ISSN 07245165

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe

Kerbe

Forum für soziale Psychiatrie

4 2019
November
Dezember
Januar
37. Jahrgang

THEMENSCHWERPUNKT

St. Martin und die soziale Gerechtigkeit

Psychische Gesundheit und ihre sozialen Determinanten

Inklusion in der Gemeindepsychiatrie

3 Editorial

4 Themenschwerpunkt

Der Heilige Martin, die Gans und das Entstehen von Legenden-Geschichten und die Struktur helfender Beziehungen, Johannes Peter Petersen, Seite 4

Egoismus, Solidarität und die Rolle der Eliten
Vier Fragen an Michael Hartmann, Seite 8

Das Soziale in der Psychiatrie
Soziale Determinanten, Ungleichheit und psychische Gesundheit – wie ist die Studienlage?,
Stefan Weinmann und Thomas Becker, Seite 12

Psychische Gesundheit und ihre sozialen Determinanten: Was macht Europa?
Marcin Rodzinka, Laura Marchetti und Claudia Marinetti, Seite 16

Inklusion – das Ganze neu denken
Uwe Becker, Seite 19

Das WohnCafé „Am Schönen Rain" – Ein Praxisbericht
Nadine Reibert, Seite 22

Die „Fahrenden Ärzte" in Kassel
Antje Stauch, Seite 24

Soziales Leben in Gemeinschaft
Motivationen von Gastfamilien im Betreuten Wohnen in Familien,
Ulrike Fuchs und Andreas Roth, Seite 25

Das Nachtcafé Bremerhaven
Ein niedrigschwelliges Hilfeangebot von Betroffenen für Betroffene,
Gisbert Eikmeier, Birgit Kowski, Andrea Kühl und Angelika Lacroix, Seite 27

Inklusive Bahnhofsmissionen
Perspektiven gesellschaftlicher Teilhabe im Kontext moderner Bahnhofssozialarbeit,
Jann-Thorge Thöming, Seite 29

Solidarität, Nächstenliebe und Professionalität im Psychiatrischen Alltag
Thomas Bock, Seite 31

Ethik der Gabe
Giovanni Maio, Seite 35

39 Spectrum

Forderungen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen des psychiatrischen Maßregelvollzugs und des Maßregelrechts
Stellungnahme der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie,
Stefan Corda-Zitzen, Heinz Kammeier, Klaus Obert und Matthias Rosemann, Seite 39

Inklusion in der Gemeindepsychiatrie
Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung im Wohnquartier unterstützen,
Katharina Ratzke und Svenja Bunt, Seite 43

45 Nachrichten

47 Termine

Titelfoto: Rike/pixelio

Liebe Leserin,
lieber Leser

Mehrere Anstöße führten uns zur Thematik dieser Ausgabe. Am Martinstag 2017 führte der Soziologe und Eliten-forscher Michael Hartmann in einem Interview aus, wie Egoismus und Raffgier der Reichen Solidarität und Gemeinsinn in der Gesellschaft unterminieren. Ein sich geradezu aufdrängender Impuls für eine sozialpsychiatrische Fachzeitschrift, deren jeweils letzte Ausgabe eines Jahres fast punktgenau am Martinstag erscheint und die als Schrift des Bundesverbandes evangelischer Behindertenhilfe unübersehbar in einer christlich motivierten Grundhaltung verankert ist. Wir beleuchten hier also nicht zum ersten Mal und erneut die gesellschaftlichen und politischen Kontextbedingungen unserer sozialpsychiatrischen Arbeit, verweisen auf die Notwendigkeit der politischen Einmischung und machen deutlich, dass und wie wir für eine Grundhaltung der Solidarität, der sozialen Bezogenheit und auch für so scheinbar verstaubte Begriffe und Haltungen des Mitleids und der Barmherzigkeit in unseren Gemeinwesen eintreten.

Hinzu kam der Wunsch nach einem Update der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Zusammenhänge von Armut, Ungleichheit, Chancengerechtigkeit und (psychischer) Gesundheit - also der wesentlichen Grundlagen und Motivationen der Sozialpsychiatrie. Die Beiträge dieser Kerbe werden durchzogen von der Frage, ob die Psychiatrie im Zuge der Verbesserung von Behandlungsmethoden und Versorgungsstrukturen bei vorgeblich größerer Wirtschaftlichkeit den Blick für direkte, spontane und ungesteuerte Zwischenmenschlichkeit, Solidarität und Fürsorglichkeit verloren hat. Oder eben trotz allem Anschein nicht!

Johannes Petersen nimmt unmittelbar Bezug auf das Leben des Heiligen Martin, berichtet von dem Schicksal der armen Gänse und führt uns auf diesem historischen Hintergrund in das Entstehen von Legenden und Geschichten ein und was diese mit der Struktur helfender Beziehungen zu tun haben. Dem bereits erwähnten Michael Hartmann haben wir einige Fragen gestellt. Seine Antworten finden sie im Anschluss. Stefan Weinmann und Thomas Becker stellen uns die Studienlage zu den sozialen Determinanten psychischer Gesundheit dar und Claudia Marinetti erklärt, was auf europäischer Ebene verhandelt wurde und umgesetzt wird.
In einem kritischen und provokanten Beitrag legt Uwe Becker die alltäglichen und systematischen Ausgrenzungsaktivitäten in unserer Gesellschaft offen und fordert kämpferisch eine Politisierung und gesamtgesellschaftliche Verantwortungsübernahme im Bereich Inklusion.

Es war nicht ganz einfach, Praxisbeispiele aus der Welt außerhalb oder zumindest am Rande der institutionalisierten (Sozial-)Psychiatrie zu finden, die den Motivationen der Legende vom Heiligen St. Martin gerecht werden konnten. Aber dann gab es sie doch, und einige davon finden Sie in der Mitte des Heftes: Arbeit im Quartier, Fahrende Ärzte in Kassel, Wohnen in Gastfamilien und das „Nachtcafé-Feeling“ in Bremerhaven. Die Praxiseinblicke schließen mit einem Inklusionsprojekt der Evangelischen Bahnhofsmission in der Nordkirche.

Thomas Bock und Giovanni Maio beschließen unser Thema. Während ersterer sich nach langjähriger klinischer Erfahrung Gedanken über Solidarität, Nächstenliebe und Professionalität im Psychiatrischen Alltag macht, führt uns der letztere noch einmal grundsätzlich in die Ethik der Gabe ein.

Nicht alles, was Sie hier lesen, wird Ihnen schmecken. Wir wollten erneut und fachübergreifend zu den wissenschaftlichen und ideellen Wurzeln der Sozialpsychiatrie vordringen, was uns hoffentlich auch in Ihren Augen gelungen ist. Ihnen wünschen wir Anregungen, Handlungsimpulse oder auch einfach die Bestätigung für das, was Sie eh schon wussten.

Karsten Groth
Stefan Weinmann

Der Heilige Martin, die Gans und das Entstehen von Legenden-Geschichten und die Struktur helfender Beziehungen

Von Johannes Peter Petersen

Ich arbeite im Diakonischen Werk Schleswig-Holstein. Mein Büro befindet sich in einem neu gebauten Seitentrakt eines älteren Gebäudes mit einer sehr wechselvollen Geschichte, das direkt am Nord-Ostseekanal gelegen ist. Die Aufgaben eines diakonischen Landesverbandes sind vielfältig. Sehr vereinfacht lässt sich sagen, dass bei allen Tätigkeiten des Verbandes die Frage im Mittelpunkt steht oder stehen sollte, wie es gelingen kann, Menschen in schwierigen Lagen so zu unterstützen, dass sie ihr Leben für sich selbst gelingend gestalten können.

Mein Dienstsitz ist das Martinshaus, benannt nach dem Heiligen Martin. Im Eingangsbereich prangt ein großes Siegel, auf dem man sieht, wie ein Reiter einen Mantel zerschneidet, um ihn mit einem am Boden sitzenden Mann zu teilen *(siehe unten)*. Diese Szene ist die übliche erste Assoziation in der Begegnung mit dieser Heiligenfigur. Ihr begegne ich an jedem Morgen eines Arbeitstages. Das Bild im Siegel ist eine von unzähligen Darstellungen der immer gleichen Szene, die zum festen ikonographischen Kanon des kirchlichen Christentums gehört.

Will man sich näher mit dieser dargestellten Szene beschäftigen, kann man in einem ersten Schritt nach den Figuren fragen, die in dieser Situation dargestellt sind. Beginnen wir mit der am Boden sitzenden oder in anderen Darstellungen liegenden Figur. Die männliche Person ist unbekleidet, was wohl auch zu damaliger Zeit im Straßenbild ungewöhnlich war. Nach Auskunft der zum Heiligen Martin zugehörigen Legende spielt die Szene im Winter. Es ist wohl auch im französischen Amien – dort soll die Geschichte stattgefunden haben – zu der Zeit bitterkalt. Die Nacktheit des Mannes steht hier für seine Armut, die wohl grundstürzend gewesen sein muss. Er hat im wahrsten Sinne des Wortes keinerlei Mittel mehr, um sich am und im Leben zu halten. Die am Boden kauernde Figur signalisiert nicht nur durch die fehlende Bekleidung, sondern auch durch ihre gesamte Haltung Schutz- und Hoffnungslosigkeit.

Die zweite Figur im Bild ist der Reiter auf seinem Pferd. Das Siegel im Martinshaus zeigt die Figur, als wenn sie gerade erst aus der Bewegung zum Stehen gekommen wäre. Das Pferd ist noch nicht zur Ruhe gekommen und schon dreht sich der Reiter der am Boden liegenden Person zu, in der gleichen Bewegung rafft er den Mantel und durchtrennt ihn mit einem Schwert. Eine Dynamik, die der statischen, fast eingefrorenen Situation des Armen entgegengesetzt ist. Hier agiert jemand, der zupackendes Handeln nicht nur gewohnt, sondern dem dies selbstverständlich ist. Das Bild betont diesen Aspekt noch durch die Rüstung, die den Reiter als Krieger ausweist.

So viel zum Symbol des Siegels. Hier gibt jemand und ein anderer empfängt. Reicht das schon, um heiliggesprochen zu werden?

Ein anderer Zugang läuft über die Funktionalität der Rezeption. Und die beginnt bei der Legendenbildung. Bei der Geschichte vom Heiligen Martin bewegen wir uns im Bereich der Heiligenlegenden. Was ist der Sinn, Geschichten von bestimmten Personen einem Hörerkreis zu präsentieren? Es soll ein Beispiel, dem es nachzufolgen gilt, präsentiert werden. Dahinter stehen spezifische Moralvorstellungen, die es normativ zu verankern gilt.

Johannes P. Petersen
Der Autor ist Redaktionsmitglied der Kerbe und Teamleiter bei der Diakonie Schleswig-Holstein in Rendsburg

Bilder erzählen Geschichten. Wir kennen das aus dem Comic oder – als seine moderne Form der Hochliteratur – als graphic novel. Die zahllosen Darstellungen der Mantelszene können als eine damals moderne Erzählform gedeutet werden, die von der gesamten Bevölkerung verstanden wurden. Geschichten werden lebendig durch die Identifikation der Lesenden und Zuhörenden mit den Protagonisten der Erzählungen. Hier bietet die Mantelszene zwei Anknüpfungspunkte – wenn man das Pferd außen vor lässt. Wer steht aus Sicht eines Betrachters im Mittelpunkt der Szene? Ist es der namenlose arme Mann oder Martin? Wahrscheinlich wird bei einer längeren Betrachtung des Bildes der Fokus hin und her springen, ähnlich wie bei den bekannten Vexierbildern, auf denen ein Hase und/oder eine Ente gesehen werden kann.

Zur Zeit Martins war – das darf man getrost unterstellen – Armut ein weit verbreitetes Phänomen und den meisten Menschen aus eigenem Erleben schmerzhaft vertraut und eine ständige und alltägliche Bedrohung. Die Hilflosigkeit des armen Mannes im Bild war wohl vielen eine selbst erlebte Realität. Es muss ein großer Trost sein, wenn man darauf hoffen darf, von einem Reiter bekleidet und damit geschützt, als zu

befürchten, von ihm niedergeritten zu werden; wobei die Gewalttat für arme Menschen wohl die alltäglichere Erfahrung gewesen sein mag. Springt deshalb der Fokus der Betrachtung zum Reiter wird die dargestellte Szene für damalige Betrachter Irritation auslösen. Es ist natürlich nur eine Mutmaßung, aber es ist wohl nicht unrealistisch anzunehmen, dass die Begegnung der beiden gesellschaftlichen Stände – Krieger und Bettler – für den letzteren meist übel ausging. Deshalb wird die Darstellung eines mildtätigen Kriegers wohl in damaligen Augen ein Widerspruch und als solcher eine Sensation gewesen sein.
Aus Sicht des Armen heißt das: „Deine Erwartung, dass dir Gewalt angetan wird, stimmt nicht! Du darfst darauf hoffen, dass der Starke sich deiner annimmt und dir Gutes tut." Das Bild dementiert also die lebensweltliche und erfahrungsgesättigte Erwartungshaltung des einfachen Betrachters „aus dem Volk" und setzt an ihre Stelle das paternale Schutzangebot der christlichen Kirche, für die Martin als Krieger steht, der seine Waffen zum Schutz und zur Fürsorge für die Armen einsetzt.
Die Legende und das dazugehörige Symbol sind in dieser Sichtweise Teil der Missionierungspropaganda der christlichen Kirche in einer noch heidnisch dominierten Gesellschaft. Das Bild stellt die gesellschaftlich fest gefügten Erwartungen der sozialen Schichten in Frage: „Der Krieger bringt nicht Schrecken, sondern die Not wendende Hilfe – der Arme geht nicht in und an seiner Armut zugrunde, sondern darf auf Rettung hoffen!" Und das Besondere an dieser Heiligenlegende ist: Martin ist Realität, es gibt ihn wirklich. Er ist nicht bloße Fiktion wie Superman. Die Legende ist eben kein Märchen, sondern ein Bericht; sie hat damit für die Zeitgenossen eine erhebliche Überzeugungskraft.
Der erlebten Machtlosigkeit des Armen wird die Gewalt eines Kriegers gegenübergestellt, die aber statt zur Vernichtung zum Guten führt. Das wird bei einem nüchternen Betrachter – ich unterstelle, dass es einen solchen auch vor einigen hundert Jahren gegeben hat – Kopfschütteln auslösen. Seine Erfahrung sagt ihm: „Von den Hohen Herren ist nichts Gutes zu erwarten. Am besten ist es, ihnen aus dem Weg zu gehen." Die Kirche – in ihren Räumen begegnet man diesen Bildern und diesen Geschichten – behauptet das Gegenteil, die Umkehrung der gewohnten Ordnung. Sie behauptet aber nicht die Selbstermächtigung der Armen, sondern die Befriedung der Herrschenden zum Nutzen für das regierte und immer noch ohnmächtige Volk.
Der heutige Betrachter des Bildes und Leser der Legende kann also zusehen, wie an die Stelle einer alten gesellschaftlichen Ordnung eine neue tritt, die Insignien der alten Macht in ihrem Sinn umdeutet und neue Beziehungen zwischen den gesellschaftlichen Schichten etabliert. Das Machtgefälle aber bleibt erhalten und wird als paternale Fürsorge umgedeutet.
Das Siegel des Heiligen Martin beschreibt vorderhand die christliche Nächstenliebe, und hier vor allem die Armenfürsorge. Bettet man die Episode des geteilten Mantels aber in den von der Heiligenlegende bereitgestellten biographischen Rahmen ein, wird die Figur nicht nur komplexer, sondern es wird auch deutlich, dass nicht nur dieser eine Aspekt des Mitleids mit der Figur Martins verknüpft wird, sondern dass es aus einer Vielzahl an Gründen Anlass zur Heiligsprechung gegeben hat. Und so wird diese eine kleine Szene mit dem durchtrennten Mantel zum pars pro toto für eine komplexe historische Figur.

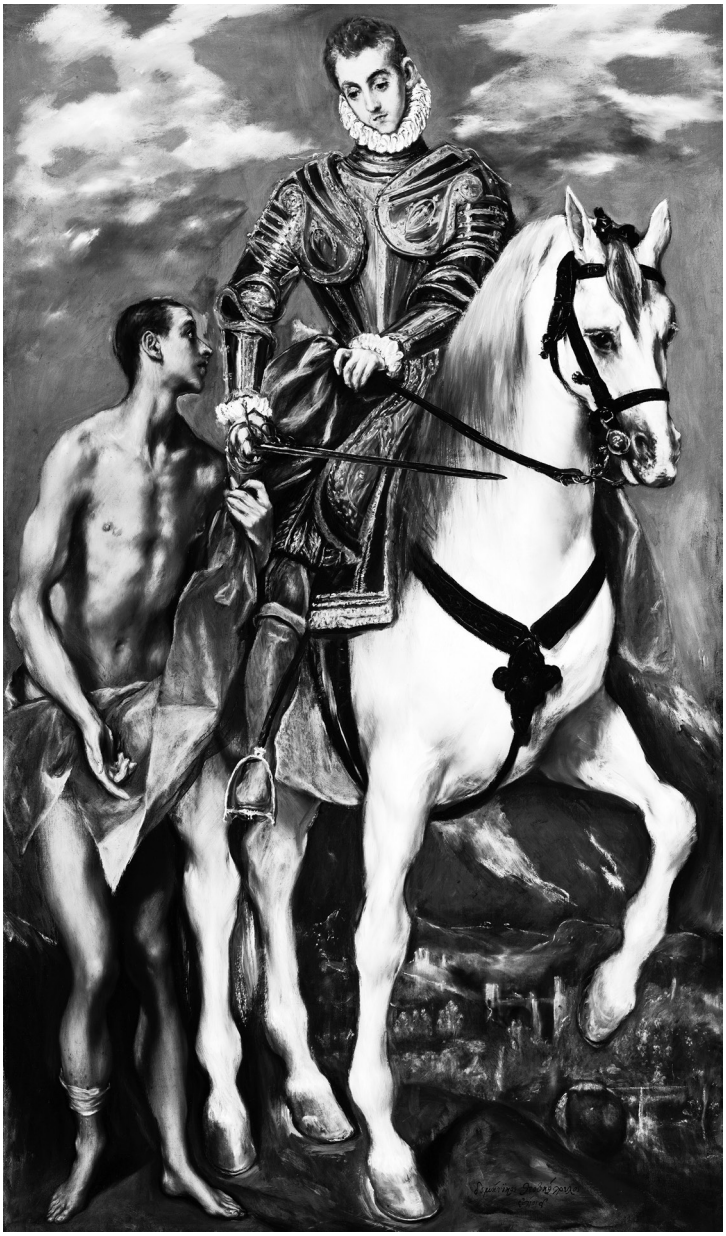
Wenn ich mir vorstelle, dass das Christentum zur Zeit Martins 300 Jahre lang eine anfangs verfolgte und unterdrückte, später vielleicht eine eher suspekte Gemeinschaft war

Wer war der heilige Martin?

Geboren wurde er um 316/317 im heutigen Ungarn als Sohn eines hochgestellten römischen Militärs. Sein Name, der auf den römischen Gott des Krieges verweist, spricht dafür, dass ihm eine ähnliche Karriere zugedacht war. Entsprechend wurde er auch ausgebildet, diente als ranghoher Offizier unter Kaiser Konstantin II. und kämpfte insbesondere in den nordwestlichen Grenzregionen, also in Gallien und auch östlich des Rheins. Bereits in seiner Jugend war Martin mit dem christlichen Glauben in Kontakt gekommen, der seit kurzem als Religion im Römischen Reich anerkannt war und sich in Folge dessen dynamisch und kraftvoll entfaltete. Vielleicht kann man sich das so vorstellen wie heutzutage eine charismatische Bewegung, die vor allem junge und engagierte Menschen mit neuen, revolutionären Ideen anspricht, Sinn und ein Ziel ins eigene Leben bringt. Die Legende des Heiligen Martin verdichtet dies auf einen Schlüsselmoment: Martin quittiert kurz vor der Schlacht seinen Militärdienst, was einer Verweigerung oder – schlimmer noch – einer Fahnenflucht gleichkommt. Dem polemischen Vorwurf der Feigheit vor dem Feind entgegnet er, er würde, gern und ohne zu zögern, den eigenen Truppen im Kampf mit einem Kreuz vorangehen, nicht aber mit dem Schwert. Worauf er inhaftiert wird und seine Hinrichtung zu erwarten hat. In der Nacht kapitulieren überraschend die Feinde, was wohl als göttlicher Eingriff gedeutet wird. Worauf Martin aus der Haft und dem Militärdienst entlassen wird. Dies zur Legende. Seine weiteren Lebensjahre verbringt er dann als Mönch und schließlich als Bischof der Stadt Tours. Er gilt als Gründer des ersten Klosters auf französischem Boden.
Kurz vor seinem Tod (wohl 397) beginnt mit der Niederschrift seiner Biographie durch einen Weggefährten, Sulpicius Severus, die Vorbereitung der Heiligenverehrung, die durch Martins Nachfolger auf dem Bischofssitz, Gregor von Tours, mit seinen vier Büchern über die Wunder des Heiligen Martin wohl erheblich befeuert wurde. Was motivierte Menschen wie Sulpicius und Gregor dazu, Martins Lebensgeschichte niederzuschreiben? Wer waren die Leser – eine größere Zahl von Leserinnen darf man für die Zeit der sich neigenden Spätantike oder des beginnenden Mittelalters leider wohl kaum unterstellen? Man darf zwar vermuten, dass die Lese- und Schreibkompetenzen in der Bevölkerung weiter verbreitet waren als einige hundert Jahre später, dennoch waren diese Fähigkeiten nur einer kleinen Gruppe von Beamten und dem sich eher rasch etablierenden Klerus vorbehalten. Deswegen waren die niedergeschriebenen Geschichten wohl auch vornehmlich für eine orale Verbreitung vorgesehen.
Wenn ich mir vorstelle, dass das Christentum zur Zeit Martins fast 300 Jahre lang eine anfangs verfolgte und unterdrückte, später vielleicht eine eher suspekte und mit schwankender Neugier betrachtete Gemeinschaft war, die dennoch starken Zulauf hatte und dann im Römischen Reich durch Konstantin I. erheblich aufgewertet und in den Rang einer staatstragenden Religion gehoben

wurde, dann ist es gut nachvollziehbar, dass in Folge zwei Tendenzen raumgreifend sein werden: Zum einen werden sich Strukturen bilden, die langfristig die Organisation der Religion als Kirche in der Gesellschaft etablieren, also Klöster, Bischofssitze, Kirchengemeinden mit Personen, die ein erkennbares Aufgabenprofil haben. Die Professionalisierung der Kirche nimmt Fahrt auf, und dazu benötigt man die richtigen Amtsträger. Zum zweiten ist die Kirche jetzt für jeden deutlich sichtbar. Sie muss nicht mehr im Verborgenen wirken, sondern steht in der Öffentlichkeit, der sie sich auch erklären muss. Für beide gesellschaftlichen Aufgaben benötigt man Geschichten, am besten solche, die zwar an biblisches Geschehen anschließen, aber sich mit für die Zuhörerinnen und Zuhörer relevanten, nachvollziehbaren und verständlichen Themen beschäftigen, am besten mit solchen aus ihrem Lebensalltag. Und diese Geschichten müssen eine Botschaft transportieren, eine Moral haben.

Ich denke mir – aber das ist wirklich nur eine Vermutung –, dass die Zuhörenden damals ähnlich fasziniert werden konnten wie die heutigen Zuschauenden von Netflix-Serien. Es braucht dazu attraktive Heldinnen und Helden mit Charisma, es braucht eine Geschichte mit unvorhersagbaren, aber plausiblen Wendungen und Verläufen, es braucht starke und antagonistische Gegenspieler, denen man alles Schlechte der Welt zutraut, und wieder: Es braucht eine starke Botschaft, die auch dann noch überzeugt, wenn es kein Happyend gibt.



Der heilige Martin und der Bettler (Gemälde von El Greco um 1597–1599). Quelle: wikipedia/pd

Geschichten tragen dann Überzeugungsstrategien, die vermitteln, was moralisch angemessen, was gut und richtig, böse und falsch ist. Daraus entstehen Grundüberzeugungen.

Martin als Held vieler Legenden, die sich um seine Person ranken, war dafür ideal. Er selbst sah sich womöglich in der Situation der Nachfolge Christi und gestaltete sein Leben konsequent auf diesem Weg. Die historischen Fakten zeigen einen Menschen, der ein an existenziellen Grundbedürfnissen ausgerichtetes Leben in Armut führte, was allerdings nicht bedeutet: ein Leben ohne Einfluss. Als Gründer des ersten Klosters in Frankreich wird er wohl sozialer und vor allem geistlicher Mittelpunkt der näheren und weiteren Umgebung gewesen sein, ein Umstand, der einer späteren Legendenbildung nur förderlich sein kann.

Martin wird so zu einem Symbol für die Nachfolge Christi. Seine Entscheidung, den von seiner Familie und der Tradition vorgesehene Weg einer militärischen Karriere nicht einzuschlagen und stattdessen konsequent den biblisch vorgezeichneten Weg der Jünger zu wählen, macht ihn zu einem Vorbild und Beispiel eines Christenmenschen, der ein Leben nach seinen Überzeugungen führt. Die zum Symbol geronnene Schlüsselszene Martins bei der Mantelteilung steht für diese Haltung, sagt aber noch deutlich mehr als nur die christliche Aufforderung, Spenden an die Armen zu verteilen. Würde man das Bild auf diesen Imperativ verkürzen, erhielte man eine auch innerhalb des zeitgenössischen historischen Sozialgefüges simpel durchzuhaltende soziale Praxis der Armenfürsorge durch eine mehr oder minder systematische Almosengabe vor dem Kirchentor und entzöge damit der Handlung Martins ihre skandalöse Sprengkraft.

Die Handlung ist ja nicht nur Ausdruck einer mildtätigen Handlung. Wir nehmen zur Kenntnis, dass Martin ein Offizier war, als er seinen Mantel – Symbol seines Standes - zerschnitt. Wir wissen nicht, ob er mit dieser Tat seinen Status gefährdete, können aber in Übereinstimmung mit anderen Überlieferungen wie der berichteten Episode seiner Kriegsdienstverweigerung annehmen, dass er ohne Rücksicht darauf handelte. Diese Rücksichtslosigkeit auf soziale Sicherheit und Status ist auch ein Aspekt, den die Legenden um den heiligen Martin überliefern. Er teilt diese Haltung mit

einigen anderen historischen Charakteren, so etwa mit Benedictus von Nursia und natürlich mit Franziskus von Assisi. Alle drei waren in ihrer Zeit Menschen, die gegen die geltenden Konventionen handelten und ihre eigene gewählte Lebensweise oft gegen erbitterte Widerstände durchsetzten. Vom damaligen Establishment als Sonderlinge stigmatisiert, waren sie doch auch für viele ihrer Zeitgenossen lebende Belege für eine authentische und christliche Lebensweise.

Nimmt man diesen Aspekt in die Rezeptionsgeschichte der Legenden mit hinein, gewinnen sie an Tiefe und Ambivalenz. Dann dienen sie eben nicht mehr nur zum Aufbau und als Beleg für eine Kirchenstruktur, sondern enthalten mit der Betonung der Qualität der eigenen Entscheidung alternativer Lebensweisen auch den Keim der Systemobstruktion. Damit wird denn auch verständlich, dass es sich die Kirche mit ihrer Heiligenverehrung nicht immer leichtgemacht hat, manche der Heiligen fielen ja auch über längere Zeiträume in Ungnade oder wurden zeitweise systematisch vergessen.

Beim Heiligen Martin hat man einen anderen Weg gewählt, indem man seinen Erinnerungstag zu einem Festtag ausgestaltete, bei dem vor der beginnenden Winterzeit die nicht lagerfähigen Lebensmittel auf die Tische kamen. Und hier kommt die bedauernswerte Martinsgans ins Spiel, auf die die Leserin und der Leser vielleicht schon gewartet haben. So entsteht und überlebt die Geste der Mildtätigkeit im Brauchtum, aber der soziale Gegenentwurf in der Lebensführung Martins und seine politische Sprengkraft sind perdu. Vielleicht war auch dies eine Form der systematischen Einhegung gefährlicher politischer Ideen, wer weiß?

Was bleibt von einem Leben, das länger als 1600 Jahre zurückliegt und durch Legendenbildung und Brauchtum überwölbt wurde? Im kollektiven Gedächtnis ist Martin der Schutzpatron der Armen, als Symbol steht dafür die Zerschneidung und Teilung des Mantels. Das Thema der Armenfürsorge ist aber heutzutage kaum noch ein Auftrag für eine unspezifische Öffentlichkeit oder für gutsituierte Christenmenschen. Der Name ist geblieben und schmückt neben den armen Gänsen Kirchengemeinden, Pflegeeinrichtungen und soziale Dienste. In diesen Zusammenhängen verweist er auf die professionalisierte Form der Nächstenfürsorge, die sich als kompetente Adresse für gegenwärtige soziale Missstände anbietet und so jedermann moralisch entlastet.

Was bleibt für die Sozialpsychiatrie im Gedenken an Martin?

Auch bei Durchsicht der Berufspatronate ist eine Brücke zu Martin nur schwer zu schlagen. Er ist für alle möglichen Gewerbetreibenden zuständig, vom tuchverarbeitenden Handwerk über den Gürtelmacher und Hufschmied bis zum Soldaten gibt es weit ausholende Zuständigkeiten, die wohl ebenfalls ihren Quellenbezug in der Mantelszene haben. Der Arztberuf oder der eines Seelenheilers/ Psychiaters ist nicht dabei.

Dennoch: Der Kern der Heiligenlegende – das Bild Martins, der seinen Mantel zerschneidet, um ihn mit einem Armen zu teilen – ist eine Helferszene. In der damaligen Zeit wird sie revolutionär gewirkt haben in ihrem Versprechen einer Fürsorgebeziehung zwischen den Mächtigen und den Ohnmächtigen. Heute führt eine solche Beziehungsgestaltung schnell zu Widerstand und zu einem Dementi: Die Beziehung zwischen Helfer und Geholfenem soll keine Beziehung einer „guten Macht“ sein. Es geht nicht darum, dass sich der eine gut versorgt und behütet weiß, während der andere den Schutz gewährleistet.

Die Mantelszene gibt noch etwas für den Helferberuf her. Diesen Pragmatismus, gepaart mit Achtsamkeit, wünscht man sich nicht nur für die soziale Psychiatrie.

Deshalb ist eine weitere Schicht der Interpretation freizulegen, die allerdings – so ist jedenfalls meine Vermutung – wahrscheinlich nicht in der missionarischen Intention der Legende liegt. Diese Schicht wird aufgedeckt, wenn man die Biographie Martins heranzieht und seine Eigensinnigkeit auf sich wirken lässt. Hier kann der zerschnittene Mantel als symbolischer Anker dienen. Im Akt der Zerschneidung des Mantels als Zeichen der Zugehörigkeit zu einem gesellschaftlichen Stand trennt sich Martin von seinem Offiziersdasein, ein Schritt, den er in seinem Leben auch faktisch vollzieht. Damit wird die oberflächlich milde Gabe zu einem Akt der Selbstbehauptung. Er verlässt die damals fest vorgezeichneten Bahnen seines tradierten Standes und entscheidet sich zu einem Einsiedler- und Mönchsdasein. Zur Gefolgschaft Christi, so wie er es verstanden haben mag, entscheidet er sich ganz persönlich aus freien Stücken.

Die Legende vom Heiligen Martin und das Leben des Martin von Tours bieten damit zwei grundverschiedene Muster der Beschreibung oder Konstruktion „hilfreicher“ Beziehungen: Das traditionelle in der Ikonisierung vermittelte Bild beschreibt eine komplementäre Helferbeziehung. Eine vormals zerstörerische Kraft wandelt sich zu einer mildtätigen Macht. Was konkret bleibt, ist das Ausgeliefertsein des von der Mildtätigkeit Bedachten. Der Akt der Zertrennung und Teilung des Mantels wird vor dem Hintergrund des historischen Kontextes zu einem Akt der Autonomie und ihrer positiven Auswirkungen auf den Handelnden wie auch sein Umfeld. In dieser Perspektive wird der Arme zwar zu einer Randfigur, aber auch zum Nutznießer der Selbstbefreiung Martins.

Folgt man dieser Interpretation und fasst den Menschen Martin in seiner Lebensspanne in den Blick – vielleicht mit Respekt vor dem Zeitenabstand, der nur mit einiger Fantasie überbrückt werden kann – dann entdeckt man eine eigensinnige Person, die unabhängig von ihren sozialen Prägungen und Einflussnahmen konsequent einen selbstbestimmten Lebensweg gegangen ist. Vielleicht kann sie in dieser Hinsicht Modell und Vorbild gerade auch für exzentrische Lebensentwürfe sein.

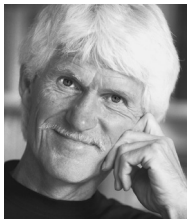
Die Mantelszene gibt noch etwas für den Helferberuf her, wenn sie vor der Folie eines geradlinigen Lebensstils gelesen wird, wie er vielleicht Martin unterstellt werden kann. Dann zeigt die Szene einen Mann, der die Not eines anderen wahrnimmt, unabhängig davon, wer oder was der andere ist, und konsequent und ohne Rücksicht auf eigene Belange notwendende Abhilfe schafft. Diesen Pragmatismus, gepaart mit Achtsamkeit für andere, wünscht man sich nicht nur für die soziale Psychiatrie.

Die Lebensgeschichte Martins von Tours und die Heiligenlegenden sind Narrative, die hilfreich sein können für die Diagnostik der Wirkungsweisen hilfreicher und hilfsarmer Beziehungen. An ihnen ist exemplarisch zu zeigen, welche analytische Kraft Geschichten entfalten können, wenn man sich auf sie einlässt.

Egoismus, Solidarität und die Rolle der Eliten

Vier Fragen an Michael Hartmann

Die Eliten tragen die entscheidende Verantwortung dafür, dass in den letzten Jahrzehnten Solidarität und Gemeinsinn von Egoismus, Konkurrenzdenken und Ellenbogenmentalität verdrängt worden sind. Sie bewirken das nicht nur durch ihr schlechtes Vorbild, sondern auch durch gravierende institutionelle Veränderungen in allen Bereichen. Die massive Zunahme von Ungleichheit bei Einkommen und Vermögen stellt kein statistisches Artefakt dar, sondern ist bittere Realität. Durch Spenden und Stiftungen geben die Reichen der Gesellschaft auch nur einen kleinen Teil dessen zurück, was sie ihr zuvor durch die Ausnutzung von Steuerschlupflöchern weggenommen haben. Die Kerbe stellte dem Professor für Soziologie und Elitenforscher Michael Hartmann vier Fragen.



Michael Hartmann
Professor für Soziologie und Elitenforschung, TU Darmstadt
Foto: Sven Ehlers

Sie sagen, dass Gier und Egoismus der Eliten die Solidarität in der Gesellschaft untergraben und verdrängen. Ist das eigentlich eine zutreffende Beschreibung? Die je nach Sichtweise begrüßte oder beklagte zunehmende Individualisierung innerhalb unserer Gesellschaften und die damit einhergehende Delegation von Verantwortung aus der Gruppe (der Gesellschaft, Kommune) an den Einzelnen (Subjektivierung) unterhöhlt ja auch Gemeinsamkeiten, sozialen Ausgleich und Solidarität unter den Menschen. Und dafür sind doch weit mehr Faktoren verantwortlich als der Egoismus der oberen sozialen Schichten?

Die Individualisierung der Lebensstile spielt sicherlich eine große Rolle. Dennoch lässt sich im Vergleich zu den 1970er oder 1980er Jahren, in denen die Individualisierung das Alltagsleben in der alten Bundesrepublik auch schon stark prägte, gerade in den letzten zwei Jahrzehnten eine deutlich spürbare Veränderung hin zum Schlechteren konstatieren, die ich vor allem auf das vom neoliberalen Denken bestimmte Handeln der Eliten zurückführe. Das gilt meiner Meinung nach in doppelter Hinsicht. Einmal trifft der alte Spruch „Der Fisch fängt am Kopf zu stinken an“ immer noch zu. Wenn die durchschnittlichen Bürger sehen, wie hemmungslos zumindest größere Teile der Eliten die allgemein gültigen Regeln des Zusammenlebens zu ihren Gunsten auslegen, beugen oder einfach neu definieren, dann stärkt das nicht gerade die Motivation, sich selbst streng daran zu halten. Skandale wie die lange Kette von Steuerhinterziehungen in allen Bereichen, bei Milliardären wie Reinhold Würth und Spitzenmanagern wie Klaus Zumwinkel angefangen bis hin zur Medien- und Sportprominenz wie Theo Sommer, Alice Schwarzer, Uli Hoeneß oder Franz Beckenbauer, und ganz besonders die Cum-Ex- und Cum-Cum-Geschäfte, bei denen viele Reiche sich niemals gezahlte Steuern vom Fiskus „zurückerstatten“ ließen, sind da prägend. Das gilt umso mehr, als die Neigung vieler Reicher, ihren Verpflichtungen als Steuerzahler nachzukommen, ganz offensichtlich nicht nennenswert zugenommen hat. So hat beispielsweise im letzten Jahr die Steuerprüfung im angesagtesten Viertel Berlins, dem Prenzlauer Berg, bei den elf der insgesamt dort lebenden 23 Millionäre, die sie überprüft hat, insgesamt 21,4 Mio. Euro an zu wenig gezahlten Steuern ermittelt, d.h. rechnerisch fast zwei Millionen pro Person. All das hinterlässt bei den meisten Durchschnittsbürgern den Eindruck: Der Ehrliche ist der Dumme. Der Gedanke liegt dann nah: Wenn die Eliten tricksen, warum dann nicht auch du, selbst wenn es auf Kosten der Gesamtgesellschaft geht.

