

Von der Fürsorge zur Selbstbestimmung

Die UN-Behindertenrechtskonvention als Herausforderung für soziale Dienste, soziale Professionen und Gemeinwesen

Stefan Kurzke-Maasmeier

Zusammenfassung

Die UN-Konvention über die Rechte der Menschen mit Behinderungen (BRK) hat zu einer prinzipiellen Neuausrichtung der deutschen Behindertenpolitik geführt. Sie stärkt die Rechte von Menschen mit Behinderung auf Selbstbestimmung, Teilhabe und Diskriminierungsschutz und formuliert konzeptionelle Bausteine für eine inklusive Gesellschaft. In diesem Beitrag stehen notwendige Schritte der Transformation sozialer Dienste, die sozialprofessionellen Herausforderungen und die Veränderungen auf der Ebene der Gemeinwesen im Mittelpunkt, die mit den normativen Bestimmungen der BRK verknüpft sind.

Abstract

The UN-Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD) has led to a fundamental re-orientation of disability policy in Germany. The convention strengthens the rights for self-determination, participation in society, and protection against discrimination. Moreover, it formulates conceptual features of an inclusive society. This article points out the necessary steps for the transformation of social services and also deals with the challenges for social professions. The article contains a special focus that relates specifically to the community level, as well as changes that are linked with the normative impact arising from the CRPD.

Schlüsselwörter

Behinderter – Behindertenpolitik – Rechtsanspruch – Reform – soziale Dienste – Gesellschaft – Inklusion – UN-Behindertenrechtskonvention

1. Einleitung

Seit dem 26. März 2009 sind die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BRK) und ihr Fakultativprotokoll nun auch in Deutschland verbindlich. Die BRK macht den Prozess der sozialen Inklusion, die Sicherstellung von Selbstbestimmungs- und Teilhabemöglichkeiten sowie einen umfassenden Schutz vor Diskriminierung unumkehrbar. Sie unterstützt damit einen Paradigmenwechsel in der bundesdeutschen Behindertenpolitik, der spätestens seit der Einführung des Sozialgesetzbuchs (SGB) IX,

des Gesetzes zur Gleichstellung behinderter Menschen (BGG) sowie des Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes (AGG) von 2006 wirksam zu werden beginnt.

Das zentrale Ziel der BRK besteht darin, den „vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen“ zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zur Geltung zu bringen (Artikel 1, Unterabsatz 1). Von großer Bedeutung ist dabei, dass die Konvention die selbstbestimmte Inanspruchnahme der Rechte fördern will, also auf ein Empowerment der Betroffenen setzt und ihre bürgerrechtliche Position stärkt. Neben den grundsätzlichen Verpflichtungen, die sich etwa auf die „volle und wirksame Teilhabe“ (Artikel 3) beziehen, folgt im Artikel 4 die Aufforderung an die Staaten, die Verwirklichung aller Menschenrechte für *alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung zu gewährleisten und zu fördern* (Artikel 4, Absatz 1). Diese Implementierungsklausel bedeutet, dass Staaten diese Menschenrechte nicht nur formal zu beachten, sondern vor allem umzusetzen haben. Zusammengefasst geht es um folgende Ziele:

- ▲ Inklusion (Teilhabe und Teilgabe) aller Menschen mit Behinderung an der Gesellschaft,
- ▲ Anerkennung und Implementierung der Bürgerrechtsperspektive,
- ▲ Abkehr vom Prinzip der Fürsorge und von einer defizitdominierten Sichtweise von Behinderung,
- ▲ (assistierte) selbstbestimmte Lebensführung und Förderung der Autonomie in allen relevanten Lebensbereichen,
- ▲ aktive Gestaltung des Lebens der Gemeinde, politische Teilhabe,
- ▲ Deinstitutionalisierung und Abkehr von „Sonderwelten“.

Der Sinngehalt der BRK besteht aus diesem Grund nicht ausschließlich darin, einen neuen normativen Orientierungsrahmen zu schaffen, der Institutionen wie Wohlfahrtsträgern, Bildungseinrichtungen oder sozialen Diensten ein neues, auf den ersten Blick vielleicht „unverbindliches“ Leitbild aufprägt. Vielmehr stellt sie noch durch ihre starke Akzentuierung des Anspruchs auf *soziale Inklusion* das bis heute wirkmächtige und mit großem Beharrungsvermögen ausgestattete Gefüge von Fürsorgeinstitutionen, das strukturell weiterhin eher auf „Besonderung“ und Fremdbestimmung angelegt ist, radikal infrage. Es soll nicht unterschlagen werden, dass in den vergangenen 15 Jahren die Rahmenbedingungen der Wohlfahrtspolitik im Allgemeinen sowie die Hand-

lungsansätze in der Behindertenhilfe im Besonderen in erheblicher Weise verändert wurden. Gleichwohl sind die eigentlichen Aufgaben zur Realisierung von Inklusion und zur Stärkung der Menschen- und Bürgerrechte im Kontext der Hilfe für Menschen mit Behinderung noch unerfüllt. Der menschenrechtsbasierte Ansatz der BRK stellt hier einen substanziellen Schritt nach vorn dar. Die Konvention, in der so unmissverständlich wie bisher in keiner anderen Rechtsnorm der Mensch mit Behinderung als Träger und Subjekt von Rechten verstanden wird, nimmt über den Staat als Garanten des Rechts hinaus auch die Zivilgesellschaft, die Bürgerinnen und Bürger einer Gemeinde oder eines Stadtteils in die Pflicht, an der Verwirklichung einer inklusiven Gesellschaft mitzuarbeiten. Der Staat hat dazu die geeigneten Infrastrukturen bereitzustellen, die den Schutz vor Diskriminierung, faktische Zugänge zu den notwendigen Anerkennungsmustern einer Gesellschaft (Arbeit, Gesundheit, soziale Netzwerke) und die Bildung aller ihrer Mitglieder hin zu mehr sozialer Inklusion ermöglichen.

