

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,

Inklusion vor dem Aus – zurück ins Heim – so der Titel dieses Fachgespräches. Und Inklusion bedeutet zunächst einmal Eingeschlossen sein. Einschließen im Sinne von einbezogen werden. Von dazugehören. Von Teilhaben. Und dahinter steht die Grundsatzfrage, ob auch psychisch kranke Menschen zu Deutschland, zu unserer Gesellschaft und in unsre Gemeinschaft gehören – oder wieder hinter Mauern verschwinden. Zurück ins Heim – weil die Kassen leer sind und wir uns die Eingliederung, die Inklusion von psychisch kranken Menschen nicht mehr leisten können. Diktiert also die Kassenlage, die Wirtschaftskraft, wie viel Rechte Menschen mit Behinderungen zugestanden bekommen?

Der Inklusionsbegriff wird in Deutschland spätestens nach dem Beitritt der EU zur UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen breit diskutiert. Es geht darum, nicht weniger als die – ich zitiere – „allgemeinen Menschenrechte für die Lebenssituation behinderter Menschen zu konkretisieren. Und diese gegen unfreiwillige Ausgrenzungen aus Gemeinschaften und der Gesellschaft ins Feld zu führen“. Es geht um Menschenrechte – das Recht auf Teilhabe und Teilgabe ist genauso unverzichtbar und unteilbar wie das Recht auf Leben, auf individuelle Lebensäußerung, das Recht auf Informations-, auf Reisefreiheit.

Und wenn die Menschenrechte für Behinderte zu teuer werden? Wenn die Eingliederungshilfe das ihr vorgegebene Budget sprengt? Wenn die einbeziehende Dazugehörigkeit zu viel kostet? Sparen wir dann eben ein paar Menschenrechte ein? Reisefreiheit zum Beispiel. Teilhabe an Demokratie und Freiheit? Übertrieben, liebe Zuhörer? Dann lassen Sie uns deutlich werden: Was bitte schön ist unnötige Heimversorgung – unnötig weil das Heim billiger und weniger aufwendig ist als sozialräumliche Inklusion – was ist unnötige Heimversorgung anderes als Freiheitsbeschränkung oder klarer gesagt: Freiheitsberaubung?

Und treiben wir die Grundsatzfrage noch ein kleines Stück weiter – damit jeder und jede von uns wisse, was wir heute hier verhandeln. Ich denke an den folgenschwersten Satz der deutschen Nachkriegsgeschichte. Wir alle haben ihn fast wörtlich im Kopf: Niemand hat die Absicht eine Mauer zu bauen. Auf unsere Verhältnisse übertragen: Niemand hat die Absicht, hinter Anstaltsmauern wegzusperren. Und hinter dem Ursprungssatz steht die vermeintliche Notwendigkeit, die Abwanderung der Bürger aus der DDR, den Ablauf von Ressourcen und Wirtschaftskraft zu unterbinden.

Impulsreferat von Eckart Drews bei der Tagung „Zurück ins Heim - Ambulante Betreuung vor dem Aus?“ des Landesverbands Sozialpsychiatrischer Einrichtungen Schleswig-Holstein vom 23.01.2012 in Kiel

Warum drängt sich bloß der Vergleich zur Eingliederungshilfe auf? mit der ambulanten Betreuung im Sozialraum. Die Mittel werden knapper und wir können uns Freiheit für alle wirtschaftlich nicht mehr leisten. Zu teuer für die Republik um Inklusion für psychisch kranke Mitbürger zu gewährleisten. Aber niemand hat die Absicht, eine Mauer zu errichten. Es werden nur ein paar Steine aufeinander gestapelt. Stolpersteine, Barrieren, in der Praxis von Menschen mit psychischen Behinderungen oft unüberwindliche Hürden.