Die Eliten haben mit ihrer neoliberalen Politik in den letzten Jahrzehnten auch institutionell den Egoismus stark gefördert und den Solidaritätsgedanken massiv geschwächt. Überall gab es auf einmal nur noch Kundenbeziehungen.

Mindestens genauso wichtig, aus meiner Sicht vielleicht sogar noch wichtiger, ist ein zweiter Punkt. Die Eliten haben mit ihrer neoliberalen Politik in den letzten Jahrzehnten auch institutionell den Egoismus stark gefördert und den Solidaritätsgedanken massiv geschwächt. Überall gab es auf einmal nur noch Kundenbeziehungen.

Verstand man sich früher als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse einfach als Teil einer Solidargemeinschaft, in der der eine für den anderen einstand, so ist das heute zunehmend anders. Die Auflösung der alten Strukturen nach dem Motto, dass die Konkurrenz der Kassen untereinander immer am besten für die Menschen ist, hat die einzelnen Kassen dazu veranlasst, verstärkt Jagd auf die für sie lukrativsten Mitglieder zu machen. Vor allem den jungen und weitgehend gesunden Menschen werden daher immer individuellere Tarife angeboten, die den alten Solidargedanken dann Stück für Stück in den Hintergrund treten lassen. Man kann inzwischen bei so gut wie allen Krankenkassen Tarife mit Selbstbehalt wählen, bei denen man einen Teil der Beiträge in Form von Prämien zurückbekommt, wenn man nicht oder nur selten Leistungen in Anspruch nimmt. Die neue Logik lautet: Wer besonders auf seine Gesundheit achtet, der soll und will schließlich auch weniger zahlen. Gesellschaftliche Voraussetzungen für individuelles Gesundheitsbewusstsein und gesundheitsbewusstes Handeln bleiben dabei unberücksichtigt. Jeder hat seine Gesundheit selbst in der Hand, so das neue Motto. Dass es für den ärmeren Teil der Bevölkerung aus den verschiedensten Gründen sehr viel schwerer ist, sorgfältig auf seine Gesundheit zu achten, und bei den Wohlhabenden und Reichen umgekehrt, wird vollkommen ignoriert.

Besonders deutlich wurde der Perspektivwechsel immer dort, wo öffentliche Dienstleistungen zu Privatangelegenheiten umdefiniert wurden. Das war z.B. im letzten Jahrzehnt an den Hochschulen zu beobachten. Bildung wurde seit Ende der 1990er Jahre im Rahmen der Studiengebührendebatte von einem öffentlichen Gut zu einer privaten Investition in die berufliche Zukunft des einzelnen, für die man dann konsequenterweise auch zahlen sollte. Auch wenn die praktische Umsetzung dieses Gedankens in Form von Studiengebühren trotz ihrer anfänglichen Einführung in fast allen Bundesländern durch den massiven Widerstand der Studierenden letztlich verhindert werden konnte, hat sich das Selbstverständnis sowohl der Hochschulen als auch der Studierenden doch stark in Richtung Kundenorientierung verändert. Aus Studierenden sind zunehmend Kunden geworden. Auch bei den Verbraucherzentralen macht sich dieser Einstellungswechsel bemerkbar. Sie vergleichen in der Regel nur noch das Preis-Leistungsverhältnis für bestimmte Produkte in Bezug auf den einzelnen Konsumenten, während die gesellschaftlichen Folgekosten anders als früher kaum noch Berücksichtigung finden. Typisch ist die jüngste Reaktion der Verbraucherverbände auf die Absicht von Bundesverkehrsminister Scheuer, durch eine weitgehende Liberalisierung des Personenbeförderungsgesetzes Uber oder vergleichbaren Anbietern den Markt in Deutschland zu öffnen. Sie begrüßen diese Initiative mit dem Hinweis auf die sinkenden Kosten für den einzelnen Kunden. Die Konsequenzen für den öffentlichen Nahverkehr oder die Umwelt spielen für ihre Einstellung keine nennenswerte Rolle mehr. „Moderne Mobilitätsdienstleistungen dürfen den Verbrauchern nicht länger vorenthalten werden“, so dann folgerichtig die öffentliche Stellungnahme von Marion Jungbluth, Verkehrsexpertin beim Bundesverband der Verbraucherzentralen.

Was mich an diesem Spendenwesen stört, ist die Tatsache, dass die Spenden zumeist nur einen kleinen Teil des Geldes ausmachen, das die gleichen Personen zuvor durch Steuertricks eingespart haben.

Die beiden knapp skizzierten Entwicklungen ließen in den Augen vieler Menschen die wohl bekannteste programmatische Aussage von Maggie Thatcher zunehmend als realitätsgerecht erscheinen: „So etwas wie eine Gesellschaft gibt es nicht. Es gibt nur individuelle Männer und Frauen“. Das bedeutet im Umkehrschluss: Jeder ist sich selbst der Nächste und man muss die Ellenbogen ausfahren, um sich im harten Konkurrenzkampf zu behaupten. Mitgefühl und Solidarität sind da fehl am Platze.

Wir thematisieren in diesem Heft die Legende des Heiligen St. Martin, der selbstlos abgibt und teilt. Auch auf die Gefahr hin, dass er selbst Schaden erleidet. Finden Sie in Ihrer Forschung auch diese Seiten des selbstlosen Gebens, auch bei den Eliten? Ich denke da an große Spenden, Schirmherrschaften oder Stiftungen aus dem Kreis der Eliten.

Das gibt es, allerdings weit seltener, als man angesichts der medialen Berichte annimmt. In der Regel spenden die Reichen, um für die Nachwelt in positiver Erinnerung zu bleiben. Berühmtes Vorbild dafür sind die sogenannten Räuberbarone in den USA, die im späten 19. Jahrhundert berüchtigt waren ob ihrer brutalen Geschäftsmethoden. Heute kennt man sie zumeist nur noch in ihrer Eigenschaft als großzügige Spender. Der Name Carnegie z.B. wird assoziiert mit der Carnegie Hall und der Carnegie Foundation, aber nicht mehr mit der Erschießung von streikenden Arbeitern. Im Grundsatz gilt das Gleiche, wenn auch weniger drastisch, für Personen wie Zuckerberg oder Gates. Ein aktueller Fall in den USA ist die Milliardärsfamilie Sackler. Nach ihr ist ein ganzer Flügel des Metropolitan Museum in New York benannt, für den sie (wie u.a. auch für das Guggenheim-Museum) sehr viel Geld gespendet hat. Das Geld verdient hat sie vor allem mit ihrem Pharma-Konzern Purdue, dessen gewinnbringendstes Produkt Oxycontin der Familie bis heute über 35 Milliarden Dollar eingebracht hat. Die Kehrseite davon ist, dass das seit 1996 mit sehr viel Werbung in den Markt gedrückte Mittel für die Opioid-Krise in den USA mit zigtausenden an Toten verantwortlich ist.

Was mich aber ungeachtet solcher spektakulären Fälle ganz generell an diesem Spendenwesen stört, ist die Tatsache, dass die von viel Public Relations begleiteten Spenden zumeist nur einen mehr oder minder kleinen Teil des Geldes ausmachen, das die gleichen Personen zuvor durch legale, halblegale oder auch illegale Steuertricks eingespart haben. Wenn die TU München jetzt sechs Mio. Euro von Facebook für eine Stiftungsprofessur erhält, so ist das verglichen mit den eingesparten Steuermillionen des Konzerns bestenfalls Kleingeld. Bei einem geschätzten Umsatz von über einer Milliarde Euro hierzulande zahlt Facebook gerade einmal knapp 500.000 Euro an Steuern. Ähnlich sieht es auch bei vielen reichen Deutschen aus. Ein besonders krasses Beispiel ist der 2016 verstorbene Mil-

liardär Curt Engelhorn. Wenn er über eine Stiftung die Reiss-Engelhorn-Museen in Mannheim und das Heidelberg Center for American Studies der Universität Heidelberg förderte, so machte er das mit Geld, das er gleich in doppelter Weise zuvor dem deutschen Fiskus entzogen hatte. Zum einen hatte Engelhorn durch die Verlegung seines Wohnsitzes in die Schweiz jedes Jahr Millionen an Einkommensteuern gespart. Zum anderen hatte er schon zuvor auf die acht Milliarden, die er in den 1990ern durch den Verkauf von Boehringer Mannheim erlöst hatte, keinen Pfennig Steuern gezahlt, weil er vor dem Verkauf eine Muttergesellschaft mit Sitz auf den Bermudas gegründet hatte. Letztlich sind die 25 Millionen Euro Stiftungskapital für die Mannheimer Museumsstiftung also nur ein Bruchteil dessen, was er eigentlich dem deutschen Staat an Steuern schuldete. Zudem hat es Engelhorn nicht nur bei der Ausnutzung legaler Steuerschlupflöcher belassen. Bei einer großzügigen Schenkung an seine beiden Töchter wurde von ihm bzw. seinen Töchtern auch „vergessen“, dem Finanzamt die dafür fällige Schenkungssteuer von 440 Mio. Euro zu überweisen. Das bewegte sich dann schon im illegalen Bereich. Man könnte diese Liste endlos fortführen.

Zwar sind nicht alle so skrupellos wie Engelhorn, aber was die Steuervermeidungsstrategien angeht, sind sie fast alle dabei. Selbst bei den ganz offensichtlich illegalen Cum-Ex- und Cum-Cum-Geschäften findet man die Namen vieler, die zu den sehr reichen Deutschen zählen. Und das ist nur die Spitze des Eisbergs. Würden alle sie Steuern so zahlen, wie es angesichts ihres Reichtums angemessen wäre, könnten viele Einrichtungen gerade im Kultur- und Sozialbereich, für die private Spenden heute wichtig oder sogar überlebenswichtig sind, aus öffentlichen Mitteln finanziert werden. Dann könnten wieder parlamentarisch-demokratisch gewählte Gremien darüber entscheiden, was wie stark gefördert wird, und nicht die individuellen Interessen einzelner privater „Gönner“.

Nimmt die soziale Ungleichheit eigentlich – auch im Vergleich zu früheren Epochen – wirklich so zu, wie es laufend beschrieben wird? Oder nehmen wir sie einfach wegen der Dominanz der sozialen Medien nur mehr wahr? Wir sind ja praktisch permanent am Vergleichen, da findet man natürlich auch jede Menge Unterschiede. Mit ‘nem Hammer in der Hand findet man auch jede Menge Nägel!

Allein auf die 130 Reichsten entfallen aber über acht Prozent des Gesamtvermögens. Da die höchsten Einkommen immer aus Vermögen stammen, verzerrt das die Daten enorm.

Die Ungleichheit nimmt tatsächlich zu, auch im Vergleich zu früheren Epochen. Über den längsten Zeitraum lässt sich das für Großbritannien zeigen, weil die geographische Stabilität des Landes es im Unterschied zu allen anderen großen Ländern bis in das 17. Jahrhundert zurück erlaubt. Der Anteil des obersten Promilles der Bevölkerung am Gesamteinkommen liegt dort heute eineinhalb bis fast dreimal so hoch wie zwischen Ende des 17. und Beginn des 19. Jahrhunderts (Hartmann 2018: 105f.). Für Deutschland kann man die Entwicklung bis Ende des 19. Jahrhunderts zurückverfolgen. Das obere Zehntel der Bevölkerung hat mit 40 Prozent der Bruttoeinkommen heute sogar einen leicht höheren Anteil als in den drei Jahrzehnten vor dem 1. Weltkrieg und einen deutlich höheren als in dem Zeitraum zwischen den 1950er und den 1990er Jahren. In diesem halben Jahrhundert lag er „nur“ zwischen 31 und 34 Prozent (Kaelble 2017: 67).

Bei den Nettoeinkommen, also nach Steuern und inklusive Sozialtransfers wie Kindergeld, Renten etc., sieht es heute vor allem aufgrund der besser ausgebauten Sozialsysteme im Vergleich zu den Jahrzehnten vor der Gründung der Bundesrepublik natürlich erheblich besser aus. Vergleicht man die heutige Situation aber nur mit der Zeit seit den 1950er Jahren, ist es aktuell deutlich schlechter um die Verteilung bestellt. Was in Deutschland vor allem auffällt, ist die ungewöhnlich schnelle und massive Veränderung innerhalb nur eines guten Jahrzehnts nach der Jahrtausendwende. Sie war vor allem an den beiden Enden der Einkommensskala zu beobachten. So hat das obere Zehntel seinen Anteil am realen Haushaltseinkommen zwischen 1999 und 2015 um 17 Prozent steigern können, während das untere Zehntel im gleichen Zeitraum 14 Prozent verloren hat. Die Kluft ist also um ein Drittel größer geworden. Gleichzeitig ist der Anteil derjenigen, die mindestens das Doppelte des mittleren Einkommens verdienen, um knapp ein Drittel größer geworden und der derjenigen, die es auf höchstens die Hälfte bringen, sogar um über zwei Drittel gewachsen. Die Reichen und Wohlhabenden auf der einen Seite sind nicht nur reicher, sondern auch zahlreicher geworden, und die Armen auf der anderen Seite ebenfalls zahlreicher und dazu ärmer (Hartmann 2018: 120 ff.).

Bei den Nettoeinkommen sieht es im Vergleich zu den Jahrzehnten vor der Gründung der Bundesrepublik besser aus. Vergleicht man es aber mit der Zeit seit den 1950er Jahren, ist es aktuell deutlich schlechter um die Verteilung bestellt.

Wenn in diesem Zusammenhang immer auf den Gini-Index verwiesen wird, dem zufolge sich die Einkommensunterschiede in den letzten zwei Jahrzehnten nur um ein gutes Fünftel vergrößert haben, so muss man drei Punkte berücksichtigen. Erstens misst dieser Index Entwicklungen in der Mitte der Einkommensskala sehr gut, solche an den Enden aber schlecht. Nimmt man den dafür besser geeigneten Theil-Index, fällt die Spreizung der Nettoeinkommen schon doppelt so stark aus. Zweitens bleiben die höchsten Einkommen vollkommen unberücksichtigt, weil diese Personen aus methodischen Gründen in den Umfragen nicht erfasst werden. Von den 1000 reichsten Bundesbürgern, die ein Vermögen von mindestens 100 Mio. Euro ihr eigen nennen können, ist kein einziger dabei. Auch von den nächsten tausend in der Rangfolge der Reichen ist es bestenfalls eine Handvoll. Allein auf die 130 Reichsten entfallen aber über acht Prozent des Gesamtvermögens. Da die höchsten Einkommen immer aus Vermögen stammen, verzerrt das die Daten enorm. Drittens schließlich bleiben die Auswirkungen der indirekten Steuern unberücksichtigt. Für die real verfügbaren Haushaltseinkommen

spielt es keine Rolle, wie hoch die Mehrwertsteuer ist. Für die Lebenswirklichkeit ist es aber entscheidend. Die Erhöhung um drei Prozentpunkte unter der ersten Merkel-Regierung hat für breite Bevölkerungskreise eine spürbare Verschlechterung ihrer Lebenslage bedeutet. Man konnte sich für sein Geld einfach weniger kaufen. Nimmt man alle Steuerentscheidungen zwischen 1998 und 2015 zusammen, so hat das untere Zehntel dadurch über fünf Prozent seines verfügbaren Einkommens verloren, während das oberste Prozent um fast denselben Prozentsatz entlastet worden ist (Hartmann 2018: 136f.). Die Entwicklung auf dem Wohnungsmarkt verstärkt diesen Effekt noch. Das obere Fünftel der Bevölkerung muss heute nur noch 14 Prozent des Einkommens für das Wohnen ausgeben, zwei Prozentpunkte weniger als vor zwei Jahrzehnten. Das liegt in erster Linie an den niedrigen Zinsen. Das untere Fünftel dagegen muss mit 39 statt 27 Prozent fast ein Drittel mehr für die Miete verwenden. Das verändert die reale Lebenslage massiv, taucht im Gini-Index aber ebenfalls nicht auf.

„Jeder muss sehen, wo er bleibt!“ Würde sich diese Tendenz durchsetzen, wäre das fatal für den sozialen Zusammenhalt im Allgemeinen und die Sozialpsychiatrie im Besonderen. Wie groß ist die Gefahr? Gier und Egoismus bei den Eliten könnte doch auch zu einer Solidarisierung auf der anderen Seite, der Seite der Verlierer führen? Können Sie uns Hinweise darauf geben, wie wir die viel zitierte und zunehmende soziale Spaltung unserer Gesellschaften und die damit verbundene Zunahme an Gesundheitsrisiken verursacht durch zu große soziale Ungleichheiten wieder zurückführen können?

Ob die Entwicklung der letzten Jahrzehnte mit alle ihren negativen Konsequenzen sich in den nächsten Jahren hierzulande fortsetzt, lässt sich nicht sicher sagen. Die politische Landschaft spricht derzeit eher dafür, weil die Kräfte eindeutig überwiegen, die im Kern für eine Fortsetzung der neoliberalen Politik plädieren. Dazu zählen nicht nur so gut wie alle wichtigen Politiker und Politikerinnen in CDU/CSU und FDP, sondern auch die große Mehrheit bei der AfD und (trotz aller aktuellen Ankündigungen zu einer Kehrtwende in der Sozialpolitik) vermutlich auch die Mehrheit der maßgeblichen Politiker und Politikerinnen bei SPD und Grünen. Dazu kommt dann noch der ganz überwiegende Teil der Eliten in den anderen Sektoren wie Justiz, Verwaltung oder Medien. Sie alle halten den bisherigen Kurs in seinen wesentlichen Elementen für alternativlos.

Eine Kursänderung kann daher nur von unten kommen. Dass so etwas möglich ist, haben die erfolgreichen Proteste gegen die Studiengebühren gezeigt. Obwohl es lange danach aussah, als ob die Gebühren sich wie ein Naturgesetz über die Bundesrepublik ausbreiten würden, konnten sie letztlich wieder abgeschafft und bis heute auch verhindert werden. Voraussetzung für diesen Erfolg war zum einen ein gravierender strategischer Fehler der hessischen Landesregierung unter Roland Koch, die im Gefühl des sicheren Sieges eine Gesetzesinitiative einbrachte, die eine Anhebung von 500 auf bis zu 1500 Euro für Master- und Promotionsstudiengänge vorsah. Damit hatte sie den Bogen überspannt. Zum anderen war der Widerstand an den hessischen Hochschulen sehr gut organisiert und die Resonanz in der Bevölkerung aufgrund des intelligenten Vorgehens der protestierenden Studierenden durchweg positiv. Derzeit ist etwas Ähnliches in Deutschland zwar nicht zu sehen. Wie die Gelbwestenproteste in Frankreich zeigen oder die Erfolge jener Politiker bei den US-Demokraten und der britischen Labour Party, die den langjährigen neoliberalen Kurs ihrer Parteien ablehnen, kann sich das aber jederzeit ändern. Wenn in Umfragen die große Mehrheit der britischen Bevölkerung die Reverstaatlichung öffentlicher Infrastruktureinrichtungen wie der Wasser- und Energieversorgung oder der Eisenbahn befürwortet, ist das genauso ein positives Signal wie überraschende Mehrheiten unter der US-Bevölkerung für erheblich höhere Steuern auf große Vermögen und Einkommen. Forderungen nach Spitzensteuersätzen von bis zu 70 Prozent und einer zwei- bis dreiprozentigen Vermögenssteuer auf Vermögen ab 50 Millionen Dollar, wie sie derzeit von prominenten demokratischen Politikerinnen erhoben werden, wären vor wenigen Jahren noch als sozialistische Hirngespinste abgetan worden. Jetzt finden sie selbst bei einer großen Zahl republikanischer Wähler und Wählerinnen Anklang. Die unter den meisten jungen Leuten sehr populäre Forderung nach der Abschaffung der Studiengebühren geht in dieselbe Richtung. Bildung soll wieder ein öffentliches Gut sein und keine private Investition.

All das zeigt, dass reale Verschlechterungen in der eigenen Lebenswirklichkeit wahrgenommen werden und, wenn sie über einen langen Zeitraum konstant bleiben, auch zu Veränderungen in der politischen Einstellung führen.

All das zeigt, dass in der Bevölkerung reale Verschlechterungen in der eigenen Lebenswirklichkeit wahrgenommen werden und, wenn sie über einen langen Zeitraum konstant bleiben, auch zu Veränderungen in der politischen Einstellung führen können. Das ist im Übrigen ein entscheidender Unterschied zwischen Deutschland auf der einen sowie Großbritannien und den USA auf der anderen Seite. Dort wird die neoliberale Politik schon doppelt so lange und insgesamt auch rücksichtloser als hierzulande verfolgt. Die Lage gerade für den jüngeren Teil der Bevölkerung ist daher spürbar schlechter als in Deutschland. Dass eine politische Wende weg von Egoismus und Ellenbogenmentalität hin zu mehr Solidarität und Gemeinschaftssinn allerdings keinen Automatismus darstellt, zeigen die Erfolge rechtspopulistischer Politiker und Parteien. Um eine Kehrtwende zu erreichen, bedarf es deshalb stets umfangreicher Aktivitäten von unten. Einen ganz wesentlichen Punkt stellt dabei immer die Aufklärung über die konkreten Zusammenhänge zwischen der Verschlechterung in einzelnen Bereichen und der generellen neoliberalen Politik dar.

Literatur

Hartmann, Michael (2018): Die Abgehobenen. Wie die Eliten die Demokratie gefährden. Frankfurt a. M.

Kaelble, Hartmut (2017): Mehr Reichtum, mehr Armut. Soziale Ungleichheit in Europa vom 20. Jahrhundert bis zur Gegenwart. Frankfurt a. M.

Das Soziale in der Psychiatrie

Soziale Determinanten, Ungleichheit und psychische Gesundheit – wie ist die Studienlage?

Von Stefan Weinmann und Thomas Becker

Dass soziale Faktoren die Entstehung und den Verlauf auch schwerer psychischer Erkrankungen wesentlich beeinflussen, ist mittlerweile unstrittig. Nach einer allgemeinen Konzeptualisierung sozialer Determinanten wird dies am Beispiel der Depression und der Psychosen dargestellt. Sowohl in der Forschung als auch in der Behandlung und Gesundheitsförderung muss der krankmachenden Bedeutung von psychosozialem Stress verstärkt Aufmerksamkeit geschenkt werden. Die langfristige Förderung psychischer Gesundheit sollte neben der psychiatrischen und psychosozialen Versorgung politische und wirtschaftliche Maßnahmen, aber auch Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik einbeziehen mit dem Ziel, das Gefälle zwischen Arm und Reich, zwischen Macht und Machtlosigkeit, prekärem Leben sowie zwischen sinnstiftender beruflicher Beschäftigung und der Abhängigkeit von Transferleistungen zu verringern.

Stefan Weinmann
Psychiatrischer Oberarzt am Vivantes Klinikum Am Urban in Berlin und Redaktionsmitglied der Kerbe: stefan.weinmann@yahoo.de

Thomas Becker
Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg: thomas.becker@uni-ulm.de

Das Thema in der Diskussion

„Weltweit ist Armut die wichtigste Quelle von Stress. Armut ist die Ursache für eine Reihe von seelischen Belastungen. [...] Armut bremst den menschlichen Geist und schafft Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit. Vielfältigen Problemen, denen sich Familien, Kinder, Jugendliche, Erwachsene und Ältere gegenübersehen, liegt letztendlich Armut zugrunde. Armut beeinflusst unmittelbar Kindersterblichkeit, geistige Behinderungen, Lernschwierigkeiten und Drogen- und Alkoholmissbrauch. Armut ist ein zentraler Faktor für Wohnungslosigkeit. Armut erhöht das Risiko für rassistischen, kulturellen und religiösen Hass. Armut führt zu mehr Missbrauch von Frauen und Kindern. Armut kann zu Selbstmord, Depression und schwerer psychischer Erkrankung führen. Armut hat direkte Auswirkungen auf das Entstehen von Gewalt. Wir glauben, dass die Beseitigung von Armut den ersten Schritt in der Primärprävention darstellt.“ (Albee 2006, S. 451)

Dass psychische Probleme mit den Lebensumständen der Menschen zu tun haben, liegt nahe und erschließt sich jedem, der Krankheitsverläufe von Betroffenen über längere Zeit überblickt. Die Psychiatrie hat sich aber häufig schwergetan, die wesentlichen kausalen Faktoren in der Entstehung und im Verlauf psychischer Erkrankungen im Sozialen zu suchen. Gemessen an der eindeutigen Evidenz zum Gewicht sozialer Faktoren kann man von einem (relativ) blinden Fleck sprechen. Daher kamen und kommen die entscheidenden Impulse zur Rolle sozialer Faktoren bei psychischen Erkrankungen und zu ihrer Berücksichtigung in Versorgung und sozialpolitischem Handeln häufig von außerhalb des Mainstreams des Fachgebietes. In den letzten Jahren hat das Thema der sozialen Determinanten von Gesundheit allgemein nicht zuletzt durch die Arbeit und die Ergebnisse der *WHO Commission on Social Determinants of Health* unter Leitung von Michael Marmot in der Fach- und breiten Öffentlichkeit viel Aufmerksamkeit erfahren (CSDH, 2008). Weniger prominent wurden die sozialen Determinanten psychischer Gesundheit diskutiert, sodass man auch sagen kann, sie seien vernachlässigt worden. Es waren vor allem auch der britische Epidemiologe Michael Marmot und der US-amerikanische Wirtschaftstheoretiker Richard Wilkinson, die in den letzten Jahren zu sozialen Determinanten psychischer Erkrankungen publiziert und politisches Handeln gefordert haben (WHO, 2014; Wilkinson, 2012) .
Das Fachgebiet und auch die großen Fachgesellschaften der Psychiatrie haben eher am Rande dazu beigetragen, dieses Thema auf die politische Ebene zu bringen, während sie dem Public Health-Gewicht (Häufigkeit, Dauer und Schwere, sog. *burden of disease*) psychischer Störungen, der Anerkennung des Fachs Psychiatrie innerhalb der Medizin und der Gesellschaft, der Verbreitung der Wissensbestände zu psychischen Erkrankungen, der neurobiologischen Erforschung psychischer Störungen, der Wahrnehmung von psychischen Erkrankungen, Stigma-Aspekten sowie den für die medizinische Behandlung psychischer Erkrankungen eingesetzten Ressourcen viel (berechtigte) Aufmerksamkeit gewidmet haben.
Das Robert-Koch-Institut (RKI) befasst sich in der Gesundheitsberichterstat-

tung seit Jahren mit sozioökonomischen Faktoren, die Gesundheit beeinflussen, bleibt aber bei psychischen Erkrankungen bisher eher vage. So werden vor allem die Depression und der Konsum von Suchtstoffen genannt, deren Häufigkeit bei vorliegendem niedrigem sozioökonomischem Status erhöht ist (RKI, 2015). Auch zum Thema der in anderen Ländern gezeigten kausalen Verbindung von Migration und Ethnizität und erhöhtem Auftreten auch schwerer psychischer Erkrankung und zur Beziehung zwischen Wohnsituation, Bildung, ethnischer Ausgrenzungserfahrung, relativer Armut und psychischer Gesundheit hält sich das RKI zurück – es gäbe zu wenig gute Studien in Deutschland mit längerer Beobachtungszeit und methodischer Stringenz. Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Psychiatrie wird in deutschsprachigen Ländern selten nüchtern und wissenschaftlich mit der notwendigen Konsequenz betrachtet.

Die Rolle sozialer Faktoren bei psychischen Problemen

Mit sozialen Determinanten der Gesundheit sind all jene Bedingungen gemeint, in die Menschen hineingeboren werden, unter denen sie aufwachsen, leben, arbeiten und altern. Diese Bedingungen werden durch die Verteilung von Geld, Macht und anderen Ressourcen auf globaler, nationaler sowie lokaler Ebene beeinflusst. Soziale Determinanten beeinflussen über materielle, psychosoziale, verhaltensbezogene und intergenerationelle Mechanismen die Verteilung von Gesundheit und Krankheit in einer Gesellschaft. Nicht zuletzt beeinflussen soziale Determinanten dadurch das Ausmaß gesundheitlicher Ungleichheit zwischen und innerhalb von Ländern und Regionen.

Menschen, die ihren Platz weiter unten in der gesellschaftlichen Hierarchie haben, laufen viel häufiger Gefahr, schwer oder chronisch zu erkranken. Sowohl materielle als auch psychosoziale Ursachen tragen zu diesen Unterschieden bei (Wilkinson u. Marmot 2004). Es scheint aber vor allem die soziale Ungleichheit, also das Ausmaß der Unterschiede in den Einkommen, im Status und in Machtverhältnissen zu sein, das einen Einfluss darauf hat, wie hoch die Last an psychischen Erkrankungen ist. Nicht der absolute Wohlstand in einer Gesellschaft und das Wirtschaftswachstum „an sich“ bestimmen das Ausmaß der Zufriedenheit, des Stresses und anderer Variablen und damit eben auch das Ausmaß des psychisch Krankseins, sondern *relative Unterschiede* – also der Abstand von „oben“ nach „unten“. Denn der Grad der Einkommensunterschiede (diese sind am leichtesten messbar, besser wäre das Ausmaß der Unterschiede im Besitz, Einkommen, Status und Macht) hat einen großen Einfluss darauf, wie Menschen miteinander umgehen.

Menschen kommen mit einer bestimmten genetischen und biologischen Ausstattung auf die Welt, die einen Rahmen von Fähigkeiten und Ressourcen absteckt, in dem sie sich bewegen können. Schon im Mutterleib sind sie aber äußeren Einflüssen unterworfen, die sich ändern können und somit *beeinflussbar* sind. Diese Einflüsse sind unterstützend oder benachteiligend. Benachteiligung kann unterschiedlichste Formen annehmen – sie kann außerdem absolut oder relativ sein. Aber wir wissen mittlerweile auch, dass Benachteiligungen wie Gewalt in der Familie, Probleme im Zusammenleben mit der Nachbarschaft, Diskriminierung, Unterordnung oder Frustration in Situationen hoher sozialer Ungleichheit (die immer auch eine Form struktureller Gewalt sind) beim Einzelnen eine stärkere körperliche Prägung mit sich bringen und tiefer greifende Veränderungen des Zentralnervensystems, im Hormonstatus und in somatischen Regelkreisen hervorrufen können als unter Bedingungen größerer sozialer Gleichheit.

Soziale Benachteiligung kann beispielsweise dazu führen, dass keine starken Familienbande bestehen, dass Menschen eine schlechtere Schulbildung mit auf den Weg bekommen, dass im Kampf um Anerkennung in einer konkurrierenden Umwelt Misstrauen und Frustration entstehen, dass Menschen in einer beruflichen Sackgasse stecken oder ihre Arbeitsplätze nicht gesichert sind, dass sie keine angemessene Wohnunterkunft haben und ihre Kinder unter schwierigen Umständen großziehen müssen. Alle diese unterschiedlichen Formen von Benachteiligung betreffen tendenziell immer die gleichen Menschen und haben kumulative Auswirkungen auf ihren Gesundheitszustand. Je länger die Menschen unter belastenden interaktionellen, wirtschaftlichen und sozialen Bedingungen leben, desto höher ist das Risiko für beeinträchtigende Symptome. Dies gilt sowohl für körperliche als auch für psychische Symptome und Beschwerden.

Obgleich die Anzahl epidemiologischer Studien zu sozialen Faktoren bei psychischen Erkrankungen in den letzten Jahren zugenommen hat, kann am Beispiel der Schizophrenie gezeigt werden, wie Krankheitsmodelle die Inhalte wissenschaftlicher Studien beeinflussen: Während sich etwa je 20% der Studien zu Menschen mit einer Schizophrenie mit den biologischen Faktoren bzw. der Medikation beschäftigen, waren es bis vor kurzem nur 1%, die die Rolle von Armut und sozialer Ungleichheit untersuchten (Read u.a., 2009). Dabei gibt es sowohl bei der Depression als auch bei den Psychosen und anderen Erkrankungen recht gute Evidenz.

Die Evidenz bei psychischen Erkrankungen: Depression

Internationale Studien haben gezeigt, dass Personen aus wirtschaftlich und sozial schwächeren Schichten der Gesellschaft ein fast doppelt so hohes Depressionsrisiko haben wie Personen aus höheren Schichten (Lorant u. a. 2003). Dies trifft auch für Deutschland zu: Personen mit niedrigem Sozialstatus erkranken häufiger an Depressionen als Personen mit höherem Status (Busch u. a. 2011). Dies schließt sowohl Neuerkrankungen als auch Wiedererkrankungen ein – unabhängig von medikamentöser oder psychotherapeutischer Behandlung.

Bei demjenigen, der einmal depressiv erkrankt ist, ist die Wahrscheinlichkeit einer überdauernden Symptomatik mit bleibenden Beeinträchtigungen erhöht, wenn er der unteren Sozialschicht angehört. Verteilung und Prognose der Depression sind ungleich – zuungunsten niedriger sozialer Schichten.

Ein Review der Weltgesundheitsorganisation fand eindeutige Evidenz dafür, dass die sozioökonomische Position, Geschlechter- und Bildungsgerechtigkeit in einer Gesellschaft sowie die Ungleichverteilung von Einkommen das Risiko einer behandlungsbedürftigen depressiven Neuerkrankung erheblich beeinflussen (Patel u. a., 2014). Anhand der sozialen Schichtung der Bevölkerung kann gezeigt werden, wie Einflüsse auf unterschiedlichen Ebenen auf das Risiko für depressive Episoden wirken: Die Verteilung von Macht und Ressourcen bestimmt, wie mit Herausforderungen umgegangen wird, wie die Bildungserfolge sind, wie viel Gewalt und Stigma erlebt werden, wie mit Stress umgegangen wird, wie viel Arbeitszufriedenheit sich

in die Psyche und den Körper eingräbt, wie viel Umweltgifte aufgenommen werden, wie eng man zusammenwohnt, wie sozialer Zusammenhalt erlebt wird und wie sich kulturelle Normen verändern (Saraceno u. a., 2005).

Die Studienlage zu Psychosen

In Großbritannien und insbesondere im multikulturellen London war schon lange bekannt, dass Menschen mit schwarzer Hautfarbe, die aus dem karibischen Raum stammten, in psychiatrischen Krankenhäusern überrepräsentiert waren. Eine gängige Erklärung hierfür war, dass weiße Psychiater, die die karibische Kultur nicht kennen, die Erfahrungen dieser ethnischen Gruppe häufig missverstehen und als Manifestation einer Schizophrenie missdeuten. In Zusammenarbeit mit einem Psychiater aus Jamaika untersuchten Forscher des Institute of Psychiatry in London diese Erklärung der unterschiedlichen Schizophrenie-Prävalenzen in psychiatrischen Kliniken. Ein mögliches kulturelles Unverständnis der weißen englischen Psychiater kann die höheren Psychoseraten allerdings nicht erklären. Studien, die im kulturellen Ursprungsraum dieser Menschen, in der Karibik, durchgeführt wurden, zeigten deutlich niedrigere Neuerkrankungsraten für psychotische Störungen als unter den nach England ausgewanderten, sodass auch die Behauptung einer besonderen und starken genetischen Vulnerabilität nicht haltbar ist. Vielmehr scheinen Migrationsfolgen (als Umweltfaktoren), die insbesondere bei den Kindern der Migrationsgeneration zum Tragen kommen (Hutchinson u. a., 1996), eine große Rolle zu spielen.

