung bisher in wesentlichen Punkten an der mangelnden Umsetzungsbereitschaft der beteiligten Leistungsträger scheitert. Die Aktion Mensch, die sich durch bürgerrechtliche Positionen ein neues Image gegeben hat, und sich nicht mehr „Aktion Sorgenkind“ nennt, ist ein erkennbar weiteres Beispiel auf diesem Weg.

Während in den skandinavischen



Hans Hermann Gerdes
Leiter der Abteilung
für Sozialpsychiatrie
und Altenhilfe des
Rauhen Hauses
Hamburg.

und den durch Nordamerika beeinflussten Ländern wie England und Holland Community Care Konzepte schneller Fuß fassen, suchen wir hierzulande noch nach Traditionen, die unserem eigenen Weg eine Orientierung geben können. Neben der Psychiatriequête ist das vor allen Dingen der Lebenswelt-Begriff, der die Pädagogik in Deutschland, ausgehend vom 8. Jugendbericht, besonders beeinflusst hat. Dieser, auf die 20er Jahre des letzten Jahrhunderts zurückgreifende Begriff unterscheidet zwischen einer klar definierbaren Lebenslage und der individuellen Wahrnehmung, die jeder Mensch seiner Existenz gegenüber entwickelt. Die individuelle Biografie, die soziale Identität, die Lebenserfahrungen in der Bewältigung von Alltag und das konkrete soziale Umfeld sind Faktoren des individuellen Erlebens einer eigenen Lebenswelt. Nach dem Konzept der „Lebensweltorientierung“ können nur durch die Nähe zu dieser Lebenswelt sinnvolle Unterstützung, Beratung und Assistenz sozialer Arbeit erfolgen.

Lebensweltorientierung und community care

Das in der sozialen Arbeit in Deutschland tradierte Konzept gibt dem Paradigma Community Care eine individuelle Ebene und eröffnet Zugänge zu einer entsprechenden verständigungsorientierten Beratung und Assistenz. Während sich Community Care ganz direkt auf die politische Rahmenbedingungen vor dem Hintergrund gemeinsamer Bürgerrechte bezieht, schafft die Lebensweltorientierung theoretische und praktische Grundlagen einer hermeneutischen sozialen Arbeit. Beide Paradigmen ergänzen sich, indem sie dem jeweils anderen die Tiefenschärfe entweder im politischen Bezug oder zur Orientierung an dem Individuum geben. Sowohl die Lebensweltorientierung als auch Community care führen in der Praxis zu einem ressourcenorientierten Ansatz. Das bedeutet, dass bei einem Assessment der sozialen Situation des Hilfeempfängers alle Ressourcen, über die er in seinen Netzwerken verfügt, gemeinsam mit ihm erhoben werden. Eine

wesentliche Ressource, neben der seiner sozialen Kontakte und seinen Ansprüchen an die unterschiedlichen Hilfesysteme, ist die Kompetenz, mit seiner Krankheit und /oder Behinderung umzugehen. Hierbei entwickeln Betroffene zum Teil außerordentliche Fähigkeiten in der Alltagsbewältigung und für die Teilhabe in der Gemeinschaft. Erst nach der Würdigung dieser Ressourcen greifen, im Sinne der Ergänzung, professionelle Unterstützungssysteme. Vor dem Hintergrund dieser Differenziertheit und Subjektorientierung kann man ohne weiteres diesen jetzt erweiterten Ansatz als gemeinsame Theorie und Praxis für eine soziale Arbeit mit Menschen, die psychisch erkrankt oder als behindert gelten, heranziehen. Mit der Differenziertheit dieses Ansatzes ist es möglich, die unterschiedliche Identitätsentwicklung und Folgen für die Beratung und Assistenz bei psychisch erkrankten bzw. behinderten Menschen angemessen zu berücksichtigen. Dieser Ansatz beugt einer Gleichmacherei von Menschen mit unterschiedlichsten Einschränkungen vor und wendet sich erst einmal ganz allgemein an jeden Menschen, der in unserer Bildungsgesellschaft oft überforderter individueller Gestalter seiner Biografie ist. Insbesondere wendet er sich allerdings an die Menschen, die aufgrund ihrer Beeinträchtigungen von Nachteilen bedroht sind. Sie sollen an dieser Gesellschaft teilhaben, wie alle anderen auch, unabhängig davon, ob sie psychisch erkrankt sind, einen erworbenen Hirnschaden erlitten haben oder von Geburt an behindert sind.

Konkrete Fragestellungen

Das Zusammenwirken von Lebensweltorientierung und Community Care führt zu konkreten Fragen, mit denen sich die Praxis permanent auseinandersetzen muss, will sie die eigene Entwicklung vorantreiben:

- welche Grundhaltung, welches Wissen und welche Methoden benötigen wir, um unsere Beratung und Assistenz an den vorhandenen individuellen Lebenswelten zu orientieren?

