

Die UN-Behindertenrechtskonvention – Was hat das mit uns zu tun?

Vortrag von Hermann Elgeti auf der
Fortbildungsveranstaltung der
Akademie für öffentliches
Gesundheitswesen in Düsseldorf am
05.03.2013 in Frankfurt am Main

1. Was steckt in der Fragestellung?
2. Welche Grundhaltung ist nötig?
3. Wie organisieren wir die Hilfen?



1. Was steckt in der Fragestellung? (1)

Inklusion und Partizipation – Vision und Illusion für Sozialpsychiatrische Dienste



Inklusion – alle sind willkommen.

Partizipation – alle sind beteiligt.

Das Wesen einer Sache zeigt sich an ihren Grenzen und in der Auseinandersetzung mit ihrem Widerspruch.

- Widerspruch **Exklusion** – Ausgrenzung der Überflüssigen in einer gespaltenen Gesellschaft

- Widerspruch **Disziplinierung** – Zwang zur Anpassung an die herrschenden Verhältnisse

Die UN-BRK zeigt uns eine Vision zur Orientierung unseres Handelns und eine Illusion, die unsere Kritik herausfordert.

1. Was steckt in der Fragestellung? (2)

Alle sind willkommen: Hell- und Dunkelfelder der Debatte um Inklusion



Das Spektrum der Lebensphasen und Lebenslagen

Jahr	3.	6.	14.	18.	25.	45.	65.	80.
Lebensphase	Kinder		Jugendliche		jüngere Erwerbstätige	ältere Erwerbstätige	rüstige Alte	Hochbetagte
	Kita	Schule	Ausbildung und Berufstätigkeit			Ehrenamt		
	„inklusive Schule“						„inklusives Wohnen & Pflege im Alter“	
	„frühe Chancen“				„Persönliches Budget“ / „Barrierefreiheit“			
Lebenslage	soziale Ungleichheiten (<i>inequalities</i>): Geschlecht (Frau – Mann), Wohlstand (arm – reich), Klasse (unterdrückt – herrschend), kulturelle Herkunft (einheimisch – fremd)							
	individuelle Nachteile (<i>handicaps</i>): persönliche Notlagen / somatische, psychische Krankheiten / geistige, seelische, körperliche, Sinnes-Behinderungen							

Die UN-Behindertenrechtskonvention - Was hat das mit uns zu tun?

1. Was steckt in der Fragestellung? (3)

Alle sind beteiligt: Die Psychiatrie und das Prinzip „Verhandeln statt Behandeln“

Charles-Louis Mullet:

Pinel befreit die Kranken aus der Bicêtre in 1793.



Die UN-Behindertenrechtskonvention - Was hat das mit uns zu tun?

1. Was steckt in der Fragestellung? (4)

Inklusion und Exklusion – politischer Anspruch und soziale Wirklichkeit

anspruchsvolle Programme zu sozialen Beziehungen und Gesundheit

1948 UN-Deklaration der Menschenrechte

1986 Ottawa-Charta der WHO „Gesundheit für alle!“

1988 WHO-Projekt „Gesunde Städte“ / 1992 Lokale Agenda 21

2005 Grünbuch der EU zur psychischen Gesundheit

2007 UN-Behindertenrechtskonvention

Spaltung der Gesellschaften bei globaler ökonomischer Integration

Wohlstand einiger Regionen auf Kosten anderer (und der Natur)

Segregation von Arm und Reich in den Städten

Abwanderung aus wirtschaftlich abgehangenen Regionen

Verarmung der Kommunen als Garanten der Daseinsfürsorge

Entwicklung einer „sozial-toxischen Umwelt“ (Gewaltbereitschaft und Fremdenfeindlichkeit, Vandalismus und Verwahrlosung)



1. Was steckt in der Fragestellung? (5)

Disziplinierung statt Partizipation: Zwang zur Anpassung in der Risikogesellschaft



Besondere Risiken für psychisch Kranke

Individualisierung, Technisierung und Globalisierung bedeuten für labile Menschen erhöhte Risiken durch die **riskante Beschleunigung** aller Prozesse und durch **starke Normierung** des erwarteten Verhaltens.

Begrenzte Ressourcen im sozialen Sicherungssystem gefährden psychisch kranke Menschen besonders bei der **Rationalisierung und Rationierung** von Dienstleistungen sowie bei der **Belebung sozialdarwinistischer Haltungen** in der Öffentlichkeit.