2. Fürsorge und Selbstbestimmung

Für den Prozess der Transformation der sozialen Dienste im Allgemeinen und der Behindertenhilfe im Speziellen stehen paradigmatisch zwei Begriffe, die die Ablösung einer *bedürftigkeitsorientierten* hin zu einer *rechtbasierten* Wohlfahrtspolitik beschreiben: *Fürsorge* und *Selbstbestimmung*. Beide Paradigmen hängen eng mit dem Prinzip der Autonomie zusammen. Denn die paternalistische Vorstellung von Fürsorge, eine Handlung für den anderen in Sorge um ihn zu legitimieren ohne den anderen ausreichend in die Entscheidung über eine bestimmte „Sorgehandlung“ einzubeziehen, beschneidet dessen Autonomie. Das Postulat der Selbstbestimmung hingegen scheint Autonomie zu garantieren. Der Begriff Autonomie meint zunächst nicht anderes als Selbstgesetzgebung und damit das Recht, „die eigenen inneren Angelegenheiten unabhängig von einer anderen Macht bestimmen zu können“ (*Pohlmann* 1971, S. 702). Kritisch wird im ethischen Diskurs eine Rehabilitierung des Fürsorgebegriffs debattiert. Zur Diskussion steht die Frage, ob das traditionelle Verständnis von Fürsorge als *Ungleichgewicht im Machtverhältnis zwischen Professionellen und Menschen mit Behinderung* zugunsten eines nicht paternalistischen Verständnisses abgelöst werden soll, das eine parteiliche Hinwendung und solidarische Unterstützung des anderen in seiner Abhängigkeit signalisiert. Denn Abhängigkeit, so die amerikanische Philosophin *Eva Kittay* (2004), sei ein anthropologisches Grunddatum, da jeder Mensch in verschiedenen Phasen seines Lebens auf

DZI-Kolumne Glücksbringer

Zu Beginn des neuen Jahres haben wir uns gerade wieder ganz viel Glück gewünscht, jeder für sich und alle füreinander. Doch wie kommen wir überhaupt zum Glück? Ein Land müsste das ganz genau wissen: Im Himalaya-Staat Bhutan ist das Glück der Bevölkerung seit 1974 oberstes Staatsziel, ausgegeben vom damaligen König als buddhistische Antithese zu der in der westlichen Welt vorherrschenden Jagd nach mehr Effizienz, höherer Produktivität und höherem Profit. In Bhutan wird seitdem das „Bruttosozialglück“ mit wissenschaftlicher Akribie gemessen und entwickelt. Ein Ergebnis ist das ausgesprochen geringe soziale Gefälle innerhalb der Bevölkerung. Glück wird in Bhutan als das Glück des Einzelnen definiert, das nicht darin besteht, den Appetit nach irdischen Begierden zu stillen, sondern die innere Balance zu finden.

Glück als innere Balance, abgekoppelt von irdischen Begierden – dieser Grundgedanke ist neben dem Buddhismus auch den meisten übrigen Weltreligionen und philosophischen Schulen zu Eigen und er findet sich durch die heutige Wissenschaft bestätigt: „Wohlfühlglück ist nicht von Dauer“, sagt etwa der Erfurter Philosophieprofessor *Wilhelm Schmid*. Die Moderne habe uns gelehrt, die Maximierung von Lust und Minimierung von Schmerz für Glück zu halten – „Wohlfühlglück“. Wichtiger und nachhaltiger sei das Glück der Fülle, das der Polarität von negativen und positiven Seiten im Leben Rechnung trage. Der Irrweg des Wohlfühlglücks sei eng damit verbunden, dass viele Menschen ihre Lebensträume aufs Geldverdienen projizieren. Tatsächlich aber sinke die Chance auf Glück mit dem Reichtum.

Neben Bhutan misst auch ein ungleich größeres Land dem Glück eine staatspolitische Bedeutung zu: Im ersten Satz der Unabhängigkeitserklärung der Vereinigten Staaten von Amerika wird das Streben nach Glückseligkeit („pursuit of happiness“) neben dem Leben und der Freiheit zu den unveräußerlichen Rechten der Menschen gezählt. Dass dies nicht nur als Recht, sondern von den meisten Amerikanern geradezu als Verpflichtung angesehen wird, prägt bis heute die Gesellschaft der USA.

Burkhard Wilke
wilke@dzi.de

die Fürsorge anderer angewiesen sein kann (zum Beispiel als Kind, in Zeiten von Krankheit und im Alter). Zum einen dürfte die Assistenz gerade von Menschen mit einer schweren Behinderung ihr zufolge nicht ausschließlich als Instrument zur Erlangung von Unabhängigkeit im Sinne einer *bindungslosen Autonomie* verstanden werden. Andererseits meine Abhängigkeit mehr als *Fremdbestimmung*. Deshalb geht es nach dem Verständnis von *Kittay* in der professionellen Beziehung eher um die ethische Qualität der *Beziehung im Bewusstsein gegenseitiger Angewiesenheit* und weniger um die angestrebte Suche nach einem möglichst großen Maß an Unabhängigkeit. Ähnlich hat *Ernst Bloch* die soziale und geschichtliche Bindung unserer Selbstwerdung und Selbstbestimmung ausgedrückt, er schreibt: „Ich bin. Aber ich habe mich nicht. Darum werden wir erst“ (*Bloch* 1963, S. 11).

Eine solche *Ethik der Abhängigkeit* kann jedoch Widerspruch provozieren, weil sie möglicherweise dem normativen Anspruch der BRK entgegensteht, etwa dem ersten Prinzip des Artikels 3, in dem die Würde und die individuelle Autonomie des Menschen im Mittelpunkt stehen, einschließlich der Freiheit, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen. Um Entwicklungen entgegenzuwirken, in denen Einstellungen und „Versorgungsstrukturen“ zu Dominanz, Missbrauch und Paternalismus führen, benötigt es eine *Kultur der Achtsamkeit*, die etwa die deutsche Ethikerin *Elisabeth Conradi* in ihrer Care-Ethik ausbuchstabiert hat. „Achtsamkeit“, so *Conradi*, „formuliert den Grundgedanken, daß Menschen füreinander außerordentlich bedeutsam sind. ... Achtsamkeit trägt der Bezogenheit von Menschen aufeinander, ja sogar der Abhängigkeit voneinander Rechnung. ... Achtsamkeit berücksichtigt Differenzen der Macht und der Möglichkeiten“ (*Conradi* 2001, S. 238). In einer Praxis des Care gebe es eine Gratwanderung zwischen Verantwortung und Bevormundung, zwischen Selbstachtung und Achtsamkeit sowie zwischen Desinteresse und Überforderung.