James Kirkbride und seine Kollegen vom University College London konnten in der *„Avon longitudinal study of parents and children“* zeigen, dass eine länger dauernde Exposition gegenüber einer widrigen sozialen Umgebung mit einem deutlich höheren Risiko psychotischer und depressiver Symptome im Adoleszentenalter verbunden ist (Solmi u. a., 2017). Kirkbride hat auch konsistent gezeigt, dass die Zusammensetzung der Nachbarschaft, das Aufwachsen in sozialer Umgebung mit hoher Ungleichheit, das Fehlen sozialer Kohäsion und anderer resilienzstärkender Faktoren mit einem deutlich höheren Risiko von Psychosen verbunden sind. Dies wurde mit der Rolle sozialer Stressoren in ungleich strukturierten sozialen Umgebungen erklärt.

Die dänischen Epidemiologen Carsten B. Pedersen und Diana Paksarian zeigten in einer dänischen Registerstudie, dass mehrfache Umzüge in Städten, vor allem in der vulnerablen Phase zwischen 13 und 15 Jahren, mit einem zwei- bis dreifach höheren Psychoserisiko verbunden sind (Paksarian u. a., 2015). Die große »Dunedin multidisciplinary health and development cohort study 2000« untersuchte die Beziehung zwischen wiederholtem Mobbing und späteren psychotischen Symptomen und zeigte eine Dosis-Wirkung-Beziehung mit zwei- bis fünffach erhöhtem Psychoserisiko je nach Chronizität und Intensität des Mobbings (Schreier u. a., 2009). Kinder von sozial schwächeren Eltern sind häufiger Mobbing ausgesetzt.

Craig Morgan von Institute of Psychiatry kann mithilfe der noch laufenden »Childhood adversity and psychosis study« (einer Fall-Kontroll-Studie mit über 600 an einer Psychose Ersterkrankten) in ersten Ergebnissen bereits darauf verweisen, dass eine Reihe von Traumata in der Kindheit das Risiko der Entwicklung einer späteren Psychose um das Zwei- bis Vierfache erhöhen. Die stärksten Effekte waren bei schweren Traumata wie Gewalterfahrungen bei gleichzeitig fehlender sozialer Unterstützung sichtbar. Meist spielte auch das Alter zum Zeitpunkt der Traumatisierung eine Rolle (Schulkindalter versus Jugendalter). Die Studie bestätigt ältere Daten aus anderen, früheren Studien (Morgan u. a., 2014).

Zwei Metaanalysen (Varese u. a., 2012; Matheson u. a., 2013) mit mehr als vierzig Studien haben gezeigt, dass Menschen mit einer Vorgeschichte von Kindheitstraumata (sexueller Missbrauch, körperliche und emotionelle Misshandlungen, Vernachlässigung, Zeugenschaft von Gewalt in der Familie, Mobbing, Verlust eines Elternteils in entscheidender Lebensphase) drei- bis viermal häufiger die Diagnose einer Schizophrenie bekommen als Menschen ohne diese Erfahrungen/ Belastungen. Diese höheren Raten sind vergleichbar mit den Raten bei Menschen mit Depression, bipolaren Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen, die Raten sind aber etwas niedriger als diejenigen bei Menschen mit dissoziativen Störungen oder Posttraumatischer Belastungsstörung. Die Zusammenhänge bleiben bestehen, wenn man Einflussfaktoren wie die Familienvorgeschichte bezüglich psychischer Erkrankung, Alter, Geschlecht, Ethnizität und andere psychische Erkrankungen kontrolliert.

Die jüngste Studie zu den psychosozialen Einflussfaktoren auf die Entwicklung von Psychosen ist die REACH-Studie (*„Risk, resilience, ethnicity, and adolescent mental health“*), die derzeit in London läuft und 2500 Jugendliche aller ethnischen Gruppen im Alter von 11 bis 14 Jahren in ausgewählten Schulen in sozial benachteiligten Gegenden im südlichen London eingeschlossen hat und die Entwicklung psychischer Probleme in Abhängigkeit von Lebensereignissen, sozialem Stress, aber auch Resilienzfaktoren wie soziale Unterstützung, Copingstrategien und anderen protektiven Faktoren untersucht. Sie ist eine der Langzeitstudien, die unser Verständnis von Psychosen wesentlich beeinflussen kann.

Aus der Forschung zu genauen psychosozialen Entstehungsmechanismen von Psychosen können folgende Schussfolgerungen gezogen werden:

- 1. Es scheint ein kumulativer Effekt von ungünstigen Ereignissen vor Beginn einer Psychose vorzuliegen: Je mehr zusätzliche Traumata, je geringer der soziale Status und damit je weniger Kompensationsmöglichkeiten vorhanden sind, desto höher das Risiko einer Psychose.
- 2. Die ungünstigen Faktoren interagieren miteinander: Das Risiko der Entwicklung einer Psychose stieg in einem Survey mit nahezu 2000 Befragten um das Fünffache, wenn Missbrauch im Kindesalter und Cannabismissbrauch im Jugendalter vorlagen, wohingegen das Risiko zweifach höher war, wenn nur ein Risikofaktor bestand.

Biologische und psychologische Mechanismen

Gerade bei Psychosen gibt es einige Evidenz und Modelle zu den konkreten Mechanismen, wie soziale Ungleichheit das Risiko von Psychosen erhöht (Weinmann 2019, S. 189-214): Traumata und die Erfahrung von Hilflosigkeit bewirken eine Kaskade chronischer Störungen auf Hormon- und Neurotransmitterebene, die insbesondere zu langfristig erhöhter Cortisolausschüttung und zu besonderer künftig erhöhter Anfälligkeit für Stress führen. In der Kindheit werden dann Mittelhirnstrukturen beeinflusst, was zu

phasenweise höherer Dopaminübertragung im Sinne einer erhöhten Dopaminaktivität und erhöhter Ansprechbarkeit der Dopamin-Rezeptoren führt. Die Aktivität von Dopamin im Frontalhirn scheint wiederum als Folge chronischen Stresses erniedrigt zu sein. Dopamin spielt zudem eine Rolle in der erhöhten Wahrnehmung von Bedrohung und der abnormen Bedeutungszuschreibung gegenüber ansonsten neutralen Ereignissen, was zu paranoidem Erleben führen kann. Das Gehirn ist häufiger „auf der Hut". Die Störung der in der Evolution des Menschen eigentlich wichtigen Mechanismen der Antizipation von Bedrohung im sozialen Umfeld ist ein entscheidender Faktor der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Psychosen. Dies bedeutet, dass das Gehirn von Menschen mit einer Psychose nicht grundsätzlich anders funktioniert als das jener ohne Psychose, sondern dass ein Regulationsproblem vorliegt, das durch frühere Erfahrungen mitbedingt ist. Als wesentlicher struktureller sozialer Faktor für diese Befunde wird das Konstrukt der „sozialen Niederlage" *(„social defeat")* der Betroffenen diskutiert (Selten u. Cantor-Graae, 2005)– Ergebnis einer Endstrecke von Einflüssen sozialer Ungleichheit, sozialen Frustrationen, erhöhtem Risiko emotionaler, physischer und sexueller Missbräuche von Kindern, geringeren psychologischen Bewältigungsmechanismen für widrige Lebensereignisse und der Beeinträchtigung von Fähigkeiten der Emotionsregulierung und Selbstwertstärkung.

Die Wirkung ökonomischer Krisen

Die Auswirkung ökonomischer Krisen auf die psychische Gesundheit wird immer noch unterschätzt und erfordert mehr Aufmerksamkeit, da erst dann politische und gesellschaftliche Veränderungen zu erwarten sind, die primärpräventiv wirken und psychiatrische Interventionen, die bisher immer nur reaktiv sind und spät ansetzen, überflüssig machen würden. Die Literatur zeigt, dass die Auswirkung von Rezessionen, von wirtschaftlichem Abschwung und Krisen von der Art der Krise, der Zusammensetzung der Gesellschaft (egalitär oder Ungleichheit fördernd oder akzeptierend) und der Sozialstruktur der Bevölkerung (ländlich oder urban, Verteilung von Arbeit, Besitzverhältnisse, soziale Kohärenz, Arbeitsplatzsicherheit) abhängt. Die psychische Situation von Frauen scheint generell stärker durch Krisen beeinflusst zu werden als diejenige von Männern (Weinmann u. Kösters, 2017). Ein niedrigeres Einkommen ist nicht nur mit mehr kardiovaskulären Erkrankungen, sondern auch mit einer schlechteren psychischen Gesundheit verbunden – mit der weiterhin gültigen Erklärung der Unterschiede in der Resilienz. Der Verlust des Arbeitsplatzes verändert die psychische Gesundheit, vor allem dann, wenn soziale Netzwerke schwach und wenig alternative Einkommensquellen vorhanden sind – und wenn ausreichende soziale Sicherungssysteme fehlen. Ein höheres Bildungsniveau mildert den Einfluss ökonomischer Krisen auf die psychische Gesundheit.

Schlussfolgerungen

Die Studienlage zum Einfluss sozialer Faktoren auf leichte und schwere psychische Erkrankungen (und auf ihre Auswirkungen im gesellschaftlichen Leben) nimmt zu. Die Evidenz nicht zur Kenntnis zu nehmen und keine Handlungskonsequenzen zu ziehen, würde die gesellschaftlichen Kosten krankheitsfördernder gesellschaftlicher Bedingungen in die Höhe treiben. Die Forschung zu sozialen Risikofaktoren, Auslösern und Determinanten psychischer Erkrankungen ist aussichtsreich - diese Forschungsrichtung sollte in der psychiatrischen Forschungsgestaltung und Forschungsförderung in der Bundesrepublik Deutschland eine größere Rolle spielen. Sie kann zum einen die neurobiologische Forschung zu den Ursachen psychischer Störungen befruchten und bereichern (z.B. Gen-Umwelt-Interaktionsstudien), zum anderen könnten die Ergebnisse in die Gestaltung psychiatrischer Versorgungssysteme eingehen und diese bereichern. Voraussetzung für solche Fortschritte ist die Offenheit gegenüber der Bedeutung der sozialen Umwelt, welche die menschliche Erfahrung, Resilienz und Vulnerabilität für (psychische) Erkrankungen entscheidend (mit)prägt.
Die Förderung psychischer Gesundheit bezieht politische und wirtschaftliche Maßnahmen, aber auch die Bildungs- und Arbeitsmarktpolitik ein. Einschlägige Programme und Maßnahmen müssen darauf zielen, das Gefälle zwischen Arm und Reich, zwischen Macht und Machtlosigkeit, zwischen Beeinflussung und Ausgeliefertsein, zwischen beruflicher Beschäftigung und Abhängigkeit von Transferleistungen zu verringern. Traumatisierende Erlebnisse in der Entwicklung von Menschen und die Erfahrungen sozialer Frustration, die in ungleichen Gesellschaften und bei Vorliegen sozialer Spannungen erheblich häufiger sind, können durch Bemühungen hin zu mehr egalitären Gesellschaften verringert werden. Eine stärkere Gemeinwohlorientierung kann auch zu einer Art „sozialem Immunsystem" führen (Ostrom u. Helfrich, 2011). Solche Entwicklungen haben das Potenzial, das Risiko für psychische Erkrankungen zu senken und deren Verlauf zu verbessern. Positive psychische Gesundheit ist sektorübergreifende Aufgabe sowohl von Psychiatrie-Professionellen als auch von Betroffenen, Sozialpolitikern, Gemeinden und Nachbarschaften. Auch wenn wir dadurch für den einen oder anderen Bürger zunächst nichts unmittelbar gewinnen mögen, können wir zumindest einen Beitrag für die Zukunft leisten.

Literatur

Albee, G. (2006): Historical Overview of Primary Prevention of Psychopathology: Address to The 3rd World Conference on the Promotion of Mental Health a. Prevention of Mental a. Behavioral Disorders September 15–17,2004, Auckland, New Zealand. The Journal of Primary Prevention, 7, 449–456.

CSDH, Commission on Social determinants of Health (2008): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Genf, World Health Organization.

Ostrom, E, Helfrich, S. (2011): Was mehr wird, wenn wir teilen. Vom gesellschaftlichen Wert der Gemeingüter. München, oekom Verlag.

Read, J., Bentall, R., Fosse, R. (2009): Time to abandon the bio-bio-bio model of psychosis: Exploring the epigenetic and psycholgocial mechanisms by which adverse life events lead to psychotic symptoms. Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 18, 299–317.

Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, Kapitel 3: Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit?

Selten JP, Cantor-Graae E. (2005): Social defeat: risk factor for schizophrenia? Br J Psychiatry. 2005 Aug; 187:101–2.

Weinmann S, Kösters M. (2017): Economic crisis and mental health – findings from low- and middle income countries. Die Psychiatrie 14, 2: 86–89.

Weinmann, S. (2019):. Die Vermessung der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie Verlag.

WHO, World Health Organization; Calouste Gulbenkian Foundation (2014): Social determinants of mental health. Genf, World Health Organization.

Wilkinson, R.; Marmot, M. (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten. Genf, World Health Organization.

Wilkinson, R.; Pickett, K. (2012): Gleichheit ist Glück – Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Frankfurt.

Psychische Gesundheit und ihre sozialen Determinanten: Was macht Europa?

Von Marcin Rodzinka, Laura Marchetti und Claudia Marinetti (Übersetzung aus dem Englischen: Stefan Weinmann)

Claudia Marinetti
Geschäftsführerin Mental Health Europe (MHE), eine europäischen Nichtregierungsorganisation, die die Förderung positiver psychischer Gesundheit, die Prävention psychischer Erkrankungen, die Verbesserung der Behandlungs- und Versorgungsbedingungen und den Schutz der Rechte von Nutzern psychiatrischer Dienste zum Ziel hat.

Laura Marchetti
Senior Policy Officer bei Health Europe (MHE)

Marcin Rodzinka
Advocacy & Policy Offiver bei Mental Health Europe (MHE)

Psychische Gesundheit in Europa

Gute psychische Gesundheit ist eine entscheidende Voraussetzung für das Wohlbefinden des Einzelnen. Sie ist die Grundlage für ein glückliches, erfülltes und produktives Leben. Ohne eine gute psychische Gesundheit fühlen sich die Menschen nicht oder weniger in der Lage, Aktivitäten des täglichen Leben auszuführen, einschließlich Selbstpflege, Bildung, Beschäftigung und Teilnahme am sozialen Leben in ihrem Umfeld. Es ist daher alarmierend, dass über alle Länder der Europäischen Union hinweg jüngsten Schätzungen zufolge mehr als einer von sechs Menschen an einem psychischen Problem leidet, was etwa 84 Millionen Menschen entspricht. Darüber hinaus sind mehr als 84 000 Todesfälle in EU-Ländern auf Ursachen zurückzuführen, die im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit und Selbstmord stehen.

Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit und zur Verbesserung des Lebens von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und ihren Familien sind dringend erforderlich. Damit diese jedoch wirksam werden, muss ein wichtiger Paradigmenwechsel stattfinden. Anstatt psychische Beeinträchtigungen („*mental ill-health*“) als „Krankheit“ („*disease*“ oder „*illness*“) zu definieren, die durch rein biologische Faktoren verursacht wird, müssen Forscher, Angehörige der Gesundheitsberufe, politische Entscheidungsträger und die Zivilgesellschaft das Leben und das soziale Umfeld einer Person berücksichtigen und diese Faktoren als mindestens genauso wichtig für das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit ansehen. Bei psychischer Gesundheit geht es nicht nur um Krankheit oder deren Abwesenheit. Es geht um Menschen, ihr Leben, ihre Arbeit, Beziehungen, ihre körperliche Gesundheit und ihr soziales Umfeld.

Psychische Gesundheitsprobleme können durch Ungleichheiten verschärft werden, die andauern und auf ungerechten und ungleichen sozioökonomischen Verhältnissen beruhen, aber auch selbst für Ungleichheiten verantwortlich sein. Der jüngste Gesundheitsbericht „State of Health“ der EU (OECD 2018) zeigt deutlich, wie hoch die Gesamtkosten für psychische Gesundheitsprobleme sind, einschließlich derjenigen für unser Gesundheitswesen und für die Systeme der sozialen Sicherung sowie die Kosten für Beschäftigung und Produktivität.

Die Förderung einer positiven psychischen Gesundheit, die Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung sowie die Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Menschen mit schlechter psychischer Gesundheit sollten hohe Priorität haben. Es sollte ein deutlicher Schwerpunkt auf die sozialen Determinanten der Gesundheit und insbesondere der psychischen Gesundheit gelegt werden, zumal wir wissen, dass diese Determinanten einen kumulativen Einfluss über die gesamte Lebensspanne haben.

Die Weltgesundheitsorganisation versteht unter sozialen Determinanten der Gesundheit und damit auch der psychischen Gesundheit die Bedingungen, unter denen Menschen geboren werden, heranwachsen, leben, arbeiten und alt werden (WHO 2014). Diese Determinanten werden durch die Verteilung der Ressourcen auf mehreren Ebenen bestimmt. Es gibt viele soziale und Umwelteinflüsse auf die psychische Gesundheit, einschließlich Faktoren, die mit Bildung, Arbeitsplatz, Sozialfürsorge, Stadtviertel und Wohnsituation, Stärkung der Geschlechter, Kinder- und Jugendhilfe, Strafrecht, Ungleichheit, Gewalt und Armut zusammenhängen (Silva u.a. 2016).

Europapolitischer Kontext

Obwohl Gesundheit ein wichtiges Anliegen der Bürger Europas ist, hat die EU nur begrenzte Befugnisse in Bezug auf Gesundheit und damit psychische Gesundheit. Die EU definiert weder Gesundheitspolitiken noch die Organisation und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen. Es kann die nationale Politik ergänzen und die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedstaaten im Bereich der öffentlichen Gesundheit unterstützen.

Vor diesem Hintergrund wurde der psychischen Gesundheit in den letzten Jahren in ganz Europa erhebliche gesundheitspolitische Aufmerksamkeit gewidmet. Im Jahr 2005 haben die Gesundheitsminister der Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO eine Erklärung zur psychischen Gesundheit und einen Aktionsplan für Europa gebilligt, um die wichtigsten Herausforderungen

für die psychische Gesundheit in Europa anzugehen (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/100822/edoc07.pdf). Im selben Jahr verabschiedete die Europäische Kommission das Grünbuch „Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung", um eine Debatte mit den europäischen Institutionen, Regierungen, Angehörigen der Gesundheitsberufe, der Zivilgesellschaft und der Forschungsgemeinschaft über die Relevanz der psychischen Gesundheit für die Ziele der EU zu eröffnen (https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf).
Nach der Annahme des Grünbuchs führte ein Konsultationsprozess 2008 zur Einrichtung eines Europäischen Pakts für psychische Gesundheit und Wohlbefinden (https://ec.europa.eu/health/europe_2020_en). Der Pakt erkannte die Notwendigkeit eines „entscheidenden politischen Schritts, um psychische Gesundheit und Wohlbefinden zu einem zentralen Anliegen zu machen". Um gute psychische Gesundheit zu erreichen, ist eine Vielfalt gezielter Interventionen notwendig. Nach der Gründung des Pakts fand von 2009 bis 2011 eine Reihe thematischer Konferenzen statt, um Erfahrungen auszutauschen und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Interessengruppen zu stärken.
Im Jahr 2011 forderte der EU-Ministerrat die Mitgliedstaaten und die Europäische Kommission auf, im Rahmen des EU-Gesundheitsprogramms 2008-2013 eine gemeinsame Aktion für psychische Gesundheit und Wohlbefinden einzurichten, um die Arbeit im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit auf europäischer Ebene weiter voranzutreiben. Gleichzeitig hat die Europäische Kommission eine Expertengruppe für soziale Determinanten und gesundheitliche Ungleichheit (2011-2017) eingesetzt, um ein Forum für den Wissens- und Erfahrungsaustausch zwischen den Mitgliedstaaten zu gewährleisten.
Nach dem Ende der Gemeinsamen Aktion beauftragte die Europäische Kommission im Jahr 2016 die Neuentwicklung des EU-Kompasses für Maßnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens, eines Mechanismus zum Austausch von *Good Practices* und zur Analyse politischer Reformen in den jeweiligen Ländern (https://ec.europa.eu/commission/priorities/deeper-and-fairer-economic-and-monetary-union/european-pillar-social-rights_en). Dies wurde im Jahr 2018 abgeschlossen.

EU-Maßnahmen zur psychischen Gesundheit und ihrer sozialen Determinanten

Während die EU, wie im Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union (TFEU) beschrieben, ein begrenztes Mandat im Bereich Gesundheit hat, öffnen viele andere Politikbereiche die Tür für ein direkteres Vorgehen der EU in Bezug auf soziale Determinanten psychischer Gesundheit. Dazu gehören unter anderem soziale Angelegenheiten, Beschäftigung, Jugend und Umwelt.
Die wichtigsten jüngsten Initiativen im Zusammenhang mit psychischer Gesundheit und/oder ihren sozialen Determinanten sind:

- **Europa 2020, das Europäische Semester und die Europäische Plattform gegen Armut**
2010 hat die EU die Strategie Europa 2020 verabschiedet, eine Agenda für intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum. Die Strategie legt fünf konkrete Ziele für Beschäftigung, Forschung und Entwicklung, Klimawandel und Energie, Bildung sowie Armut und soziale Ausgrenzung fest. Dieser Prozess wird jährlich im Rahmen eines Zyklus mit dem Namen „Europäisches Semester" implementiert, dem Hauptinstrument der EU zur Überwachung von Fortschritten in der Politik, einschließlich der Umsetzung der europäischen Säule sozialer Rechte, und ihrer Auswirkungen auf nationaler Ebene. Zu den Themen, die durch diesen Prozess überwacht werden, gehören Sozial- und Beschäftigungspolitik, Gesundheitssysteme, der Stand der Enthospitalisierung und der Aufbau gemeindepsychiatrischer Dienste.
Die Strategie dient als Bezugsrahmen für Aktivitäten auf EU-, nationaler und regionaler Ebene und betrachtet die Förderung der Gesundheit als einen entscheidenden Faktor, um die Ziele von Europa 2020 für intelligentes und integratives Wachstum zu erreichen. *Europa 2020* sieht sieben Flaggschiff-Initiativen vor, von denen für den Bereich öffentliche Gesundheit die Innovationsunion, die Digitale Agenda für Europa, die Agenda für neue Kompetenzen und Arbeitsplätze und die Europäische Plattform gegen Armut am bedeutsamsten sind.

- **Die europäische Säule sozialer Rechte**
Die europäische Säule sozialer Rechte enthält 20 Grundprinzipien und Rechte für bessere Lebens- und Arbeitsbedingungen. Diese gliedern sich in drei Kategorien: Chancengleichheit und Zugang zum Arbeitsmarkt, faire Arbeitsbedingungen sowie soziale Sicherungssysteme und Inklusion. Die soziale Säule wird von einem „Sozialanzeiger" zum Monitoring der erzielten Fortschritte und einem neuen Ansatz begleitet, der soziale Prioritäten in allen politischen Maßnahmen verankert („*mainstreamt*"): beispielsweise dem Investitionsplan für Europa und die Energieunion. Darüber hinaus schlug die Kommission vor, eine Europäische Arbeitsbehörde einzurichten, über die das Europaparlament und der Europarat im Februar 2019 eine vorläufige Einigung erzielt hatten.

- **Work-Life-Balance**
Im Sommer 2019 ist die Richtlinie zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie für Eltern und Pflegepersonen in Kraft getreten (https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1565183559666&uri=CELEX:32019L1158). Dies ist das erste Gesetz, das sich aus der europäischen Säule sozialer Rechte ergibt. Durch die Einführung europäischer Mindeststandards für Urlaubs- und Abwesenheitszeiten und Regelungen für Eltern und Betreuer wird die Richtlinie wahrscheinlich vielen Arbeitnehmern in Europa zugutekommen. Dies wird auch bessere Möglichkeiten bieten, die Betreuungsverantwortung zu teilen und den Anteil von Frauen auf dem Arbeitsmarkt zu erhöhen (Mental Health Europe 2019).

- **Nachhaltigkeitsziele (Sustainable Development Goals, SDGs)**
Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung (Agenda 2030) ist ein ehrgeiziger Aktionsplan, der 17 Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDGs) und 169 Unterziele umfasst und der globalen Entwicklung von 2015 bis 2030 einen festen Rahmen vorgibt. Ein Bezug zur psychischen Gesundheit ist im SDG-Ziel 3 enthalten, welches ein „gesundes Leben und die Förderung des Wohlbefindens für alle Menschen jeden Alters" ermöglichen soll (https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3). Da alle SDGs miteinander verknüpft sind, ist die psychische Gesundheit auch durch die Verbindung zu anderen Zielen relevant, z. B. Armutsbekämpfung, Bildung, Förderung von integrativem und

nachhaltigem Wirtschaftswachstum und Beschäftigung usw.

• **EU-Jugendstrategie**
Die EU-Jugendstrategie bildet den Rahmen für die jugendpolitische Zusammenarbeit der EU im Zeitraum 2019-2027 (https://eur-lex.europa.eu/legal-content/en/TXT/?uri=CELEX:52018DC0269). Ziel ist es, die Teilhabe der Jugend am demokratischen Leben zu fördern, das soziale und bürgerschaftliche Engagement der Jugend zu unterstützen und sicherzustellen, dass alle jungen Menschen über die notwendigen Ressourcen verfügen, um ihren Teil zur Gesellschaft beizutragen. Es sollte auch zur Verwirklichung der elf europäischen Jugendziele beitragen, von denen sich eines auf die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden fokussiert.

• **Ergebnisse der Gemeinsamen Aktion für psychische Gesundheit und Wohlbefinden und des EU-Kompasses für Maßnahmen im Bereich psychische Gesundheit und Wohlbefinden**
Als Ergebnis der Gemeinsamen Aktion für psychische Gesundheit und Wohlbefinden wurden einige Berichte veröffentlicht, die im Rahmen des Zweiten Aktionsprogramms der Gemeinschaft für Gesundheit 2008-2013 finanziert wurden. Diese Arbeit zielte auf die Förderung der psychischen Gesundheit am Arbeitsplatz und in den Schulen, Maßnahmen gegen Depressionen und Selbstmord und die Umsetzung von E-Health-Konzepten und gemeindenahen sozialinklusiven psychischen Gesundheitsdiensten. Auch hier soll das Ziel „psychische Gesundheit in alle politischen Maßnahmen" erreicht werden. Eines der wichtigsten Ergebnisse ist ein Europäischer Aktionsrahmen für psychische Gesundheit und Wohlbefinden (https://www.mhe-sme.org/wp-content/uploads/2019/08/Guidance-note_European-Youth-Strategy-and-Goals.pdf), der die Mitgliedstaaten bei der Überprüfung ihrer Politik und dem Austausch von Erfahrungen in der Umsetzung von Maßnahmen zur psychischen Gesundheit unterstützt.
Nach dem Ende der Gemeinsamen Aktion nahm der EU-Kompass für Maßnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit und des Wohlbefindens seine Arbeit zu ähnlichen Themen wieder auf und bot die Möglichkeit, Informationen über Maßnahmen im Bereich der psychischen Gesundheit in der gesamten EU zu sammeln, auszutauschen und zu analysieren. Der EU-Kompass arbeitete mit der EU-Expertengruppe für psychische Gesundheit und Wohlbefinden sowie mit nichtstaatlichen Akteuren zusammen. Zu den Ergebnissen gehören Tätigkeitsberichte, in denen wichtige Entwicklungen im Bereich der psychischen Gesundheit analysiert werden, Sammlungen von Good Practices und wissenschaftliche Berichte.

• **Marktplatz der Best Practices**
Die EU organisiert derzeit Marktplätze von Best Practices, die es den Mitgliedstaaten ermöglichen, Informationen zu verschiedenen gesundheitsbezogenen Themen auszutauschen. Sie unterstützt die Umsetzung solide evaluierter und bewährter Maßnahmen, die zwischen den Mitgliedstaaten übersetzt und in andere Kontexte übertragen werden können. Der jüngste Marktplatz (2019) ermöglichte es, einige Maßnahmen, die auf soziale Determinanten wie Wohnen und Beschäftigung abzielen (z.B. *Individual Placement and Support oder Supported Employment*, also Maßnahmen unterstützter Beschäftigung mittels Job Coaches), den Mitgliedstaaten zur Kenntnis zu bringen, um Überschneidungen zu vermeiden (https://ec.europa.eu/health/eunewsletter/234/newsletter_en).

• **Geförderte Projekte und Aktionen**
Vor kurzem hat die Europäische Union einige Projekte finanziert, die sich auch mit sozialen Determinanten psychischer Gesundheit befassen, insbesondere im Hinblick auf Ungleichheiten. Dazu gehören das *Health Equity*-Pilotprojekt zur Aufrechterhaltung eines Schwerpunkts auf gesundheitliche Ungleichheiten, *Health4LGBTI* zur Verringerung von gesundheitlichen Ungleichheiten bei LGBTI-Personen und *VulnerABLE* zur Verbesserung der Gesundheit von Personen in Situationen von Isolation und Gefährdung (https://ec.europa.eu/health/social_determinants/projects/ep_funded_projects_en). Eine zweite gemeinsame Aktion nach der Gerechtigkeitsaktion, die 2014 endete, wurde 2018 eingeleitet. Die Gemeinsame Aktion „Gesundheit und Gerechtigkeit in Europa" zielt darauf ab, die Gesundheit und das Wohlergehen der Bürger Europas zu verbessern und mehr gesundheitliche Gleichheit in allen Gruppen zu erreichen (https://jahee.iss.it/).

Wie sieht die Zukunft aus?

Die Durchführung aller von der EU durchgeführten Aktivitäten hängt in hohem Maße vom vereinbarten Haushalt der Europäischen Union ab, der auch als mehrjähriger Finanzrahmen (MFR) bezeichnet wird. Bereits 2018 veröffentlichte die Europäische Kommission eine Reihe von Vorschlägen für den nächsten Haushaltsplan der Europäischen Union für den Zeitraum 2021-2027. Die Vorschläge betreffen viele gesundheitsrelevante Bereiche, einschließlich psychische Gesundheit. Das Hauptinstrument für die Gesundheitsfinanzierung wird jedoch der Europäische Sozialfonds Plus (ESF +) sein, in den der derzeitige Europäische Sozialfonds und das Gesundheitsprogramm einbezogen werden.
Der ESF + ist das wichtigste Finanzinstrument zur Stärkung der sozialen Dimension Europas für den Zeitraum 2021-2027. Er soll die Förderung von Chancengleichheit, Nichtdiskriminierung und soziale Eingliederung fördern und unterstützen, indem Europa sich verpflichtet, „niemanden zurückzulassen". Es ist von zentraler Bedeutung, dass die psychische Gesundheit und das Wohlbefinden im ESF + berücksichtigt werden. Während eine Präambel zum Wohlergehen (siehe Präambel 36a) und ein Präambel zur Bedeutung der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UNBRK, siehe Präambel 28) nun enthalten sind, wird die psychische Gesundheit derzeit nicht ausdrücklich im vorgeschlagenen Haupttext der ESF+-Verordnung erwähnt. Die Verhandlungen über die endgültige Form des Textes werden bald beginnen. Advocacy-Bemühungen, um sicherzustellen, dass psychische Gesundheit als eine Priorität im endgültigen Text enthalten ist, sollten dringend fortgesetzt werden, wenn die politische Agenda für die psychische Gesundheit weiter vorangebracht und der Weg für das psychische Wohlbefinden aller Bürger Europas wirklich geebnet werden soll.

Literatur

Mental Health Europe (2019), Position Paper: Analysis of the Directive on Work-Life Balance for Parents and Carers. Verfügbar unter: https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2019/06/MHE-analysis-of-WLB-Directive-June-2019.pdf.

OECD/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Verfügbar unter: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Silva M, Loureiro A, Cardoso G (2016): Social determinants of mental health: a review of the evidence. The European Journal of Psychiatry 30, 4, S. 259-292.

World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation: Social determinants of mental health. Genf, World Health Organization, 2014.

Inklusion – das Ganze neu denken

Von Uwe Becker

Es besteht die Gefahr, dass Inklusion entpolitisiert und in die Sachzwänge gesellschaftlicher Normativität eingezäunt wird. Der utopische und systemverändernde Charakter der Inklusion droht sich zu verflüssigen. Der Preis ist die „öffentliche Ermüdung", die politische Banalisierung und Bagatellisierung dieses Menschenrechtsprojektes, das zunehmend angepasst wird an die Verträglichkeit der gesellschaftlichen Dynamik, die sich durch Konkurrenz, Leistungszentrierung und Aktivierung zur Selbstverantwortung auszeichnet. Insofern geht es um die streitbare Wiederaneignung der Inklusion als ein umfassendes und kritisches Gesellschaftsprojekt.

Uwe Becker
Professor für Sozialethik, Verbändeforschung und Diakoniewissenschaft an der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe (Bochum). Zuletzt erschien von ihm: Die Inklusionslüge. Behinderung im flexiblen Kapitalismus. E-Mail: becker@evhbochum.de.

Inklusionspolitische Mobilisierungen ohne klare Richtung

Das Projekt der Inklusion wird mehrheitsgesellschaftlich begrüßt. Es wird als Menschenrechtsprojekt inseriert, als unverzichtbarer Beitrag zur Lösung von Partizipationsdefiziten beschworen und vermeintlich Gelungenes wird allerorten in Wettbewerbsmanier mit Preisen belobigt. Das bemerkenswert Einmütige dieser Bewegung macht zugleich hellhörig. Denn geklärt scheint nicht wirklich, was das Projekt der Inklusion konkret bedeutet. Auffällig ist jedoch, dass der diesbezügliche Diskurs ermüdet ist, nicht mehr wesentlich gestritten und gefochten wird. Ganz offensichtlich haben diejenigen die Oberhand gewonnen, die das Projekt der Inklusion als Integral der vorherrschenden Institutionen gesellschaftlicher Teilhabe verstehen. Aber diese Teilhabedingungen werden nicht kritisch genug diskutiert oder gar einer Neudefinition zugeführt würde. Inklusion wird insofern als Partizipationsangebot und „Einladung" entworfen, am Bestehenden teilzuhaben, ohne dass diese gesellschaftlichen „Innenräume" befragt würden auf ihre Gastlichkeit und Aufenthaltsqualität (vgl. Becker 2016). Diese Einladung immunisiert nach „Innen" und suggeriert die Intaktheit jener Instanzen, die eine exkludierende Dynamik haben. Die angemessene inklusionspolitische Spurensuche bestünde aber darin, das Bildungssystem und den Arbeitsmarkt, also die Eckpfeiler der gesellschaftlichen Architektur, nach ihren Fehlkonstruktionen und baulichen Mängeln zu befragen, die keineswegs inklusiv veranlagt sind, sondern die in hohem Maße eine ausgrenzende, marginalisierende und exkludierende Drift haben und aktiv behindernd Menschen ins Abseits katapultieren. Inklusion deckt hier Zielwidersprüche, die bei aller Inklusionsrhetorik nicht zu übersehen sind. Sie betreffen sowohl das Bildungssystem als auch den Arbeitsmarkt.

Das bildungspolitische Inklusionsdilemma

Dem Artikel 24 der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN BRK), der grundsätzlich auf die rechtliche Grundlegung abzielt, dass jedes Kind mit Behinderung eine Regelschule besuchen kann, ist eine Zielbestimmung vorausgestellt: Das Ziel, „Menschen mit Behinderungen ihre Persönlichkeit, ihre Begabungen und Kreativität sowie ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten voll zur Entfaltung zu bringen." Die inklusive Beschulung steht also unter dem *qualitativen* Anspruch, orientiert an den Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen, deren persönliche Begabungen und Kompetenzen optimal zur Entfaltung zu bringen. Mit Blick auf die bestehende „Qualität" der inklusiven Regelbeschulung ist es gegenüber den Schülerinnen und Schülern einer Förderschule, ihren Eltern wie auch dem Lehrpersonal gerade deshalb borniert, die Entscheidung für eine Förderschule als eine Exklusionsentscheidung zu etikettieren. Denn die Abwägung, an welcher Schule optimal gefördert wird, wird nur dann für eine Regelschule ausfallen, wenn dort die pädagogischen Standards, das didaktische Knowhow sowie die Ressourcenausstattung deutlich optimiert werden. Forderungen von Lehrerinnen und Lehrern nach einer deutlich besseren Ressourcenausstattung, kleineren Lerngruppen, Arbeitsmöglichkeiten in pädagogischen Teams inklusive einer konstanten Koedukation durch Sonderpädagoginnen sowie neuen Standards der Gebäudeinfrastruktur resultieren allesamt aus den redlichen Mühen, dem Gedanken der Inklusion gerecht zu werden. Erforderlich wäre daher eine Orientierung der föderalen Schulpolitik am pädagogischen Diskurs, der zurecht danach fragt, was sich an den Schulen, den Gebäuden, aber auch am Schulsystem insgesamt ändern muss, damit Kinder und Jugendliche mit, aber auch ohne Behinderungen ihre Persönlichkeit frei und vollumfänglich gefördert zur Entfaltung bringen können. Es ist aber nicht beabsichtigt, ans Grundsätzliche zu gehen und die Frage nach der Renovierungs- und Reparaturbedürftigkeit jenes Bildungssystems zu stellen, dem reichlich Literatur attestiert, dass es überwiegend männliche Bildungsverlierer produziert, dass es segregiert und soziale Milieus eher verstetigt, als sie aufzubrechen (vgl. Quenzel/Hurrelmann 2010).