- wie können wir erkennbare Beeinträchtigungen durch die Nutzung individueller Ressourcen in den erkennbaren Netzwerken mindern und die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft erweitern?

- finden die Planung und Durchführung der Unterstützung auf der Grundlage größtmöglicher Partizipation statt?

- kann der Hilfeempfänger immer zwischen verschiedenen Optionen wählen?

- sorgt ein personenbezogenes Casemanagement für eine individuelle Hilfeplanung, die alle Netzwerke einbezieht und sich nicht nur auf die Angebote einzelner Institutionen beschränkt?

- werden Einschränkungen in der kommunikativen Kompetenz bei Planungsverfahren berücksichtigt und, wenn ja, wie kompensiert?

- besteht bei den MitarbeiterInnen, vor dem Hintergrund einer entsprechenden Haltung, die ausreichende Sensibilität, um die Beteiligung in den kleinen Dingen und Abläufen des alltäglichen Lebens zu ermöglichen?

- orientiert sich die Qualitätsentwicklung an der Wirkung der Beratung und Assistenz auf die erweiterte Teilhabe des Menschen am Leben in der Gemeinschaft?

- erkennt eine Personalentwicklung die Notwendigkeit, MitarbeiterInnen fortlaufend für lebensweltliche Zusammenhänge zu sensibilisieren und Bürgerrechte trotz erheblicher Einschränkungen im Hilfeprozess Wirkung zu verleihen?

- wird die Bedeutung des regionalen Raums erkannt und wird dieser gemeinsam mit politisch Verantwortlichen und anderen Trägern sozialer Arbeit gestaltet, um die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu erleichtern?

- handeln über Einzelfälle refinanzierte BetreuerInnen mit dem Mandat ihrer NutzerInnen oder ist ihr Sozialraum abgekoppelt vom Mandat und wird damit zum „Treffpunkt für Professionelle“?

Lebensweltorientierung und community care sind zwei Paradigmen, die sich ergänzen, indem sie sich gegenseitig Tiefenschärfe geben: in der Orientierung am Individuum oder im politischen Bezug. Für die Praxis entstehen daraus konkrete Fragen und Aufgaben.



Michael Tüllmann
Dipl. Sozialpädagoge,
Diakon, 1988 bis 2005
Leiter des Stiftungsbereiches Behindertenhilfe des Rauhen Hauses mit dem Schwerpunkt community care, seit 2006 Leiter des Stiftungsbereiches Kinder- und Jugendhilfe, Schwerpunkt u. a.: Integration behinderter und nicht behinderter Kinder in sozialraumorientierten Projekten.

Eine veränderte Sichtweise, die vor einer personenbezogenen Differenzierung den Blick auch auf übergreifende Fragen und Themen richtet, schafft Möglichkeiten zu gemeinsamer Bearbeitung komplexer Probleme und zur Wahrnehmung von Schnittstellen.

- gibt es in den Stadtteilen und in den Organisationen nachhaltige Partizipationsmöglichkeiten für die NutzerInnen?
- erhalten auf spezielle Hilfen angewiesene Menschen die notwendigen Behandlungen in dem ihnen vertrauten Sozialraum oder müssen sie ihn auf Zeit oder Dauer verlassen?
- werden die Lebensrisiken und Erschwernisse psychisch kranker und behinderter Menschen in der Öffentlichkeit angemessen dargestellt und kommuniziert, damit nachbarschaftliches Verständnis bzw. nachbarschaftliche Unterstützung erleichtert wird und eine wirkungsvolle Interessenvertretung erfolgen kann?
- gibt es eine klare strukturelle Trennung der Milieus Wohnen, Arbeit, Freizeit und Kultur?

Ein um die Lebensweltorientierung erweitertes Konzept ist nicht nur eine Klammer zwischen unterschiedlichen sozialen Diensten, sondern fordert den Weg vom Fall zum Feld und damit zu den Orten, in denen wir alle leben. Dieses Konzept wird jenseits einer Zuständigkeit für einem Stigma zugeordneten Gruppierungen verwirklicht.

Von der Abgrenzung zur Verbundenheit

Die Reihenfolge der Begrifflichkeiten in der Überschrift - der Begriff der „Abgrenzung“ steht vor dem der „Verbundenheit“ - macht ein Dilemma deutlich. Die Entwicklungen in den Diensten und Einrichtungen, wie auch in der Verbändearbeit haben vor dem Hintergrund einer nicht zu bestreitenden notwendigen Differenzierung nach der „Abgrenzung“ halt gemacht und nach den „Verbundenheiten“ nicht mehr nachhaltig gefragt. Die Abgrenzung erfolgt wesentlich über die diagnostischen Zuschreibungen und manifestiert sich nicht zuletzt in den Strukturen. Der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe arbeitete z. B. bis zur letzten Mitgliederversammlung im Herbst 2006 in so genannten „Sektionen“ (Menschen mit einer Körperbehinderung, Menschen mit einer

geistigen Behinderung, Menschen mit einer psychischen Erkrankung / seelischen Behinderung). In der Folge haben sich je eigene Kulturen, Konzepte und Sprachen entwickelt, die heute eine Verständigung über die Aspekte von „Verbundenheit“ deutlich erschweren. Erschwert wird damit auch die Möglichkeit, aus den unterschiedlichen Entwicklungen und Erfahrungen der jeweils anderen Arbeitsfelder für das eigene zu profitieren.