Die äußerst problematischen Konnotationen, die sich mit dem Fürsorgebegriff verbinden, sind damit nicht aufgehoben, aber dem Ansatz von *Conradi* lässt sich normativ zumindest entnehmen, dass es in einer helfenden Beziehung nicht dazu kommen darf, den anderen seiner Eigenressourcen zu berauben und ihn aus der Sphäre der möglichst selbstständigen und eigenverantwortlichen Lebensführung zu verdrängen. Gleichzeitig widerspricht Sorge – wie *Conradi* sie versteht – nicht automatisch den Prinzipien der Autonomie und Selbstbestimmung, sondern ergänzt und begrenzt diese, etwa deshalb, weil Auto-

nomie als Ideal den menschlichen Grenzsituationen wie Bedürftigkeit, Abhängigkeit und Leiden nicht vollständig entsprechen muss. Allerdings sollte der Versuchung widerstanden werden, das ethische Prinzip der Autonomie allzu einseitig als Ausdruck einer souverän-autarken Lebensweise zu interpretieren. Eine solche verkürzte Idee der Autonomie entspricht nicht in vollem Umfang dem, was mit der Fundamentalnorm der Menschenwürde gemeint ist. Denn die Würde des Menschen ist „keine substantialistisch-ontologische Größe, die als Bollwerk gegen andere zu verteidigen ist, sondern eine intersubjektiv-beziehungsreiche Größe, die in den konkreten wechselseitigen Interaktionen ‚von Mensch zu Mensch‘ wirklich werden will“ (*Lob-Hüdephol* 2009, S. 36).

Menschliche Würde meint überdies nicht eine als rationale Selbstbehauptungsstrategie verstandene „Vernunftfähigkeit“, sondern das Dasein des Menschen *um seiner selbst willen*. Beide Aspekte von Autonomie, die aktive Selbstbestimmung sowie das nicht von einer Leistung oder einer bestimmten Kompetenz abhängige *Dasein um seiner selbst willen* (Selbstzwecklichkeit) gehören zusammen. Das Bruchstückhafte, das *Nicht-im-Vorhinein-Verstehbare*, ja das Widerständig-Verletzliche eines Menschen begründet seine Schutzbedürftigkeit und verlangt insbesondere von professionell Helfenden eine Grundhaltung der Achtsamkeit und der Selbstzurückgenommenheit. Diese Grundhaltung schützt das Recht und die prinzipielle Fähigkeit eines jeden Menschen, über sich selbst zu bestimmen – und sei er auch noch so schwer erkrankt oder behindert. Diese Selbstbestimmung findet in manchen Situationen oder Konstellationen nur mit der Übersetzungsleistung anderer, für den betroffenen Menschen bedeutsamer Personen ihren Ausdruck. Auch durch die Assistenz professioneller Begleiter und Begleiterinnen kann dieses Autonomiestreben unterstützt und entwickelt werden.

Ein differenziertes Verständnis von Selbstbestimmung, Individualität und Identität kann mit dem Begriff einer *sozial-relationalen Autonomie* übersetzt werden, und er ist insofern von Bedeutung, weil er die grundsätzliche Angewiesenheit von Menschen nicht negiert, wie dies etwa die offizielle deutsche Übersetzung in einigen Passagen der BRK nahelegt. Hier wird etwa der Begriff „living independently“ mit „unabhängiger Lebensführung“ übersetzt und nicht, wie es vor allem die Selbsthilfverbände zu Recht gefordert haben, mit „selbstbestimmt leben“ (vgl. *Netzwerk Artikel 3 e. V.* 2009). Im anschließenden Teil wird eine weitere Facette

des Autonomiebegriffs beleuchtet, um damit zu der Frage überzuleiten, welche Transformationen den sozialen Diensten – und damit sind hier vor allem die Wohlfahrtsträger mit der nach wie vor dominanten stationären Einrichtungsstruktur gemeint – mit Blick auf die BRK ins Haus stehen.

3. Soziale Dienste: Transformations- erfordernisse und -hindernisse

Wenn Wohlfahrtsträger und soziale Unternehmen das Prinzip der Selbstbestimmung ernst nehmen, dann hat das erhebliche Auswirkungen auf die Organisation von sozialen Dienstleistungen, auch in der Behindertenhilfe. Zwar lässt sich sozialrechtlich und sozialpolitisch gegenwärtig eine Entwicklung hin zu mehr Selbstbestimmung für die sogenannten Kunden sozialer Dienste erkennen – als Beispiel sei die Einführung des persönlichen Budgets genannt –, doch sind soziale Unternehmen nach außen weiterhin in vielfältiger Weise nicht autonom und lassen auch nach innen häufig wenig Autonomie zu. Denn die als gemeinnützig anerkannten sozialen Einrichtungen erbringen als freie Träger subsidiäre Dienstleistungen und akzeptieren für dieses Privileg der Gemeinnützigkeit ein hohes Maß an Abhängigkeit von staatlichen Vorgaben. Im Spannungsfeld dieser korporatistischen Beziehung zwischen Wohlfahrtsträgern und Staat steht der Klient, über dessen Kopf hinweg Entgeltvereinbarungen zur Finanzierung von Pflege, Assistenz und Betreuungsarbeit häufig geführt werden (Brüll; Bohlken 2009, S. 26 ff.). Die autonome Entscheidung des Patienten, des Menschen mit Behinderung oder Pflegebedürftigkeit insbesondere in stationären Einrichtungen, über die Bedingungen seiner Lebensqualität selbst zu entscheiden, ist damit nach wie vor in hohem Maße eingeschränkt. Die Einbuße selbstbestimmter Lebensführung wird auch dadurch verstärkt, dass in einem marktwirtschaftlichen Modell der Organisation sozialer Dienste der Mensch mit einer psychischen Erkrankung oder Behinderung einerseits als rational entscheidender Kunde gesehen wird, andererseits aber zu wenig Möglichkeiten und Instrumente selbstbestimmter Lebensführung zur Verfügung stehen.

3.1 Inklusion und soziale Dienste

Wie viel Teilhabe, Gewährung von Selbstbestimmung und Autonomie in sozialen Diensten und sozialen Einrichtungen ist nun aber möglich insbesondere für solche Personen, die aufgrund ihrer Behinderung und vor allem aufgrund struktureller Barrieren bei der Formulierung und Durchsetzung ihrer legitimen Rechte und Interessen vor Schwierigkeiten stehen? Wohlfahrtsträger und ihre sozialen Dienste, die sich

dem Prinzip der individuellen Autonomie verpflichtet wissen, müssen Bedingungen dafür schaffen, Menschen mit Behinderungen ein Höchstmaß an Freiheit und selbstbestimmten Entscheidungen zu ermöglichen. Das können sie auf der Ebene ihrer Einrichtungen durch die Gewährleistung von Wohnmöglichkeiten und Arrangements, die die Würde des Einzelnen respektieren einschließlich des Rechts auf Privatsphäre oder auf selbst gewählte Formen der Arbeit, Freizeit und Beschäftigung.