Der Trend zur Evidenzbasierten Medizin auch in der Psychiatrie erhöht für schwer erkrankte Menschen mit komplexem Hilfebedarf das Risiko, wegen **Standardisierung** der Leistungen kein Hilfsangebot zu bekommen und wegen **Zentralisierung** der Hilfsangebote keinen Zugang dazu zu finden.

2. Welche Grundhaltung ist nötig? (1)

**Unser Selbstverständnis: Kritisch denken,
engagiert handeln, fantastisch träumen!**



Sozialpsychiatrie lässt sich kennzeichnen durch

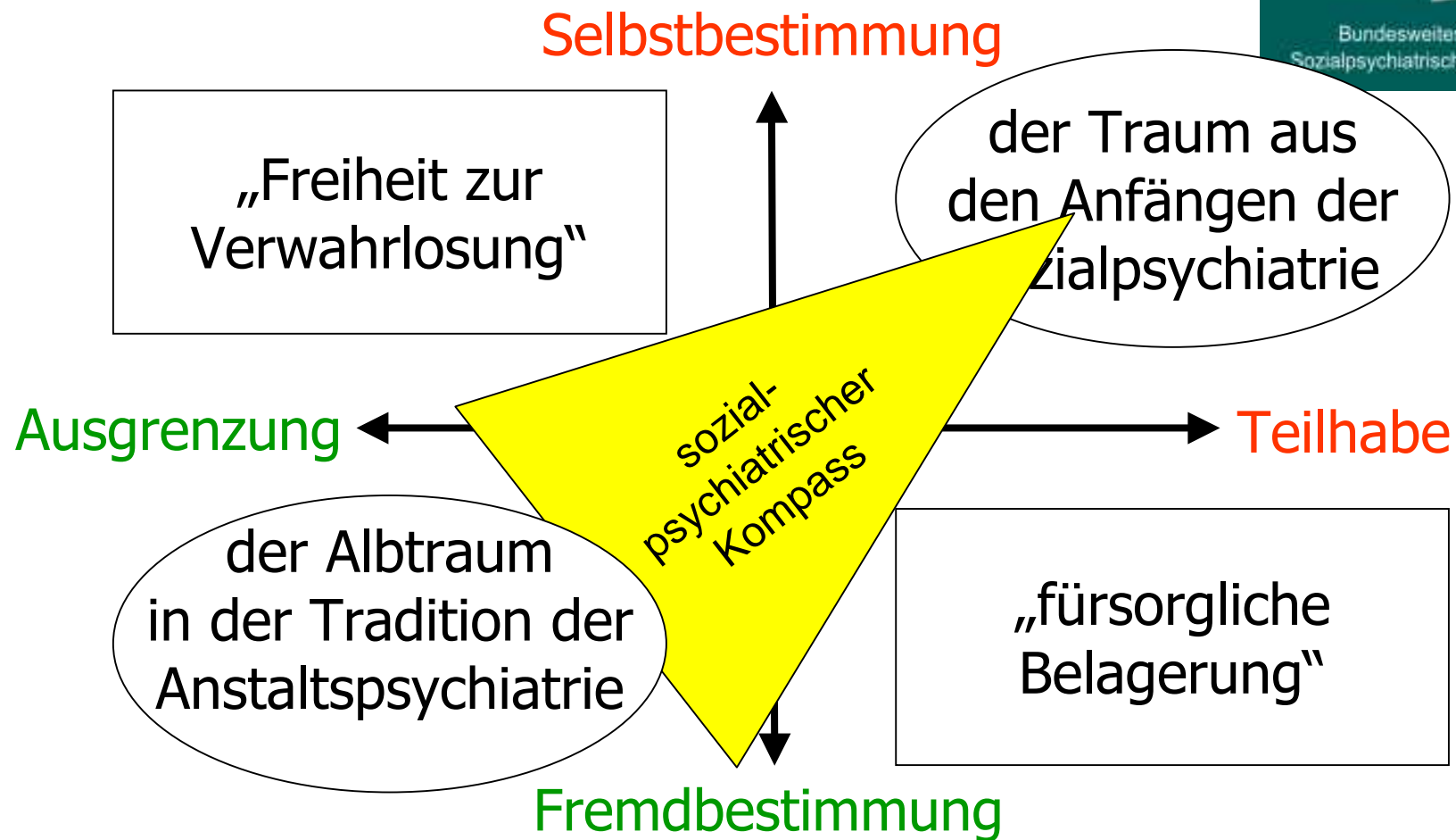
- Aufmerksamkeit für die **soziale Dimension seelischen Leidens**,
- Sorge für eine **gemeindepsychiatrische Organisation der Hilfen** mit Bereitschaft zur (Selbst-) Kritik angesichts des Versorgungsalltags,
- stetes Bemühen um **gleichberechtigte Kooperation aller Beteiligten**.