Die Anwaltschaft der bildungsökonomischen Kontinuität hat die Herrschaft.

Mit Inklusion ist daher an eine störungsfreie Anpassung von Kindern mit Behinderung an die bestehende Funktionalität des Schulsystems gedacht. Alles, was die Leistungsorientierung im Sinne der messbaren Skalierung im Notenbild als Differenzkriterium für gute und schlechte, brauchbare und unbrauchbare Schülerinnen und Schüler stört, würde jene „Normalität" angreifen. Störungen sind also nicht erwünscht und das Klima der Intoleranz für jede Art von Störung wächst. Das ist keine individuelle moralische Verfehlung der Elternschaft, sondern wird mehrheitsgesellschaftlich reproduziert, indem der Bildungsweg von Kindern und Jugendlichen schon sehr früh als konkurrenzorientierte Präparationsstrecke für die Integration in den Arbeitsmarkt normiert wird.
Normale Kindheit wird dabei von ihrem Ende aus gedacht, der Zurüstung zu einem unternehmerisch befähigten, eigenverantwortlichen und autonom agierenden Erwachsenen. Die von Kindern mitgebrachte Vielfalt der Besonderheiten wird dabei an jenen normativen Maßstäben gemessen und in vielen Fällen als störend, auffällig, entwicklungsverzögert oder aufmerksamkeitsgeschädigt disqualifiziert (vgl. Zeiher 2009). Eine recht verstandene schulische Inklusion greift diese Logik erheblich an, sie dekonstruiert sie oder ergänzt zumindest die Bildungsmetapher um erheblich erweiterte Komponenten, etwa um eine empathische Kultur der personenbezogenen Pädagogik, um die Förderung von sozialer Kompetenz, die lehrt, Unterschiedlichkeit nicht als Anlass zur Abgrenzung, sondern als Chance zum Verstehen des Anderen zu nutzen und nicht zuletzt um die interkulturelle Kompetenz, Kinder mit Flüchtlingshintergrund, die überwiegend kaum deutsch sprechen, in die Klasse zu integrieren. Der gesellschaftliche Heterogenitätsdruck auf den Klassenverband wächst, denn diese Heterogenität ist der reale Spiegel unserer Gesellschaft. Sie schulisch ausblenden zu wollen oder sie in eine leistungsbemessene Differenzierung von Lerngruppen in homogene Teilmengen zu transformieren, bedeutet auch, dieser realen Heterogenität perspektivisch gesellschaftlich nicht gewachsen zu sein, was wir derzeit im Kontext der Flüchtlingspolitik aggressiv erleben. Anders gesagt: Homogenität ist eine fatale pädagogische Antwort auf eine gesellschaftliche Situation, in der sich mehr und mehr das Leben heterogen ausgestaltet: Menschen mit und ohne Behinderung, leistungsstarke und leistungsschwache, reiche und arme, mit Flüchtlings- oder Migrationshintergrund, der deutschen Sprache mächtig oder in fremden Sprachen dreisprachig. Aber diese leistungszentrierte Homogenität steht offenbar nicht zur Disposition.

Inklusionsresistenter Arbeitsmarkt

Die Normalisierungsnorm der Beschulung im dreigliedrigen Schulsystem hat für Schülerinnen und Schüler mit Behinderung, wenn sie den Weg in dieses System gehen, überwiegend nur eine Etappenqualität. Sie beansprucht offenbar keine Anschlussfähigkeit an folgende Zeiten der Ausbildung oder der gelingenden Integration in den Arbeitsmarkt. Sie ist nicht darauf angelegt, gesamtbiografische Verantwortung als zeitlichen Bewährungsraum zu übernehmen. Der Preis des Normalisierungsprinzips ist die Kontinuität der Selektion.

Was auffällt ist, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderung in diesem Bildungsverlauf reihenweise die Erfahrung machen müssen, früher oder später aus dem System gekickt zu werden.

Was auffällt ist, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderung in diesem Bildungsverlauf reihenweise die Erfahrung machen müssen, früher oder später aus dem System gekickt zu werden. Spätestens mit Blick auf die Ausbildung realisieren sie, dass das System den Zutritt zur Erwerbsarbeit verweigert, obwohl die UN BRK in Artikel 27 für Menschen mit Behinderung unmissverständlich ein Recht auf „die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen", einräumt. Ob und wie sich aber aus dieser Möglichkeit auch die reale Einlösung ergibt, darüber entscheiden die Gegebenheiten des Arbeitsmarktes. Es gibt diesbezüglich keine individuelle Einklagbarkeit eines Arbeitsplatzes, denn auf dem Arbeitsmarkt herrscht das Kräfteverhältnis von Angebot und Nachfrage und für die Arbeitssuchenden das Regiment der Produktivität, dem offenbar deutlich über 35 % der rund 2,6 Millionen arbeitslosen Menschen, die sich im Status der Langzeitarbeitslosigkeit befinden, nicht standhalten. Von dieser Situation sind überproportional Menschen mit einer Schwerbehinderung betroffen. Ihre Arbeitslosenquote lag 2015 bei 13,9% und damit fast doppelt so hoch wie die „vergleichbare Arbeitslosenquote von Menschen ohne Behinderung" (Aktion Mensch 2015, 6). Dies ist besonders bemerkenswert, da die Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Arbeitsleben eine konkrete „leistungsrechtliche Anspruchslage" begründet (Bendel u. a. 2015, 10).

Zu den Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben zählen in besonderer Weise Leistungen in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM). Einer ihrer wesentlichen Aufträge ist die Integration der Werkstattbeschäftigten in den ersten Arbeitsmarkt, aber die Integrationsquote liegt bei unter einem Prozent. Der Klebeeffekt in den Werkstätten hat Gründe, die der betriebswirtschaftlichen Logik der Werkstätten und ihrem Bedarf an „Leistungsträgern" entspringt. Aber auch die moderate Abgabepraxis der Unternehmen, sich durch „Entschädigungszahlungen" von der gesetzlich vorgeschriebenen Einstellungsquote (fünf Prozent) von Menschen mit Behinderung freikaufen zu können und zudem auch noch Aufträge an die Werkstätten damit verrechnen zu können, erzeugt keinerlei Handlungsdruck. Auch die Betroffenen in den Werkstätten sind oftmals von keiner großen Motivation bewegt, auf den ersten Arbeitsmarkt einen Job aufzunehmen, der meist dem Niedriglohnbereich zuzuordnen ist, zumal die rentenrechtliche Absicherung in den Werkstätten besser ausgestaltet ist (vgl. Becker 2017).

Hinzu kommt, dass die Zahl derer, die aus den WfbM in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden (unter einem Prozent) deutlich überboten wird von der Quote derer, die aus dem ersten Arbeitsmarkt herausgespült werden und im Kontext von Rehabilitationsmaßnahmen in den Werkstätten Beschäftigung finden. Die Bestandskraft der Werkstätten beruht also auch auf der ausgrenzenden Dynamik des ersten Arbeitsmarktes. Die Exklusion aus dem Arbeitsmarkt führt zur Inklusion in die Werkstätten, die wiederum unter dem Verdikt stehen zu exkludieren. Deshalb gilt: Wer nicht auch die exkludieren-

den Mechanismen des Arbeitsmarktes, die Zunahme der erwerbsbedingten psychischen, psychosomatischen und sklerotischen Erkrankungen wie auch die wieder steigende Zahl der Erwerbsminderungsrenten zum Anlass nimmt, sich kritisch mit den Exklusionsdynamiken dieses Marktes zu befassen, dessen Kritik an den Werkstätten bleibt analytisch kurzsichtig.

Inklusionsermüdungen

Die erwähnte Ermüdung des Projekts der Inklusion hat mehrere Dimensionen: Sie betrifft eine *sachliche*, eine *diskursive* und eine *sozialtechnische* Ebene.
Was die *sachliche* Ebene anbelangt, so liegt die Problematik allein schon in der unverbindlichen Unschärfe des Begriffs der Inklusion begründet. Der Begriff ist offenbar in der Lage, plurale und gegensätzliche Vorstellungen unter dem Begriff des Menschenrechts zusammenzuführen. Hier greift, was der Literaturwissenschaftler Albrecht Koschorke bilanziert hat: „So ernüchternd es klingen mag, es sind gerade die höchsten Werte im moralischen und politischen Diskurs, deren mobilisierende Wirkung in ihrer Inhaltsarmut besteht." (Koschorke 2017, 173). Die einen verstehen Inklusion als eine Art zivilgesellschaftliche Haltung der Achtsamkeit, also als einen Kulturbegriff, die anderen als politischen Kampfbegriff und utopisches Vehikel für eine neue Gesellschaft, die dritten schließlich als eine rechtliche Herausforderung und meinen unter dem Gesichtspunkt der Pragmatik sei mit dem Bundesteilhabegesetz der Inklusion Genüge geleistet. Wenn man die zweite Variante favorisiert und meint, dass Inklusion so entscheidend diskutiert werden müsste, weil sie gesamtgesellschaftliche Ausgrenzungs- und Exklusionsprozesse zu entlarven vermag, so muss man wohl realisieren, dass die gesellschaftlichen Widersprüche einer Exklusionsgesellschaft mit Inklusionsansprüchen nicht ernsthaft gelöst werden sollen. Die Tatsache, dass wir eine so enorm homogenes, kollektives Bekenntnisformat zur Inklusion haben, hat einen Preis: Es ist die Bagatellisierung und Banalisierung der Inklusion, ihr wird der störende, aufstöbernde, angriffige und systemverändernde Charakter genommen. Sie wird auf diese Weise inhaltlich entleert, verharmlost und strategisch gefügig gemacht.

Der *zweite Aspekt* betrifft den qualitativen Verfall des Narrativs Inklusion im *öffentlichen Diskurs*. Dieser Mechanismus, dass eine anfänglich diskursive Welle aufschlägt auf die Macht des Faktischen, also im Falle der Inklusion auf die Bestandsstarre der gesellschaftlichen „Inklusionsräume", deren Veränderungsdynamik nicht gewollt ist, ist typisch für das, was der Politologe Ingolfur Blühdorn „simulative Demokratie" genannt hat (Blühdorn 2013). Über Verfahren der unschädlichen, diskursiven Beteiligung der Zivilgesellschaft werden Projekte in Szene gesetzt, emotionalisiert, euphorisiert und engagiert diskutiert, bis die Welle abflaut, emotionale Bindung verloren geht und das diskursive Projekt unter Berufung auf Sachzwänge auf den Radius des Machbaren eingenordet wird, weil das die „kollektive[n] Vernunft" gebietet (ebd., 227). Die Gültigkeit von Normen wie die der Inklusion werden nur „simuliert" (ebd., 175), sie sind machtpolitisch nicht real, sondern überwiegend von affektiver Realität.

Recht verstanden meint Inklusion aber die Fabrikation anderer gesellschaftlicher „Räume", deren Bauherrinnen und -herren auch Menschen mit Behinderung sind.

Der dritte Ermüdungsaspekt meint die *sozialtechnische Wende* und wird vor allen Dingen von den Experten der Sozialökonomie und den Wohlfahrtsverbänden betrieben: Jetzt ist man reihenweise mit der Frage beschäftigt, wie man sich, natürlich unter Wahrung der bestehenden Marktanteile, im Rahmen der Etablierung des Bundesteilhabegesetzes aufzustellen habe. Dabei geht es u.a. um Fragen der Trennung der Leistungen der Eingliederungshilfe von den existenzsichernden Leistungen, es geht um die Umfinanzierung bei den gemeinschaftlichen Wohnformen mit dem Wegfall von Barbetragsauszahlung und Kleiderpauschale, um die Zulassung weiterer Leistungsanbieter oder auch um die Regelung des Budgets für Arbeit. Hier droht das Thema Inklusion sozusagen sozialtechnisch aufgesogen zu werden und seine eigentliche gesamtgesellschaftliche Vitalität zu ermüden.

Recht verstanden meint Inklusion aber die Fabrikation anderer gesellschaftlicher „Räume", deren Bauherrinnen und -herren auch Menschen mit Behinderung sind. Wenn es uns nicht gelingt wahrzunehmen, zu benennen und zu skandalisieren, welche Exklusionen, welches Ausgrenzungsaktivitäten in unserer Gesellschaft tagtäglich praktiziert werden, wenn wir nicht thematisieren, dass der Arbeitsmarkt für viele Menschen auch ohne Behinderung verschlossen ist und andere, die daran teilhaben, ins Burnout jagt, wenn wir nicht thematisieren, dass die Frage der freien Wohnungswahl insbesondere in Großstädten ein Witz ist, weil die Mietpreissegregation Menschen mit und ohne Behinderung bei dürftiger Finanzlage in die Randlagen katapultiert, wenn wir nicht thematisieren, dass die einseitige Leistungszentrierung im Bildungssystem Bildungsverlierer produziert und zwar mit und ohne Behinderung, *dann thematisieren wir exklusiv das Thema Inklusion* nur für Menschen mit Behinderung, was ein Paradoxon ist. Inklusion ist ein gesamtgesellschaftliches Projekt und wenn wir es so verstehen, dann werden wir es auch wirklich umfassend politisieren und uns gegen eine softe Entpolitisierung dieses Menschenrechtsprojektes, gegen eine Inklusion light der Sozialtechniken zur Wehr setzen.

Literatur

Aktion Mensch (2015): Inklusionsbarometer Arbeit. Ein Instrument zur Messung von Fortschritten bei der Inklusion von Menschen mit Behinderung auf dem deutschen Arbeitsmarkt, Bonn.

Becker, Uwe (2016): Die Inklusionslüge. Behinderung im flexiblen Kapitalismus, Bielefeld.

Becker, Uwe (2017): Inklusion in den Arbeitsmarkt von Menschen mit Behinderung – ein Trilemma, in: Teilhabe. Die Fachzeitschrift der Lebenshilfe 56. Jahrgang Mai 2017 Berlin, S. 56–61.

Bendel, Alexander/Richter, Caroline/Richter, Frank (2015): Entgelt und Entgeltordnungen in Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Etablierung eines wirtschafts- und sozialpolitischen Diskurses, Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn.

Blühdorn, Ingolfur (2013): Simulative Demokratie. Neue Politik nach der postdemokratischen Wende, Frankfurt am Main.

Koschorke, Albrecht (2017): Wahrheit und Erfindung. Grundzüge einer Allgemeinen Erzähltheorie, Frankfurt am Main.

Quenzel, Gudrun/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.) (2010): Bildungsverlierer. Neue Ungleichheiten, Wiesbaden.

Zeiher, Helga (2009): Ambivalenzen und Widersprüche der Institutionalisierung von Kindheit, in: Honig, Michael-Sebastian (Hrsg.): Ordnungen der Kindheit.

Das WohnCafé „Am Schönen Rain“ – Ein Praxisbericht

Von Nadine Reibert

Das Haus Flandernhöhe ist ein Wohnprojekt des Eingliederungshilfeträgers Rudolf Sophien Stift. Es bietet verschiedene stationäre und ambulante Wohnangebote und ermöglicht somit ein Höchstmaß an Flexibilität bei der Unterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die Angebotspalette wird erweitert durch Quartiersarbeit in Form eines WohnCafés. Dieses soll die verschiedenen Menschen im Stadtteil näher zueinander bringen und für das Haus Flandernhöhe eine Öffnung in die Gemeinde darstellen. Eine niederschwellige Nutzung der Angebote wird für die Bewohner und Bewohnerinnen ermöglicht. Dieser Praxisbericht handelt von den ersten Erfahrungen im WohnCafé.

Nadine Reibert
Sozialpädagogin (BA), verantwortlich für das WohnCafé „Am schönen Rain“ in Esslingen (Rudolf-Sophien-Stift).

Die Idee WohnCafé

Im Esslinger Stadtteil Hohenkreuz wurde in diesem Jahr durch die Zusammenarbeit zwischen dem Verein Integrative Wohnformen e.V. und dem Rudolf-Sophien-Stift ein neues Projekt der Quartiersarbeit ins Leben gerufen. Im Mai feierte das WohnCafé „Am Schönen Rain“ seine Eröffnung. Nur zwei Monate vorher eröffnete auch das Haus Flandernhöhe

WohnCafés sollen in Quartieren Möglichkeiten schaffen, sich zu begegnen. Eine Gemeinschaft aller Menschen mit unterschiedlichstem Erfahrungshintergrund soll gefördert werden. Hierzu wird auf ein Konzept gesetzt, das die Hilfestellungen der BürgerInnen untereinander fördert, die Entstehung von Ehrenamtsstrukturen in den Stadtteilen unterstützt und so für lebenswerte Wohnquartiere sorgt. Verschiedene Wohnungsbauunternehmen haben sich zu dem Verein Integrative Wohnformen e.V. zusammengeschlossen und betreiben in Esslingen und Stuttgart mehrere WohnCafés. Das WohnCafé „Am Schönen Rain“ ist eines der neuesten Projekte mit dem Kooperationspartner EWB (Esslinger Wohnungsbau GmbH). Es soll eine Anlaufstelle für möglichst viele Anwohner und Anwohnerinnen des Wohngebietes Hohenkreuz werden. Seit Anfang Januar wird das Projekt von einer so genannten Quartiersmanagerin begleitet. Durch eine enge Anbindung an das Haus Flandernhöhe steht auch die Integration von Menschen mit psychischer Erkrankung in den Stadtteil im Mittelpunkt der Arbeit im WohnCafé „Am Schönen Rain“.

Der Stadtteil

Hohenkreuz ist ein Esslinger Stadtteil, in dem viel Veränderung passiert ist und auch noch passieren wird. Durch Neubauten sind schon im Jahr 2019 28 neue Wohnungen hinzugekommen. Dafür sind Spielflächen und Treffpunkte weggefallen. Weitere Bebauung mit dem Zuzug von mehr als 200 Menschen ist für die nahe Zukunft geplant. Durch die Aufwertung des Quartiers werden neue Menschen in unterschiedlichsten Lebenssituationen im Quartier angesiedelt. Der Aufbau der Eingliederungshilfeeinrichtung des Rudolf-Sophien-Stiftes stellt eine weitere Veränderung für das Viertel dar. Aufgrund dessen ist der Stadtteil Hohenkreuz prädestiniert für Quartiersarbeit.

Von vornherein konnte davon ausgegangen werden, dass dieser Stadtteil eine spannende, sehr gemischte Zielgruppe beheimatet. Unweit des WohnCafés befindet sich ein ehemaliges Kasernengebäude für das die Stadt Esslingen das Belegungsrecht hat. Hier leben vor allem viele alleinstehende Menschen in besonderen sozialen Schwierigkeiten. Außerdem werden alteingesessene Bürger und Bürgerinnen älter und sind auf Unterstützung angewiesen.

Zielgruppe und Angebote

Bereits nach ein paar Monaten Öffnungszeit zeigt sich anhand des Programmes, dass die Zielgruppe des WohnCafés tatsächlich so vielfältig ist, wie bei der Planung bereits vermutet wurde. Einmal pro Woche trifft sich eine Krabbelgruppe. Im WohnCafé finden sie Räumlichkeiten und Spielzeuge, um sich treffen und austauschen zu können. Durch die Koordination der Quartiersmanagerin gibt es zudem ein Mittagessen nach der Krabbelgruppe. Ein Bewohner aus dem ambulanten Bereich des Rudolf-Sophien-Stifts hilft bei der Zubereitung des Essens. Selbst in Krisenphasen, wenn andere Aufgaben des Alltags wie ein Berg vor ihm stehen, gelingt es ihm pünktlich im WohnCafé zu sein und beim Kochen zu unterstützen. Hier bekommt er positives Feedback und es entstehen alltägliche Begegnungen zu

Menschen, die er sonst nicht treffen würde. Auch andere Bewohner und Bewohnerinnen des Rudolf-Sophien-Stifts nehmen gerne an dem Mittagessen Teil. Ein älterer Bewohner des Rudolf-Sophien-Stifts nimmt eines der kleinen Mädchen an den Händen und hilft ihm wackelige Kinderschritte zu machen. Nebenbei kommt er mit der Mutter ins Gespräch. Begegnungen, die gegenseitig bereichern.

Nicht nur ganz Kleine gehören zu der Zielgruppe des WohnCafés. Auch größere Kinder finden schnell den Weg vom zentral vor dem WohnCafé gelegenen Spielplatz hinein. Sie kommen gerne ins WohnCafé, sobald es geöffnet hat. Wenn es keine Spielangebote gibt, helfen sie. Das WohnCafé kann damit zu einem Ort werden, an dem sie sich gebraucht fühlen und Anerkennung erfahren. Schnell entstehen schöne Szenen zwischen den Kindern und den anderen Gästen. Ein älterer Herr aus der Nachbarschaft spielt Mühle mit einem Jungen im Alter von 12 Jahren. Zwei achtjährige Mädchen servieren einem Ehepaar aus der Nachbarschaft Kuchen. Drei Jungs putzen zusammen mit Bewohnern aus dem Wohnheim die große Fensterfront. Die Männer zeigen den Jungen, wie die Fenster streifenfrei werden und helfen in Bereichen, die außer der Reichweite der Jungs liegen. Ganz einfach entstehen Begegnungen, zwischen Menschen, die ohne das WohnCafé wahrscheinlich keine Berührungspunkte hätten. Später fragen die Jungen bei der Quartiersmanagerin nach, wieso die Männer in dem großen Haus wohnen und wieso da dieser Zaun ist. In einfachen Worten kann die Quartiersmanagerin erklären, was es bedeuten kann, psychisch krank zu sein und warum dann manchmal besondere Unterstützung notwendig ist. Weitere Präventions- und Aufklärungsveranstaltungen für die Kinder im Quartier sind geplant.

Nachdem die Kinder nach Hause gegangen sind, treffen sich abends junge Erwachsene, die bisher auf dem Parkplatz am Friedhof ihren Treffpunkt hatten. Im WohnCafé gibt es für sie Räume und einen Ort, an dem sie niemanden durch Lärm stören. Einige Nachbarn wollen sich engagieren und Spielangebote und Hausaufgabenhilfe anbieten. Bei all dem braucht es eine Fachkraft, die unterstützend agiert. Angebote müssen koordiniert werden, die Räumlichkeiten müssen verwaltet werden, die Ehrenamtlichen wünschen sich Unterstützung und Sicherheit durch pädagogisches Personal, damit sie ihre Angebote gestalten können. Auch braucht es gerade zu Beginn eine Person vor Ort, die das WohnCafé bekannt macht, die Leute anspricht und vernetzt. Eine Person, die mit offenen Augen und Ohren aufnimmt, was die Menschen im Quartier sich wünschen.

Integration und Teilhabe

Im Rahmen niederschwelliger Angebote soll es weitere Kontaktmöglichkeiten geben, so dass alle Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen egal welcher Art sich im WohnCafé willkommen und akzeptiert fühlen. Psychisch erkrankte Menschen haben meist ein sehr bewegtes Leben hinter sich. Viele sind einsam und haben wenig Kontakt in der Gemeinschaft außerhalb einer Einrichtung. Bereits im BTHG ist festgeschrieben, dass die Teilhabe im gesellschaftlichen Leben ein wesentlicher Teil jeglicher Unterstützungsleistung sein muss. Diesen zu erbringen, wird durch das WohnCafé bereits in der kurzen Zeit seit der Eröffnung erleichtert. Gerade für die Menschen, die im ambulant betreuten Wohnen des Rudolf-Sophien-Stiftes im Quartier leben, ist das WohnCafé schnell ein Anlaufpunkt geworden. Der Weg ist kurz und dadurch auch die Möglichkeit des schnellen Rückzugs gegeben. Davon machen die Bewohner und Bewohnerinnen gerne Gebrauch, wenn sie doch eine Pause von den vielen Reizen brauchen. Für manche bedeutet es eine große Herausforderung sich nach draußen und unter Menschen zu begeben. In räumlicher Nähe und mit Begleitung kann das besser gelingen. Die Bewohner und Bewohnerinnen kommen teilweise gemeinsam ins WohnCafé oder lassen sich gerne von der für das Quartier zuständigen Mitarbeiterin einladen. Auch die Bewohner und Bewohnerinnen aus dem stationären Bereich erobern das WohnCafé langsam für sich. Sie kommen zum Kaffeenachmittag und treffen andere Leute aus dem Stadtteil. Alle sind sie aus demselben Grund hier: Kaffee trinken und Kuchen essen in gemeinschaftlicher Atmosphäre. Das erleichtert die Kontaktaufnahme. Vorurteile und Ängste von beiden Seiten können abgebaut werden. Das funktioniert am besten durch Kennenlernen in natürlichem Rahmen.

Die ersten Erfahrungen zeigen, dass es den Bewohnern und Bewohnerinnen aus dem stationären Bereich leichter fällt ins WohnCafé zu kommen, wenn sie dabei von ihnen schon bekannten Mitarbeitenden begleitet werden.

Die ersten Erfahrungen zeigen auch, dass es den Bewohnern und Bewohnerinnen aus dem stationären Bereich leichter fällt ins WohnCafé zu kommen, wenn sie dabei von ihnen schon bekannten Mitarbeitenden begleitet werden oder bereits einen Draht zur Quartiersmanagerin haben. Es wird deutlich, wie wichtig Räume der Begegnung sind. Schon nach kurzer Zeit gibt es die verschiedensten Angebote für Jung und Alt. Menschen mit ganz unterschiedlichen Bedürfnissen treffen aufeinander. Damit das alles möglichst reibungslos geht, braucht es Fachkräfte vor Ort, die sich mit dem Quartier und den dort lebenden Menschen befassen. Gerade der besondere Aspekt der nahegelegenen Einrichtung des Rudolf-Sophien-Stiftes braucht fachliche Begleitung. Nicht immer sind die Menschen mit Psychiatrieerfahrung diejenigen, die Begleitung und Unterstützung in „die Welt“ hinaus brauchen. Die Fragen und Reaktionen der Menschen aus der Nachbarschaft zeigen, dass auch sie es sind, die Aufklärung und Unterstützung brauchen. Was bedeutet es psychisch krank zu sein? Welche Herausforderungen gehen damit einher? Welche Menschen sind davon betroffen und was brauchen sie? Was brauchen sie auch gerade nicht? Quartiersarbeit, die auch Menschen mit psychischer Erkrankung besonders in den Fokus nimmt, muss also immer in zwei Richtungen gedacht werden.

Bei der Quartiersarbeit im Hohenkreuz geht es nicht nur darum die Bewohner und Bewohnerinnen des Wohnheims zu begleiten, nein, auch alle anderen brauchen Unterstützung auf dem Weg eine Nachbarschaft zu werden, in der immer weniger Vorbehalte gegenüber Menschen mit chronischer, psychischer Erkrankung bestehen. Dieser Weg wird am besten durch gemeinsame Erfahrungen und Aufklärung beschritten.

Die „Fahrenden Ärzte“ in Kassel

Von Antje Stauch

Wenn sich jeden Montag über 50 Bedürftige zur Suppenküche der „Fahrenden Ärzte“ vor der Martinskirche Kassel treffen, kann dies auch symbolisch gesehen werden. So steht der Heilige Martin als Schutzheiliger der Reisenden, Bettler und Armen für eine besondere Form der Askese und Wohltätigkeit. Der Wunsch, etwas für die Gesellschaft und die Bedürftigen zu tun, ist auch ein zentrales Anliegen der „Fahrenden Ärzte“ in Kassel. Der Verein mit vielen ehrenamtlichen Mitgliedern wurde 1996 von Dr. Gero Moog in Kassel gegründet.

Als Folge der gesellschaftlichen Entwicklung nimmt die Zahl der Menschen, die von Verelendung bedroht sind, zu. So ist die Anzahl der Tafeln in Deutschland seit ihrer Gründung im Jahr 1993 von einer Tafel auf inzwischen 941 Tafeln im Jahr 2018 gestiegen. Gleichzeitig führen die finanziellen Einschränkungen der öffentlichen Mittel zur Verminderung von Leistungen im sozialen Bereich. Das erfordert ein verstärktes ehrenamtliches Engagement, sollen die Hilfsbedürftigen nicht sich selbst überlassen bleiben. Hier setzt der Förderverein der „Fahrenden Ärzte“ an. Das Ziel ist es, Menschen, die am Rande der Gesellschaft leben, mit ersten Schritten zu gesundheitlicher und sozialer Stabilität zu verhelfen.

Seit 1996 bieten die „Fahrenden Ärzte“ in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsamt der Stadt Kassel und der Drogenhilfe eine mobile medizinische Erstversorgung für abhängigkeitskranke Menschen und Obdachlose an (vermehrt auch Rentner und Hartz-4-Empfänger). Ehrenamtlich arbeitende Ärzte, Pflegepersonal und Sozialarbeiterinnen betreuen unbürokratisch Menschen, die ohne primäre medizinische Versorgung sind. In zahllosen Einzelkontakten konnten Menschen aus katastrophalen Situationen wieder an ärztliche und soziale Hilfe herangeführt werden.

Die „Fahrenden Ärzte“ finanzieren sich hauptsächlich über Spenden und sind auf die Unterstützung von Personen, Firmen und Institutionen angewiesen, um die Versorgung der Hilfebedürftigen aufrechterhalten zu können. So konnte der Verein durch die Spenden ein mobiles Ambulanzfahrzeug, das Ärzte-Mobil, anschaffen. Der Bus kommt hauptsächlich am Montag und Donnerstag zum Einsatz. Die „Fahrenden Ärzte“ bieten unterschiedliche Leistungen an. Jeden Montag treffen sich zahlreiche Bedürftige zur Suppenküche am Martinsplatz. In Zusammenarbeit mit dem Marienkrankenhaus Kassel wird dort eine Suppe ausgegeben und eine medizinische Versorgung angeboten. Am Dienstag ist die „Humanitäre Sprechstunde“ für Menschen ohne Krankenversicherung da. Die Sprechstunde gewährt Vertraulichkeit, bietet eine grundlegende Gesundheitsversorgung und sichert bei Wunsch Anonymität zu. Am Donnerstagabend sind die „Fahrenden Ärzte“ mit der „Hilfe im Milieu“ mit dem Ärzte-Mobil vor Ort.

Mehr Informationen über die „Fahrenden Ärzte“ auf www.fahrende-aerzte.de. Natürliche können Sie auch unter info@fahrende-aerzte.de Kontakt aufnehmen.

Antje Stauch
Vorstand „Fahrende Ärzte“, E-Mail: info@fahrende-aerzte.de, www.fahrende-aerzte.de; Presse- und Öffentlichkeitsarbeit Wolf-Marcus Haupt.

Soziales Leben in Gemeinschaft

Motivationen von Gastfamilien im Betreuten Wohnen in Familien

Von Ulrike Fuchs und Andreas Roth

In den letzten Jahren hat sich für uns abgezeichnet, dass es immer schwieriger wird Gastfamilien für das Betreute Wohnen in Familien (BWF) zu gewinnen. Deshalb haben wir uns mit den Motiven von Gastfamilien auseinandergesetzt. Am Beispiel zweier Gastfamilien möchten wir die Wohnform BWF näher betrachten. Dabei interessiert uns, was Gastfamilien jenseits der legitimen materiellen Beweggründe motiviert, einen psychisch erkrankten Menschen bei sich aufzunehmen. Wir haben mit zwei Familien exemplarisch ein leitfadengestütztes Interview zu diesem Thema geführt. In diesen Gesprächen zeichneten sich zwei wichtige Motive der Gastfamilien ab. Für beide ist zum einen das Leben in Gemeinschaft ein zentraler Aspekt. Zum anderen geht es den Familien auch darum Vorbild v.a. für ihre Kinder zu sein.

Ulrike Fuchs
Mitarbeiterin des Betreuten Wohnens in Familien der Evangelischen Gesellschaft in Stuttgart, Diplom Sozialpädagogin (FH)

Andreas Roth
Mitarbeiter des Betreuten Wohnens in Familien der Evangelischen Gesellschaft in Stuttgart, Diplom Sozialpädagoge

Normalität als Chance

„Normalität als Chance“ ist der Ansatz unserer Arbeit im Betreuten Wohnen in Familien. Der Alltag mit Gastfamilien, die sich mit ihren Fähigkeiten und Ressourcen zur Verfügung stellen, bietet diesen Rahmen für Menschen mit einer psychischen Erkrankung. Die enge Begleitung von Personen, die in Gastfamilien leben, und die Unterstützung der Gastfamilien selbst ist unsere Aufgabe als Fachdienst im BWF.
Die Gastfamilien leisten den zentralen Beitrag in der Unterstützung und Betreuung der Bewohner als Ansprechpartner im Alltag. Oft sind sie Türöffner für Ressourcen auch außerhalb der Familie wie z.B. Sportvereine oder Chöre. Eingebunden sein in eine Familie und deren Kontext ermöglicht eine besondere Form von Inklusion.
BWF ist ein sehr individuelles und personenzentriertes Angebot. So unterschiedlich die Bedürfnisse von Klienten sind, so vielfältig sind die Lebensverhältnisse von Gastfamilien. Dabei kann eine Gastfamilie eine Einzelperson, ein Paar oder auch eine Familie mit Kindern sein. Durch die Vielschichtigkeit der Lebensgemeinschaften ist es möglich, ein breites Angebot für Klienten zu eröffnen. Für viele ist die Anwesenheit der Gastfamilie als Ansprechpartner hilfreich um Sicherheit und Stabilität zu finden. Andere benötigen Unterstützung in alltagspraktischen Dingen. Bedeutsam ist es, die passende Konstellation für beide Seiten zu finden.

Familie Berger

Frau Berger (alle Namen von der Redaktion geändert) betreut mit Unterstützung ihres Lebenspartners zwei Personen im Rahmen des BWF. Neben diesen wohnen im Haus von Frau Berger noch weitere Personen. Regelmäßig kommen Familienangehörige und Freunde zu Besuch. Über ein Sonntagsfrühstück berichtet sie: „Manchmal sind acht bis zehn Leute hier am Tisch.“
Frau Berger hat die „Vision“ von einem großen Haus, in dem jüngere und ältere Menschen zusammen leben. Auch Personen, die Unterstützung benötigen, hätten ihren Platz. Alle könnten ein eigenes Zimmer mit Dusche und Kochgelegenheit bewohnen. Zudem gebe es einen Gemeinschaftsraum für gemeinsames Essen und Aktivitäten. Diese Idee hat Frau Berger bereits im Kleinen in ihrem Haus umgesetzt. Wichtig ist ihr eine Rückzugsmöglichkeit sowohl für sich als auch für alle anderen zu haben.

Rollenverständnis als Gastfamilie

Die Bewohner des BWF sind wie andere Hausbewohner auch in diese Gemeinschaft eingebunden. Ihre Aufgabe sieht Frau Berger vor allem darin, sich um die Gemeinschaft und die Betreuung zu kümmern und alles zu organisieren. „Viele Köche verderben den Brei. Das ist nichts. Man muss jemanden haben, der sagt, jetzt machen wir das so und jetzt wird geputzt.“
Dabei ist ihr wichtig, dass alle zu ihrem Recht kommen und je nach ihren Fähigkeiten in die Gemeinschaft eingebunden sind. „Sie müssen die Leute so einteilen, dass jeder das, was er kann, macht und glücklich und zufrieden ist.“
Die Rolle der Organisatorin einer Hausgemeinschaft kann man als Fortführung ihrer beruflichen Laufbahn sehen. Schon als Mutter und Hausfrau hat sie sich um die Kinder der Nachbarn gekümmert. Aus ihrer Arbeitsstelle im Freibad an der Kasse entstand durch ihre Initiative eine Kaffeerunde für die älteren Besucher. Ihre Beschäftigung in einem Tagestreff für ältere Menschen erweiterte sie dadurch, dass sie mehr und mehr auch Veranstaltungen und Events organisierte.