Innerhalb der sozialen Dienste und Einrichtungen ist durch die Etablierung von Ethikkomitees (unter Beteiligung von Bewohnerinnen und Bewohnern) zu gewährleisten, dass die Verpflichtungen aus der BRK eingehalten werden.¹ Ein wichtiger Punkt ist hierbei das Recht auf Anerkennung als Rechtssubjekt und die Teilhabe am Rechtsverkehr (Artikel 12), denn weiterhin ist zu häufig die unterstützte Entscheidungsfindung der Ausnahme- und die rechtliche Stellvertretung der Normalfall, obgleich es umgekehrt sein müsste (Degener 2008, S. 23). Die Operationalisierung der Leitideen von Autonomie und Selbstbestimmung bezieht sich im Grunde auf alle im Mittelteil der BRK konkretisierten, aus der Internationalen Menschenrechtscharta bekannten Rechte (Artikel 10 bis 30), etwa das Recht auf Bildung (Artikel 24), Gesundheit (Artikel 25) und auf Achtung der Privatsphäre (Artikel 22). Diese Rechte schließen die Möglichkeit ein, Post zu erhalten und zu versenden, ein eigenes Konto zu führen, den Zugang zu medizinischen und persönlichen Akten, die Teilhabe an Entscheidungen zu Medikation und Therapien sowie den selbstverständlichen Kontakt zu Familie und Freunden (Artikel 23).

Nun lässt sich auf einer solchen Ebene der Organisationsethik zwar dem Ideal faktischer Autonomie von Menschen mit Behinderung nahe kommen, aber der völkerrechtliche Begriff der Inklusion meint eigentlich noch viel mehr, denn mit ihm ist der Anspruch auf eine Öffnung gesellschaftlicher Bereiche für die effektive Teilhabe von Menschen mit Behinderung verknüpft. Insofern geht es nicht ausschließlich um eine „moralische Verbesserung“ der sozial-professionellen Dienstleister, sondern um eine Transformation der konstituierenden Bedingungen von Institutionen und Einrichtungen. Der Begriff Inklusion markiert also die Notwendigkeit, völlig neu über die Organisation sozialer Dienstleistungen, insbesondere mit Blick auf die Bereiche Wohnen und Arbeit, nachzudenken. Insofern kann von der BRK ein weiterer starker Impuls ausgehen, um die Beharrungskräfte mancher institutioneller Hilfesysteme aufzuweichen, die in der Gefahr stehen, mit

ihrem umfassenden Qualitäts- und Versorgungsanspruch vor allem zur *Reproduktion ihrer Daseinsberechtigung* zu neigen, indem sie etwa Hilfebedarfe künstlich erzeugen (Rückoldt 2001).

Das Innovative des Inklusionskonzepts liegt gerade darin, über solche Reproduktionsmechanismen insbesondere stationärer Versorgungsarrangements hinauszukommen. Denn es geht nicht ausschließlich darum, innerhalb bestehender Strukturen Räume für Menschen mit Behinderungen zu öffnen, um sie, wie es Artikel 19 der BRK formuliert, „in die Gemeinschaft einzubeziehen“. Vielmehr sind im Zeichen einer menschenrechtsbasierten Inklusion gesellschaftliche und damit auch sozialpolitische und sozialrechtliche Strukturen so zu gestalten und vor allem zu verändern, dass kulturelle Vielfalt und die Unterschiedlichkeit von Lebensentwürfen und Lebensbewältigungsmustern zum qualitativen Merkmal von Gesellschaften werden können (Diversity-Ansatz).

Inklusion setzt die Dominanzkultur einer Mehrheitsgesellschaft unter Veränderungsdruck und verlangt nicht umgekehrt, dass Menschen mit Behinderung sich in vorgegebene Strukturen einpassen. Dass diese Grundphilosophie der BRK geachtet und die Verpflichtung zur Einhaltung der in ihr enthaltenen Artikel gewährleistet wird, kann selbstverständlich nicht ausschließlich Aufgabe institutioneller Ethikkomitees sein, auch wenn sie auf der Ebene der Einrichtungen zweifellos wichtig sind. Wohlfahrtsverbände, soziale Unternehmen und Träger sozialer Dienste werden auch eine Rolle im Rahmen des Monitoringverfahrens und in der Berichterstattung im UN-Ausschuss spielen und dort auf ein sehr kritisches Gegenüber treffen: zivilgesellschaftliche Gruppen sowie Selbsthilfe- und Behindertenverbände (Artikel 33 Absatz 3 der BRK). Gerade diesen repräsentativen Organisationen ist es zu verdanken, dass die BRK in dieser Form ratifiziert werden konnte. Die staatlichen Akteure und die von ihnen beauftragten und finanzierten Leistungserbringer sind deshalb insbesondere den Menschen mit Behinderung und den sie vertretenden Organisationen gegenüber darüber rechenschaftspflichtig, in welchem Umfang und in welcher Qualität die Umsetzung der in der BRK normierten Autonomie- und Teilhabeansprüche gewährleistet wird.

Die Wohlfahrtsträger und die sozialen Dienste werden weiterhin notwendig sein, denn sie sind wegen ihres Gemeinwohlauftrags und ihrer Fähigkeit zur Einbindung gesellschaftlicher Akteure in besonderer Weise geeignet, sozialen Zusammenhalt zu fördern und innovative Entwicklungen anzustoßen. Aller-

dings wird sich ihre Gestalt wandeln müssen, wollen sie den normativen Vorgaben der BRK entsprechen. *Frank Mulcahy*, der Sekretär von Disabled People's International Europe, benennt drei konstitutive Prinzipien, die aus seiner Sicht für die Erbringung sozialer Dienste künftig von zentraler Bedeutung sein werden: Gleichheit, Partizipation und Befähigung zur und Ermöglichung von Selbstbestimmung und Wahlfreiheit (Enabling Independence and Choice).