Sozialpsychiatrie kann wirksam werden

- als **ein Aspekt jeder psychiatrischen Tätigkeit** mit Aufmerksamkeit auf soziale Bedingungen von Entstehung und Verlauf, Therapie und Rehabilitation psychischer Erkrankungen,
- als **spezialisierte Disziplin** mit eigenen Institutionen in Lehre, Forschung, Krankenversorgung und öffentlichem Gesundheitsdienst,
- als **gesundheitspolitische Bewegung** für die Rücknahme sozialer Ausgrenzungsprozesse gegenüber psychisch erkrankten Mitbürgern.

2. Welche Grundhaltung ist nötig? (2)

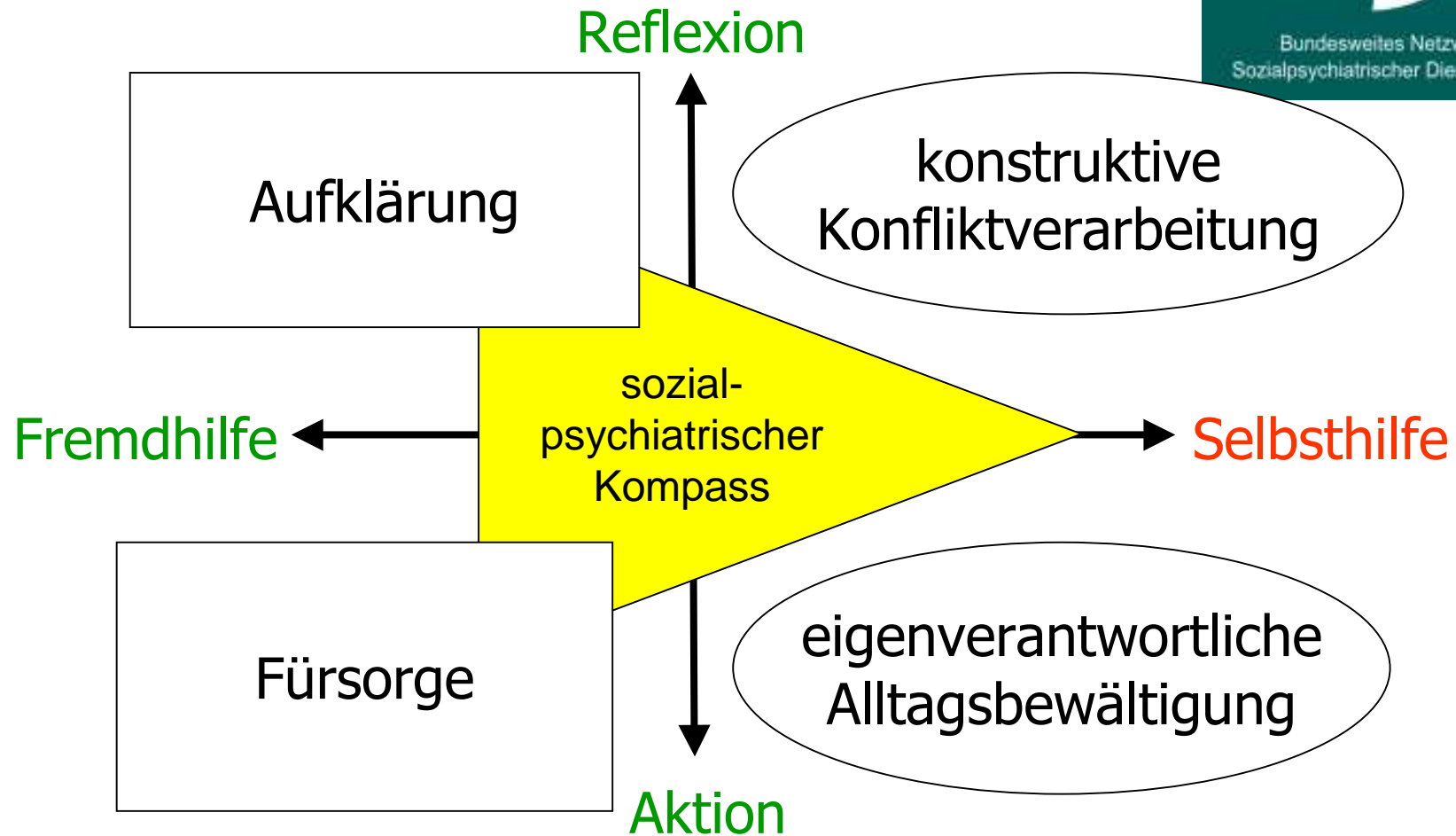
Kompass 1 zu unsrem widersprüchlichen Auftrag: Ausgrenzung bekämpfen!