Motivationen

Ein Aspekt, warum für sie die Gemeinschaft eine wichtige Rolle spielt, ist, dass sie im Alter nicht alleine sein möchte. Aus der Erfahrung, dass ihre Eltern in der Gemeinschaft des Tagestreffs für ältere Menschen aufgeblüht sind, erwächst auch ihr Wunsch im Alter nicht alleine zu sein. Frau Berger kommt im Interview häufig auf dieses Thema zu sprechen. So lange sie gesundheitlich in der Lage ist, möchte sie Gastfamilie bleiben. Sie freut sich, wenn es den „Leuten in ihrem Umfeld gut geht". Wenn sie selbst einmal Unterstützung braucht, hofft sie, ebenfalls in einer Gemeinschaft Hilfe zu erhalten.
Für Frau Berger lautet das Motto: „Im Leben ist alles ein Geben und ein Nehmen." Sie formuliert, dass sie in ihrem Leben viel Glück hatte mit Freunden, Bekannten und ihrer Arbeit. Sie hat die Haltung, dass sie etwas in die Gemeinschaft gibt, aber auch wieder etwas aus der Gemeinschaft bekommen möchte. Als sie selbst krank war, hat sie sich sehr darüber gefreut, wenn jemand kam und fragte: „Willst Du einen Tee?"
Ihren Kindern und Enkeln möchte sie die Botschaft vermitteln, dass es nicht gut ist, wenn jemand alleine ist. Sie findet es wichtig, dass die Familie häufig ins Haus kommt und auch bei der Betreuung der BWF-Bewohner mithilft. Wenn die Enkelin Studienkollegen mitbringt, dann diskutiert man gemeinsam am Esstisch auch über Politik oder Umweltthemen und redet nicht nur über Krankheiten. So bleiben alle offen füreinander, es kann Verständnis entstehen und man kann voneinander lernen.

Familie Schuster

Die Gastfamilie Schuster besteht aus Frau und Herrn Schuster mit ihren vier Kindern im Alter von 11 bis 18 Jahren. Frau Müller kam in die Familie, weil sie ein Zimmer suchte. Eine Freundin der Familie hatte sie dahin vermittelt, wobei von Anfang an klar war, dass Frau Müller in verschiedenen Bereichen Unterstützung benötigt. Erst nach einigen Monaten hat sich die Familie dann an das Team des BWF gewandt um von der fachdienstliche Begleitung zu profitieren.

Rollenverständnis

Bei Frau und Herrn Schuster ist Familie als Gemeinschaft, in der die Kinder aufwachsen, das zentrale Motiv. In dem Interview kam sehr häufig das Gespräch auf die Kinder. Beide Elternteile sind sehr engagiert in die Erziehung eingebunden. Sie verstehen sich auch als Anlaufstelle für die Freunde der Kinder, die zum Mittagessen bleiben oder auch mal am Wochenende da sind. So steht die Betreuung von Frau Müller in einem engen Zusammenhang mit der Erziehung der Kinder. Frau Schuster beschreibt dies wie folgt: „Ich hatte das hehre Ziel, wir nehmen sie unter unsere Fittiche wie unsere Kinder und sie wird sich genauso entwickeln."
Das Betreuungsverhältnis ist eng mit dem Aufwachsen der Kinder verknüpft. Frau Schuster ist der Meinung, dass „wenn die Kinder ausgezogen sind, das Modell zu wackeln anfängt."
Auch beschreibt das Ehepaar, dass es in ihrem Verhalten sowohl Frau Müller als auch den Kindern gegenüber Ähnlichkeiten gibt. Frau Schuster beschreibt ihre Rolle als fürsorglich und entlastend und sie nimmt auch Aufgaben ab. Dagegen ist Herrn Schuster bei allem Einfühlungsvermögen wichtig, dass Vereinbarungen eingehalten und Dinge angegangen werden. Beide sind in ihren Rollen reflektiert und sehen sich als ein eingespieltes Tandem, sowohl gegenüber Frau Müller als auch gegenüber ihren Kindern.

Motivationen

Für Frau und Herrn Schuster ist es ein Ziel, dass Frau Müller ihre Möglichkeiten sich weiterzuentwickeln sieht und diese auch eigenständig wahrnehmen kann. Am Beispiel der Zubereitung des Mittagessens schildern sie die Entwicklung von Frau Müller. Anfangs hatte sie Schwierigkeiten beim Eindecken zu helfen, da sie schnell überfordert war. Durch gemeinsames Tun, Unterstützen und Motivieren ist es inzwischen möglich, dass sie regelmäßig mithilft. Frau Schuster freute sich besonders, dass kürzlich, als die Familie in Zeitnot war, Frau Müller eigenverantwortlich den Tisch eingedeckt und für alle Salat zubereitet hat. Wichtig ist es, so beschreibt Herr Schuster, „immer wieder dran zu bleiben und sie zu motivieren." An diesen, als kleine Stufen beschriebenen Fortschritten, freuen sie sich und schöpfen auch daraus weitere Motivation für die Betreuung.
Die Familie bekommt auch etwas zurück. Frau Müller hat ein besonderes Gespür für Tiere. Wenn es einem der Tiere im Haus schlecht geht, sieht sie es als erste. Sie kümmert sich im Alltag um Futter und übernimmt die Versorgung, wenn die Familie im Urlaub ist. Ihre Zuverlässigkeit und ihr Ordnungssinn kommen der ganzen Familie zu Gute. Einen großen Vorteil sehen Schusters darin, dass Frau Müller inmitten der Familie lebt. Themen, die mit den Kindern kommuniziert werden, finden im Beisein aller statt. Sie kann davon profitieren, da sie miterlebt, wie die Familie u.a. mit Problem- und Konfliktsituationen umgeht.
Herr und Frau Schuster wollen ihren Kindern ein Bewusstsein vermitteln, dass es nicht allen Menschen gut geht. Es gibt innerhalb der Familie viele Gespräche über soziales Verhalten, Toleranz und Rücksichtnahme. Das Ehepaar Schuster möchte seinen Kindern vorleben, dass „es wertvoll ist, nach anderen Menschen zu schauen und nicht nur nach sich." Als einen Erfolg sehen sie, dass die Tochter bei ihrer Jahresarbeit der Schule ein soziales Projekt entwickelt hat.

Resümee

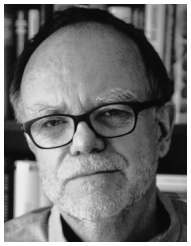
Bei der Betrachtung der beiden Gastfamilien haben sich für uns zwei Hauptmotive herauskristallisiert. Zum einen ist es sowohl Frau Berger als auch der Familie Schuster wichtig in Gemeinschaft zu leben. Bei Frau Berger steht im Vordergrund, dass sie nicht alleine leben will. Sie möchte, dass alle in der Gemeinschaft entsprechend ihren Fähigkeiten ihren Platz finden und sich die einzelnen Personen nach ihren Möglichkeiten gegenseitig unterstützen.
Da in der Familie Schuster vier Kinder leben, steht hier die Gemeinschaft unter dem Aspekt des gegenseitigen Lernens und Weiterentwickelns. Somit haben hier alle viele Möglichkeiten die eigenen Fähigkeiten zu entdecken und Grenzen auszuloten. Zum anderen ist es für beide Gastfamilien bedeutsam Vorbild zu sein, um gesellschaftliche Werte wie Solidarität und Rücksichtnahme an ihre Kinder weiterzugeben.
Diese beiden beschriebenen Motive sind bei vielen unserer Gastfamilien anzutreffen. Aus unserer Sicht als Mitarbeitende des Fachdienstes für BWF ist die Zusammenarbeit ein Gewinn für alle Beteiligten. Gastfamilien haben eine sinnstiftende Tätigkeit übernommen und leisten einen nicht zu unterschätzenden sozialen Beitrag für die Gesellschaft.

Das Nachtcafé Bremerhaven

Ein niedrigschwelliges Hilfeangebot von Betroffenen für Betroffene

Von Gisbert Eikmeier, Birgit Kowski, Andrea Kühl und Angelika Lacroix

Im Nachtcafé Bremerhaven bieten Genesungsbegleiter seit Januar 2017 anderen Betroffenen niedrigschwellig Hilfe und Unterstützung in Krisen an. Dieses Angebot wurde von Anfang an von den Besuchern angenommen und überwiegend geschätzt. Sie prägten für die im Café herrschende Atmosphäre den Begriff „Nachtcafé Feeling". Wir berichten über die in den zweieinhalb Jahren nach Eröffnung des Cafés gemachten Erfahrungen und Entwicklungen.



Gisbert Eikmeier
Chefarzt am Behandlungszentrum für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Klinikum Bremerhaven Reinkenheide gGmbH inBremerhaven, Email: gisbert.eikmeier@t-online.de

Beteiligungsprozesse ernst genommen

Im gemeindepsychiatrischen Verbund der Stadt Bremerhaven versuchen wir seit 10 Jahren Betroffene und deren Angehörige in die Planung und Entwicklung von Hilfeangeboten einzubeziehen. 2014 und 2015 haben wir dazu zwei trialogisch besetzte Workshops zum Thema „Psychische Krise - passende Angebote in Bremerhaven" organisiert (1). Nachdrücklich wurde dabei von Betroffenen unter anderem der Wunsch nach einem niedrigschwelligen Krisenangebot in den Abendstunden („Nachtcafé") geäußert. Die Möglichkeit ein solches Projekt zu realisieren ergab sich aber erst, als durch die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz der Freien Hansestadt Bremen ab Ende 2016 Haushaltsmittel für Projekte zur Förderung der Psychiatriereform in Bremen und Bremerhaven bereitgestellt wurden. Da wir seit 2010 sehr ermutigende Erfahrungen mit der Integration von Genesungsbegleitern in unsere Behandlungsteams gemacht haben (2), stand von vorn herein fest, dass das Nachtcafé von Genesungsbegleitern ohne die Beteiligung von anderen Profis geleitet werden sollte. Supervision und Coaching erfolgen wöchentlich durch eine EX-IN-Trainerin.

Sturmböen am Eröffnungstag

Nach einer Vorbereitungsphase Ende 2016 eröffnete das Nachtcafé am 03.01.2017. Bei 4 Grad Celsius Außentemperatur und heftigen Sturmböen kamen an diesem Abend 6 Besucher. Das Nachtcafé ist seitdem von Montag bis Freitag von 18 bis 22 Uhr geöffnet. Bis zum 30.06.2019 hatte es an 591 Abenden geöffnet, dabei 4.203 Besuche von 259 Gästen (137 Männer, 115 Frauen, 7 fehlende Angaben, im Alter von 17 bis 78 Jahren). Das entspricht einer durchschnittlichen Besucherzahl von 7,1 Gästen pro Abend. Die Besucher wurden gebeten bei ihrem ersten Besuch einen Fragebogen auszufüllen. Ausdrücklich wurde aber darauf hingewiesen, dass das Ausfüllen freiwillig ist und keinesfalls Voraussetzung für den Besuch des Cafés. Bei der Auswertung dieser Fragebögen zeigte sich, dass Gäste wegen unterschiedlicher psychischer, körperlicher und/oder sozialer Probleme, manche auch aus Neugier ins Café kamen (3). Geschätzt werden von den Besuchern die einfühlsamen Gespräche, das Eingehen auf die Bedürfnisse des Einzelnen, die sozialen Kontakte insbesondere zu Menschen mit vergleichbaren Sorgen und Problemen, die herzliche, Sicherheit und Ruhe vermittelnde Atmosphäre, die ansprechenden Räumlichkeiten, die Ablenkung und der angebotene Tee und Kaffee. Von den Besuchern wurde dafür der Begriff „Nachtcafé Feeling" geprägt.

Durchgehend sprachen sich die Gäste dafür aus, dass im Nachtcafé keine Profis eingestellt werden. Wäre zum Beispiel ein Psychologe vor Ort, müsse man „dann aufpassen, was man sagt".

Vom Nachtcafé zum Recovery-Café

Um die Entwicklung des Nachtcafés zu diskutieren treffen sich halbjährlich Gäste des Cafés, die beiden dort tätigen Genesungsbegleiter, die Projektinitiatoren, Vertreter des gemeindepsychiatrischen Verbundes, eine Vertreterin der GKV und der Psychiatriekoordinator der Stadt Bremerhaven („Begleitgruppe"). Durchgehend sprachen sich die Gäste dafür aus, dass im Nachtcafé keine Profis eingestellt werden. Wäre zum Beispiel ein Psychologe vor Ort, müsse man „dann aufpassen, was man sagt". Die Genesungsbegleiter bekommen schnell Kontakt zu den Gästen, der dann oft lange andauert. Bereits beim ersten Treffen wurde auch deutlich, dass eine Supervision der Genesungsbegleiter durch die EX-IN-Trainerin wahrscheinlich langfristig erforderlich und auch gewünscht ist. Ab dem zweiten Treffen im Oktober 2017 wurde immer wieder thematisiert, dass die Gäste selbst definieren, was für sie eine Krise ist und wie lange diese andauert. Tendenziell wurde auch bereits bei diesem Treffen deutlich, dass eine Gruppe von Gästen sehr häufig oder sogar regelmäßig das Nachtcafé aufsucht. Von ihnen wird das Nachtcafé zur Krisenprävention, als Alternative zu PC, Fernsehen, „bösen Gedanken" und als Ziel von abendlichen Spaziergängen genutzt. In der Begleit-

gruppe im Dezember 2018 wurde von allen Beteiligten festgestellt, dass das Nachtcafé zu einem festen Bestandteil des psychosozialen Hilfesystems in Bremerhaven geworden war. Es dient auch als Ort für nicht ausgesprochene Verabredungen und als Ausgangspunkt für Aktivitäten außerhalb des Nachtcafés. Berichtet wurde in diesem Treffen aber auch von Betroffenen, die das Nachtcafé deswegen nicht aufsuchen, weil sie sich nicht nur mit Problemen und Krisen beschäftigen wollen. Diese beschriebene Entwicklung interpretieren wir dahingehend, dass das Nachtcafé neben dem intendierten Ziel Unterstützung und Hilfe in Krisen anzubieten einen weiteren sozial-inklusiven Fokus bekommen hat. Auf diesen zweiten Schwerpunkt soll zukünftig das Nachtcaféangebot stärker ausgerichtet werden. Denn gerade Genesungsbegleiter verfügen über die Fähigkeiten, Ressourcen und persönliche Recoverywege anderer Betroffener zu fördern und gemeinsam mit ihnen Möglichkeiten der Krisenprävention zu entwickeln.

Zunächst hatten wir auf eine Außendarstellung des Nachtcaféangebotes verzichtet, da wir in der Startphase ein Scheitern des Projekts vermeiden wollten.

Probleme: Notfälle, Kritik und Personalfluktuation

Das Nachtcafé Bremerhaven liegt in der Bremerhavener Innenstadt, jeweils etwa 250 Meter entfernt von der Fußgängerzone und der Bremerhavener Kneipen- und Diskothekenszene. Unsere anfängliche Sorge, dass stärker intoxikierte Besucher das Nachtcafé aufsuchen würden, hat sich als unbegründet erwiesen. Schwerwiegende Konflikte mit den unmittelbaren Nachbarn des Nachtcafés hat es ebenfalls nicht gegeben.
Für den Fall, dass sich aus der psychischen Krise eines Besuchers im Nachtcafé ein medizinischer Notfall entwickeln sollte, haben die beiden dort beschäftigten Genesungsbegleiter ein Mobiltelefon, mit dem sie den diensthabenden Psychiater im Klinikum Bremerhaven Reinkenheide erreichen können. Ein Besucher geriet zweimal während seiner Besuche im Nachtcafé in einen stuporösen Zustand, der auch nicht durch die in seinem Krisenpass festgelegten Maßnahmen zu durchbrechen war. Er musste deshalb mit einem Rettungswagen in die Notfallambulanz des Krankenhauses gebracht werden. Eine Besucherin wurde ihrem Wunsch entsprechend dabei unterstützt in der psychiatrischen Abteilung des Klinikums aufgenommen zu werden. Eine weitere Besucherin wurde während ihres Besuches zunehmend aggressiv, zunächst verbal, warf dann ein Glas nach einem anderen Besucher, rief die Polizei, um Anzeige gegen die Genesungsbegleiter zu erstatten. Verletzt wurde glücklicherweise niemand.
Nachdem einer Besucherin ihr Wunsch von den Genesungsbegleitern „ganz fest umarmt“ zu werden nicht erfüllt werden konnte, wandten sie und ihr gesetzlicher Betreuer sich zunächst an die Projektinitiatoren, dann an die Senatorin für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz um sich über die in ihren Augen nicht ausreichende Kompetenz der Genesungsbegleiter zu beschweren. Eine andere Besucherin beklagte in mehreren E-Mails an die Genesungsbegleiter und die Projektinitiatoren, dass sie aus dem Nachtcafé herausgemobbt worden sei, nachdem sie ihre Beziehung zu einem anderen Nachtcafébesucher beendet hatte. Divergierende Einschätzungen über das Angebot und die zukünftigen Entwicklungen im Nachtcafé konnten in der Supervision durch die EX-IN-Trainerin bearbeitet und gelöst werden. Eine schwierige Situation ergab sich durch das Ausscheiden eines im Nachtcafé beschäftigten Genesungsbegleiters im September 2018. Eine vorübergehende Schließung des Nachtcafés wäre für einige Besucher eine „Katastrophe“ gewesen (Begleitgruppe Dezember 2018). Von Außenstehenden, die nicht unmittelbar an der Konzeption und Entwicklung des Projektes beteiligt waren, wurde vorgeschlagen die eingetretene Vakanz durch einen Mitarbeiter einer anderen Berufsgruppe zu besetzen. Dies hätte allerdings eine grundlegende Veränderung des Projektes bedeutet. Eine Besucherin, die dafür ausreichend belastbar erschien, erklärte sich dann aber bereit während der Öffnungszeiten die dort beschäftigte Genesungsbegleiterin „ehrenamtlich“ zu unterstützen. Die freigewordene Stelle konnte zum Dezember 2018 wieder mit einer ausgebildeten Genesungsbegleiterin besetzt werden.

… aber die Zukunft bleibt ungewiss

Zunächst hatten wir bewusst auf eine Außendarstellung des Nachtcaféangebotes verzichtet, da wir in der Startphase ein Scheitern des Projekts wegen möglicherweise nicht zu erfüllender Erwartungen zu vieler Gäste vermeiden wollten. Nachdem aber deutlich geworden war, dass das Nachtcafé von Betroffenen angenommen und überwiegend auch geschätzt wird, haben wir Anfang 2018 einen Flyer, der über die Arbeit des Nachtcafés informiert, erarbeitet und im Klinikum Bremerhaven Reinkenheide, in den psychiatrischen Arztpraxen der Stadt, bei den Anbietern von Psychiatrischer Pflege und Soziotherapie sowie bei den anderen psychosozialen Hilfeangeboten ausgelegt. Über diesen Flyer besuchte dann sogar eine kanadische Touristin das Nachtcafé. Ihr Kreuzfahrtschiff hatte an der Columbuskaje in Bremerhaven Zwischenstation gemacht und sie war hier in eine psychische Krise geraten. Seit Mai 2019 verfügt das Nachtcafé Bremerhaven jetzt auch über eine eigene Homepage (https://nachtcafe.klinikum-bremerhaven.de).
Schneller als erwartet ist das Nachtcafé zu einem nicht mehr hinwegzudenkenden Bestandteil des Bremerhavener Versorgungssystems geworden und hat zu einer verbesserten Ansprechbarkeit dieses Systems geführt. Ein Thema, das die Begleitgruppensitzungen kontinuierlich beschäftigt, ist die zukünftige Finanzierung des Nachtcafés. Wünschenswert wäre es, wenn den Gästen, aber auch den Mitarbeitern die jährlich wiederkehrende Unsicherheit, ob das Nachtcaféangebot weiter gefördert wird und damit bestehen bleiben kann, durch Zusicherung einer längerfristigen Finanzierung genommen wird.

Literatur/Anmerkungen

1. Lacroix,A., Eikmeier,G. (2016): Wie lassen sich Beteiligungsprozesse nachhaltig gestalten? Methodik und Ergebnisse eines Bremerhavener Tetralogs. In: Gesundheitswesen 78, Seite 277.

2. Lacroix,A., Eikmeier,G. (2016): Praxis der Genesungsbegleitung in der Psychiatrischen Klinik. In: Steinhart,I., Wienberg,G. (Hrsg.): Rundum ambulant. Psychiatrie Verlag Köln, Seite 150 – 163.

3. Eikmeier,G., Kowski,B., Thiel,A., Lacroix,A. (2018): Das Nachtcafé Bremerhaven. Eine Klinik geht neue Wege in der Krisenprävention. In: Psychosoziale Umschau Heft 1, Seite 10–11.

Inklusive Bahnhofsmissionen

Perspektiven gesellschaftlicher Teilhabe im Kontext moderner Bahnhofssozialarbeit

Von Jann-Thorge Thöming

Bahnhofsmissionen sind anpassungselastische Räume der Hilfe an zentralen Orten sozialen Geschehens. Im Angebotsspektrum dieser besonderen Sozialarbeit inmitten der belebten Mobilitätsknotenpunkte spiegelten sich im Laufe der letzten 125 Jahre gesellschaftliche Tendenzen und Erfordernisse. Behinderte Menschen zählten schon immer zu den Adressaten der Reisehilfen und Begleitdienste der Stationen. Zudem sind ihre Teams offen für körperlich und psychisch behinderte Menschen, um Empowerment zu ermöglichen.

Jann-Thorge Thöming
Der Historiker und Politikwissenschaftler ist fachlicher Referent für den Verband der Evangelischen Bahnhofsmission in der Nordkirche. E-Mail: bahnhofsmission-lv.nordkirche@diakonie-sh.de

Seismograph der Gesellschaft

Brennglas sozialer Zustände, gesellschaftlicher Seismograph, letzte Rückfalllinie im sozialen Netz – doch immer auch: Kirche am Bahnhof. Der Diskurs um das Selbstverständnis der Bahnhofsmissionen hat einige begriffliche und metaphorische Einklammerungen hervorgebracht, um die Annäherung an das tatsächliche Wirkungsfeld der Institution zu vereinfachen. Ziel ist dabei die Verdeutlichung der Parallelität von sozialgeschichtlichen Tendenzen und der Entwicklung von Zielgruppen und Angeboten der Hilfseinrichtungen.

Funktionsbestimmung im sozialgeschichtlichen Wandel

Im Kontext von Industrialisierung und einsetzender Massenmobilität wanderte ab Mitte des 19. Jahrhunderts eine große Anzahl junger Menschen, vor allem Frauen, vom Land in die Städte. Verzögert war dabei die Entwicklung sozialer Auffangmechanismen, die sich den im Zuge beschleunigter Produktionsverhältnisse, zunehmender Urbanisierung und anhaltender Landflucht entstandenen gesellschaftlichen Problemlagen stellten. In diesem Zusammenhang bewegte sich die christlich orientierte, freie Wohlfahrt als impulsgebender Korrekturfaktor – etwa durch die Gründung der ersten Bahnhofsmissionen. Hauptklientel der ersten 1894 in Berlin gegründeten Bahnhofsmission waren von der Prostitution bedrohte junge Frauen. Eine Gründungswelle von Stationen erfasste daraufhin das Land, im öffentlichen Diskurs wurde sich der Prostitutionsproblematik aufgrund dieses Engagements verstärkt zugewandt. In der Folge zeigten sich den Hilfsbediensteten der Bahnhofsmissionen zahlreiche weitere Problemlagen an den Bahnhöfen. Sie wurden zu inoffiziellen Treffpunkten und Sehnsuchtsorten, an denen sich Gestrandete und Abgehängte trafen, begegneten – und Hilfe suchten. Verklärt wurden die neuen urbanen Verkehrszentren in zeitgenössischen Darstellungen wahlweise zu ‚Basiliken der Moderne' oder ‚Monstren der Hässlichkeit', wurden zu symbolhaften Wahrzeichen neuer Mobilität und Massengesellschaft. In diese Situation hinein gründeten sich die Bahnhofsmissionen und entwickelten ein Angebotsspektrum, das sich zusehends auffächerte. Sie entwickelten sich zu generalistischen, niederschwelligen und weitervermittelnden Ersthilfeorten für Reisende und Bedürftige. Unterbrochen wurde ihr Angebot nur während Verbotsphasen im Nationalsozialismus 1939-45 sowie in der DDR ab 1956. Als örtliche Drehscheiben des sozialen Netzes sind sie heute noch eng verbunden mit den lokalen Sozial- und Ordnungsbehörden, ohne dabei ihre pragmatische, unbürokratische Grundhaltung aufzugeben.

Heutige Nutzungsstruktur und moderne Fachlichkeit

Die von den einzelnen Stationen im Auftrag der Konferenz für Kirchliche Bahnhofsmission (KKBM) erstellten Statistiken sowie repräsentative Befragungen ihrer Nutzerinnen und Nutzer zeigen, dass heutzutage überdurchschnittlich oft Obdachlose, Menschen ohne festen Wohnsitz oder mit anderen Problemen das Angebot der Stationen wahrnehmen. Laut dem 2018 im Auftrag der KKBM veröffentlichten Monitoringbericht der Bahnhofsmissionen, im Zuge dessen ca. 2.000 Gäste in 68 der insgesamt 104 Stationen im Bundesgebiet befragt wurden, gaben überdies 41 % der Befragten an psychisch oder körperlich gehandicapt zu sein. Die hauptsächlichen Nutzungsgründe bestanden demnach in der Niederschwelligkeit sowie der Ermöglichung von vorbehaltlosem sozialem Erleben und der zwischenmenschlichen Begegnung über soziale Grenzen hinweg. Positives Feedback, entnommen aus dem offenen Teil des Fragebogens, verweist auf die ‚unique selling points' der Bahnhofsmission, die sich aus der Losgelöstheit aus bürokratischen Strukturen und dem im Zentrum der Missionsarbeit stehenden, vertraulichen Gesprächsangebot ergeben: kompetent, freundlich, wertschätzend, annehmend, herzlich und hilfsbereit sind hier die häufigsten Attribuierungen.

Psychologische Aspekte der Missionsarbeit

Bestimmte Bereiche der Missionsarbeit mögen in impliziter und grundlegender Manier auch auf die Wahrung der psychischen Gesundheit ihrer Nutzerinnen und Nutzer abgezielt haben. Hervorzuheben sind hierbei zeitgenössische Quellen, die auf positive Wirkungsweisen vertraulicher Erstgespräche mit traumatisierten oder kulturell entwurzelten Menschen im Kontext der Aussiedler- und Heimkehrerbetreuung der BRD nach den beiden Weltkriegen oder der Hochphase der Arbeitsmigration von 1964-73 hinweisen. Auch im Kontext des 1949 einsetzenden deutsch-deutschen Interzonenverkehrs und den teilweise schikanösen Kontrollen des DDR-Grenzregimes oder während der Einreise orientierungsloser Geflüchteter 2015/16 wird dieser Aspekt einer psychologisch relevanten Erstbetreuung erkennbar. Im modernen fachlichen Diskurs der Bahnhofsmissionen konnte sich das neoliberale Sprachregime nicht durchsetzen. Die Nutzerinnen und Nutzer werden nicht als Kunden oder Klienten, sondern als ‚Gäste' bezeichnet. Heutzutage finden auf dem Bahnsteig einerseits aufsuchende, unterstützende Hilfen statt, andererseits wird in den Stationsräumlichkeiten eine einladende Struktur der offenen Tür praktiziert. Von den Gästen an die Bediensteten gerichtete Anliegen werden aufgenommen und im Rahmen sozialer Einzelfallhilfe bearbeitet. Nicht selten erfolgt nach einer ersten Bestandsaufnahme die Weiterleitung an eine lokale Fachstelle. Ein erstes Ausruh- und Verköstigungsangebot kann mithin zur ersten Steigerung des psychischen und physischen Wohlbefindens notleidender Gäste beitragen. Freilich ist der Dienst in den Stationen ein vergleichsweise anspruchsvolles Ehrenamt. Das Gros der Hilfen wird von ehrenamtlich Mitarbeitenden geleistet, die von hauptamtlichen Kräften begleitet werden. Das Auswahlverfahren für neue Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter besteht aus einem begleiteten Probedienst sowie der verbindlichen Grundausbildung über bundesweite Schulungen. Hinzu kommen regelmäßige fachliche Fortbildungen, etwa zum Umgang mit psychisch erkrankten Menschen. Die ehrenamtliche Tätigkeit wird etwa in einem Verhältnis 1:9 von Hauptamtlichen koordiniert.

Erneuerung des Leitbildes zum 125. Jubiläum

Als wichtigster Garant für das Gelingen der Arbeit werden im 2004 erstellten *Leitbild der Bahnhofsmissionen in Deutschland* die Mitarbeitenden genannt. Das Rückgrat der Bahnhofsmissionen bildet das bürgerschaftliche Engagement einer Vielzahl ehrenamtlich Helfender, die aus allen sozialen Schichten kommen. Mit ihren verschiedenen Fähigkeiten und Kompetenzen ist demnach sorgsam umzugehen. Aktuell wird das Leitbild im Zuge des 125. Jubiläums der Bahnhofsmissionen überarbeitet. Den gesellschaftlichen Entwicklungen der letzten 15 Jahre, die sich insbesondere auch auf den Bahnhofsarealen zeigen, soll dadurch Rechnung getragen werden. Immer mehr Menschen sind z.B. von psychischen Erkrankungen betroffen, was sich auch in den Statistiken der Bahnhofsmissionen wiederspiegelt. Angesichts aktualisierter Arbeitshypothesen im Bildungswesen sowie der sozialen Arbeit findet der Begriff ‚Inklusion' als Unterpunkt im Leitbild der Bahnhofsmissionen nun explizite Berücksichtigung. Neben Reisehilfen am Bahnsteig und Begleitservices für behinderte Menschen tritt zu der bloßen Ermöglichung von Mobilität auch die gesellschaftliche Teilhabe über einen Dienst in den Stationen. In etlichen Bahnhofsmissionen ist dies, abhängig von der personellen und organisatorischen Machbarkeit, ohnehin schon gelebte Praxis. Im Einzelgespräch werden die individuellen Fähigkeiten und Einsatzmöglichkeiten ausgelotet, indes bietet die Integration in die Teams einen wertvollen Perspektivwechsel nicht nur für die behinderten Mitarbeitenden, sondern auch für die übrigen Bediensteten. Durch die Eingliederung in ein neues, dynamisches soziales Umfeld kann Empowerment stattfinden. Bislang ließ sich die Rolle der Bahnhofsmission als proaktiver Dienstleister bei Reishilfen sowie passive Anlaufstelle für Bedürftige in unterschiedlichsten Notlagen kennzeichnen. Ergänzt wird sie so um die Schaffung eines arbeits- und soziotherapeutisch relevanten Handlungsumfeldes, gekennzeichnet von Handlungsbetontheit, Aktivität und reziprokem Lernen innerhalb gelebter Teampartnerschaft. Gehandicapte Menschen, als Fachleute in eigener Sache, können sich im Umgang mit Handicaps gleichberechtigt einsetzen, was Selbstbewusstsein und Selbstsicherheit wachsen lässt. Grundvoraussetzung ist dabei die geschulte Begleitung des Einzelnen.

Das Schlüsselerlebnis im Zuge der Mantelteilung fungiert als Leitlinie gesellschaftlichen Handelns als auch als Arbeitsprämisse der Bahnhofsmission.

Martin von Tours als Inspirationsquelle für das christlich-diakonische Selbstverständnis

Zurückzuführen ist das Selbstbild der Bahnhofsmissionen auf ihren karitativ-diakonischen Charakter. Die von Lukas abgefasste Apostelgeschichte (Apg 6, 1-6) liefert hierfür eine der wesentlichen Grundlagen. Die biblische Begründung der Diakonie, hergeleitet vom Wort ‚Diakonia', was etwa ‚beim Essen dienen' bedeutet, zielt auf die Umkehr des Herrschaftsprinzips einerseits und die Verwirklichung von Mildtätigkeit und Armenfürsorge andererseits. Dieser von Jesus postulierte Liebesdienst, in dem sich den Geringsten unter den Schwestern und Brüdern zugewandt wird, um die Erfahrung als ‚Nächster' oder ‚Nächste' zu ermöglichen, dieses anleitende Bedienstet-Sein, um anderen zu helfen, bildet sich im Alltag einer Bahnhofsmission in vielschichtiger Weise ab. ‚Was willst Du, dass ich für Dich tun soll?' (Lk 18,41) fragt Jesus den Blinden, der eine diffuse Heilserwartung in sich trägt. ‚Wie geht es Ihnen?' oder ‚Möchten Sie mir sagen, was los ist?' ist eine entsprechende Übersetzung in das Hier und Jetzt am Bahnsteig oder Tresen der Bahnhofsmission. Das Gleichnis des barmherzigen Samariters, der Hilfsdienst am elendigen Reisenden, ist im bahnhofsmissionarischen Kontext ein weiterer Fixpunkt. Zudem, frei nach Mt 18, 2-5, wollen die Bahnhofsmissionen im Sinne ihrer Inklusionsbestrebungen dafür Sorge tragen, dass niemand auf der Strecke bleibt und alle eine Chance auf Teilhabe und Gemeinschaft bekommen, indem Menschen vom Rand in die Mitte der Gesellschaft geholt werden. Zu diesen Inspirationsquellen stellt sich das vorbildhafte Wirken des Martin von Tours. Der Sohn eines römischen Tribuns und spätere Bischof lebte im 4. Jahrhundert – einer Zeit,

die zur heutigen Gegenwart bestimmte Parallelen erkennen lässt. So waren die Menschen auch damals geprägt von gesellschaftlicher Verunsicherung, der Suche nach Sinn und Halt, dem Erleben mannigfaltiger politischer Um- und Aufbrüche sowie der Entwicklung neuer Formen menschlichen Zusammenlebens. Für die heutige Kirche ist der heilige Martinus, attribuiert als freimütig, geistbeseelt, solidarisch und sein dienender, missionarischer Ansatz eines der ideellen Fundamente. Sein Schlüsselerlebnis im Zuge der Mantelteilung, transponierbar als ‚Was ihr getan habt unter diesen meinen geringsten Brüdern und Schwestern, das habt ihr mir getan' (Mt 25,40), fungiert als Leitlinie gesellschaftlichen Handelns als auch als Arbeitsprämisse der organisierten Bahnhofsmission, bedurfte und bedarf jedoch in jedem Jahrzehnt einer neuen Übersetzung.

Literatur

Bakemeier, Christian: Die Aufgaben der Bahnhofsmission, in: Dieckbreder, Frank/ Dieckbreder-Vedder (Hg.) (2016): Das Konzept Sozialraum: Vielfalt, Verschiedenheit und Begegnung. Soziale Arbeit lernen am Beispiel Bahnhofsmission, Göttingen, S. 63–85.

Drumm, Joachim (Hg.) (2014): Martin von Tours. Der Lebensbericht von Sulpicius Severus. Übertragung von Wolfgang Rüttenauer, Ostfildern.

Eikelmann, Bernd (1997): Sozialpsychiatrisches Basiswissen. Grundlagen und Praxis, Stuttgart.

Goller, Michael (2018): Monitoring für die Bahnhofsmissionen: Ein datengestütztes Instrument zur Organisationsentwicklung. Projektbeschreibung und Ergebnisdarstellung, Paderborn.

Lutz, Bernd (Hg.) (2018): Mittendrin. Bahnhofsmission – vielfältig wie das Leben. Mit Beispielen spiritueller Praxis, Ostfildern.

Nikles, Bruno W. (2019): Bahnhofsmission und Bahnhofsdienste in Deutschland. Ein historischer Abriss ihrer Aufgaben- und Organisationsentwicklung, Opladen u.a..

Reusch, Wolfgang (1988): Bahnhofsmission in Deutschland 1897–1987. Sozialwissenschaftliche Analyse einer diakonisch-caritativen Einrichtung im sozialen Wandel, Frankfurt a.M. u.a..

Thöming, Jann-Thorge (2019): Bahnhofsmission Büchen. Ein Spalt im Eisernen Vorhang, Frankfurt a.M. u.a..

Wulff, Erich (2207): Der marktwirtschaftliche Überfall auf die Psychiatrie. Zum Vorrücken des neoliberalen Zeit- und Sprachregimes, in: Osterkamp, Ute (Hg.): Forum Kritische Psychologie 51. Sozialpsychiatrie. Persönliche Assistenz, Empowerment. Beschäftigungsverhältnisse in der Sozialen Arbeit. Evaluationsforschung, Erinnerungsarbeit, Göttingen, S. 6–12.

Solidarität, Nächstenliebe und Professionalität im Psychiatrischen Alltag

Von Thomas Bock

Der Titel war mir vorgegeben. Er soll der Frage nachgehen, ob sich der Charakter einer heute geforderten Professionalität im psychiatrischen Alltag mit einer von Solidarität, Fürsorglichkeit und Nächstenliebe geprägten Arbeitshaltung vereinbaren lässt. Er bringt Begriffe in Verbindung, die hochkomplex sind und längst nicht mehr selbstverständlich zusammenhängen, wie das vielleicht mal der Fall war. Mit christlicher Solidarität und Professionalität in der Psychiatrie, damit könnte man sich endlos beschäftigen; beide Konzepte sind komplex, widersprüchlich, missverständlich und verkehrbar. Es hat mich gereizt, sie zusammenzudenken; aber ich gebe zu, ich bin dabei sehr subjektorientiert vorgegangen. D.h., ich operiere mit meinem Verständnis von christlicher Solidarität und professionellem Handeln und meiner Kritik an beidem. In der Hoffnung/Erwartung, dass andere sich angeregt fühlen, anders zu denken.