Der erste Aspekt zielt vor allem auf die in Artikel 12 geforderte Gleichheit vor dem Gesetz und die Wahrnehmung bürgerlicher Rechte, die durch spezifische Förderung herzustellen sei. Um Partizipation zu ermöglichen, ist es *Mulcahy* zufolge notwendig, allen vielschichtigen Ausgliederungsprozessen nachhaltig entgegenzuwirken und Benachteiligungen im Wohnumfeld wie am Arbeitsplatz abzubauen. Und drittens sei eine selbstbestimmte Entscheidung und effektive Wahlfreiheit der Nutzerinnen und Nutzer sozialer Dienste nur zu erreichen, wenn geeignete Instrumente wie zweckgebundene Geldleistungen und Ähnliches tatsächlich flächendeckend umgesetzt würden (*Mulcahy* 2001, S. 84). Eine massive Fehlentwicklung bei der Umstrukturierung des Angebots von Leistungserbringenden soll hier herausgegriffen werden, weil diese symptomatisch für das Missverhältnis zwischen der Ankündigung, den Anspruch auf gleichberechtigte Teilhabe und selbstbestimmtes Leben einzulösen, und der tatsächlichen Politik einiger Sozialunternehmen und Leistungsträger steht; es betrifft die Umsetzung des Wunsch- und Wahlrechts im Bereich des Wohnens.

3.2 Heimliche Verstecke

Die Anerkennung des Rechts von Menschen mit Behinderung auf Freizügigkeit und auf die freie Wahl ihres Aufenthaltsorts (Artikel 18, Absatz 1), das Wunsch- und Wahlrecht bezogen auf die Wohnform und auf die Einbeziehung in die soziale Gemeinschaft (Artikel 19) sind wesentliche Bestandteile der BRK, gegen die mit Blick auf die steigende Zahl von Heimplätzen für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung zumindest tendenziell verstoßen wird. Das menschenrechtliche Problem besteht nicht nur darin, dass der Neubau von Heimen oder die nur schleppend vorangehende Auflösung und Umstrukturierung von großen Anstalten der in der Präambel formulierten Zielsetzung eines verstärkten Zugehörigkeitsgefühls („enhanced sense of belonging“) zu einer sozialen Gemeinschaft, vor allem aber der Idee gesellschaftlicher Teilhabe widerspricht. Auch das Recht auf Achtung der Wohnung (Artikel 23), auf die Unverletzlichkeit der Privatsphäre, insbesondere hinsichtlich der höchst persön-

lichen und intimem Bereiche des Schlafens und der Körperhygiene, wird etwa dadurch konterkariert, dass auf „Bundes- und Landesebene aus Kostengründen immer wieder darüber diskutiert wird, ob Menschen, die in Behinderten-, Alten- und Pflegeheimen leben, künftig auch in Mehrbettzimmern untergebracht werden sollen“ (Lachwitz 2009).

Nach Berechnungen aus dem Jahre 2006 leben in Deutschland noch immer etwa 150 000 Menschen mit Behinderung in stationären Einrichtungen; ihre Anzahl wird sich bis 2016 wohl auf zirka 180 000 Personen erhöhen.² Die Zahl der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner mit psychischer Erkrankung kann aufgrund unklarer Steuerungsmechanismen und fehlender Datenerhebungen nur geschätzt werden. Eine unter anderem von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern der Katholischen Hochschule für Sozialwesen in Berlin durchgeführte Studie kommt zu dem Ergebnis, dass trotz einer gut ausgebauten ambulanten psychosozialen Versorgung ein erheblicher Teil chronisch psychisch kranker Berliner und Berlinerinnen in Heimen lebt, etwa 700 von ihnen sogar außerhalb Berlins, teilweise in geschlossenen Einrichtungen (Vock u.a. 2007). Der gegenwärtige Anstieg von Heimplätzen für Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung führt nach den gängigen Marktprinzipien beinahe unumgänglich zu einem Belegungssog. Dieser Prozess ist tendenziell auf ein Mehr an Isolation angelegt und damit das genaue Gegenteil einer Transformation sozialer Dienste und von Leistungserbringern im Sinne von mehr Teilhabe und Autonomie.

Überdies wird von Experten und Expertinnen sogar bezweifelt, ob Betreuung und Assistenz von Menschen in stationären Einrichtungen tatsächlich kostengünstiger und damit in der Logik einer marktgesteuerten Sozialpolitik weniger legitimationsbedürftig sind. Zwar unterbietet eine solche eingeschränkt ökonomische Sichtweise die menschenrechtsethische Beurteilung, aber die Frage der Kosten einer angemessenen Versorgung ist nach dem Gerechtigkeitskriterium der Angemessenheit einer Entscheidung durchaus bedenkenwert. Nach den Ergebnissen einer europäischen Studie über gemeindenahere Wohnangebote für Menschen mit Behinderung ist davon auszugehen, dass die Kosten für Leistungen bei Menschen mit höherem Hilfebedarf in gemeindenahen Diensten zwar höher sein können als im Fall der Versorgung in Großeinrichtungen. Demgegenüber stehen aber die weitaus geringeren Kosten für Leistungen bei Menschen mit geringem Hilfebedarf in der Gemeinde, durch die ein solcher Mehraufwand, der überdies menschenrechtlich geboten

ist, ausgeglichen werden kann. Insofern lässt sich dieser Studie zufolge auch ökonomisch keine hinreichende Begründung zur Verweigerung von Möglichkeiten des gemeindenahen, ambulanten Wohnens finden (Freyhoff u.a. 2004, S. 37).

4. Auf dem Weg zu einer Enabling Community – Gemeinwesen inklusiv befähigend gestalten

Die Überschrift zu Artikel 19 der BRK lautet „Living independently and being included in the community“ und ist mit dem Anspruch verknüpft, gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung an allen sie betreffenden Angelegenheiten zu garantieren, damit sie so unabhängig wie möglich und mit soviel Assistenz wie nötig zu Autorinnen und Autoren ihrer eigenen Lebensführung werden und nicht länger „Objekte der Fürsorge“ bleiben. Eine solche Transformation kann letztlich nicht in quartiersfernen (stationären) Einrichtungen gelingen, sondern nur dort, wo Menschen mit Behinderung – wie alle anderen Bürgerinnen und Bürger auch – sich als aktiver Teil eines Gemeinwesens erleben können (being part of the community). Soziale Dazugehörigkeit meint dabei nicht nur *Teilhabe*, sondern muss auch als Teilgabe verstanden werden (Steinhart 2008, S. 31 f.). Denn die ausschließlich passive Entgegennahme von Hilfeleistungen durch Menschen mit Behinderung lässt ihre Ressourcen ungeachtet und widerspricht ihrem Würdeanspruch. Die Fähigkeiten, Talente und Ressourcen, die Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft einzubringen haben, sind je unterschiedlich und entsprechen den Möglichkeiten eines jeden Menschen. Dass sie aber in ihrer Unterschiedlichkeit eingebracht werden können, ist ein Erfordernis einer gerechten Gesellschaft. „Die Vergleichsbasis bezieht sich dann nicht mehr auf ein als Norm festgesetztes Maß an Leistungsfähigkeit, sondern auf das Möglichkeitenspektrum der individuellen Talentausübung, in dem Menschen gleichgestellt werden sollen.“ (Eurich 2009)