Die UN-Behindertenrechtskonvention - Was hat das mit uns zu tun?

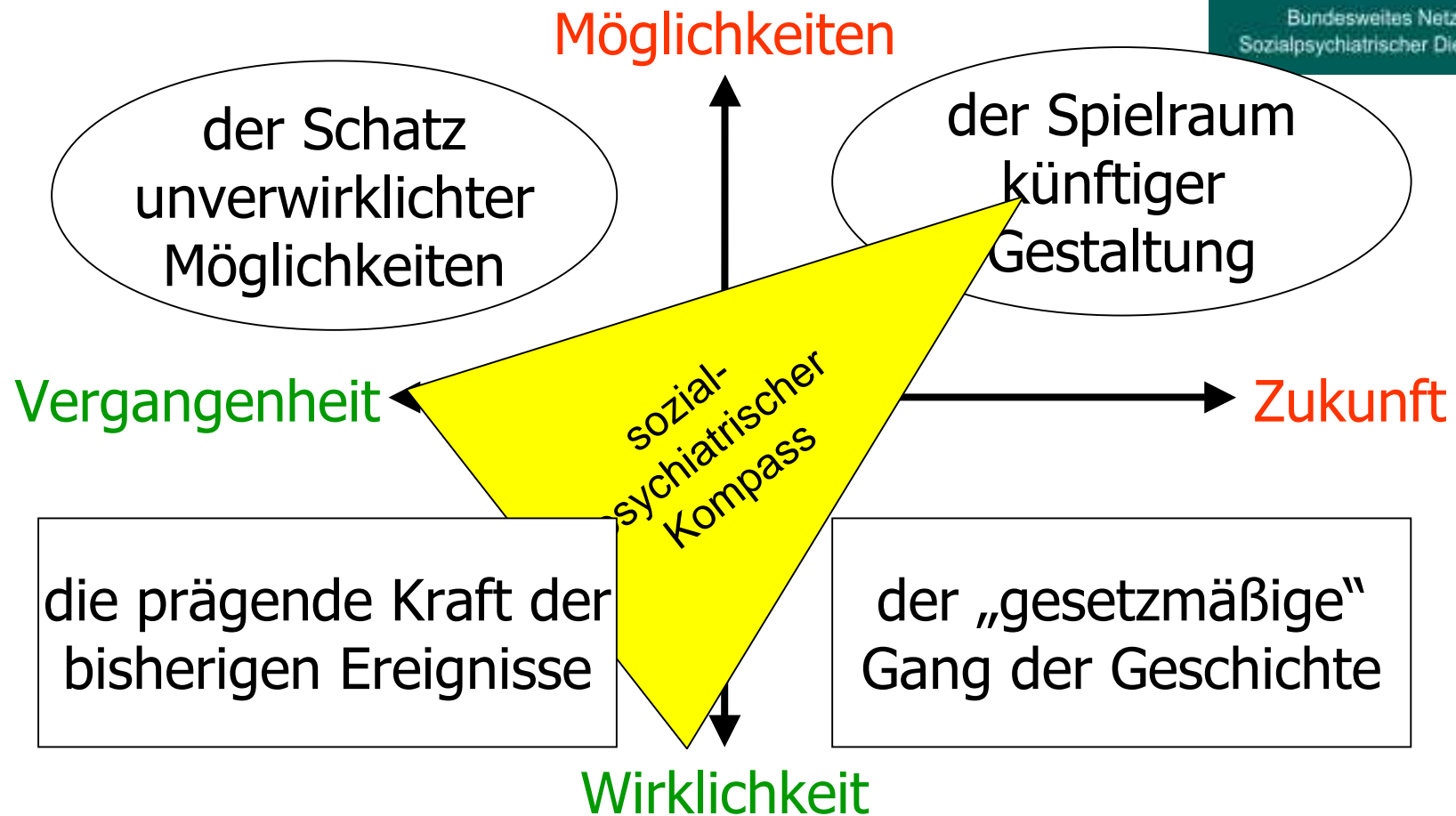
2. Welche Grundhaltung ist nötig? (3)