Wohlgemerkt, es geht hier nicht um die Exzesse – wohl aber geht es um den Vergleich und das Prinzip. Wir erinnern die Absicht der UN-Behindertenkonvention: die [Menschenrechte](#) gegen unfreiwillige Ausgrenzungen aus Gemeinschaften und der Gesellschaft ins Feld führen Und dabei reicht es schon, dass man die Menschenrechte auf das notwendigste beschränkt. Dass man eine Hierarchie der Werte errichtet. Wie in der Anstalt mit vormals der Satt - Sauber- und Trockenpflege. Dann gibt es eben Äpfel statt Bananen. Oder Sättigungsbeilagen statt Genussmittel. Haben wir doch gerade erst erlebt – bei der Neuberechnung des Warenkorb für Grundsicherungsempfänger. Bier und Zigaretten raus – schließlich soll der Behinderte nicht auch noch Tabak oder Alkohol auf Staatskosten konsumieren. Merken wir den Skandal? Unsere Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ist im Sozialhilferecht organisiert. Ein Behinderter kommt erst dann in den Genuss der Eingliederungshilfe – schon wieder falsch, Genuss ist ja kein Menschenrecht für Behinderte – ein psychisch Behinderter Mitbürger wird erst dann mit dem notwendigsten versorgt, wenn er zuvor auch noch sozial behindert wurde.

Aber bleiben wir konkret: Die Satt-Sauber-Trockenpflege war ja gar kein schlechtes Beispiel für den Skandal, um den es heute geht. Es ist noch gar nicht so lange her, dass ein ganzes Bundesland versuchte, die ambulante Betreuung für psychisch Kranke aus der Eingliederungshilfe zuständigkeithalber abzuschieben. Das Bundesland Bremen hat Haushaltsnot und die macht bekanntlich erfinderisch. Ist ambulante Wohnbetreuung für Psychisch Kranke nicht eigentlich das gleiche wie Ambulante Psychiatrische Pflege? Dann sind wir als Öffentliche Hand nicht mehr zuständig. Wir entlasten unser Budget – und haben wir uns nicht erst höchstrichterlich bescheinigen lassen, dass wir nur das leisten müssen, wofür wir unbedingt und nachrangig zuständig sind? Wir müssen uns doch nicht um Menschenrechte kümmern – für uns hat die Senkung des Sozialhilfebudgets Priorität.. Und wenn ich nur eine Mauer baue, wozu wie gesagt niemand die Absicht hat, bin ich doch nicht für die Ausgrenzung verantwortlich.

Doch weiter mit dem Argument der Satt - Sauber und Trockenpflege versus ambulante Betreuung und Inklusion. Das Land Bremen ist mit seinem Versuch

glorios gescheitert seine öffentliche Verantwortung der Medizin zuzuschieben. Weil es um Behinderte geht. Und um die Wahrung ihrer Teilhaberechte. Aber der Versuch war doch gar nicht so dumm. Dachten sich die Sozialamtsleiter der schleswig-holsteinischen Landkreise und schrieben ein Papier, das das Ambulante Wohnen im Grundsatz auf Pflegeleistungen beschränkt. Der Klient ist immer zuhause wenn er terminiert besucht werden soll, er ist dankbar und macht die Tür auf. Er braucht keine Leistungen zur Inklusion, denn er hat schon seinen Wohnraum. Alles was über die direkte Pflege am Klienten hinausgeht – hab ich Pflege gesagt? Ich meinte natürlich face-to-face Kontakt ist minutiös aufgezählt – 15 Minuten einer 75minütigen Fachleistungsstunde. Aber weil die Zeit knapp bemessen ist zitiere ich, was die Sozialamtsleiter alles nicht aufzählen und deshalb auch nicht für notwendig halten: Arbeit mit dem nachbarschaftlichen Umfeld z.B.. Wer schon einmal versucht hat, einem Klienten mit auffälligem Verhalten seinen Wohnraum zu erhalten, weiß wovon ich rede. Inklusionsfördernde Maßnahmen zur Teilhabesicherung – kein Thema. Soll die Klientin doch in den Sportverein gehen wie jeder andere auch. Oder in den Volkshochschulkurs. Gespräche mit dem Trainer oder dem Kursleiter, um auf die besonderen Probleme hinzuweisen, mit ihm Absprachen zu treffen, sie zu sensibilisieren – kein Thema. Verständlich übrigens, denn wie soll die bettlägerige Patientin des Pflegedienstes Basketball spielen? Oder Brigde lernen. Oder warum als Suchtkranker beim nachherigen Nachtrainingsbier auf Alkohol verzichten? Nicht Aufgabe des Pflegedienstes. Antistigmaarbeit – Einwirken auf den Sozialraum. Kein Bedarf – schließlich ist der Wohnraum, das eigene Zimmer, am besten noch mit Pflegebett, kein stigmatisierender Bereich.