Es ist von wesentlicher Bedeutung, dass diese Talente auch *öffentlich* eingebracht werden können, als Teilgaben in den Bereichen Arbeit, Kultur und Sport, (kommunale) Politik oder Bildung. Denn Anerkennung auf der Ebene sozialer Wertschätzung geschieht auch und vor allem im Verhältnis von Bürger zu Bürger, also im Gemeinwesen. Der Ort von sozialer Inklusion ist somit weder die (stationäre) Einrichtung noch ausschließlich das private Wohnumfeld, sondern der Sozialraum der Gemeinde, des Kiezes, des Stadtteils oder der Nachbarschaft mit samt den politischen, kulturellen oder auch kirchlichen/religiösen Institutionen. Sozialen Diensten kommt bei der Gestaltung eines inklusiven Sozial-

raums eine bedeutsame Aufgabe zu: Sie sind *mehr* als Dienstleister für Assistenz, Anbieter von Wohnraum oder Unterstützer in der Bewältigung alltäglicher Herausforderungen. Soziale Dienste, die den in der BRK festgeschriebenen Anspruch auf Autonomie, Selbstbestimmung und Teilhabe einlösen wollen, müssen zu *Inklusionsagenturen* werden, die Hilfestellungen geben bei der Durchsetzung bürgerlicher Rechte, bei der Gestaltung eines mental wie technisch barrierefreien Umfeldes und bei der Bildung sozialer Netzwerke und subjektiv bedeutsamer Lebensbereiche (Seifert 2006). Von wesentlicher Bedeutung ist dabei, dass solche Inklusionsagenturen Netzwerke schaffen und nachhaltig sichern, die konstruktive Kooperationen zwischen Wohlfahrtspflege, kommunaler Politik und Verwaltung, bürgerschaftlichen und Selbsthilfeinitiativen und Bildungseinrichtungen ermöglichen. „Die Wohlfahrtspflege steht hier insofern auf einem ‚öffentlichen Prüfstand‘, ob es ihr gelingt, für die Entwicklung einer ‚inkluisiven Gesellschaft‘ Vorbildfunktion zu übernehmen – und unterwegs niemanden zu verlieren ... weder die eigenen Mitarbeitenden unabhängig vom Schweregrad des erforderlichen Perspektivwechsels noch Menschen mit Behinderungen unabhängig vom Schweregrad ihrer Behinderung“ (Steinhart 2008, S. 32).

Der Perspektivwechsel hin zu einer inklusiven Gesellschaft macht selbstverständlich auch Veränderungen in der Ausbildung und im Selbstverständnis von Sozialprofessionellen notwendig. Soziale Arbeit, die sich als eine Menschenrechtsprofession versteht, zielt auf die Realisierung sozialer Gerechtigkeit als einer Beteiligungs- und Teilhabegerechtigkeit, die den Zugang zu lebensdienlichen Ressourcen und zur Verwirklichung von Rechtsansprüchen öffnen will. Sie hat im Kontext einer auf Inklusion angelegten Behindertenhilfe sowohl Aufgaben in der Assistenz- und Unterstützungsleistung für Menschen mit Behinderung, als auch im Rahmen der Gemeinwesen- und Sozialraumarbeit. So kann es etwa durch den Handlungsansatz des Community Organizing gelingen, Engagementbereitschaft der Akteure für Inklusion und Potenziale von Empowerment, Selbstorganisation und subsidiärer Verantwortungsübernahme freizusetzen, die der kontinuierlichen Erneuerung von Solidarität und sozialer Sicherheit dienen (Kurzke-Maasmeier 2006).

Die Studienprogramme der Sozialen Arbeit oder der Heilpädagogik sollten in diesem Sinne dahingehend profiliert werden, dass sich Sozialprofessionelle im Bereich der Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie nicht nur als Dienstleistende für individualisierte

Assistenz- und Unterstützungsleistungen verstehen, sondern als *Inklusionsagenten in und für Gemeinwesen*. Sozialer Arbeit geht es um eine Befähigung zur selbstbestimmten Lebensbewältigung und -gestaltung in einer gerechten Gesellschaft und sie ereignet sich auch und vor allem in Gemeinwesen, deren Stärke gerade darin liegt, dass diese durch ihr komplexes Gefüge von Institutionen, Organisationen und Personen die wichtigste Grundlage für Inklusion beinhalten. Ein Gemeinwesen, das die rechtliche und soziale Inklusion von Menschen mit Behinderung fördert, ist ein Gemeinwesen, das wechselseitig *befähigend* wirkt und *befähigt werden* muss (Enabling Community). Durch professionelle gemeinwesenbezogene und sozialraumorientierte Handlungsansätze kann es gelingen, Gemeinwesen und ihre Akteure zu befähigen, selbst zu „Subjekten der Inklusion“ zu werden und neue zivile Solidaritäten zu etablieren, die inklusiv befähigend wirken.³ Befähigte und befähigende Gemeinwesen gründen auf einem menschenrechtsbasierten Verständnis von sozialer Zugehörigkeit sowie auf symmetrischen Anerkennungsverhältnissen (in den Bereichen Recht und soziale Wertschätzung). Es geht um die faktische Teilhabe von Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen als Bürgerinnen und Bürger an den zivilen, politischen und sozialen Anerkennungsmustern.