Kompass 2 zur Unterstützung der Betroffenen: Hilfe zur Selbsthilfe leisten!



2. Welche Grundhaltung ist nötig? (4)

Kompass 3 zu unserer Sicht auf eine sich verändernde Welt : Spielräume eröffnen!

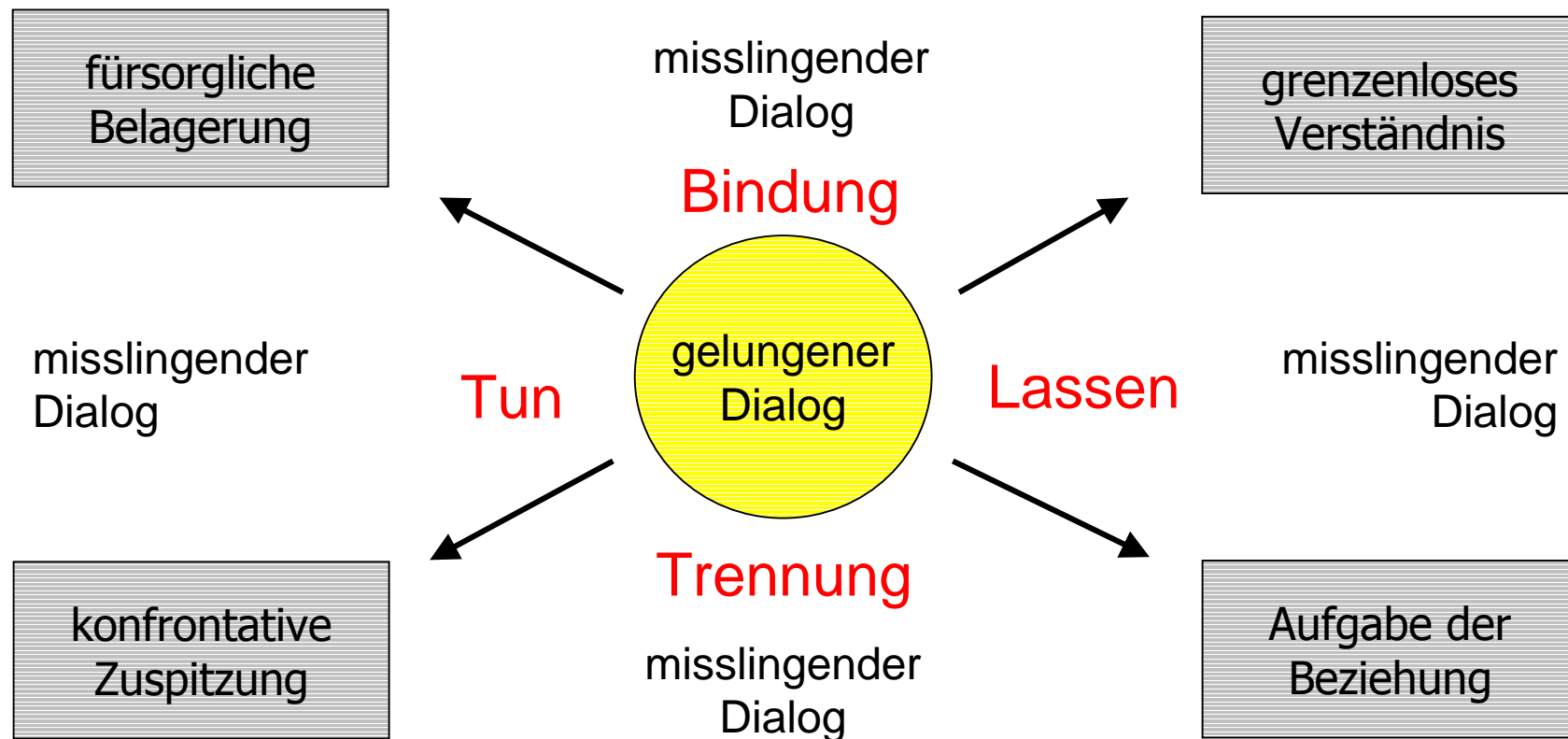


2. Welche Grundhaltung ist nötig? (5)

Gefahren eines misslingenden Dialogs bei schwierig zu betreuenden Menschen



Dialogfähigkeit als Balance-Arbeit



2. Welche Grundhaltung ist nötig? (6)

Grenzen der Beteiligungsmöglichkeiten in der Psychiatrie



Selbsthilfefreundlichkeit gilt als ein Aspekt der Patientenorientierung und ist ein Qualitätsmerkmal im Gesundheitswesen:

- **Patienten** informieren, ihre Mitwirkung suchen, Personal fortbilden;
- **Selbsthilfegruppen** unterstützen und mit ihnen zusammenarbeiten.

Gerade in der Psychiatrie ist Selbsthilfefreundlichkeit wichtig, wird hier und da auch schon geübt, doch es gibt auch besondere Probleme:

- **Widersprüche des gesellschaftlichen Auftrags** (Hilfs-, Schutz- und Kontrollfunktion) begrenzen die Selbstbestimmung der Betroffenen.
- **Schwankungen im psychischen Befinden** der Kooperationspartner beeinträchtigen deren Stabilität und Aktionsfähigkeit.
- **Kapazitäten der Selbsthilfeinitiativen** können den Wunsch einer selbsthilfefreundlichen Psychiatrie nach Kooperation übersteigen.

3. Wie organisieren wir die Hilfen? (1)

Sozialraumorientierung als notwendige Perspektive einer inklusiven Psychiatrie



Kritik am Zustand der Gemeindepsychiatrie

Fixierung auf den Einzelfall: Auch der Wandel von der Institutions- zur Personenzentrierung bei der Planung und Durchführung von Hilfen lässt das soziale Feld der Betroffenen meist unberücksichtigt.

Fixierung auf Verhaltensprävention: Vorbeugung und Früherkennung von Erkrankungen erfordern auch Verhältnisprävention im Sozialraum.