Den Ansätzen von Community care, Lebenswelt- und Ressourcenorientierung folgend, ergibt sich eine andere Rangfolge – die Verbundenheit steht vor der Abgrenzung, besser gesagt, vor der auf die Person bezogene notwendige Differenzierung.

Unsere gemeinsame langjährige Arbeit und Verantwortung für jeweils einen der beiden Stiftungsbereiche – „Behindertenhilfe“ und „Sozialpsychiatrie“ - in der Stiftung Das Rauhe Haus (Hamburg) hat uns gezeigt und gelehrt, dass wir eine Fülle gemeinsamer Fragen und Problemstellungen haben (siehe zum Beispiel die o. a. Beschreibung konkreter Fragestellungen), für deren gemeinsame Bearbeitung wir werben, bevor wir die Grenzen zur jeweiligen personenbezogenen Differenzierung erreichen! Eine solche Sicht- und Arbeitsweise würde auch den Blick auf und den Zugang zu den so genannten Schnittstellen erhöhen und uns in die Lage versetzen, diese oft komplexen Problemstellungen übergreifend und gemeinsam zu bearbeiten. Eine Voraussetzung dafür ist, dass für Mitarbeitende aus beiden Bereichen die notwendigen „Begegnungsmöglichkeiten“ geschaffen werden, in denen sie, an konkreten Themen entlang, in einen wechselseitigen Verständigungsprozess (Kultur, Konzepte, Methoden, Sprache etc.) eintreten können.

Dieser Prozess kann sich nicht nur auf die Ebene der Einrichtungen und Dienste beziehen. Er schließt die der Fachverbände aus unserer Sicht ein.

Der eigene Fachverband (BeB) hat in seinen Strukturüberlegungen der letzten Jahre mit dem Ergebnis, in seiner (seit der Mitglie-

dersammlung im Herbst 2006 gültigen) Arbeitsstruktur auf den „Sektionsbezug“ zu verzichten und sich vorrangig thematisch zu orientieren / organisieren, eine Voraussetzung für den Paradigmenwechsel „von der Abgrenzung zur Verbundenheit“ geschaffen. Damit ist allerdings noch nicht alles gewonnen. Es wird darauf ankommen, Arbeitsweisen (innerverbandliche Begegnungsformen) zu entwickeln, in denen es gelingt, einerseits die unterschiedlichen Entwicklungen und deren Ausprägungen wechselseitig kommunizierbar / nachvollziehbar zu machen, den Erkenntnisgewinn zu identifizieren, gemeinsame Haltungen zu entwickeln und andererseits nicht in eine unzulässige „Verallgemeinerung“ zu verfallen. •

Zur weiterführenden Beschäftigung mit dem Thema Community living:

Zeitschrift: Soziale Psychiatrie Dez. 2007, Heft 115 Schwerpunktthema Community living.

Sowie die Links:

<http://www.rauheshaus.de/fach-forum/veroeffentlichungen/behindertenhilfe/community-care/>;

www.alsterdorf.de/evangelische_stiftung_alsterdorf_2051C325C5AF4DAFBB6D07C38CBDFBD3.htm.

Literaturangaben zum Beitrag:

Klinische Behandlung der Depression

von Martin Härter und Isaac Berméjo, S.12 ff.:

DGPPN (2005) Rahmenkonzept – Integrierte Versorgung Depression. Nervenarzt 76: 103-125.

Gilbody S, Whitty, P, Grimshaw J, Thomas R (2003) Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review. JAMA 289:3145-3151.

Härter M, Bermejo I, Niebling W (Hrsg.) (2007) Praxismanual Depression – Diagnostik und Therapie erfolgreich umsetzen. Dtsch. Ärzteverlag, Köln.

Härter M, Loh A, Spies C (Hrsg.) (2005). Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln – Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Pincus HA, Hough L, Houtsinger JK, Rollman BL, Frank RG (2003) Emerging models of depression care. Int J Methods Psychiatr Res 12: 54-63.

Von Korff M, Goldberg D (2001) Improving outcome in depression. BMJ 321: 947

Wittchen HU, Pittrow D (2002) Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. Hum Psychopharmacol Clin Exp 17:1-11.