Die normativen Kriterien für soziale Dazugehörigkeit in einer Enabling Community lassen sich messen an der Anzahl, der Stabilität und der Nachhaltigkeit von Zugängen zu anerkenntnisrelevanten, inklusionsermöglichenden und statuserhaltenden Ressourcen wie Arbeit, Bildung, soziale Netzwerke und Gesundheit. Inklusionsagenturen im Dienste einer Enabling Community *ergänzen* und erweitern die herkömmlichen sozialstaatlichen Hilfesysteme in kritischer Absicht, sie können diese unter den gegebenen Bedingungen sicher (noch) nicht ersetzen. Die (ehrenamtlichen wie professionellen) Akteure in so verstandenen sozialen Diensten unterstützen Personen mit erhöhtem Assistenzbedarf dabei, ihren rechtlich kodifizierten Anspruch auf eine differenzierte und individuelle Hilfe zu formulieren und durchzusetzen. Das können sie in legitimer Weise jedoch nur dann, wenn sie von ihnen auch beauftragt wurden; jede ausschließlich durch professionelle Handlungsakteure initiierte „Inklusionsmaßnahme“ widerspricht in der Regel dem Autonomie- und Selbstbestimmungsanspruch im Sinne der BRK. Im Kreuzfeuer des Diskurses um die künftige Wohlfahrtspolitik und die Frage der Verantwortungsteilung zwischen Staat und Bürgern und Bürgerinnen benötigt das Enabling-Community-Konzept eine kritische Komponente,

die auf die Einhaltung von sozialen Rechten und Gerechtigkeitsstandards achtet, damit diese nicht unter der Hand durch verkürzte Formen von Beistandssolidarität und paternalistische Spielarten der Barmherzigkeit ersetzt werden (Maaser 2003, S. 32).

Die Anerkennung und die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen als Bürgerinnen und Bürger ist der Kern des Inklusionsgedankens, wie ihn die BRK formuliert. Dieser schießt in gewisser Weise über eine behindertenpolitische Perspektive hinaus, denn Inklusion meint letztlich *alle* Bürgerinnen und Bürger. Insofern ist zu hoffen, dass mit der BRK auch Impulse für die Stärkung der Menschenrechte anderer verletzlicher Gruppen und für die (Re)Vitalisierung aktiver Gemeinwesen einhergehen.

5. Fazit

Menschenrechte setzen das verletzbare Individuum in ein neues Verhältnis zu einer Gemeinschaft: Der Einzelne erhält die Befugnis, sich gegenüber den Zugriffen der Mehrheitsmacht oder eines Staates zu schützen und nicht alles hinnehmen zu müssen. Menschenrechte ersetzen noch keine gerechte Politik, aber sie sind eine motivierende Kraft, die in einem gewissen Sinne die Aufmerksamkeit auf Verhältnisse lenkt, die einer gerechten politischen Antwort bedürfen. Menschenrechte wirksam werden zu lassen und die Würde von Menschen schützen zu helfen, die als fremd, verrückt, alt und behindert gelten oder in anderer Weise verletzlich sind, ist nicht, zumindest längst nicht nur Aufgabe der Vereinten Nationen, der Menschenrechtsausschüsse oder der Nichtregierungsorganisationen. Es ist eine gemeinsame Aufgabe der gesamten Zivilgesellschaft und jeder und jedes Einzelnen, die oder der *mit anderen handeln* kann, *also Macht hat* (Hannah Arendt). Seien dies Professionelle in sozialen Diensten oder Menschen mit Behinderung, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in öffentlichen Verwaltungen oder von Leistungsträgern, Mitglieder von Kirchengemeinden, Vertreterinnen und Vertreter aus der Wirtschaft oder Verantwortliche aus dem Bildungsbereich.

Eine verantwortliche Inklusionsgesellschaft entfaltet sich auf der Grundlage eines Konzepts der Anerkennung, das nicht nur „schwache Toleranz“ meint, sondern die Auseinandersetzungen mit der Andersheit der anderen forciert und auf eine *Gemeinschaft der Pluralitäten* abzielt. Eine am Anerkennungs-begriff orientierte Behindertenpolitik initiiert einen Prozess, der ein neues Verständnis der Teilhabe aller Menschen am sozialen, politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben erforderlich macht. Die Ethik

hat die gesellschaftlichen Institutionen hinsichtlich der Frage kritisch zu analysieren, ob diese ihren Mitgliedern die Teilhabe an den Anerkennungsformen ermöglichen, die für die Entwicklung des Selbstvertrauens, der Selbstachtung und der Selbstschätzung notwendig sind und damit soziale Inklusion ermöglichen. Denn Selbstverantwortungs- beziehungsweise Selbsthilfepotenziale verdanken sich keinem „urwüchsigen“ Entstehungsprozess, sondern sind das Ergebnis von sozialer Anerkennung. Die „Ent-hinderung der Gehinderten“, wie Peter Radtke das nennt, also die Herstellung von Möglichkeitsbedingungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung an allen relevanten normativen Anerkennungsmustern, befähigt erst zur Ausübung von Freiheit und damit zur aktiven Gestaltung einer inklusiven Gesellschaft.

Anmerkungen

1 Als Beispiel für einen solchen Prozess kann die Umsetzung der „Charta der Rechte hilfs- und pflegebedürftiger Menschen“ gelten, auch wenn es sich hinsichtlich der Rechtswirksamkeit um ein anderes Dokument handelt. Die Charta ist mittlerweile um einen Leitfadensatz zur Selbstbewertung ergänzt worden, der es Einrichtungen und Diensten bereits heute ermöglicht, die Charta als Instrument ihres Qualitätsmanagements oder zur Unterstützung ihrer täglichen Praxis zu nutzen.

2 Dabei wird sich der Anteil der über 60-Jährigen verdreifachen, d.h. dass es künftig v.a. mehr pflegebedürftige alte Menschen mit einer (geistigen) Behinderung in stationären Einrichtungen geben wird. Die Zahlen beruhen auf Berechnungen des Statistischen Bundesamtes und des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung (vgl. Berliner Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2009, S. 7).

3 Der von Andreas Lob-Hüdepohl und Leo J. Penta entwickelte Begriff einer „Enabling Community“ und die Idee eines befähigten wie befähigenden Gemeinwesens wurden im Rahmen der Forschungsarbeit am Berliner Institut für christliche Ethik und Politik (ICEP) und dem Deutschen Institut für Community Organizing (DICO) an der Katholischen Hochschule für Sozialwesen (KHSB) vertieft. Zusammen mit der Evangelischen Stiftung Alsterdorf veranstaltete die KHSB vom 18.-20. Mai 2009 in Hamburg schließlich den Fachkongress „Enabling Community – Gemeinsame Sache machen“, auf dem Perspektiven und Aufgaben einer inklusiven Gesellschaft konkretisiert worden sind. Siehe dazu www.enabling-community

Literatur

Berliner Institut für Bevölkerung und Entwicklung: Alt und Behindert. Wie sich der demografische Wandel auf das Leben von Menschen mit Behinderung auswirkt. Berlin 2009

Bloch, Ernst: Tübinger Einleitung in die Philosophie. Frankfurt am Main 1963

Brüll, Hans-Martin; Bohlken, Elke (Hrsg.): Autonomie in Beziehung. Zur Ethik von Sozialunternehmen mit christlichem Anspruch. Freiburg im Breisgau 2009