Verletzung des Prinzips „Vom Schwächsten ausgehen!“ Für sehr schwierig zu betreuende Menschen gibt es immer noch nur unbefriedigende Zugangsmöglichkeiten zu wohnortnahen Hilfen.

Exklusion: Auch 35 Jahre nach Beginn der Psychiatriereform besteht die soziale Ausgrenzung der psychisch erkrankten Menschen fort.

Separation: Selbst niederschwellige Angebote sind oft Sonderräume, in denen die Betroffenen unter sich bleiben (ambulantes Ghetto).

3. Wie organisieren wir die Hilfen? (2)

Karriere der Sozialraumorientierung von radikaler Kritik zu herrschender Politik



In den 1970er Jahren war Sozialraumorientierung ein Konzept für die Neuausrichtung Sozialer Arbeit, verbunden mit grundsätzlicher Kritik an der kapitalistischen Wirtschaftsordnung und staatlichem Handeln.

Seit den 1990er Jahren hat sich dieses Konzept in der Sozialen Arbeit (besonders im KJHG-Bereich) flächendeckend durchgesetzt, bestimmt die Kommunalpolitik und strahlt auf andere Bereiche aus.

Das SONI-Modell der Sozialraumorientierung von Früchtel und Budde		
<i>Ebene des Systems (Steuerung)</i>	Sozialstruktur / Gesellschaft Strukturbezug sozialer Probleme statt Individualisierung	Organisation / Hilfesystem regionale Flexibilisierung statt funktionaler Spezialisierung
<i>Ebene der Lebenswelt (Interaktion)</i>	Netzwerk / Gemeinwesen Feldbezug statt Verengung auf den „Fall“	Individuum / Fallarbeit Stärke- statt Bedarfsmodell in Bezug auf den Hilfeempfänger

3. Wie organisieren wir die Hilfen? (3)

Problematische Aspekte einer radikalen Sozialraumorientierung



Stigmatisierung durch Prävention: Bestimmte Bevölkerungsgruppen werden als Zielgruppen von Präventionsstrategien neu konstruiert; in benachteiligten Stadtteilen wohnt eine heterogene Bevölkerung.