Thomas Bock
Prof. für Klinische Psychologie u. Sozialpsychiatrie, Psychologischer Psychotherapeut, Lt. Funktion in der Psychiatrischen Universitätsklinik Hamburg, Mitbegründer der Psychoseseminare u. weiterer trialogischer Projekte, (Co)Autor von ca. 250 wissensch. Beiträgen

Christliche Solidarität ist mehr als das Zerschneiden von Wäschestücken

Der Heilige St. Martin ist offenbar ein Symbol für christliche Solidarität. Im Villenvorort Aumühle, in dem meine Kinder groß wurden, war der Umzug zu Ehren des Heiligen Sankt Martin der größte im Jahr und die Ansprachen an diesem Tag politischer als sonst. Bei näherer Betrachtung ist das Teilen des Mantels – mit der Chance, dass am Ende beide frieren – zwar caritativ beeindruckend, aber langfristig wenig vorbildlich. Sozialpolitisch würde man vernünftige Arbeitsbedingungen in der nahen Tuchfabrik besser finden und den Zugang zu bezahlbarem Wohnraum inkl. Heizung bevorzugen.

Christliche Solidarität und Nächstenliebe kann/muss eindeutig mehr sein, als das Zerschneiden von Wäschestücken. Für mich beginnt sie mit einem politisch herausfordernden Menschenbild, nämlich den Menschen als Ebenbild Gottes zu sehen – was Grundannahme vieler Religionen ist, aber eben auch des Christentums. Wer Menschen als Ebenbild Gottes sieht, bekennt sich zur gleichen Würde aller Menschen – unabhängig von Rasse, Religion, Wohlstand, psychischem oder körperlichem Befinden.

Was bedeutet das für die Psychiatrie? In der Bibel heißt es sinngemäß: „Was Ihr dem Schwächsten unter Euch antut, tut Ihr mir an". Ein Auftrag,

Menschenwürde für jeden im Blick zu haben, die Psychiatrie vom Schwächsten her zu denken. Moderner könnte man vielleicht auch sagen: „Handle stets so, wie Du selbst behandelt werden willst“.

Tun wir das – im Moment der Fixierung, der Zwangsmedikation oder wenn wir den Zugriff dem Wachdienst übertragen? Das grundsätzliche Bekenntnis zur Menschenwürde ist ein Auftrag zur De-Institutionalisierung auch in der Psychiatrie. Hilfen müssen bedürfnis-orientiert sein, den Menschen und sein individuelles Lebenskonzept in den Mittelpunkt rücken. Insofern steht für mich die UN-Behindertenrechtskonvention durchaus in einem Zusammenhang mit meinem Verständnis christlicher Solidarität. Wenn die Ökonomisierung kirchlicher Einrichtungen dem entgegensteht, ist das deren Problem.

Es ist eine eher unselige Gepflogenheit, den Erstkontakt in der Psychiatrie sehr einseitig zu gestalten: Der eine erfragt die Schwäche des anderen, um dann Hilfen abzuleiten. Wäre ein offenerer Austausch von Schwächen und Ressourcen nicht hilfreicher?

Allerdings kann die einseitige Orientierung an Förderung von Individualität und Autonomie um jeden Preis auch zu kaltschnäuziger Gleichgültigkeit im Sinne von falsch verstandenem/verlogenem Liberalismus führen: Jede*r ist seines Glückes Schmied; alles wird dereguliert. Soll jeder doch auf eigene Weise zugrunde gehen. Die christliche Soziallehre lässt sich nicht reduzieren auf Selbstbestimmung, sondern beinhaltet immer auch Schutz und Halt sowie die Garantie von Lebensqualität.

Professionalität in der Psychiatrie ist mehr als das Anwenden von Regeln/Leitlinien

Professionelles Handeln scheint mir noch schwerer zu definieren als christliche Solidarität. Unser Bemühen professionell zu handeln führt zu einem ähnlichen Konflikt zwischen Selbst- und Fremdbestimmung bzw. zu einer ähnlichen Herausforderung bei der Balance zwischen Autonomie und Schutz. Oft wird professionelles Handeln so verallgemeinert bist es nichts mehr aussagt – z.B. als das Ausüben eines gelernten Berufes. Oder der Begriff wird so eingeengt, bis er im konkreten Geschehen einem bestimmten Menschen und seinen Bedürfnis gegenüber zum Gefängnis wird – z.B. als Diagnostik nach Manualen, das Ausüben von standardisierten Regeln und Techniken oder das Anwenden von Leitlinien. Dieses Verständnis von Professionalität verleitet zu einer ganz anderen Sichtweise: Dass nämlich Professionalität in der Psychiatrie eigentlich bedeutet, eben diese hintanstellen zu können, um dafür Beziehung zu riskieren, um die (psychotisch, depressiv, manisch geprägte) Welt des anderen ernst zu nehmen, um sie so zu relativieren, die Sicht des anderen zuzulassen, um sie besser zu verstehen, sich in die Welt des anderen ein kleines Stück hineinzutrauen, um sie gemeinsam wieder verlassen zu können.
Doch die Dialektik erfordert weiter zu denken: Diese Beziehung, die ich riskiere, die Nähe die ich herstelle, geschieht nicht ohne Reflexion; sie erfordert Respekt, Achtsamkeit – auch für die eigenen Bedürfnisse, Ängste und Dynamiken. Ein Gegenüber zu sein, der/die wieder Orientierung ermöglicht, heißt nicht zu verschmelzen, sondern auch Gegner zu sein. Ich muss die subjektiven Wahrnehmungen und Erklärungen für wahr nehmen ohne die eigene Sicht aufzugeben, um so eine Spiegelung, einen Halt, eine Orientierung zu ermöglichen. Hierzu zwei Beispiele:

Die Falle der Anamnese: Es ist eine eher unselige Gepflogenheit, den Erstkontakt in der Psychiatrie sehr einseitig zu gestalten: Der eine erfragt die Schwäche des anderen, um dann Hilfen abzuleiten. Wäre ein offenerer Austausch von Schwächen und Ressourcen nicht hilfreicher? Ich möchte hier die Konsequenzen einer eher kleinen Abweichung schildern: Eine Patientin schildert schreckliche Erfahrungen – in Kindheit, Jugend und in einer aktuellen Konfliktsituation. Ich bin beeindruckt von ihrer Leidensgeschichte, auch von ihrer Leidensfähigkeit, zugleich aber auch erschöpft und irgendwann nicht mehr aufnahmefähig. Erlaube mir sie zu unterbrechen und sie mit beidem zu konfrontieren – meinem Respekt und meiner Erschöpfung. Vermittle, dass wir Zeit haben. Beim nächsten Mal sagt sie gleich am Anfang: „Wenn Sie das nicht gesagt hätten, wäre ich nicht wieder gekommen. Ich wäre zu sehr beschämt gewesen ...“

Ohnmacht zulassen: An meiner ersten Arbeitsstelle wollte ich zeigen, dass ich mein Geld wert bin. Meiner ersten Patientin, einer deutlich älteren Dame mit ausgeprägter Depression, begegnete ich mit Eifer und vielen konstruktiven Vorschlägen. Sie würdigte mich keines Blickes; sie schwieg und litt. Das ging über mehrere Termine/Wochen so – bis mir rausrutschte: „Sie haben die schwerste Depression die ich kenne, mir fällt nichts mehr ein“. Da huschte ein Lächeln über ihr Gesicht: Endlich hat der was kapiert. Erst jetzt konnten wir anfangen, vorsichtig abzuwägen, was nur auszuhalten und was vorsichtig zu verändern war.

Haben oder Sein?

In seinem gleichnamigen Buch charakterisiert der Philosoph und Sozialpsychologe Erich Fromm Lebenshaltungen, die sich am „Haben“ oder am „Sein“ orientieren. Das am Haben orientierte Leben bringt er mit Besitzen-Wollen, mit Konkurrenz, Stress und Kapitalismus in Verbindung. Die andere Seins-Weise assoziiert er mit Achtsamkeit, Ehrlichkeit, sozialen Beziehungen und solidarischem Handeln. Meine Worte sind noch holzschnittartiger als der Ansatz insgesamt, ich empfehle also das Nachlesen (Fromm). Erlauben möchte ich mir nur eine Frage: Was würde sich ändern, wenn wir nicht mehr davon ausgehen, dass jemand eine Schizophrenie/Depression/Manie hat oder haben könnte, sondern statt dessen davon sprechen, dass es in bestimmten Situationen möglich ist, psychotisch/depressiv/manisch zu werden oder eben zu *sein*? Könnte es sein, dass wir so die Aneignung der Erfahrung statt ihrer Abspaltung

Was würde sich ändern, wenn wir nicht mehr davon ausgehen, dass jemand eine Schizophrenie/Depression/Manie hat, sondern statt dessen davon sprechen, dass es in bestimmten Situationen möglich ist, psychotisch/depressiv/manisch zu werden oder eben zu sein?

besser befördern können? Mit den Ergebnissen des SuSi Projektes (Subjektiver Sinn von Psychosen/Bipolaren Störungen) wissen wir, dass es ein Sinn-Bedürfnis gibt, dass Menschen die Psychose u.a. mit ihrem Leben in Verbindung bringen (wollen) und dass diese Aneignung die Sicht auf die Erkrankung und auf das Leben hoffnungsvoller werden lässt (Bock u.a. 2014).

Könnte es also sein, dass wir mit unseren entfremdeten Krankheitskonzepten eher Schaden anrichten, jedenfalls diese mit eher philosophisch (christlich?) geprägten Betrachtungen zu Seins-Weisen und Lebenskonflikten konstruktiv ergänzen sollten (Bock 2016)?

Ringen um Autonomie

In unserem Kulturkreis hat Autonomie einen enorm hohen Stellenwert. Sofern damit (auch) die Freiheit von gesellschaftlicher Normierung gemeint ist, kann ich das nachvollziehen. Patienten, die sich hinsichtlich ihrer sozialen Bedürfnisse von allgemeinen Normen abgrenzen, werden weniger schnell hospitalisiert. Elen Corin spricht in diesem Zusammenhang von „positive withdrawal“ (Corin u.a. 1992). Patienten, die sich ihr eigensinniges Krankheits-Verständnis wahren (Roessler spricht von idiosynkratischen Krankheitskonzepten), werden weniger depressiv/suizidal und haben eine bessere Lebensqualität (Roessler 1999).

Bezogen auf die Psychiatrie bedeutet die Wahrung der Autonomie des Patienten, dass wir unsere Hilfen flexibel und zuverlässig, aber vor allem bescheiden anbieten und den Wünschen und Bedürfnissen des anderen mit unbedingtem Respekt begegnen. Das ist nicht immer einfach. Und wir haben noch viel zu lernen: Die Zwangsbehandlungsrate in der deutschen Psychiatrie ist im europäischen Vergleich relativ hoch. Die enormen regionalen Unterschiede (im Verhältnis 1:10) reflektieren unzulängliche professionelle Strukturen/Haltungen und haben vergleichsweise wenig mit der Besonderheit der Patienten zu tun. *„Institutionelle Bedingungen in den Kliniken haben erheblichen Einfluss auf den Einsatz von Zwangsmaßnahmen, z.T. vermutlich sogar stärker als der Krankheitszustand der Patienten“* (Bundesärztekammer 2013).

Die Antipsychiatrie geht in Forderungen nach Autonomie sehr weit: Jeder habe ein Recht auf seine Erkrankung. Der Schizophrenie müsse die psychiatrische Behandlung ebenso ablehnen können wie der an Krebs erkrankte die invasive Operation. Ich möchte dem ein anderes Verständnis von Behandlung entgegensetzen, eines, das nicht die Symptome ausmerzt wie das Skalpell die Krebszellen, sondern eines, das hilft das Leben zu sichern, auch das Leben mit Symptomen und auch das Leben des Anderen – neben dem Menschen, der mit seinen Symptomen lebt. Gelingt es ein solches Verständnis lebendig werden zu lassen, dann wäre es möglich, die Forderung der Antipsychiatrie bzw. der radikalen Nutzerbewegung aufzugreifen und zu sagen: Jeder hat ein Recht auf seine Erkrankung und auf Behandlung. Bezogen auf das Motto dieses Heftes: Als der Heilige Martin seinen Mantel teilte, ging es nicht um das Recht auf Frieren, sondern um das Recht auf Wärme – im physikalischen und im psychologischen Sinne.

Autonomie als einzige Zielkategorie führt in die Irre – oder in die Einsamkeit. Unabhängig von Erkrankung wollen wir nicht nur für uns sein, sondern auch mit anderen. Wir wollen nicht nur gelassen, sondern auch gesehen und gebraucht werden.

Der Wunsch nach Bedeutung

Autonomie als einzige Zielkategorie führt in die Irre – oder in die Einsamkeit. Unabhängig von Erkrankung wollen wir nicht nur für uns sein, sondern auch mit anderen. Wir wollen nicht nur gelassen, sondern auch gesehen und gebraucht werden. Wahnvorstellungen können paranoid geprägt sein, sie signalisieren auch den Wunsch nach Bedeutung. Psychiatrie ist viel zu sehr an Compliance orientiert. Auch die Sozialpsychiatrie misst sich manchmal zu sehr daran, ob Patient*innen als Hilfeempfänger funktionieren. Niemand will sich nur oder vor allem über seine Krankheit definieren. Die Krankheit kann Anlass sein, Ziele neu zu definieren und fremde/eigene Erwartungen zu überprüfen und neu auszubalancieren. Doch am Ende bleibt der Wunsch, auch für andere eine Bedeutung zu haben, Aufgaben wahrzunehmen und Sinn zu finden – und sei der Kontext auch noch so überschaubar. Es gilt Bedeutungsräume zu erschließen und zur Verfügung zu stellen. Hier sehe ich eine große Herausforderung, aber auch eine große Chance für die künftige Sozialpsychiatrie.

Wir wollen nicht nur halbe Mäntel erbetteln, sondern daran beteiligt werden, Mäntel herzustellen oder sie zu verteilen. Wir wollen nicht nur gewärmt werden, sondern auch wärmen.

Die Psychiatriereform muss wieder politischer werden

Was heißt das für die Psychiatriepolitik? Wo stehen wir mit der Reform der Psychiatrie? Wie weit sind wir im Bemühen, Psychiatrie an christlicher Solidarität *und* an Professionalität auszurichten? Erlauben die strukturellen und ökonomischen Bedingungen der Psychiatrie unser Handeln christlich-solidarisch und professionell zu gestalten?

Aus meiner Sicht lassen sich nach der Psychiatrie-Enquete – mindestens – drei Phasen der Psychiatriereform unterscheiden:

- *Die Beseitigung menschenunwürdiger Zustände in der Psychiatrie:* Das mag im Hinblick auf Bettensäle und unmöglicher Privatsphäre gelungen sein. Doch die Situation in völlig überfüllten Akutstationen mit geballtem heulenden Elend, hohem Aggressionspotential auf allen Seiten inkl. überpräsentem Wachdienst lässt zweifeln, ob wir hier schon am Ziel sind. Menschenwürdige Bedingungen sehen anders aus.
- *Das Schaffen sozialpsychiatrischer Einrichtungen:* z.B. Wohn- und Arbeitseinrichtungen, Tagesstätten und Kontaktstellen ... Hier waren wir mit großen regionalen Unterschieden bedingt erfolgreich, nur leider oft eher im Sinne einer Doppelung der Psychiatrie, weniger ihrer radikalen Umgestaltung.
- *Das Infragestellen des Geschaffenen:* Wir wollten weg vom institutions-

zentrierten zum personenbezogenen Denken und Handeln, weg von der Defizit- zur Ressourcenorientierung, weg von neuer Hospitalisierung in (großen) Heimen und hin zu Hilfen im eigenen Wohnraum, weg von großen Werkstätten für Behinderte und hin zu gestützten/gesicherten Arbeitsplätzen in allgemeinen Betrieben, weg vom Automatismus der Hospitalisierung in akuter Not und hin zu mobilen akuten Hilfen vor Ort.

Nun sind wir an einem Punkt angekommen, der neue grundlegende politische Entscheidungen erfordert, die über Fachdiskussionen eindeutig hinausragen: Viel zu viele finanzielle/personelle Ressourcen sind immer noch in großen (pflegesatzgebundenen) Einrichtungen gebunden. Viel zu wenige Hilfen sind vor Ort verfügbar und die vorhandenen sind auch noch zersplittert, unübersichtlich und wenig integriert. Hilfen auf den eigenen Lebensraum der Patient*innen zu beziehen scheitert zunehmend daran, dass dieser Lebensraum nicht mehr sicher ist, der Wohnraum (in großen Städten) nicht mehr verfügbar ist, die Arbeitswelt immer anspruchsvoller und exklusiver wird und die kulturelle soziale Teilhabe oft an der materiellen Armut scheitert.

Ziel der Psychiatriereform bleibt es, Hilfen mehr auf das konkrete Leben und weniger auf künstliche institutionelle Räume zu beziehen. Auf diesem Weg nach draußen muss die Psychiatrie nicht nur äußerlich und finanziell mobiler werden, sondern auch innerlich eine andere Haltung und Beziehungskultur entwickeln (s.o.). Dafür brauchen wir auch eine neue Balance in der Zielsetzung – z.B. zwischen der Förderung von Autonomie und Bedeutung.

Auf diesem Weg brauchen wir eine andere Philosophie, ein offeneres Verständnis psychischer Störungen, weniger Angst vor (eigenen und fremden) Krisen, eine andere Beziehungskultur – professionell und solidarisch. Auf diesem Wege haben wir zum Glück eine neue Verstärkung bekommen, eine neue „Berufsgruppe“: Genesungsbegleiter*innen gehören perspektivisch auf jede Station, Tagesklinik, in jede Ambulanz, in jedes aufsuchende Team, in jede Begegnungsstätte, Berufliche Reha, Wohn-Assistenz. Sie machen Mut zu sich zu stehen und erlauben, Erfolge sich selbst zuzuschreiben statt uns klassisch Professionellen (Mahlke u.a. 2016). Durch ihr Vorbild erlauben sie auch uns, eigene Krisen nicht mehr zu verleugnen, sondern selbstverständlicher einzubeziehen.

Das heißt, wir brauchen einen St. Martin, der nicht Mäntel zerschneidet/teilt, sondern der dafür sorgt, dass die gesellschaftlichen Ressourcen gerecht verteilt werden, also z.B. Einkommen/Grundsicherung und Arbeitsmöglichkeit, dass Wohnraum bezahlbar, sinnvolle Beschäftigung und soziale Teilhabe möglich sind. Das hätte auch präventive Bedeutung: Je ausgeprägter in einer Gesellschaft die Diskrepanz von arm und reich ist, desto mehr seelischen Stress und psychische Erkrankung produziert sie. Und je ungleicher Arbeit verteilt ist, desto mehr Menschen werden in beiden Extremen krank – die einen am sog. „Burnout“, die anderen an der Sinnlosigkeit.

Das heißt, wir brauchen einen St. Martin, der nicht Mäntel zerschneidet/teilt, sondern der dafür sorgt, dass die gesellschaftlichen Ressourcen gerecht verteilt werden, also z.B. Einkommen/Grundsicherung und Arbeitsmöglichkeiten.

Schlussfolgerung

Die Psychiatrie ist in einer Glaubwürdigkeitskrise – und im Umbruch. Die Versprechen der „decade oft the brain“, die Hoffnungen auf neue Psychopharmaka haben sich nicht erfüllt. Der Mensch ist mehr als seine Synapsen. Die Medikation ist ein Angebot unter vielen und kann immer nur so gut sein, wie die sie tragende therapeutische Beziehung. Der psychiatrische Arbeitsalltag steht vor großen Veränderungen: Wir werden weniger „Heimspiele“ (im hospitalisierten Setting) und mehr Auswärtsspiele haben; der Patient bekommt Heim-Vorteil – mit der Chance für uns, psychische Besonderheit/Erkrankung wieder mehr im Lebens-Zusammenhang zu begreifen, zu begleiten und mit entsprechender Vorsicht vielleicht auch zu verändern. Das erlaubt uns Psychiatrie und Philosophie, Professionalität und Solidarität wieder mehr zu integrieren. Soziale und politische Aspekte rücken wieder mehr in den Vordergrund. Genesungsbegleiter*innen sind dabei eine große Bereicherung. Der Trialog im Sinne einer Begegnung von Experten bleibt Herausforderung und Realutopie. Und St. Martin wechselt in eine neue Dimension – mit einer solidarischen Produktion/Verteilung umweltverträglicher Mäntel.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft der Psychoseseminare (2003): „Es ist normal, verschieden zu sein – Verständnis und Behandlung von Psychosen" gegen eine Schutzgebühr von 1 Euro – zu beziehen bei den Bundesverbänden der Erfahrenen und Angehörigen, der DGSP (s. auch www.irremenschlich.de)

Bock, T., Ruppelt, K., Klapheck (2014): Sinnsuche und Genesung – Erfahrungen und Forschungen zum Subjektiven Sinn von Psychosen, Psychiatrieverlag

Bock, T. (2016): Wird die Menschheit kränker oder die Krankheit menschlicher, Psychiatrische Praxis (Editorial)

Bock, T. (1997): Lichtjahre – Psychosen ohne Psychiatrie, Selbstverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen. Psychiatrieverlag, Bonn

Bundesärztekammer (2013): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin – Zwangsbehandlungen bei psychischen Erkrankungen, Dsch Ärztebl. 2013; 110 (26)

Corin, E., Lauzon,, G. (1992): Positiv wthdrawal and the quest for meaning – the reconstruction of experienceamong schizophrenics, Psychiatry 55, 3, S 266–278

Fromm, E. (1976): Haben und Sein: Die seelischen Grundlagen einer neuen Gesellschaft

Mahlke, C., Priebe S., Heumann, K., Daubmann, A., Wegscheider, K., Bock, T. (2016): Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness – a randomised controlled trial. Euro Psy. 2016, 42, 103–110

Roessler, W. (1999): Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics? Acta psychiatrica Scandinavica 100:142–148

Roessler, W. (1999): „Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics?" Acta Psychiatr Scand 1999, 100: 142–148

Ethik der Gabe

Von Giovanni Maio

Medizin bewegt sich in einem doppelten Spannungsfeld. Sie ist Wissenschaft und Zwischenmenschlichkeit zugleich[1]. Und sie ist einerseits die Praxis, die gesetzlich garantierte Verfahren bereitstellt und zugleich eine Praxis, bei der man es nicht dabei bewenden lassen kann, rein formalistisch vorzugehen, weil es in der Medizin unweigerlich um eine menschliche Begegnung geht. Und in diese Begegnung mischt sich etwas ein, was man als Gabe bezeichnen kann, über die man näher nachdenken muss. Die gesetzliche Pflicht bleibt unumstößlich, unersetzbar, unabdingbar. Aber mit der Pflicht ist es eben nur in den wenigsten Fällen getan. Um diesen Punkt soll es im Folgenden gehen.

Giovanni Maio
Prof. Dr. M.A. phil., Lehrstuhl für Medizinethik, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, E-Mail: maio@ethik.uni-freiburg.de
Foto: Silke Wernet

Je stärker der Patient ist, desto mehr scheint der Rückzug auf das Pflichtgemäße vernünftig und gar angezeigt. Haben wir es aber mit ernsthaft kranken Menschen zu tun, mit existentiellen Krisensituationen, aber auch mit chronischen Krankheiten, mit psychischen Krankheiten, mit unheilbaren Krankheiten, dann rückt der Aspekt der Gabe immer weiter in den Vordergrund. Alvin Gouldner hat zu Recht darauf hingewiesen, dass von einem stabilen Sozialsystem schlichtweg mehr erwartet wird als von einem Wirtschaftssystem. So enthält der Moralcode eines jeden stabilen Sozialsystems nach Gouldner eine zentrale Komponente, „die von den Menschen verlangt, mehr zu tun, als sich lediglich zur Reziprozitätsnorm konform zu verhalten, und auch mehr zu tun, als von ihnen aufgrund der spezifischen Verpflichtungen, die sich aus ihrem jeweiligen sozialen Status ergeben, erwartet wird“.[2] Das zeigt eben auf, dass die Gabe in der Medizin nicht etwa ein Gegenstand überidealistischer Romantiker sein kann, sondern dass es zum erwarteten Profil der Heilberufe gehört, dass sie Supererogatorisches leisten und damit mehr tun als bloß „ihren Job“.

1. Zur Unverzichtbarkeit der Gabe in der Medizin

Georg Simmel hat einmal gesagt: „Das Geben überhaupt ist eine der stärksten soziologischen Funktionen. Ohne dass in der Gesellschaft dauernd gegeben und genommen wird – auch außerhalb des Tausches – würde überhaupt keine Gesellschaft zustande kommen.“[3] Damit verweist er darauf, dass die gesamte Gesellschaft letzten Endes nur über das Geben jenseits des Tausches wirklich als Gemeinschaft existieren kann. Und dennoch müssen wir zunächst zur Kenntnis nehmen, dass das Sprechen von Gabe heute geradezu fremd anmutet. Das Geben erscheint uns heute gerade nicht mehr als das Selbstverständliche, sondern zuweilen gar als das Verdächtige. Wir sind so sehr in den Denkkategorien des Marktes verfangen, dass wir zuweilen meinen, der Mensch und sein Handeln ließe sich auf rein strategisches Handeln reduzieren, als sei der Mensch nicht mehr als ein Wesen, das bloß Interessen verfolgt. Und wir denken, dass auch das Sozialsystem darauf aufbauen könnte. Selbst im Sozialsystem herrscht eine Tendenz, die Identifikation mit einem großen gemeinsamen Ziel, mit einer großen sozialen und sinnstiftenden Aufgabe, mit etwas Übergeordnetem für obsolet zu erklären; man geht heute weitgehend davon aus, dass auch das Sozialsystem allein durch das Befolgen von Regeln und somit durch das Einlösen von Verpflichtungen aufrecht erhalten werden kann. Und doch reicht das uns rechtlich Zustehende in aller Regel nicht aus, um dadurch allein gut leben zu können. Es eröffnet sich einfach eine Diskrepanz zwischen dem rechtlich Verbrieften und dem menschlich Notwendigen. Das rechtlich Verbriefte kann nur eine Art Grundausstattung sein, die nicht von sich aus dem kranken Menschen Vergewisserung, Trost und Zuversicht schenken kann. Für dieses notwendige Gefühl der Vergewisserung, des Vertrauens in die Zukunft, des Vertrauens in eine Solidarität des Sozialsystems muss die rechtlich verbriefte Grundausstattung angereichert werden durch das, was wir nicht einklagen können: Zuwendung, Wohlwollen, persönliche Verantwortungsübernahme.[4] Wir können keine Verträge schließen, um uns Zuwendung oder Wohlwollen garantieren zu lassen. Wir können uns kein Vertrauen rechtlich verbriefen lassen – und doch brauchen wir Vertrauen, um überhaupt leben zu können. Und da wären wir mitten im Thema der Gabe.

> Das rechtlich Verbriefte kann nur eine Art Grundausstattung sein, die nicht von sich aus dem kranken Menschen Vergewisserung, Trost und Zuversicht schenken kann.

Marcel Hénaff, dessen Werk zu den besten gehört, die über die Gabe geschrieben worden sind, hat sich völlig zu Recht an verschiedenen Stellen ganz zentral auf Seneca berufen.[5] In Anlehnung an die Ausführungen von Hénaff soll der Gabe-Begriff im Folgenden anhand von Seneca dargelegt werden, so wie er sie in seiner wirkungsmächtigen Schrift *De beneficiis* aus dem Jahre 62 n. Chr. ausgearbeitet hat. Hier betont Seneca nachdrücklich, dass die Praxis der Gaben oder Wohltaten die

menschliche Gesellschaft am meisten zusammenhält.[6] Die Wohltat definiert Seneca als „eine wohlwollende Handlung, die Freude schenkt und empfängt, dadurch, dass sie schenkt, zu dem, was sie tut, geneigt und aus eigenem Antrieb bereit macht".[7] Allein schon aus dieser Beschreibung lassen sich elementare Momente der Gabe ableiten, was eben zeigt, dass es sich lohnt, bei der Reflexion der Gabe eine längere Wirkungsgeschichte im Auge zu behalten. Seneca jedenfalls macht deutlich, dass das Wesen der Gabe darin liegt, dass man kein Hoffen auf Erwiderung damit verknüpft: „Wer gegeben hat, um etwas dafür zu erhalten, hat nicht gegeben" („qui beneficium ut reciperet dedit, non dedit")[8]. Das lässt sich so sagen, weil für Seneca die Gabe ihren eigentlichen Wert eben in sich trägt und daher keiner Erwiderung bedarf. Aber Seneca macht auch deutlich, dass die Gabe immer Ausdruck einer Wohlgeneigtheit, also Ausdruck einer sozialen Beziehung, ja gar Ausdruck einer Anerkennung des anderen ist. Das heißt also, dass es die Absicht ist, die die Gabe zur Gabe macht und dass sie, die Gabe, eine symbolische Funktion hat; sie ist nicht ausgerichtet auf einen Effekt, sondern sie trägt den Wert im symbolischen Gehalt, der durch sie vermittelt wird. So schreibt Seneca ausdrücklich „Groß ist der Unterschied zwischen dem Gegenstand einer Wohltat und einer Wohltat; daher sind weder Gold noch Silber, noch irgend etwas von den Dingen, die als die wichtigsten gehalten werden, eine Wohltat, sondern eben gerade der Wille dessen, der gewährt."[9] Bei der Gabe kommt es also auf die Art und Weise, wie sie gegeben wird an, und nicht auf den Inhalt der Gabe, d.h. der Inhalt, die Bedeutung der Gabe bemisst sich nach der Symbolik das Gebens, nach dem Modus, wie sie zur Geltung gebracht wird.[10] Damit ist die Gabe aber noch nicht hinreichend erklärt. In der Rezeption weiterer moderner französischer Denker wie vor allem Alain Caillé, Gérald Berthoud, Burkhard Liebsch und Jacques Derrida sollen im Folgenden sechs Aspekte der Gabe herausgearbeitet werden, die gerade für die Medizin von zentraler Bedeutung sind.

2. Grundelemente der Gabe

1. Freiwilligkeit
Die Gabe ist von Grund auf eine freiwillige Handlung, eine freiwillige Geste, eine freiwillige Übernahme einer bestimmten Haltung. Sie ist eben nicht das, was Kant als pflichtgemäß beschrieben hat. Die Gabe muss, um wirklich Gabe zu sein, aus innerem Antrieb in Erscheinung treten und nicht als Resultat eines Kalküls, als Resultat einer Regelanwendung, als Resultat einer instrumentellen Vernunft. Sie ist eben eine Erscheinung aus Pflicht, weil es sich selbstverständlich so gehört und nicht eine pflichtgemäße Erscheinung, bei der man die Gabe eben vollzieht, weil es eine Regel dafür gibt oder weil der Nichtvollzug sanktionsbewährt ist.

Die Gabe ist immer unbestimmt, nicht determiniert, nicht vorgegeben. Die Gabe ist offen, unberechenbar und spontan. Sie ist daher nicht denkbar als Bestandteil eines Managementsystems.

2. Spontaneität
Die Gabe ist immer unbestimmt, nicht determiniert, nicht vorgegeben. Die Gabe ist offen, unberechenbar und spontan. Sie ist daher nicht denkbar als Bestandteil eines Managementsystems, sie kann nicht in ein Prozesssystem gezwängt werden, sondern sie ist eine unmittelbare Reaktion; sie ergibt sich aus der Situation, ist also kontingent. Insofern ist die Gabe auch nicht planbar, nicht berechenbar, nicht prozessualisierbar – sie entzieht sich grundlegend dem magerialen Denken, weil man keine Regel aus der Gabe machen kann und weil man sie nicht universalisieren kann. Daher kann sie auch nicht in Leitlinien gegossen werden. Je mehr die Medizin in einen kalkulatorischen Modus versetzt wird, desto mehr verliert sie die Kultur der Spontaneität, die Kultur, dass man aus einem spontanen Impuls heraus auf den Patienten reagiert. Genau das ist Charakteristikum der Gabe, dass sie im Kontext der Spontaneität erfolgt oder anders: Es ist die Spontaneität, die als Gabe dem Anderen übermittelt werden kann, wenn man sich vom ökonomischen Tausch distanzieren kann.

3. Absichtslosigkeit
Die echte Gabe verfolgt nicht Ziele, sie hat keine Intention, sondern sie ist Ausdruck einer „benevolentia", eines Wohlwollens. Genau dieser Aspekt der Absichtslosigkeit und die Nähe zur Tugend machen den Unterschied zwischen Gabe und Tausch aus. Der Tausch bedeutet ja, dass man etwas gibt, damit man etwas anderes bekommt. Man gibt mit einem Hintergedanken und man gibt nicht um des Gebens willen. Man gibt nicht aus der Motivation oder gar Disposition heraus zu geben, sondern aus der Motivation, etwas dafür zu bekommen. Zentrales Moment der Gabe ist das Fehlen einer berechnenden Absicht; mit der Gabe möchte man nicht irgendetwas erhalten oder erzielen, sondern es wird einfachhin gegeben, spontan, aus sich selbst heraus, ohne Hintergedanken, ohne das Erheischenwollen einer auch noch so positiven Auswirkung der Gabe. Die Gabe vollzieht sich also grundlegend im Kontext der Unsicherheit, im Kontext der Areziprozität und damit in einem Kontext, der nichts weniger duldet als ein Garantie-Denken.
Von echter Gabe kann man nur dann sprechen, wenn sie von ihrem Wesen her nicht auf Ausgleich ausgerichtet ist. Es ist vor allem Jacques Derrida gewesen, der darauf beharrt hat, dass die Gabe sich ab dem Moment sich selbst als Gabe aufhebt, da mit ihr irgendeine Erwartung verknüpft wird und sei es die Erwartung des Sich-verpflichtet-fühlens[11]. Derrida ging einen Schritt weiter, indem er verdeutlichte, dass die echte Gabe gar nicht als Gabe erscheinen darf; damit etwas Gabe bleibt, muss sie als Gabe unsichtbar bleiben; man darf nicht wissen oder zu erkennen geben, dass es sich um eine Gabe handelt. Die Gabe darf also nicht nur keine Absicht verfolgen, sie darf sich als Gabe gar nicht zu erkennen geben, sie muss spontan, unmittelbar, unerwartet, rückhaltlos und selbstlos und eben unauffällig sein, so Derrida.[12]

4. Unverfügbarkeit
Die Gabe ist unverfügbar. Letzten Endes müssen wir die Gabe als ein Geschenk betrachten, und schon der Begriff des Geschenkes macht die Unverfügbarkeit der Gabe deutlich; ein Geschenk, das kann man sich nicht bestellen, nicht einklagen, nicht vertraglich vereinbaren, man kann es sich nicht einmal selbst schenken, sondern das Geschenk, das kann man nur empfangen. Ein Geschenk, das man sich schenken lässt, ist nicht wirklich ein Geschenk. Es wird erst dann zum Geschenk, wenn wir anerkennen, dass es nicht in unserer Macht steht, ob wir es

bekommen, wenn wir also anerkennen, dass wir uns ein Geschenk eben nie bestellen, allenfalls wünschen können. Und wenn wir von „wünschen“ sprechen, dann erkennen wir an, dass wir es anderen überlassen müssen, ob wir das Gewünschte erhalten oder nicht und dass wir daher nicht über das Gewünschte verfügen können. Anderenfalls müsste man sagen, dass man ein Geschenk nicht wünsche, sondern wolle, aber ein Geschenk, das man will, verliert mit dem Wollen, also mit dem Beabsichtigen automatisch seinen Geschenkcharakter.

5. Abundanz

Gabe ist immer das Überfließende, ist immer Ausdruck einer Großzügigkeit. Eine Gabe ist nicht das, was man erwartet, nicht das, worauf man wartet, sondern das, was die Erwartung übersteigt, das was sich unerwartet ereignet, dann ereignet, wenn eine Disposition vorher da ist. Das Ereignis der Gabe wird dann eben zum Tragenden, wenn es eben als das unerwartet Überraschende einfach entsteht und damit das übersteigt, worauf wir meinen, einen Anspruch zu haben. Dadurch, dass sie nicht einem Anspruch entspricht, wird die Gabe zur Quelle von Freude, zur Quelle von Dankbarkeit. Dankbarkeit statt Genugtuung; vielleicht ist das der zentrale Unterschied zwischen Gabe und Tausch. Und vielleicht lässt sich die Gabe mehr vom Empfangen her benennen als vom Geben. Wenn der Empfangende spontane und nicht verpflichtende Dankbarkeit empfindet, haben wir es mit einer Gabe zu tun. Wenn er Genugtuung empfindet oder nur ein Sich-Verpflichtet-Fühlen, dann war es keine Gabe. Die Gabe jedenfalls überschreitet gerade durch ihren überfließenden Charakter in radikaler Weise das auf strikte Äquivalenz ausgerichtete Tauschgesetz.