Conradi, Elisabeth: Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt am Main 2001

Degener, Theresia: Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung von Sachverständigen am 24. November 2008 in Berlin zum

Gesetzesentwurf der Bundesregierung zu dem Übereinkommen der Vereinten Nationen vom 13. Dezember 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sowie zu dem Fakultativprotokoll vom 13. Dezember 2006 zum Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen – Drucksache 16/10808, S. 21-25

Eurich, Johannes: Soziale Gerechtigkeit für Menschen mit Behinderung. Vortrag im Institut Mensch, Ethik, Wissenschaft am 10.3.2009 in der Reihe „Friedrichshainer Kolloquium“. In: www.imew.de/fileadmin/Dokumente/Volltexte/FriedrichshainerKolloquien/Eurich_SozialeGerechtigkeit.htm (Abruf: 20.6.2009)

Freyhoff, Geert u.a. (Hrsg.): Included in Society – Ergebnisse und Empfehlungen der europäischen Studie über gemeinde-nahe Wohnangebote für Menschen mit Behinderungen. Brüssel 2004

Kittay, Eva Feder: Behinderung und das Konzept der Care Ethik. In: Graumann Sigrid u.a. (Hrsg.): Ethik und Behinderung. Ein Perspektivenwechsel. Frankfurt am Main 2004, S. 67-80

Kurzke-Maasmeier, Stefan: Aktivierende Soziale Arbeit im reformierten Sozialstaat. Professionelle Herausforderungen und sozialetische Kritik. In: Kurzke-Maasmeier u.a. (Hrsg.): Baustelle Sozialstaat! Sozialetische Sondierungen in unübersichtlichem Gelände. Münster 2006, S. 111-128

Lachwitz, Klaus: UN-Konvention soll deutsches Recht werden – sie gibt wichtige Impulse. In: www.lebenshilfe.de/wDeutsch/aus_fachlicher_sicht/artikel/un-konvention-soll-deutsches-recht.php?listLink=1 (Abruf: 20.6.2009)

Lob-Hüdepohl, Andreas: Autonomie und Soziale Menschenrechte in der Pflege – Ethische Grundsatzbemerkungen. In: Fix, Elisabeth; Kurzke-Maasmeier, Stefan (Hrsg.): Das Menschenrecht auf gute Pflege. Selbstbestimmung und Teilhabe verwirklichen. Freiburg im Breisgau 2009, S. 33-46

Maaser, Wolfgang: Normative Diskurse der neuen Wohlfahrtspolitik. In: Dahme, Heinz-Jürgen u.a. (Hrsg.): Soziale Arbeit für den aktivierenden Staat. Opladen 2003, S. 17-36

Mulcahy, Frank: Future of Social Services in Europe – how it concerns disabled people. In: Observatorium für die Entwicklung der sozialen Dienste in Europa: „The future of social services in Europe“. Brüssel 2001, S. 84-89

Netzwerk Artikel 3 e.V.: Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Schattenübersetzung des Netzwerk Artikel 3 e.V.: Korrigierte Fassung der zwischen Deutschland, Lichtenstein, Österreich und der Schweiz abgestimmten Übersetzung. Berlin 2009

Pohmann, Rosemarie: Artikel Autonomie. In: Ritter, Joachim (Hrsg.): Historisches Wörterbuch der Philosophie. Band 1. Basel 1971, S. 702-719

Rückholdt, Frank-Dietrich: Über das Recht aller Menschen, unter den Brücken zu schlafen ... Qualitätssicherung als Vermeidungsstrategie. Referat vom 25. Januar 2001 an der Fachhochschule Niederrhein. In: www.teamteachers.de/html/qm_als_vermeidung.html (Abruf: 20.6.2009)

Seifert, Monika: Inklusion ist mehr als Wohnen in der Gemeinde. In: Greving, Heinrich u.a. (Hrsg.): Inklusion statt Integration? Heilpädagogik als Kulturtechnik. Gießen 2006, S. 98-113

Steinhart, Ingmar: Praxis trifft Inklusion. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 1/2008, S. 29-34

Vock, Rubina u.a. (Hrsg.): Mit der Diagnose „chronisch psychisch krank“ ins Pflegeheim? Eine Untersuchung der Situation in Berlin. Frankfurt am Main 2007

Kommunikation in der psychosozialen Versorgung

Postmoderne Reflektionen

Gert Hellerich; Daniel White

Zusammenfassung

Kommunikation wird in diesem Artikel als eine wesentliche Ressource in der psychosozialen Versorgung gesehen. Professionelle, die sich dieser Ressource verpflichten, werden eine andere Umgangsform mit ihre Klientel pflegen als diejenigen, die ihre Hoffnung auf eine biotechnologisch ausgerichtete Psychiatrie setzen. Eine sozial ausgerichtete Psychiatrie sollte Kommunikation als zentrale Kategorie ihrer Tätigkeiten wertschätzen. Ziel sollte es sein, die Macht der Professionellen über die Patienten und Patientinnen, in welcher eine verdinglichte Ich-Es-Beziehung bestimmend ist, zu überwinden und kommunikative Ich-Du-Beziehungen aufzubauen. Diese alternative Form des Umgangs mit der Klientel zielt darauf ab, sie in ihrem lebensweltlichen Zusammenhang zu verstehen. Eine neue gesundheitsfördernde Praxis des Miteinanders kann sowohl in der professionellen psychosozialen Versorgung wie auch in Selbsthilfegruppen aktualisiert werden.

Abstract

In this article communication is viewed as an essential resource in psychosocial care. Professionals who commit themselves to work with this resource develop a different approach to their clients than those who set their hopes on a biotechnologically oriented psychiatry. A socially oriented psychiatry should consider communication as a central category of its practices. Its goal should be to discard the notion of professionals having power over their clients, which is based on a reified I-IT relationship, and to fashion a communicative I-You (I-Thou) relation instead. This alternative approach aims to understand clients in the context of their everyday experiences (their „life worlds“). This new practice fostering interpersonal health can be actualized in professional psychosocial care as in self-help groups.

Schlüsselwörter

psychisch Kranker – psychosoziale Versorgung – Kommunikation – Lebenswelt – Therapie – Psychiatrie – Kritik – Methode

Kommunikation: Die soziale Matrix der Psychiatrie

Vor einigen Jahrzehnten veröffentlichten der Psychiater *Ruesch* und der Kulturanthropologe *Bateson* ein Buch mit dem Titel „Kommunikation – die so-