Mangelnde Wirksamkeit des Ansatzes: Die Potentiale der Heilung menschlicher Notlagen werden dort gesucht, wo die Probleme am meisten kumulieren; das kann nicht funktionieren.

Das Problem adaptiver Präferenzen: Menschen richten ihre Wunsch- und Bedürfnisstrukturen an ihrem sozialen Kontext aus; sehr schwer erkrankte, schlecht versorgte Menschen äußern sich sehr zufrieden.

Selbstverwaltung der Not: Der Wohlfahrtsstaat mit seiner kollektiven Integrationsstrategie wird brüchig, und es entsteht der Eindruck, die für überflüssig erklärten Menschen sollten sich selbst unterstützen.

3. Wie organisieren wir die Hilfen? (4)

Bedeutung der Begriffe Soziales Netzwerk, Lebenswelt und Sozialraum



Das **soziale Netzwerk** ist der Beziehungsraum, in dem ein Mensch lebt und agiert, mit seinen subjektiven Intentionen und den lebensweltlich geprägten Deutungs- und Handlungsmustern.

Die **Lebenswelt** ist ein Reservoir von Selbstverständlichkeiten oder unerschütterten Überzeugungen, die Kommunikationsteilnehmer für ihre Deutungen und Handlungen nutzen.

Der **Sozialraum** bezeichnet die räumliche Dimension eines sozialen Netzwerks; man unterscheidet den privaten und den öffentlichen vom „dritten“ Sozialraum (lokaler Nahraum: Nachbarschaft, Dorf, Stadtteil).

Eine **lebensweltliche, sozialräumliche Netzwerkperspektive** versucht mitmenschliche Beziehungen sowohl in ihren subjektiven und sozialen wie in ihren geografischen Verortungen zu verstehen.

3. Wie organisieren wir die Hilfen? (5)

Der Wandel sozialräumlicher Netzwerkbezüge und seine Nebenwirkungen



Spezialisierte Beziehungen, die nicht breitflächig unterstützend sind:

Menschen müssen unterschiedliche Beziehungen pflegen, um sich eine Bandbreite an Ressourcen sozialer Unterstützung zu sichern

Verschwinden traditional dichter, eng gebundener Gemeinschaften:

Trend zu dünnen, weitmaschigen Netzwerken mit viel Wechsel, man muss kontinuierlich aktive Beziehungsarbeit leisten

Ersatz nachbarschaftlicher Bezüge durch verstreute Netzwerke:

moderne Transportmittel und Kommunikationsmedien ermöglichen ihren Nutzern enge Beziehungen über weite Strecken

Mehr private Geselligkeit, geringere Bedeutung öffentlicher Räume:

Rückgang an Verantwortlichkeit und Bereitschaft zu informeller Hilfe

3. Wie organisieren wir die Hilfen? (6)

Ansprüche der Menschen mit Behinderungen an das Hilfesystem



Ein von Sozialleistungsträgern und Einrichtungen **unabhängiges Assessment** ihrer Lebenssituation, ihrer Wünsche, Hoffnungen und ihres Assistenz- und Hilfebedarfs

Ein **differenziertes Wohnangebot** mit individuell abgestimmten Unterstützungsleistungen, ohne den Gegensatz ambulant-stationär

Möglichst **differenzierte Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten**, in denen man sich als bedeutsam für andere erlebt (auch Integrationsfirmen, reale und virtuelle WfbM)

Dezentrale **niedrigschwellige Integrationshilfen** im Wohnquartier, Begegnungsmöglichkeiten und Beratung, Netzwerkagenturen im Zusammenhang mit Freiwilligenagenturen und Budgetassistenz

Eine **sozialräumliche Planung** auf Basis systematischer Analysen von Diskriminierungsrisiken und sozialräumlichen Ressourcen

3. Wie organisieren wir die Hilfen? (7)

Forderungen an die psychiatrischen Dienste und Einrichtungen



Das Prinzip „vom Schwächsten ausgehen“ verfolgen und dem Trend zur Standardisierung und Spezialisierung von Hilfen widerstehen (das hilft eher „mittelschwer“ beeinträchtigten Menschen, bringt aber Profit)