Diese Beispiele ließen sich ellenlang fortsetzen – 100% Auslastung aber keine Leistungen mehr wenn die Klientin im Krankenhaus ist. Lassen wir uns das auf der Zunge zergehen: Dann, wenn besonders krank, gerade dann keine sozialräumlichen Kontakte und keine Kontakthaltung in das soziale Umfeld hinein. Aber 100% Auslastung – und der Mitarbeiter wird nachhause geschickt wenn der Klient im Krankenhaus ist? Oder das Personaltableu wird überbucht. Kein Wunder dass immer mehr Anbieter mit Honorarkräften arbeiten, die nur noch die erbrachten Fachleistungsstunden bezahlt bekommen. Nichtantreffen oder Wegezeiten sind Risiko des scheinselfständigen Subunternehmers. Nichtantreffen des Klienten (im Klartext: er macht nicht die Tür auf – vielleicht weil er einen Rückfall hatte oder sich schämt. Oder weil die Depression wieder einmal zu tief ist. Dann bloß nicht die Nachbarin fragen – bloß nicht kümmern, sondern man darf 10 Min. anrechnen. Beim ersten Mal. Wenn das ein zweitesmal nacheinander geschieht: Sofort den Leistungsträger informieren. Damit der wegen Verstoß gegen das Mitwirkungsgebot die Leistung einstellen kann. Wer nicht parat liegt, wer zu krank ist um zu öffnen, erhält sofort keine Leistung mehr.

Eine verräterische Fußnote am Rande, werte Zuhörer: Die KreissozialamtsleiterInnen benennen einen Punkt ihrer Übereinkunft: Ambulantisieren von stationären Angeboten. Wie verhilft man psychisch kranken Menschen raus aus der Anstalt und rein in den Sozialraum ist damit gemeint. Die Antwort ist lapidar: Dies hat keine Relevanz für Ambulantes Betreutes Wohnen. Und dann steht dahinter: Ich zitiere wörtlich: Ist Anliegen der Leistungserbringer. Da stockt einem der Atem: Ambulantisieren ist Anliegen der Leistungserbringer. Nicht Auftrag des Gesetzgebers? Nicht Teil der Behindertenrechtskonvention und damit Menschenrecht? Hier verrät sich der Geist der Satt-Sauber-Trockenpflege selber: Niemand hat die Absicht eine Mauer zu bauen. Aber oops, die Anstaltsmauern stehen schon. Ebenso wie die Barrieren im Sozialraum. Aber es ist doch nicht Aufgabe des Sozialhilfeträgers, diese einzureißen. Das wollen die Leistungserbringer. Damit sind die einschlägig Verdächtigen benannt. Und die Kostenträger outen sich einmal wieder als Nicht-Zuständig. Wir leisten das unbedingt nötige. Inklusion gehört nicht dazu. Diagnoseorientierte, defizitdefinierte Pflege statt Maßnahmen zur sozialräumlichen Teilhabe.

Soviel zur Einstimmung in das Hauptthema dieser Veranstaltung: Inklusion vor dem Aus. Das Eckpunktepapier der KreissozialamtsleiterInnen und das Gegenpapier des Landesverbands für Sozialpsychiatrie. Auch schon wieder mehr als 1 Jahr alt. Ohne irgendeine Reaktion. Die Karawane zieht weiter, die diagnose- und defizitorientierte Ambulante Psychiatrische Pflege wird als ambulantes Betreutes Wohnen in Schleswig-Holstein durchverhandelt und umgesetzt – und niemand hat die Absicht, eine Mauer zu bauen. Wir setzen nur Stein um Stein aufeinander.

Ich zitiere hierfür Fritz Bremer: Gab es früher in der Anstalt, der „totalen Institution“, Ausgrenzung durch Einschließung, so beherrscht heute ein gänzlich anderes Bild die Szenerie: Ausgrenzung durch Ausschließung, durch Verwehren von Hilfe, mit Tendenz zur Gleichgültigkeit und Gefährdung hilfsbedürftiger Personen durch Vernachlässigung. Die Analyse der Problemlage schafft ein klares Bild: Die Bewertung von Menschen und psychosozialen Hilfen nach ökonomischen Maßstäben gekoppelt mit rigorosen Einsparungsmaßnahmen {eine Bewertung} nach diesen Prinzipien bedroht das in den letzten Jahrzehnten im Bemühen um eine humane Psychiatrie Aufgebaute¹. Zitat Ende.