6. Modus der Anerkennung

Die Gabe ist nicht eine Sache, ein Gegenstand, eine Leistung, sondern sie ist schlichtweg eine „soziale Praxis der Anerkennung“.[13] Durch die Gabe erfährt der Mensch, dem gegeben wird, sein Wertsein und damit die Anerkennung seiner Unverwechselbarkeit als Person, als andere Person. – Sehen wir die Gabe also als einen Vorgang wechselseitiger Anerkennung und als Versuch der Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen, so erahnen wir, wie wichtig der Gedanke der Gabe gerade im Umgang mit kranken Menschen als besonders angewiesene Menschen ist. Unter Betonung gerade dieses Aspektes hat Alain Caillé folgende sehr treffende Definition der Gabe vorgelegt, die im Grunde die Quintessenz des Gebens wie folgt zusammenfasst: „Gabe ist Hilfe ohne Erwartung einer bestimmten Erwiderung und mit der Absicht, die soziale Beziehung zu nähren.“[14]
Gerade mit dem Aspekt der Anerkennung und der Beziehungsstiftung wird etwas Grundlegendes deutlich: Die Gabe kommt uns heute fremd vor, weil sie unsere internalisierte Gewohnheit, in ökonomischen Kategorien zu denken, radikal durchkreuzt. Die Ökonomie, sie möchte uns beibringen, das ganze Leben unter dem Aspekt der Interessensverfolgung zu betrachten; sie möchte uns beibringen, das gesamte Planen des Lebens unter rein strategischen Gesichtspunkten zu subsumieren. Alles, was wir tun, muss – unter ökonomischen Gesichtspunkten – der Erreichung eines festgelegten Zweckes dienen, und nur wenn es der Zweckerfüllung dient, ist es ein gutes, ein wertvolles Handeln. Die Gabe, die echte und damit interesselose, spontane, unverfügbare Gabe stellt diese Logik komplett auf den Kopf. Die spontane Gabe, zum Beispiel die Gabe der Zuwendung, sie verfolgt keine Interessen, sondern sie stellt sich schlichtweg ein, sie taucht als Insel des Gebens auf dem Meer der Interessensverfolgung auf; sie verfolgt nicht eine Absicht, sondern sie ist Ausdruck eines Bedürfnisses, Ausdruck einer Grundmotivation, Ausdruck einer Lebensphilosophie. Sie ist schlichtweg eine moralische Haltung und keine strategische Berechnung. Und sie ist zugleich ein Kennzeichen, nämlich ein Kennzeichen der Wertschätzung für den Anderen.

Durch die Gabe erfährt der Mensch sein Wertsein. Sehen wir die Gabe also als einen Vorgang wechselseitiger Anerkennung und als Versuch der Aufrechterhaltung sozialer Beziehungen.

So lässt sich grundlegend sagen, dass die Gabe eben nicht darin aufgeht, was gegeben wird, sondern in der Art und Weise, wie es gegeben wird. So ist beispielsweise die Höflichkeit eine Form der Gabe, eine Form, die nicht eingeklagt werden kann, die aber essentiell dafür ist, dass die Interaktion gelingt. Ähnlich ist es mit dem Anstand oder dem Stilvollen; all das lässt sich nicht restlos formalisieren und daher nicht einklagen. Es lässt sich lediglich als Modus des Gebens beschreiben, als ein Modus, der das gesamte Geben bestimmen kann. Gerade am Beispiel der Gabe der Höflichkeit kann man erkennen, dass wir auch in einer durch und durch ökonomisierten Zeit in den alltäglichen Interaktionen doch noch Gabeformen kultivieren. Das liegt einfach daran, dass diese Gabeformen einen impliziten Ausdruck der Anerkennung darstellen. Und es liegt eben daran, dass die heutigen Instrumente der Erklärung menschlicher Interaktionen nach Marktmodellen eben blind sind für die Gabeinhalte, die von den Instrumenten des Messens nicht eingefangen werden können. Solange versucht wird, die Güte auch und gerade der sozialen Handlungen nach Kosten und Nutzen zu bewerten, bleibt die Gabe hinter den gemessenen Aktionen unsichtbar; es bleibt unsichtbar, wie sehr sich ein Mensch dem Anderen als Mensch zugewandt hat, indem er mit Takt und Gefühl mit ihm sprach und nicht nur sachliche Informationen übermittelte. Man klärt den Patienten auf und tut damit das Pflichtgemäße, nach den Buchstaben des Gesetzes. Aber ein guter Arzt wird mehr tun als den Patienten aufklären, er wird ihn im Modus der Zugewandtheit aufklären, er wird beim Aufklären behutsam vorgehen, sich auf den Patienten einlassen und genau erspüren, wo welches Wort angebracht ist. Es genügt eben nicht, das Notwendige zu tun, sondern das Notwendige muss eben auch mit Takt, mit Feingefühl, mit Umsicht, mit Sensibilität getan werden. Man denkt, unsere Welt sei gabelos geworden, aber de facto ist sie nur unfähig geworden, ein Sensorium für die Gabe zu entwickeln. Die Gabe ist der Modus, in dem wir mit dem Anderen umgehen, und wenn über diesen Modus der Andere sich als Mensch, als Individuum anerkannt fühlt, dann hat man gegeben, ohne dass es eine Abrechnungsziffer dafür gäbe.

3. Schlussfolgerungen

Eine Medizin kann ohne garantierte Ansprüche nicht realisiert werden, denn ein Patient hat einen Anspruch auf entsprechende Sorgfalt, auf bestimmte Standards, auf die Gewähr-

leistung einer rechtlich garantierten Form von Medizin. Daher kann es im Gabediskurs ja nicht darum gehen, diesen Aspekt des Unabdingbaren kleinzureden oder ihn gar zu relativieren. Schon wenn wir von der Medizin als eines Dienstes am Menschen sprechen, implizieren wir bereits eine Medizin, in die ein Bestandteil der Gabe hineingewoben ist. Der Begriff des Dienstes impliziert nämlich, dass das, was getan wird, letzten Endes nicht wirklich gemessen und quantifiziert werden kann und entsprechend kann der Dienst am Ende nur mittels eines Honorars gewertschätzt werden, nicht jedoch in Heller und Pfennig rückgezahlt werden. Medizin als Dienst zu begreifen setzt eine Ergebenheit, ein sich in diese Tätigkeit sein Hineingeben voraus. Dienst also hat unweigerlich etwas mit Gabe zu tun. Wenn aber der Dienst am Menschen nun zur Dienstleistung umgemünzt werden soll, dann ist mit diesem terminologischen Umschwung nicht weniger gemeint als die Herauslösung des Gabemomentes aus der Interaktion zwischen Arzt und Patient. Die Dienstleistung ist kein Dienst am Menschen mehr, sondern rückt in die Nähe eines Kundendienstes. So ist es geradezu erschreckend, wie selbstverständlich Krankenkassenvertreter nicht mehr von Patienten sprechen, sondern nur noch von Kunden – und was genauso schlimm ist, sie kennen terminologisch auch keine Ärzte mehr; ganz konsequent reden sie ausschließlich von Leistungserbringern, nie, auch in Ausnahmen nicht mehr von Ärzten. Diese neue Sprachregelung verrät mehr als tausend Erklärungen. Sie ist letzten Endes der Ausdruck einer Entkleidung der Arzt-Patient-Beziehung vom Gabegedanken.

Im Zuge der Ökonomisierung der Medizin wird den Pflegenden und Ärzten beigebracht, dass es in der Medizin eher um einen Dienst an einer Sache gehen soll als um einen Dienst an einer Person. Dadurch aber gerät vollkommen in Vergessenheit, dass Medizin letzten Endes in der Form eine Gabe ist, als sie einen Dienst an einer staatlichen Hoheitsaufgabe darstellt. Sie ist ja Teil des „öffentlichen Dienstes“ und damit gerade nicht rein privatwirtschaftlich zu organisieren, weil sie einem nicht privaten „allgemeinen“ Dienst am Menschen dient, einem Dienst, den zu schützen ja der Staat verpflichtet ist. Dieser Dienst an einer hoheitlichen Aufgabe wird immer weiter relativiert und vor allem in den Köpfen der Ärzte selbst abgebaut. An die Stelle der Gemeinwohlorientierung tritt der subjektive Kundenwunsch. Es erfolgt nicht weniger als der Ersatz einer hoheitlichen Aufgabe durch die Profanität einer „Kundenzufriedenheit“ oder gar der Profanität des „geschäftlichen Erfolges“ eines Klinikums. Und auch die Kundenzufriedenheit lässt sich in dieser Diktion als reines Mittel zur Sicherung des Geschäftserfolges deuten und nicht als Letztzweck ärztlicher Bemühungen. Was hier in jedem Fall deutlich wird, ist eine radikale Entpersonalisierung des ärztlichen Dienstes, bei dem es eben nicht primär um die Qualität der Beziehung gehen soll als vielmehr um ein messbares Ergebnis.

Im Zuge der Ökonomisierung der Medizin wird den Pflegenden und Ärzten beigebracht, dass es in der Medizin eher um einen Dienst an einer Sache gehen soll als um einen Dienst an einer Person.

Die Profanisierung der pflegerischen und ärztlichen Tätigkeit, die durch die Ökonomisierung eingeläutet wird, geht einher mit einer radikalen Ergebnisorientierung, bei der eben allein das Resultat zählt. Die Mühe, das persönliche Engagement, das Ringen um eine gute Lösung, die Haltung, das Mutmachen, die Zusicherung, den Patienten nie im Stich zu lassen, all das zählt nicht, gilt nicht als Leistung. Die eigentliche und einzige Leistung ist die, die man am Ende messen kann. Das heißt, dass im Zuge der Ökonomisierung nicht weniger verlorengeht als der Blick für die Notwendigkeit einer Haltung, der Haltung des Beistandes. Das zeigt eben auf, dass der persönliche Beistand genau der Aspekt der Gabe ist, der durch die Ökonomisierung, Profanisierung und Juridifizierung der Arzt-Patient-Beziehung zu allererst über Bord geworfen wird. – Das ist der eigentliche Grund, weswegen es für die Medizin wichtig ist, heute wieder von Gabe sprechen zu lernen.

All das führt uns vor Augen, dass der Auftrag einer humanen Medizin nicht so verstanden werden kann, als ginge es hier allein um die sachgerechte Erfüllung eines Auftrages oder um die Abgeltung einer Verpflichtung. Die Sachgerechtigkeit und die Pflichterfüllung sind unabdingbare Voraussetzungen für eine gute Medizin, aber sie allein machen die Medizin eben nicht zu einer humanen Praxis, zu einer Praxis der Mitmenschlichkeit.

Anmerkungen

[1] Maio, G. (2018)
[2] Gouldner, A. (1984), 121f.
[3] Simmel, G. (2005), 104.
[4] Maio, G. (2015)
[5] Vgl. Hénaff, M. (2009).
[6] Seneca 2010, I, IV, 2.
[7] Ebd., I, VI, i.
[8] Ebd., I, I, 12.
[9] Ebd., I, V, 2.
[10] Vgl. Hénaff, M. (2009), 399ff.
[11] Vgl. Derrida, J. (1993).
[12] Vgl. ebd., 21ff.
[13] Berthoud, G. (2005), 43.
[14] Caillé, A. (2005), 181.

Literatur

Berthoud, Gérald (2006): Das Universum der Gabe. Anerkennung des Anderen, Wertschätzung seiner selbst und Dankbarkeit. In: Rosenberger, Michael / Reisinger, Ferdinand / Kreutzer, Ansgar (Hrsg.): Geschenkt – umsonst gegeben? Gabe und Tausch in Ethik, Gesellschaft und Religion. Frankfurt a. M.: Peter Lang, 25–52.

Caillé, Alain (2005): Die doppelte Unbegreiflichkeit der reinen Gabe. In: Adloff, Frank / Mau, Steffen (Hrsg.): Vom Geben und Nehmen. Zur Soziologie der Reziprozität. Frankfurt a. M.: Campus, 174–182.

Derrida, Jacques (1993): Falschgeld. Zeit geben I. München: Fink.

Gouldner, Alvin (1984): Reziprozität und Autonomie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Hénaff, Marcel (2009): Der Preis der Wahrheit. Gabe, Geld und Philosophie. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Liebsch, Burkhard (2011): Das Gegebene in seiner Zweideutigkeit. Begründung, Beschreibung und Bezeugung an den Grenzen der Erfahrung. In: Gottlöber, Susan / Kaufmann, René (Hrsg.): Gabe, Schuld, Vergebung: Festschrift für Hanna-Barbara Gerl-Falkovitz. Dresden: w.e.b. Universitätsverlag, 97–117.

Maio, Giovanni (2015): Den kranken Menschen verstehen. Für eine Medizin der Zuwendung. Freiburg: Herder

Maio, Giovanni (2018): Werte für die Medizin. Warum die Heilberufe ihre eigene Identität verteidigen müssen. München: Kösel.

Seneca, Lucius Annaeus (2010): De beneficiis. In: Ders.: Philosophische Schriften, herausgegeben von Manfred Rosenbach. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Simmel, Georg (2005): Exkurs über Treue und Dankbarkeit. In: Adloff, Frank / Mau, Steffen (Hrsg.): Vom Geben und Nehmen. Zur Soziologie der Reziprozität. Frankfurt a. M.: Campus, 95–108.

Forderungen zur Weiterentwicklung der gesetzlichen Rahmenbedingungen des psychiatrischen Maßregelvollzugs und des Maßregelrechts

Stellungnahme der Verbände des Kontaktgesprächs Psychiatrie

Von Stefan Corda-Zitzen, Heinz Kammeier, Klaus Obert und Matthias Rosemann

Die Verbände des Kontaktgespräch Psychiatrie haben auf drei Tagungen (2015 in Berlin, 2016 in Kassel, 2017 in Bad Boll) über den Zustand und über Entwicklungsbedarfe des psychiatrischen Maßregelvollzugs diskutiert. Insbesondere in der Tagung 2017 wurden neben rechtlichen Fragen auch Erfahrungen der Praxis aus vielen Bundesländern zusammengetragen. Dabei wurde auch deutlich, dass es unterschiedliche Positionen zum Maßregelvollzug bei den Psychiatrie-Erfahrenen und den Angehörigenvertretungen gibt, in denen notwendige Änderungen, aber auch die Abschaffung gefordert werden. Die Verbände wollen mit den nachfolgenden Forderungen und Vorschlägen dennoch den fachöffentlichen und politischen Diskussionsprozess eröffnen und zu einer nachhaltigen Veränderung des Maßregelvollzugs und des Maßregelrechts beitragen.

Es handelt sich zum einen um ausgewählte Aspekte, die infolge der letzten Reform des Maßregelrechts im Jahr 2016 deutlich geworden sind und nun im konkreten Vollzug in den Bundesländern einer Bearbeitung bedürfen. Zum anderen werden konkrete Rechtsänderungen thematisiert, die in einem längerfristigen Prozess auf den Weg gebracht werden sollten. Diese Forderungen und Vorschläge richten sich an die politisch Verantwortlichen im Bund und in den Ländern.
Zugleich sind sie auch eine Erwiderung auf den Bericht der AG Psychiatrie der AOLG „Weiterentwicklung der psychiatrischen Versorgungstrukturen in Deutschland – Bestandsaufnahme und Perspektiven mit den Schwerpunktthemen, Inklusion – Auftrag und Umsetzung, Trialog und Selbsthilfe' und ‚Zusammenhang Maßregelvollzug und Allgemeinpsychiatrie'" (Beschlüsse der 90. GMK 2017). Die Verbände teilen die Auffassung der AG Psychiatrie der AOLG, dass die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinpsychiatrie und Maßregelvollzug verbessert werden muss. Die im psychiatrischen Maßregelvollzug untergebrachten Personen dürfen nicht aus dem gemeindepsychiatrischen Hilfesystem ausgegrenzt werden, sondern sie gehören unabdingbar dazu. Daher müssen das gemeindepsychiatrische Hilfesystem ausgebaut und zwischen dem Maßregelvollzug und dem gemeindepsychiatrischen Hilfesystem verbindliche Bezüge der Kooperation hergestellt und entwickelt werden. Perspektivisch können die Verbände sich vorstellen, dass auch der Maßregelvollzug selbst direkter Bestandteil der Gemeindepsychiatrie wird.

Zur Verwendung der Begriffe „Allgemeinpsychiatrie" und „Gemeindepsychiatrie": Die Allgemeinpsychiatrie wird als Teil der Gemeindepsychiatrie verstanden. „Gemeindepsychiatrie" ist eine Bezeichnung für das psychiatrische Hilfesystem mit allen seinen Funktionen: Beratung, Behandlung, Rehabilitation, Teilhabe und Pflege, sowohl ambulant als auch teilstationär und stationär.

A. Verbesserungen des Maßregelvollzugs im bestehenden Rechtssystem:

1. Gewährleistung der medizinisch-therapeutischen Behandlung
Mit Blick auf die Situation nach der jüngsten Novellierung des Maßregelrechts ist die Zusammenarbeit zwischen Maßregelvollzug und gemeindepsychiatrischem Hilfesystem zu verbessern. Durch die neue Rechtslage werden kurzfristig vermehrt Personen aus Gründen der Unverhältnismäßigkeit (§ 67d Abs. 6 StGB) aus der Maßregel entlassen. In nicht wenigen Fällen geschieht dies ohne ausreichende Vorbereitung der betroffenen Personen und ohne Organisation der nachsorgenden Hilfen.
Aktuell stellt sich besonders dringend die Frage der Nach- oder Weiterbehandlung der Personen, deren Maßregel aus Gründen der Unverhältnismäßigkeit für erledigt erklärt wurde.
In diesen Fällen ist weder eine Krisenintervention nach § 67h StGB noch ein Bewährungswiderruf nach § 67g StGB möglich. Insofern ist für die weitere Behandlung immer das allgemeinpsychiatrische Hilfesystem zuständig - nicht jedoch der Maßre-

gelvollzug. Dennoch ist es erforderlich, die Behandlungskontinuität für diese Personen zu gewährleisten. Die Verantwortung dafür liegt bei den Bundesländern. Hierbei erweist sich als dringlichste Forderung die nach verbindlicher Einführung eines systematischen Entlassmanagements durch die Maßregelvollzugsklinik. Es liegt in ihrer Verantwortung und Pflicht, die Überleitung in eine Behandlung im Rahmen der Gemeindepsychiatrie zu organisieren und zu gewährleisten. Zur Gewährleistung der gerade bei diesem Personenkreis notwendigen Behandlungskontinuität bestehen verschiedene Möglichkeiten.

Eine Möglichkeit ist, Konsiliarbehandlungsvereinbarungen zwischen den Maßregelvollzugskliniken bzw. forensischen Ambulanzen mit dem Regelversorgungssystem, bzw. den Allgemeinpsychiatrischen Kliniken oder Fachabteilungen zu schließen. Zumindest muss die Möglichkeit bestehen, dass zwischen den Behandler*innen der Allgemeinpsychiatrie und dem Maßregelvollzug eine verbindlich vereinbarte Konsultation stattfinden kann.

Auch die ausreichenden Kapazitäten forensischer Ambulanzen müssen ein Bestandteil dieses Lösungsweges sein. Denkbar sind z.B. freiwillige Aufnahmen in Maßregelvollzugskliniken (z.B. § 16a MVollzG-Nds; § 1 Abs. 3 MRVG-NRW).

Es ist dringend erforderlich, diese Schnittstellenprobleme aktiv anzugehen und für Lösungen Sorge zu tragen, denn der kurzfristig aus dem Maßregelvollzug entlassene Personenkreis nimmt zu.

2. Beteiligung an der regionalen Versorgungsverantwortung

Zur grundsätzlichen Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Gemeindepsychiatrie und Maßregelvollzug ist die Sicherstellung der Übernahme gemeinsamer Verantwortung notwendig. Der vom psychiatrischen Maßregelvollzug betroffene Personenkreis muss in allen Bereichen des gemeindepsychiatrischen Hilfesystems Zugang finden. Idealerweise bieten sich dafür die Strukturen der Gemeindepsychiatrischen Verbünde oder damit vergleichbare Strukturen an. Auch in Regionen, in denen diese sich nicht bilden, ist administrativ in die Wege zu leiten, dass für die Anbieter gemeindepsychiatrischer Leistungen die Unterstützung von Menschen aus dem Maßregelvollzug zum selbstverständlichen Anspruch und zur verpflichtenden Aufgabe wird. So sollte sich die Beteiligung an der Versorgungsverpflichtung und die Bereitschaft zur Aufnahme von Personen des Maßregelvollzugs in den Leistungsvereinbarungen zwischen den Trägern der Eingliederungshilfe und den Leistungserbringern wiederfinden. Auch die Leistungsträger müssen diese Verantwortung übernehmen. Insofern muss dies auch Bestandteil der Leistungs- und Vergü-tungsvereinbarung werden. Dies kann auf der Ebene der Rahmenverträge auf Landesebene vereinbart werden.

Es kommt häufig zu Fällen, in denen die Übernahme von Kosten bzw. Aufwendungen der Unterkunft während der Dauer einer einstweiligen Unterbringung nach § 126a StPO StGB verweigert bzw. widerrufen wird.

Dazu gehört dann auch die Berücksichtigung dieses Personenkreises in den Instrumenten der Bedarfsermittlung bei der Orientierung an der ICF. Auch in den Psychisch-Kranken-Gesetzen der Länder sind diese Verpflichtungen zu normieren (z.B. PsychKG Berlin), um eine gesetzliche Grundlage für die notwendigen Vereinbarungen zu geben. Insbesondere bei der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes in den kommenden Jahren sollten diese Aspekte Berücksichtigung finden.

3. Maßnahmen gegen den Verlust der Unterkunft

Es kommt häufig zu Fällen, in denen die Übernahme von Kosten bzw. Aufwendungen der Unterkunft während der Dauer einer einstweiligen Unterbringung nach § 126a StPO, also vor Rechtskraft einer Unterbringungsanordnung, oder während einer Krisenintervention nach § 67h StGB verweigert bzw. widerrufen wird. Damit geht die Wohnung bzw. die Unterkunft des Betroffenen verloren. Wird dann doch keine Unterbringung im Maßregelvollzug angeordnet oder wird der Vollzug zugleich mit der Anordnung ausgesetzt, finden sich die Betroffenen ohne Unterkunft und fachliche Leistungen wieder. Aus einigen Bundesländern wird berichtet, dass Sozialleistungsträger (z.B. Jobcenter) in solchen Fällen die Übernahme von Kosten der Unterkunft beenden und dadurch den Betroffenen Mietschulden entstehen. Die Vermieter kündigen die Wohnungen mit allen Folgen, die das für die Betroffenen hat (z.B. Schufa-Eintrag etc.). Außerdem zeigen sich die Gerichte wenig bereit Unterbringungen aufzuheben, wenn der soziale Empfangsraum durch den Sozialleistungsträger beendet wurde, was letztlich zu unnötigem und damit rechtswidrigem weiteren Freiheitsentzug führt.

In den Bundesländern ist darauf hinzuwirken, dass diese Rechtsfolgen einer Unterbringung nach § 126a StPO bzw. § 67h StGB nicht eintreten. Dazu sind verschiedene Wege möglich, z.B.

- in den Regelungen zu den Kosten der Unterkunft festzuhalten, dass auch während einer vorübergehenden Aufnahme in einer psychiatrischen Maßregelvollzugsklinik die Kosten weiter übernommen werden,
- in den Freihalteregelungen für Leistungen der Eingliederungshilfe die vorübergehende Aufnahme im psy-chiatrischen Maßregelvollzug zu regeln,
- oder die Übernahme der Kosten der Unterkunft über die Finanzierung des Maßregelvollzugs zu gestalten.

Rechtssystematisch erscheint es sinnvoll, die Aufrechterhaltung des Lebensraums bei einer zeitlich befristeten Unterbringung als Teil der Maßregel zu betrachten und die Kosten dort zuzuordnen.

B. Kurzfristig notwendige gesetzliche Änderungen:

Änderungen der Strafprozessordnung und des Strafgesetzbuches

Im Zusammenhang mit Anordnung und Vollstreckung bzw. Vollzug der psychiatrischen Maßregel ist hinsichtlich der gerichtlichen Zuständigkeit zwischen dem Anordnungsverfahren und Entscheidungen über die Fortdauer der Maßregel zu unterscheiden. Bei den Anordnungsverfahren geht es entweder um die Anordnung einer einstweiligen Unterbringung nach § 126a StPO oder im Hauptsacheverfahren um die Anordnung der psychiatrischen Maßregel nach § 63 StGB.

1. Begutachtung im Anordnungsverfahren

Solange § 20 StGB in seiner aktuellen Fassung weiterbesteht, muss bei den Anordnungsgutachten differenziert wer-

den in den Teil, der die krankheitsbedingte Schuldfähigkeit und die Gesamtwürdigung des Täters und seiner Tat berücksichtigt, und den anderen Teil, der die staatliche Pflicht zum Schutz der Allgemeinheit durch die Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus betrifft. Im Rahmen der richterlichen Aufklärungspflicht der Strafkammer ist dabei zwingend zu prüfen, ob Alternativen zur Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus zur Verfügung stehen, wenn ein vermindertes Sicherungsbedürfnis keine geschlossene Unterbringung erfordert. Diesbezüglicher Sachverstand ist bei den Gutachtern zur Frage der Schuldfähigkeit und der Person des Täters und seiner Tat in der Regel nicht oder nur in geringem Maß vorhanden. Er ist deshalb ggf. zusätzlich von Sachverständigen einzuholen, die das psychiatrische Hilfesystem der Region gut kennen. In der Regel ist diese Sachkenntnis bei Psychiatriekoordinatoren und Sozialpsychiatrischen Diensten zu finden. Dabei ist zu prüfen, ob dies über die Gerichtshilfe organisiert werden kann. Diese Aufklärungspflicht des Gerichts ist in § 246a StPO zu verankern.

2. Erweiterung des Anwendungsbereichs von § 67b StGB (Aussetzung zur Bewährung bei der Anordnung der Maßregel)
Auf der Basis der erweiterten Aufklärungspflicht des Gerichts können auch Entscheidungen nach § 67b StGB (Aussetzung der Maßregel zur Bewährung bei gleichzeitiger Anordnung der Maßregel) sachkundig getroffen werden. Diese Möglichkeit ist auch in Verfahren nach § 126a StPO zu prüfen (§§ 116 Abs. 3; 126a Abs. 2 StPO). Zusätzlich sollte § 67b StGB künftig so erweitert werden, dass auch geprüft werden kann, ob Personen, bei denen nach §§ 21, 63 StGB wegen verminderter Schuldfähigkeit außer einer Freiheitsstrafe auch eine psychiatrische Maßregel angeordnet worden ist, diese Personen ebenfalls unmittelbar in das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem übernommen werden können. Dies ist nach der heutigen Rechtslage, wegen der nicht unmittelbar möglichen Aussetzung der Freiheitsstrafe, nicht realisierbar.

3. Überprüfung bei der Fortdauer der Unterbringung
Durch die Rechtsprechung des BVerfG und anderer Gerichte (OLG) werden bereits heute höhere Anforderungen an die Gutachten bei der Überprüfung der Fortdauer der Unterbringung nach § 67e StGB gestellt. So wird den Strafvollstreckungskammern im Rahmen ihrer Amtsaufklärungspflicht aufgegeben zu prüfen, ob andere Möglichkeiten als die der stationären Krankenhausbehandlung alternativ zur Verfügung stehen. Um dieser Prüfpflicht im verfassungsrechtlich geforderten Maße nachkommen zu können, müssen daher künftig vermehrt andere Berufsgruppen als die der Ärzt*innen und Psycholog*innen zur Begutachtung zur Verfügung stehen. Entsprechende sachverständige Stellungnahmen müssen auch durch Expert*innen des gemeindepsychiatrischen Hilfesystems einbezogen oder erbracht werden können. Um aus dieser neuen Rechtsprechung eine verbindliche Regel zu machen, ist eine Ergänzung des § 463 StPO erforderlich, der den Amtsermittlungsgrundsatz der Gerichte stärkt und den Strafvollstreckungskammern verpflichtend aufgibt, systematisch zu erkunden, welche anderen Maßnahmen und Leistungen zur Verfügung stehen, die eine Alternative zur Krankenhausunterbringung darstellen. Dabei sind auch Erfahrungen aus Langzeit-Beurlaubungen und Lockerungen direkt mit einzubeziehen, d.h. die Vertreter der Einrichtungen, in den Beurlaubungen, Erprobungen und Lockerungen durchgeführt wurden, sind im Rahmen der Ermittlung anzuhören.

Diese heute schon durchführbare Gestaltung des Vollzugs im Rahmen von längeren Lockerungen oder Dauerbeurlaubungen nach Landes-Maßregelvollzugs-Recht sollte künftig von Beginn an möglich sein.

C. Mittelfristig anzustrebende Änderungen im Strafgesetzbuch:

1. Keine Unterbringung nach § 63 StGB ausschließlich in einem psychiatrischen Krankenhaus

Forderung:
§ 63 StGB ist dahingehend zu ändern, dass für den Vollzug der psychiatrischen Maßregel nicht mehr ausschließlich das psychiatrische Krankenhaus zuständig ist, sondern auch andere Einrichtungen und Dienste der psychosozialen Behandlung und Versorgung mit ihrer Durchführung beauftragt werden können.
Bei einer Loslösung der psychiatrischen Maßregel von der alleinigen Krankenhausunterbringung hat der Vollzugsleiter die Möglichkeit, die verschiedenen therapeutischen und rehabilitativen Angebote der Gemeindepsychiatrie zu nutzen und nach Absprache mit der aufnehmenden Einrichtung die Anordnung zu einer anderen Versorgungseinrichtung unter Sicherungsgesichtspunkten vorzunehmen. Damit wird es möglich, die Palette an gemeindepsychiatrischen Versorgungseinrichtungen und Diensten in der Region auszuschöpfen. Der Vollzugsleiter legt darüber hinaus fest, welche Leistungen und welches Maß an Kontrolle in welchem Setting für die Person zu erbringen ist, für die eine psychiatrische Maßregel angeordnet wurde. Bisher wird von diesen Möglichkeiten erst nach einer meist schon längeren Dauer der geschlossenen Unterbringung im Maßregelvollzugskrankenhaus Gebrauch gemacht, da die Maßregel immer mit der Unterbringung in einem psychiatrischen Krankenhaus besteht. Diese heute schon durchführbare Gestaltung des Vollzugs im Rahmen von längeren Lockerungen oder Dauerbeurlaubungen nach Landes-Maßregelvollzugs-Recht sollte künftig von Beginn an möglich sein. Daher ist § 63 StGB so offen zu formulieren, dass nicht allein ein stationäres Behandlungsangebot (Krankenhaus) festgelegt wird. Die Vollzugleitung muss im Rahmen eines individuellen Behandlungsplans die vielfältigen Leistungen des Hilfesystems nutzen dürfen. Die Verantwortung für die Sicherungsbelange verbleibt in jedem Fall bei der Vollzugsleitung.

Begründung:
Der Schutz der Allgemeinheit vor krankheitsbedingt und strafrechtlich relevant gefährlich gehaltenen Personen ausschließlich in einem psychiatrischen Krankenhaus entspricht nicht mehr den heute möglichen Standards einer vielgestaltigen Versorgung. Ein oft langjähriger Wegschluss in forensischen Hochsicherheitseinrichtungen oder auf fest geschlossenen Stationen ist nach verbreiteter fachlicher Auffassung heute nur noch für einen kleineren Teil der zu einer psychiatrischen Maßregel verurteilten Personen erforderlich. Gegebenenfalls sind kürzere

Aufenthalte in einem geschlossenen Bereich zur Einstellung einer medikamentösen Behandlung und/oder zur Krisenintervention sinnvoll und legitimierbar.
Zudem tritt bei einem das Selbstbestimmungsrecht respektierenden Angebot zur Behandlung der Besserungszweck der Maßregel, wie er in geschlossenen klinischen Bereichen erbracht werden kann, hinter den Sicherungszweck zurück. Hierzu haben Entwicklungen in der psychosozialen Versorgung wie im nationalen und internationalen Recht und der Rechtsprechung, insbesondere des Bundesverfassungsgerichts, beigetragen.
Folglich können „Sicherung und Besserung" für die überwiegende Zahl der zu einer psychiatrischen Maßregel verurteilten Personen heute auch von in der allgemeinpsychiatrischen Versorgung weitgehend flächendeckend tätigen Einrichtungen und Diensten, von Tagesstätten und Wohnheimen über Betreutes Wohnen bis hin zu aufsuchenden Betreuungen durch Ambulanzen angeboten, wahrgenommen und gewährleistet werden.
Die konkrete Ausgestaltung dieser Forderung ist zu diskutieren. Hierzu sind verschiedene Wege der rechtlichen Normierung vorstellbar, jeweils mit unterschiedlichen Folgen und Auswirkungen auf andere rechtliche Normen und Bestimmungen. Mit der Forderung soll die Diskussion und die weitere systematische Auslotung dieses Themas eröffnet werden.

2. Keine Anknüpfung der fehlenden Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit an die psychische Erkrankung; Streichung oder Modifizierung von § 20 StGB

Forderung:
Die mit der Großen Strafrechtsreform 1975 modifizierten bzw. neu eingefügten vier „juristischen" Krankheitsmerkmale in § 20 StGB, insbesondere das vierte Merkmal, die „schwere andere seelische Abartigkeit", sind ständig prägenden Einflüssen gesellschaftlichen Wandels ausgesetzt. Sie sind inzwischen in der Auslegung durch die Strafkammern der Landgerichte unvorhersehbar geworden und können offensichtlich auch durch die höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs nicht vereinheitlicht werden. Ihre gegenwärtige Auslegung verletzt daher das verfassungsrechtliche Bestimmtheitsgebot von Art. 103 Absatz 2 des Grundgesetzes (vgl. Schiemann, in: Recht & Psychiatrie 2013, 80 ff.).

Begründung:
Allein die Feststellung des Fehlens von Einsichts- oder Steuerungsfähigkeit reicht bereits hin, auf Nicht-Bestrafbarkeit, also auf Freispruch zu erkennen und den Weg zur Anordnung einer (psychiatrischen) Maßregel zu eröffnen. Art. 19 des StGB-Schweiz bzw. etwas weiter gefasst Art. 88 des StGB-Italien können insoweit Vorbild für eine Gesetzesänderung auch in Deutschland sein.

- 1. § 20 StGB ist in der geltenden Fassung auch verfassungsrechtlich nicht mehr haltbar, da die „Krankheitsmerkmale" keine hinreichende Vorhersagekraft enthalten und damit das Bestimmtheitsgebot verletzt wird.
- 2. Die „juristischen" Krankheitsbegriffe bzw. -merkmale des heutigen § 20 StGB sind nicht mehr zeitgemäß, mit psychiatrischen Klassifikationen kaum kompatibel und in hohem Maße stigmatisierend.
- 3. Entscheidend ist die Frage der Steuerungsfähigkeit, die zu beurteilen ist, auch mit Blick auf die zukünftige Gefährlichkeit des Betroffenen für die Allgemeinheit. Diese kann durch psychosoziale Herausforderungen, Krankheit, Suchtmittelkonsum oder kognitive Beeinträchtigungen hervorgerufen werden. Für die Maßregel ist ausschließlich das Fortbestehen der Gefährlichkeit der entscheidende Anordnungsgrund. Die Ursache dafür ist nicht entscheidend.

Die rechtspolitisch weitergehende Forderung deshalb lautet, den Zusammenhang zwischen psychischer Verfassung und Steuerungsfähigkeit grundsätzlich auf den Prüfstand zu stellen und deshalb auf den § 20 StGB in seiner jetzigen Fassung ganz zu verzichten.

Die rechtspolitisch weitergehende Forderung lautet deshalb, den Zusammenhang zwischen psychischer Verfassung und Steuerungsfähigkeit grundsätzlich auf den Prüfstand zu stellen und *deshalb auf den § 20 StGB in seiner jetzigen Fassung ganz zu verzichten.* Es bedürfte dann einer neuen gesetzlichen Bestimmung zur Frage der Steuerungsfähigkeit und deren Folgen hinsichtlich der Anordnung von Strafe und/oder Maßregel.
Wenn dies gesellschaftlich und rechtspolitisch nicht durchsetzbar ist, besteht zumindest die Forderung darin, den Wortlaut des § 20 StGB mit zeitgemäßen Begriffen neu zu fassen.