Ehrliche Bestandsaufnahme des *status quo*: Anspruch und Realität, inhaltlich und methodisch, in den Bereichen Arbeit / Wohnen / Freizeit usw., Reichweite quantitativer und qualitativer Beschreibungen der Arbeit, Möglichkeiten und Grenzen von Vergleichen (*benchmarking*)

Große Einrichtungen verkleinern, um Teilhabe mit dem Ziel der Inklusion zu fördern, auch über eine Sozialraumorientierung (anstatt Binnenzentrierung mit Integration der Betreuten in eine Sonderwelt)

Kooperation und Vernetzung pflegen, mit Selbsthilfeinitiativen der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen, allen anderen Anbietern, den Leistungsträgern, der Politik und der Bürgergesellschaft vor Ort

3. Wie organisieren wir die Hilfen? (8)

Ansprüche an die Leistungsträger und Kommunen



Ein **wohlfahrtsökologischer Ansatz der Sozialen Arbeit** unterscheidet drei verschiedene Handlungsebenen, die jeweils gesondert zu steuern und auskömmlich zu finanzieren sind:

- **subjektorientierte Einzelfallarbeit**, als individueller Rechtsanspruch anerkannt und nicht über ein gedeckeltes Budget finanziert;
- **Arbeit an der kommunalen Infrastruktur** über multiprofessionelle Vernetzung, projektbezogen und trägerübergreifend (Verbundarbeit);
- **Arbeit auf der Milieu- bzw. Quartiersebene**, anknüpfend an die Lebensweisen der Betroffenen und Aktivierung sozialer Ressourcen

3. Wie organisieren wir die Hilfen? (9)

Ebenen einer angemessenen Organisation der Hilfen



dezentral: Kleine Teams auf Gemeinde-/ Stadtteilebene verantworten ein integriertes Leistungspaket aller ortsnah anzubietenden Leistungen, fachlich-konzeptionell, personell, personalpolitisch und finanziell.

zentral: Sicherstellung einer zusätzlichen Zielgruppenorientierung nach Altersgruppen und für besonders hilfsbedürftige Menschen, die auf Gemeinde-/ Stadtteilebene nicht ausreichend abgesichert sind.

übergreifend: Fachberatung, Fortbildung, fachliches / finanzielles Berichtswesen, korrespondierend mit differenzierter Sozialplanung und auf Grundlage eines demokratisch erarbeiteten Leitbildes.

politisch: Regelmäßig kritische Überprüfung und Weiterentwicklung der Programme und Aktionen im Sinne dialogischer Demokratie, mit Einbeziehung aller Beteiligten und der politischen Akteure

3. Wie organisieren wir die Hilfen? (10)

**Integriert und dezentral, wo möglich –
spezialisiert und zentral, wo nötig**



Drei-Ebenen-Regionalmodell sozialer Infrastruktur

	Entwicklung und Umsetzung von Strategien zum Abbau von Barrieren in der jeweiligen Organisation	Erfahrungsaustausch und Entwicklung gemeinsamer Strategien und Initiativen in Netzwerken
Voll-versorgungs-region		
Teilregion (~100.000 Einwohner)		
Kommunale Basiseinheit (Sozialraum)		

zentral und spezialisiert

dezentral und integriert

3. Wie organisieren wir die Hilfen? (11)

Zehn Fragen zur Funktionsfähigkeit multidisziplinärer Teamarbeit



1. **Kompetenzspektrum** breit genug? (persönlich, fachlich)
2. **Teamgröße** optimal? (zwischen 8 und 16 Mitgliedern)
3. **Teamkonferenzen** regelmäßig? (30-90 Minuten 1-5x / Woche)
4. **Kommunikation** auch informell gewährleistet? (zwischen Terminen, in der Mittagspause, Teamabend, Betriebsausflug)
5. **Feste Ansprechpartner** für jeden Nutzer? (möglichst Tandem)
6. **Arbeitsbelastung** im Team gerecht verteilt? (Transparenz)
7. **Zeitbudgets** für einzelne Dienstaufgaben festgelegt? (faire Kalkulation nach Aufgaben mit *Controlling*)
8. **Organisationsentwicklung** durch Führungskraft besorgt?
9. **Arbeitsrahmen** durch Geschäftsleitung verlässlich geregelt?
10. Wird das Team als ein **lebendiges Ganzes** erlebt?

3. Wie organisieren wir die Hilfen? (12)

Ethik der Hilfe und Begrenzung einiger Risiken