1

Renate Schernus / Fritz Bremer
Tyrannei des Gelingens, Ein Plädoyer gegen marktkonformes Einheitsdenken in sozialen Arbeitsfeldern, S.
119

Lassen Sie mich in der Kürze der Zeit noch ein weiteres Feld öffnen: Die erklärte Absicht aller Kostenträger, stationäre Einrichtungen nicht auszuweiten und auch teilstationäre Wohngemeinschaften durch ambulante Betreuung wie zuvor geschildert zu ersetzen.

Das Prinzip dabei ist denkbar einfach: Man lege das Gesetz nach Kassenlage aus, schreibe als einzige ambulante Maßnahme die geschilderte pflegedienstähnliche Minimalleistung fest – und alle KlientInnen, die sich mit ihrer psychischen Befindlichkeit nicht an Terminabsprachen und Minutentaktung halten können, haben eben Pech gehabt. Der gesamte teilstationäre Bereich, das gemeinsame Lernfeld Wohngemeinschaft, die Erreichbarkeit von Mitarbeitern außerhalb vortermintierter Zeiten, die Not, jetzt und gleich jemanden zu brauchen, der auch nur zuhört, entaktualisiert oder interveniert – all das wird als stationäre Maßnahme definiert und der Klient mit über stabilisierende Pflege hinausgehendem Unterstützungsbedarf findet keinen Platz mehr im Sozialraum.

Sozialtherapeutische Wohngruppen mit sowohl assistierendem Milieu, Lernfeld gemeinsam Wohnen im Sozialraum und Vorhalten von stützenden Strukturen, wie auch Selbstverständlichkeiten von selbstbestimmtem Lebensvollzug wie eigene Adresse, eigenes Konto, eigene Nachbarschaft – all das geht unter vor der Alternative Pflegedienst oder Anstalt. Wir brauchen variable Hilfen in unterschiedlicher Intensität für je unterschiedliche, lebensweltbezogene Unterstützungs- und Inklusionsbedarfe – anderenfalls zerschellt das Menschenrecht auf Inklusion an den Mauern derer, die nichts anderes zum Ziel haben, als ihr eigenes Budget, ihren Zuständigkeitsbereich von Kosten zu entlasten. Jeder Sozialgesetzbuchverantwortliche Kostenträger scheint derzeit seinen Berit wie einen Betrieb zu führen: Wie halte ich meine Zahlen sauber? Wie verhindere ich, dass meine Ausgaben steigen? Und dass wir es hier mit behinderten Menschen zu tun haben, mit ihren Rechten und Menschenrechten, mit Querschnittaufgaben wie Inklusion, Prävention, sozialräumliches Einwirken – dafür scheint keiner mehr zuständig in einem Bundesland, das die Behindertenrechte der Betriebswirtschaft nachordnet.

Übrigens augenscheinlich auch die Fachbehörden des Landes nicht. Wer führt eigentlich die Fachaufsicht über die Kostensenker? Wer koordiniert Psychiatriepolitik in Schleswig-Holstein? Wer wacht darüber, dass das Zusammenwirkungsgebot zwischen den Sozialgesetzbüchern nicht weiter zu einem Nicht-Zuständigkeits-Wettlauf verkommt? Und ich zitiere nochmals die UN-Konvention für die Rechte von Behinderten Menschen: Menschen mit Behinderungen müssen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und sie sind nicht verpflichtet, in besonderen Wohnformen zu leben.

Impulsreferat von Eckart Drews bei der Tagung „Zurück ins Heim - Ambulante Betreuung vor dem Aus?“ des Landesverbands Sozialpsychiatrischer Einrichtungen Schleswig-Holstein vom 23.01.2012 in Kiel

Oder um es mit den Worten von Renate Schernus zu sagen: Eine Gesellschaft, die psychisch kranke, süchtige oder behinderte Menschen aus dem gemeinsamen Prozess herausfallen lässt, in der holen sich auch die krankhaft-gesunden Glieder in logischer Häufung ihre Herzinfarkte, Hörstürze, Depressionen oder Süchte. Die Schwächeren, Sensibleren und Eigenartigen sind nur die ersten, die durch ihre Krankheit auf den herrschenden Un-Sinn aufmerksam machen². Ich wiederhole diesen Satz noch einmal: Die Schwächeren, Sensibleren und Eigenartigen sind nur die ersten, die durch ihre Krankheit auf den herrschenden Un-Sinn aufmerksam machen.

Aufmerksam machen und aufmerken – das wünschen wir uns für diese Veranstaltung.

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und freue mich auf die Debatte.

² Schernus, Renate: Die Kunst des Indirekten