Auch diese Forderungen sollen dazu dienen, den fachöffentlichen und politischen Diskussionsprozess zu dieser sehr grundsätzlichen Frage zu eröffnen und nach geeigneten Wegen für Neufassungen zu suchen. Dabei ist hilfreich, die Regelungen in den europäischen Nachbarländern zu betrachten.

Den Verbänden des *Kontaktgespräch Psychiatrie* ist bewusst, dass mit diesen Forderungen nach Änderungen der §§ 20 und 63 StGB ein großes Thema eröffnet wird. Sie wollen mit Nachdruck die Diskussion eröffnen, denn eine Reform ist längst überfällig!

Eine Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Arbeitsgruppen des Forensik-Symposiums „Vom gesellschaftlichen Umgang mit Gefährlichkeit – Ist die psychiatrische Maßregel noch zeitgemäß?" vom Oktober 2017 in der Evang. Akademie Bad Boll ist in Heft 2/2018, Seite 126 f., der Fachzeitschrift „Recht & Psychiatrie" abgedruckt.

Kontaktgespräch Psychiatrie

Die zeichnenden Mitglieder des Kontaktgesprächs Psychiatrie sind (Stand November 2018): Aktion Psychisch Kranke, AWO Bundesverband, Bundesarbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbünde, Bundesverband Evangelische Behindertenhilfe, Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen, Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste, Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie, Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Deutsches Rotes Kreuz, Diakonie Deutschland

Inklusion in der Gemeindepsychiatrie

Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung im Wohnquartier unterstützen

Von Katharina Ratzke und Svenja Bunt

Der Artikel beschreibt die Vorgehensweise sowie Erfahrungen und Ergebnisse eines vierjährigen Modellprojektes unter Federführung der Diakonie Deutschland, das von der Aktion Mensch gefördert wurde und 2019 beendet wird. „Wohnquartier und Zivilgesellschaft – Miteinander gestalten" war der Titel des Projektes, das bundesweit fünf Standorte umfasste und in Kooperation mit dem BeB, einigen diakonischen Landesverbänden, der Fachhochschule der Diakonie sowie der Bundesakademie für Kirche und Diakonie (bakd) durchgeführt wurde. Wege zu entwickeln, wie die Zivilgesellschaft und Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung durch mehr direkte Begegnungen Vorurteile und Ängste abbauen können und ein neues Miteinander entstehen kann, war zentrales Anliegen. Es ging darum, in konkreten Situation Barrieren, mit denen Menschen mit seelischer Behinderung in ihrem Alltag konfrontiert werden, zu benennen und sie möglichst abzubauen. Auch sollten Mitarbeitende der beteiligten Träger sich stärker dem Sozialraum zuwenden, Partizipation von Betroffenen fördern und eigene Haltungen sowie Routinen überdenken.[1]

Katharina Ratzke
Referentin für Sozialpsychiatrie und Suchthilfe bei der Diakonie Deutschland; fachliche Leiterin des Modellprojektes; Redaktionsmitglied der Kerbe

Svenja Bunt
Promovierte Philosophin, Klinische Sozialarbeiterin und engagierte Betroffene. Sie war Mitglied des Fachbeirats und Honorarkraft im hier vorgestellten Modellprojekt.

Ausgangsüberlegungen

Die UN-BRK hat das Thema der Inklusion stärker in den öffentlichen Fokus gerückt und deutlich gemacht, dass Staat und Gesellschaft aufgefordert sind, die allgemeinen Menschenrechte, die selbstverständlich auch für Menschen mit Behinderung gelten, für diese zu gewährleisten und umzusetzen. Die Situation psychisch erkrankter Menschen und die Barrieren, auf die sie stoßen, werden in diesen Diskussionen kaum zum Thema gemacht. Die UN-BRK verlangt aber, dass sich auch die Gesellschaft und Gemeinschaft ändern und für Menschen mit Behinderung oder andere Menschen, die ausgegrenzt werden, öffnen, damit Inklusion, das Einbezogensein, gelingen kann.
Es ging in dem Modellprojekt um folgende Fragen: Wie kann in unserer Gesellschaft und in unserem Zusammenleben Zugehörigkeit für ausgegrenzte, psychisch erkrankte Menschen entstehen und wie kann eine Ethik des Respektes und der (Für-)Sorge gestaltet werden? Mit Doortje Kal (2006) gesprochen, heißt dies, Räume oder „Nischen" zu schaffen, in denen ausgegrenzte, psychiatrie-erfahrene Menschen sich frei und sicher fühlen, um so zu sein, wie sie sind. Dann können sie sich mit ihren Begabungen und Potentialen zeigen, aber auch mit ihrer Verletzlichkeit. Es sollten Gelegenheiten geschaffen werden, in denen psychiatrie-erfahrene Menschen mit ihren Themen und Sichtweisen bedeutsam werden für ihre Mitmenschen, in der Nachbarschaft oder der Gemeinde. Mit dem Blick auf die besonderen Fähigkeiten und Ressourcen sollten Menschen mit schwerwiegenden psychischen Erkrankungen gestärkt und ermutigt werden, mehr als bisher ihre eigenen Belange wirkungsvoll zu vertreten, z.B. auch in dem Wohnheim, in dem sie leben, und mehr Kontakte mit der Nachbarschaft zu knüpfen.
Wir haben uns in dem Modellprojekt damit auseinandergesetzt, wie Mitarbeitende der Gemeindepsychiatrie in ihrem Handeln dazu beitragen können, Inklusion zu fördern. Auch wenn es nach Dörner die Bürgerinnen und Bürger sind, die psychiatrie-erfahrene Mitbürgerinnen und Mitbürger integrieren oder einbeziehen, zeigt die Erfahrung, dass dies nicht nebenbei oder einfach so passiert. Vielmehr sind Impulse von außen notwendig, um Begegnungen zu ermöglichen, die Vorurteile und den Wunsch unter sich zu bleiben, abbauen.

Planungen auf Bundesebene

Ein trialogisch besetzter Fachbeirat, der das Projekt über die gesamte Dauer begleitete, erstellte nach umfassender Literaturrecherche ein Handlungskonzept. Die zusammengetragenen Bausteine für eine inklusive Praxis beinhalten bewährte Ansätze. Die UN-Behindertenrechtskonvention und das von Doortje Kal beschriebene niederländische Konzept des Kwartiermaken bieten eine übergeordnete Orientierung. Trialog, Empowerment und Recovery

[1] Ein Bericht von Bettina Jahnke über die Auftaktveranstaltung im November 2015 wurde in der Kerbe 2/2016 veröffentlicht.

sind bekannte sozialpsychiatrische Konzepte und sollten konkret im Alltagshandeln und den Alltagsroutinen umgesetzt werden. Sozialraumorientierung und Lebensweltorientierung stellen Arbeitsprinzipien dar, die einerseits eine Öffnung hin zur Gesellschaft unterstützen und gleichzeitig den Willen und die Interessen der Betroffenen und deren Alltag in den Mittelpunkt rücken. Der offene Dialog, die aktivierende Befragung sowie Keywork bieten konkrete Anregungen, um mit der Umgebung gut in Kontakt zu kommen oder diese – wie beim open dialogue – mit in die Lösung von Krisen einzubeziehen. Ansätze, wie Supported Living, Community Care und Enabling Community oder Community Organizing sind in der sozialpsychiatrischen Szene möglicherweise eher weniger bekannt und sollten weitere Anregungen geben, wie beispielsweise beim Community Organizing solidarisches Handeln für gemeinsame Anliegen in einem Quartier organisiert werden kann.
Bei verschiedenen internen Fachtagungen, Workshops und moderierten, gemeinsamen Treffen der Teilnehmenden der verschiedenen Standorte wurde das Handlungskonzept als theoretischer Rahmen vorgestellt und diskutiert. Im Verlauf des Projektes wurde das Konzept ausgehend von den Erfahrungen an den Standorten weiter überarbeitet und modifiziert.

Die Modellstandorte

Die beteiligten fünf Träger sind in Bremen der Verein für Innere Mission, Verbundsystem für Menschen mit psychischer Erkrankung; in Düsseldorf die Graf-Recke-Stiftung, Sozialpsychiatrischer Verbund; der Bodelschwingh-Hof in Mechterstädt, Geschäftsbereich Sozialpsychiatrie; in Stuttgart das Gemeindepsychiatrische Zentrum Stuttgart-Möhringen sowie die Diakonie Lahn Dill in Wetzlar mit dem Teilhabezentrum in Solms-Niederbiel.
An allen Standorten wurden Projektbeirate als regionale Arbeitsplattformen etabliert, die die jeweiligen Aktivitäten vor Ort begleiteten. Beteiligt waren Menschen mit psychischer Erkrankung, teilweise Angehörige, immer Mitarbeitende und Leitungskräfte der teilnehmenden Einrichtungen, Genesungsbegleiter sowie einzelne weitere Akteure aus Vereinen, Kirchengemeinden, Selbsthilfegruppen und Schulen oder Lokalpolitiker und Vertreter der Leistungsträger. Einige Beiräte setzen auch nach Abschluss der Projektphase ihre Zusammenarbeit fort.
Es ging bei sämtlichen Aktivitäten nicht darum, etwas für die Betroffenen zu veranstalten, sondern mit ihnen zusammen von ihnen ausgehende Impulse aufzugreifen und Möglichkeiten der Beteiligung, des Empowerments und der Begegnung im Sozialraum zu schaffen.

Konkrete Umsetzungsschritte vor Ort

So kam es an den Standorten zu einer Vielzahl unterschiedlicher inklusiver Aktivitäten in der näheren und weiteren Nachbarschaft: Stadtteil- und Sommerfeste, Stadtteilfrühstücke, Malkurse, Lesungen, Theaterbesuche, Wanderungen, Wohlfühlspaziergänge gegen den „Herbstblues“ u.v.m. Vereinzelt kam es zur Kontaktaufnahme mit der Lokalpolitik. Aus manchen dieser Veranstaltungen sind inzwischen Veranstaltungsreihen geworden, die regelmäßig stattfinden. Für die inklusiven Gruppen konnten Partner im Sozialraum gefunden werden. Nach und nach wurde so ein Netz inklusiver Beziehungen und Strukturen geknüpft.
Die Beteiligung von EX-INlerinnen und EX-INlern, Antistigma-Arbeit und Öffentlichkeitsarbeit waren ebenfalls zentrale Anliegen des Modellprojektes. An allen Standorten wurden im Rahmen des Projektes Peerberater beschäftigt, die nicht nur als Symbolträger für die Möglichkeit einer guten Krankheits- oder Krisenbewältigung von besonderer Bedeutung für die Arbeit vor Ort waren. Das Besondere z.B. in Niederbiel war, dass das Projekt eines Teilhabezentrums auf eine Idee des ersten EX-IN-Kurses in Wetzlar zurückgeht und in Kooperation mit der Diakonie Lahn Dill umgesetzt wurde.
Antistigma-Arbeit wurde ebenfalls großgeschrieben. In Hörsel/ Mechterstädt wurde beispielsweise in einer Schule ein dreitägiges Projekt zur Seelischen Gesundheit zu den Themen Sucht, Mobbing, Suizid und Angst durchgeführt. Die Schulungsmaterialien wurden zusammen mit den Bewohnerinnen und Bewohnern der Wohngruppe erstellt. An anderen Standorten fanden öffentliche Veranstaltungen mit Vorträgen und anschließender Diskussion zu Themen wie „Medikamente absetzen“ und „Recovery“ statt. Lesungen von Texten psychiatrie-erfahrenere Menschen oder eine Reihe zum Thema „Kiek ma – ein Stigma“ waren weitere öffentlichkeitswirksame Aktivitäten.
Die Bereiche Wohnen und Arbeit standen bei zwei Standorten auf der Agenda. Bewohnerinnen und Bewohner einer Wohngruppe wurden in Mechterstädt befragt, was aus ihrer Sicht wesentliche Unterstützungsaspekte und hilfreiche Rahmenbedingungen für ein zukünftiges Leben in einer eigenen Wohnung sind und ein Ambulantisierungsstammtisch wurde ins Leben gerufen. In Bremen wurden, um sich über die Realisierung zukünftiger Wohnideen auszutauschen, aus einer Wohnungsfinde-Gruppe heraus Reisen organisiert, um das Leben und Wohnen in verschiedenen Formen kennen zu lernen. In Bremen gelang es dann durch Kontakte mit örtlichen Wohnungsbaugesellschaften rund ein Dutzend Wohnungen auf dem freien Markt an Wohnheimbewohner zu vermitteln. Eigens angebotene Duo-Days ermöglichten in Bremen Ein-Tages-Praktika in Betrieben, um so psychiatrie-erfahrenen Menschen Erfahrungen in der Arbeitswelt zu eröffnen und potentielle Arbeitgeber in Kontakt mit diesen zu bringen.
Lern- und Bildungserfahrungen spielten ebenfalls eine große und im Verlauf des Projektes zunehmend größere Rolle. Es fanden gemeinsame Reisen von Klientinnen und Klienten, EX-INlerinnen und Mitarbeitenden zu einem anderen Modellstandort statt und es wurden gemeinsame zweitägige Weiterbildungen zum Thema Empowerment, trialogische Schulungen zu einzelnen Aspekten des Handlungskonzeptes oder trialogische Lernreisen durchgeführt, um alternative Konzepte und Einrichtungen kennen zu lernen.

Fazit

Im Verlauf des Projektes zeigte sich deutlich, dass auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Träger, die sich seit Jahren etwa mit Sozialraumorientierung oder Trialog und Empowerment befassen, viele weitere und für sie neue Schritte unternahmen und nach und nach eine veränderte Haltung und verändertes Handeln entwickelten.
Aus der Sicht der Autorinnen waren der Einbezug der Psychiatrie-Erfahrenen von Anfang an und auf allen Ebenen sowie die freie Zeit und der offene Raum für alle Beteiligten, etwas Neues auszuprobieren, das sich auch

erst im gemeinsamen Tun und Miteinander zeigen und entwickeln konnte, besonders wirkmächtige Faktoren.
Die konsequente Fokussierung auf die Nachbarschaft und den Stadtteil bzw. die Dorfgemeinschaft und vielfältige Bemühungen, sich mehr als bisher dem Sozialraum zu öffnen und für alle Beteiligten gute Begegnungen zu ermöglichen, verdeutlichen das große Potential sozialraumorientierten Vorgehens.
Nicht nur aufgrund der Vorgaben des BTHG zur Sozialraumorientierung werden in Zukunft mehr am Sozialraum orientierte und dessen Ressourcen nutzende Fachkräfte mit einem Verständnis der für die Sozial- und Gemeindepsychiatrie relevanten Aspekte von Teilhabe benötigt. Vor diesem Hintergrund wurde im Fachbeirat und in Kooperation mit der bakd ein Curriculum für eine Weiterbildung zum Thema „Gemeinsame Gestaltung von Quartieren und Sozialraum - Schwerpunkt Sozialpsychiatrie" erstellt. Diese Weiterbildung wird im Frühjahr 2020 zum ersten Mal durch die bakd angeboten.
Im Fachbeirat wurden darüber hinaus Empfehlungen für die Politik formuliert, um die Inklusion ausgegrenzter Personengruppen als gemeinsames Anliegen und Aufgabe der Gemeinde zu verankern. Dabei geht es auch um die Frage, wie sich Quartiersarbeit und Stadtteilentwicklung um die Perspektive von Menschen mit seelischer Behinderung erweitern lässt. Notwendig ist eine dauerhafte und verlässliche Finanzierung der Quartiersarbeit zur Gestaltung des Gemeinwohls und der Förderung gesellschaftlichen Zusammenhalts. Zusätzlich sollen Quartierslotsen, Fachkräfte oder engagierte Betroffene, Psychiatrie-Erfahrene bei ihren Schritten ins Quartier unterstützen und das Umfeld sensibilisieren. Bei der allgemeinen Quartiersarbeit sollen sie darauf achten, dass auch Psychiatrie-Erfahrene angesprochen und ihre Anliegen mitgedacht werden.

Literatur

Jahnke, Bettina (2016): Den Worten Taten folgen lassen. Inklusion von Menschen mit schwerer psychischer Erkrankung. Ein Praxisbericht. Kerbe, 2/2016

Doortje Kal (2006): Gastfreundschaft – das niederländische Konzept Kwartiermaken

Ratzke, Katharina; Bayer, Wolfgang; Bunt, Svenja (Hg): Inklusion für die gemeindepsychiatrische Praxis. Erfahrungen aus einem Modellprojekt (im Druck)

„Neue Ausgrenzung"

Diakonie Deutschland und BeB warnen

Anlässlich der Veranstaltung „Fünf Jahre Gedenk- und Informationsort für die Opfer der nationalsozialistischen ‚Euthanasie'-Morde" in Berlin warnen die Diakonie Deutschland und der Bundesverband evangelische Behindertenhilfe e.V. (BeB) vor neuen Formen der Ausgrenzung psychisch kranker Menschen. „Das Gedenken an die Vernichtungsaktion ‚T4' verpflichtet uns, Menschen mit psychischen Erkrankungen vor jeder Form der Ausgrenzung zu schützen", sagt Maria Loheide, Vorstand Sozialpolitik der Diakonie Deutschland. „Psychische Erkrankungen können jeden treffen und es darf nicht sein, dass sie zu einem volkswirtschaftlichen Problem gemacht werden."
Hintergrund ist eine parlamentarische Anfrage der AfD-Bundestagsfraktion zum Anteil psychisch kranker Menschen mit Erwerbsminderungsrente, deren Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit und den volkswirtschaftlichen Verlusten, die dadurch entstehen. Jürgen Armbruster, stellvertretender Vorsitzender des BeB, stellt klar: „Eine psychische Erkrankung kann jeden Menschen aus dem Arbeitsleben herausreißen. Der Sozialstaat soll dieses Risiko auffangen – mit einer ausreichenden Erwerbsminderungsrente, aber auch mit Angeboten der medizinischen und beruflichen Rehabilitation." Loheide fügt hinzu: „Eine solidarische Gesellschaft, die Menschen in Zeiten der Krankheit unterstützt, ist eine starke Gemeinschaft."
Der Gedenkort „T4" wurde am 2. September 2014 der Öffentlichkeit übergeben. Er erinnert an die 300.000 Patienten aus Heil- und Pflegeanstalten sowie „rassisch" und sozial unerwünschte Menschen, die zwischen 1939 und 1945 im Deutschen Reich und im deutsch besetzten Europa als „lebensunwert" getötet wurden.
Adolf Hitlers Erlass zur sogenannten Euthanasie, die als Vorstufe zur Vernichtung der europäischen Juden durch das nationalsozialistische Regime gilt, trägt das Datum 1. September 1939. Am selben Tag griff die deutsche Wehrmacht Polen an und begann damit den Zweiten Weltkrieg. Beide Jahrestage werden in einer Gedenkstunde und anschließenden Themenforen gewürdigt. Die Diakonie Deutschland und der BeB sind über das Kontaktgespräch Psychiatrie Mitveranstalter; der BeB gehört außerdem zu den Gründungsmitgliedern des Förderkreises Gedenkort „T4".

Reformen gefordert

Ebert-Stiftung legt Positionspapier vor

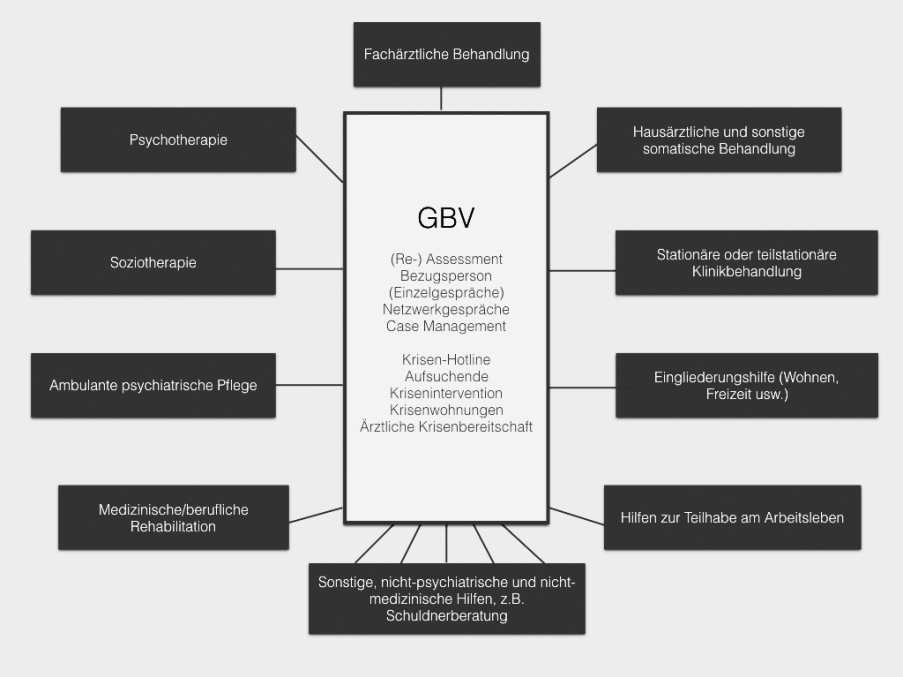
Grundlegende psychiatriepolitische Reformen fordert die Friedrich-Ebert-Stiftung in einem aktuellen Positionspapier mit dem programmatischen Titel „Es ist Zeit für einen neuen Aufbruch! Handlungsbedarfe zur Reform der psychosozialen Versorgung 44 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete". Die Autoren nehmen zunächst eine kritische Bestandsaufnahme der Entwicklungen seit der Enquete von 1975 vor. Auf dieser Grundlage formulieren sie einen Katalog konkreter Handlungsempfehlungen an die Politik. Im Kern geht es darum, die erforderlichen Rahmenbedingungen für eine konsequent personenzentrierte und lebensweltbezogene Versorgung und Unterstützung psychisch kranker Menschen zu schaffen. Zur Prüfung und Umsetzung der Vorschläge regen die Autoren eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe mit Einbezug der kommunalen Ebene und der Selbsthilfe an.
Erarbeitet wurde das Positionspapier von einer 17-köpfigen Expertengruppe aus Wissenschaftlern, Praktikern, Menschen mit Psychiatrieerfahrung und deren Angehörigen sowie Vertretern von Politik, Verwaltung und Gewerkschaften. Im Rahmen des zweijährigen Diskussionsprozesses fanden Anhörungen verschiedener Interessengruppen statt. Das Positionspapier wurde im Juni 2019 in einer Veranstaltung mit Kurt Beck, dem Vorsitzenden der Friedrich-Ebert-Stiftung, öffentlich vorgestellt.
Das Positionspapier der Ebert-Stiftung kann im Internet heruntergeladen werden: http://library.fes.de/pdf-files/wiso/15479.pdf. Gedruckte Exemplare sind kostenfrei bestellbar unter Tel. 0228-8838302.

Hilfen wie aus einer Hand

Modellprojekt GBV ist offen für Mitwirkende vor Ort

Anfang des Jahres 2020 beginnt die Praxisphase des Modellprojektes „Gemeindepsychiatrische Basisversorgung“ (GBV), das für vier Jahre aus dem Innovationsfonds des G-BA gefördert wird. Leistungserbringer vor Ort sind eingeladen, sich an der Netzwerkarbeit zu beteiligen und ihre Patient*innen zur Mitwirkung am Projekt zu motivieren.

Das GBV-Projekt richtet sich an schwer psychisch erkrankte Menschen mit Einschränkungen der Teilhabe, die bislang häufig durch die Maschen der Regelversorgung fallen. Für sie wird modellhaft in zwölf Regionen eine ambulant-aufsuchende psychosoziale Gesamtversorgung aufgebaut, die alle individuell erforderlichen Hilfen miteinander vernetzt. Die Grenzen der Sozialgesetzbücher spielen dabei keine Rolle mehr. Das bedeutet: Ambulante, teilstationäre und stationäre Angebote der Behandlung, Pflege, Rehabilitation und Teilhabeförderung werden gleichermaßen bedarfsgerecht einbezogen.



Mobile multiprofessionelle Teams leisten eine multimodale Versorgung zusammen mit den anderen Anbietern vor Ort. Die Teams nehmen eine Anker- und Lotsenfunktion wahr. Sie planen alle Hilfen gemeinsam mit den Betroffenen und deren Umfeld und führen regelmäßig Netzwerkgespräche mit allen Beteiligten. Für akute Krisensituationen steht rund um die Uhr ein vierstufiger Krisendienst zur Verfügung (telefonische Hotline, aufsuchender Dienst des GBV-Teams, ärztlicher Hintergrunddienst, Krisenwohnung).

Die Gemeindepsychiatrische Basisversorgung (GBV) orientiert sich an international bereits etablierten Versorgungsmodellen. Die dortigen Erfahrungen lassen erwarten, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durch die GBV effektiver und effizienter ver-sorgt werden können. Ziele sind u.a.

- die Verbesserung des Gesundheitszustandes,
- die Reduktion stationärer Krankenhausaufenthalte,
- die Stärkung von Selbstbestimmung und eigenständiger Lebensführung,
- die Erweiterung der Möglichkeiten sozialer und beruflicher Teilhabe,
- eine höhere Versorgungszufriedenheit sowohl der Patient*innen selbst wie auch ihrer Angehörigen,
- die Verbesserung des Kosten-Effektivitätsverhältnisses der eingesetzten Ressourcen.

Die Universität Ulm ist mit der unabhängigen Evaluation der Projektergebnisse beauftragt.

Umgesetzt wird die GBV in den Regionen Augsburg, Berlin, Dresden, Essen, Kreis Mettmann, Mönchengladbach, München, Paderborn, Saarbrücken, Solingen, Ulm/Neu-Ulm/Günzburg, Kreis Viersen.

Beteiligt sind seitens der Krankenkassen die AOK Bayern, die AOK Rheinland/Hamburg, die KKH, die TK und die GWQ Service plus AG mit 15 Betriebskrankenkassen, zudem Leistungs-erbringer aus den genannten Regionen mit ihren Managementgesellschaften sowie die Universität Ulm (Prof. Kilian). Die Konsortialführung liegt beim Dachverband Gemeindepsychiatrie.

Aus den Regionen liegen bereits zahlreiche Absichtserklärungen von Kliniken, niedergelassenen Ärzt*innen und weiteren Leistungserbringern zur Beteiligung an der GBV vor Ort vor. Weitere Mitwirkende sind herzlich willkommen.

GBV Gemeindepsychiatrische Basisversorgung

Ansprechpartner: Nils Greve (Projektleiter), Dachverband Gemeindepsychiatrie, Telefon: 0163 24 82 112, E-Mail: greve@psychiatrie.de.. Ausführliche Informationen auf der Projekt-Website www.gbv.online

TERMINE

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie (DGSP)

„Hilfe und Zwang – Alter Widerspruch im neuen Gewand?“
Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)
- 5. bis 7. Dezember 2019, Leverkusen

Bundesteilhabegesetz und dessen Bedeutung für Menschen mit Sucht
Fachtag der Verbände Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), Betreuungsgerichtstag e.V. (BGT), Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAG W), Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit DBSH), Fachverband für Soziale Arbeit, Strafrecht und Kriminalpolitik (DBH)
- 2. April 2020, Leipzig

Psychosebegleitung und Neuroleptika
5. Fachtag der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)
- 30. April 2020, Freiburg

Mehr Infos: www.dgsp-ev.de/tagungen

Bundesakademie für Kirche und Diakonie

Mehrteilige Weiterbildungen:

Gemeinsame Gestaltung von Quartieren und Sozialraum - Schwerpunkt Sozialpsychiatrie
- 03/2020 – 09/2021, Berlin, Leitung: Dr. Svenja Bunt und Frank Rosenbach

Bundesteilhabegesetz: Wandel gestalten - Teilhabe realisieren. Weiterbildung für (angehende) Führungskräfte zur Umsetzung des BTHG
- 02/2020 – 05/2021, Berlin/Hannover/Essen, Leitung: Dr. Susanne Ackers u. Frank Rosenbach

Einteilige Fortbildungen:

Psychische Erkrankung bei Menschen mit geistiger Behinderung bzw. Intelligenzminderung. Ein praxisorientiertes Angebot zum Thema „Doppeldiagnose“
- 05.11.2019 - 06.11.2019, Steinfurt, Leitung: Rainer Scheuer

Mensch ärgere dich nicht! – Konfliktlösungsstrategien für den Berufsalltag
- 06.11. - 08.11.2019, Rothenburg, Leitung: Michael Klein

„Schwierige“ Klienten verstehen. Umgang mit Menschen mit Persönlichkeitsstörung
- 07.11.2019 - 08.11.2019, Fulda, Leitung: Dr. Ewald Rahn

Umgang mit Trauma-Folgen: Traumaspezifische Handlungskompetenz in der psychosozialen Arbeit
- 25.11.- 26.11.2019, Berlin, Leitung: Claudia Ehlert
- 20.01.- 21.01.2020, Hannover, Leitung: Frauke von Holdt-Lömpcke

Eingliederungshilfe in Zeiten des BTHG: Gespräche und Verhandlungen erfolgreich führen mit dem Konzept der praktischen Entwicklungspartnerschaft (pEp)
- 27.-28.11.2019, Essen, Leitung: Lothar Flemming und Olaf Maas-Bruns

Keine Krise mit der Krise – Hilfreich bleiben auch in Ausnahmesituationen
28.-29.11.2019, Steinfurt, Leitung: Markus Dautenheimer

Wichtig - Dringlich ... und die Zeit? Sich selbst führen und organisieren! Effektives und effizientes Selbstmanagement
- 02.12.- 05.12.2019, Rothenburg, Leitung: Michael Klein

Stimmenhören verstehen – Basiskurs
- 03.02.-04.02.2020, Hösbach, Leitung: Caroline von Taysen und Antje Wilfer

„So kann man doch nicht leben!?“ Vermüllt und verwahrlost – Was tun?
- 09.03.-10.03.2020, Essen, Leitung: Ulla Schmalz

Psychisch kranke Wohnungslose zwischen den Hilfesystemen - Aspekte bedarfsgerechter Hilfen
- 10.03.-12.03.2020, Berlin, Leitung: Prof. Dr. Henning Dassler

Sozialräumliches Arbeiten in der Arbeit mit Menschen mit Teilhabeeinschränkungen
- 23.-24.04.2020, Mainz, Leitung: Martin Holler und Manfred Weiser

Informationen und Anmeldungen: Bundesakademie für Kirche und Diakonie, Tel. 030-488 37 488, E-Mail: info@ba-kd.de, Programm u. Anmeldung: www.ba-kd.de;
Ansprechpartner: Michael Klein, Tel. 0172 450 91 60; Micha-el.Klein@ba-kd.de / Frank Rosenbach, Tel. 030-488-37-478; Frank.Rosenbach@ba-kd.de

Impressum

Herausgeber und Redaktionsadresse:
Bundesverband evangelische Behindertenhilfe (BeB), Invalidenstraße 29, 10115 Berlin
E-Mail: kerbe@beb-ev.de
Internet: www.kerbe.info.

Redaktion:
Prof. Dr. Jürgen Armbruster, Stuttgart (Redaktionsleitung); Karsten Groth, Hamburg; Iris Maier-Strecker, Stuttgart; Dr. Klaus Obert, Stuttgart; Dr. Johannes Peter Petersen, Rendsburg; Dr. Elke Prestin, Bethel, Dr. Irmgard Plößl, Stuttgart; Dr. Katharina Ratzke, Berlin; Prof. Dr. Michael Schulz, Bielefeld, Dr. Stefan Weinmann, Berlin; Andreas Steidel, Calw.

Verlag und Bestelladresse:
Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (07 11) 60100-0
Adressenänderungen bitte an:
vertrieb@evanggemeindeblatt.de

Bezugspreis:
Jahresabonnement für vier Hefte
29 Euro (einschließlich Versandkosten),
Einzelheft 8 Euro. ISSN 07245165

Anzeigen:
Anzeigengemeinschaft Süd
Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart
Telefon (0711) 60100-41, Fax -76.
E-Mail: kerbe@anzeigengemeinschaft.de.
Internet: www. anzeigengemeinschaft. de. Es gilt die Preisliste Nr. 31 vom 1. Januar 2019.

Layout: Atelier Reichert, Stuttgart

Druck: Rudolf-Sophien-Stift, Stuttgart

Erscheinungstermine:
1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November

Diakonie

Bundesverband evangelische Behindertenhilfe BeB

Seminare für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter psychiatrischer Arbeitsfelder

Das Programm enthält über 70 Angebote mit einem breiten Spektrum (sozial-)psychiatrischer, therapeutischer & sozialpolitischer Themen.

Die ein- bis dreitägigen Fortbildungen finden an 14 verschiedenen Orten statt.

Aus unserem Themenspektrum: Umgang mit Suizidalität, Psychose und Sucht, Psychoseverständnis und Beziehungsgestaltung, Borderline-Störung, Krisenintervention, Stimmen hören, Integrierte Versorgung, Umgang mit Psychopharmaka, Ressourcenorientierung u.v.a.

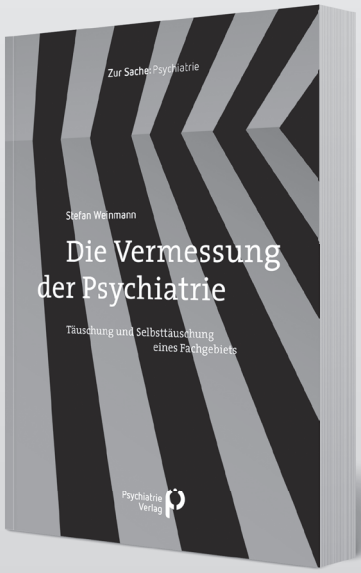
DGSP
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

Bestelladresse
Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.
Zeltinger Str. 9 | 50969 Köln
Tel.: (0221) 51 10 02
info@dgsp-ev.de
www.dgsp-ev.de

Zur Sache: Psychiatrie

Täuschung und Selbsttäuschung eines Fachgebiets

Die Mechanismen von Täuschung und Selbsttäuschung sind aus der Psychologie gut bekannt. In diesem Buch werden diese Erkenntnisse auf das Fachgebiet Psychiatrie selbst angewendet. Wie sieht es aus mit der sogenannten »Evidenz« zu den Ursachen von Depression und Schizophrenie? Wie mit der Wirksamkeit von Medikamenten und Psychotherapien?
Wenn man die gegenwärtige Psychiatrie verstehen will, muss man verstehen, was in den Köpfen von Psychiatern vor sich geht, sagt Weinmann und plädiert dafür, dass sich die Psychiatrie mehr den sozialen und auch den gesellschaftlichen Bedingungsfaktoren stellt. Mit diesem Buch liefert er einen kritischen und hochspannenden Beitrag.

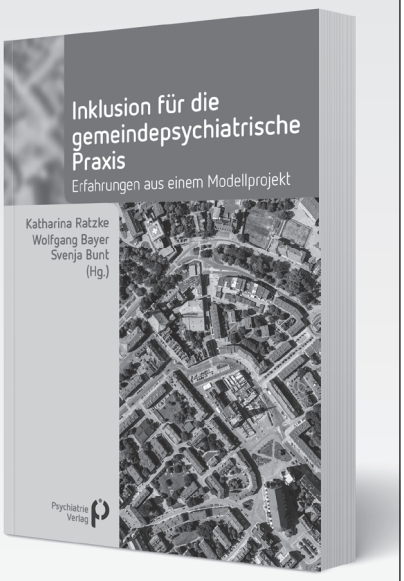


224 Seiten, 25,00 €, ISBN 978-3-88414-931-7
eBook 19,99 €

Psychiatrie Verlag
www.psychiatrie-verlag.de

Barrieren überwinden

Worin bestehen die Barrieren von Menschen mit psychischen Erkrankungen und wie können sie überwunden werden? Dieses Buch zeigt, in welche Richtung es gehen kann, wenn die Forderung nach »Inklusion in der Gemeinde« zur Praxis wird: ein Inspirationsbuch für eigene Inklusionsprojekte.
Das Buch skizziert an fünf Modellstandorten die zugrunde liegenden Konzepte zur Inklusion aus der Sozialpsychiatrie, der Behindertenhilfe und der Quartiersentwicklung (Kwartiermaken), ihre Ziele und vor allem deren Umsetzung in die Praxis. Ein Fortbildungscurriculum, Interviews mit beteiligten Akteuren und ein Fazit mit konkreten Vorschlägen runden das Buch ab.



Katharina Ratzke, Wolfgang Bayer, Svenja Bunt (Hg.)
Inklusion für die gemeindepsychiatrische Praxis
192 Seiten, 30,00 €, ISBN 978-3-88414-692-7
eBook 23,99 €

Psychiatrie Verlag
www.psychiatrie-verlag.de