

Psychologie und Gewissen – zum Verhältnis von Selbstbestimmung und Sorge

1979, als die ersten Psychogen in den damaligen Alsterdorfer Anstalten eingestellt wurden, sah es folgendermaßen aus:

Große Schlafsäle, Massenabfertigung, Unterteilung in „weibliches Gebiet“, „männliches Gebiet“ und „Kinder und Jugendliche“, unwürdige Behandlung von Menschen mit Behinderung mit unangepasstem Verhalten. Letzteres führte dann zu einer Skandalberichterstattung in der Presse. 1979 berichtete DIE ZEIT über die Alsterdorfer Anstalten als eine „Schlangegrube der Gesellschaft“.

Diese Berichterstattung und die damit verbundene öffentliche Kritik werden in der heutigen Wahrnehmung unserer jüngeren Geschichte als ein Wendepunkt angesehen. Eine der Konsequenzen war, junge Psychologen einzustellen, mit dem von der Politik verordneten Ziel, die Situation zu verbessern und die Anstalten zu modernisieren.¹ Darüber hinaus wurden natürlich auch Gelder bereitgestellt zur Einrichtung pädagogischer Förderprogramme, zur besseren Tagesstrukturierung, zur Einstellung von Pädagogen. Ein besonderer Druck lastete auf uns neuen Psychologen, zumindest empfanden wir es so. Die Umwelt, in die wir hineingeworfen worden waren, nahmen wir als komplex und verwirrend wahr, den erteilten Auftrag nahezu als unerfüllbar.

Nach der ersten Verwirrung und den kollektiven Versuchen der Entwirrung entstanden dann aber doch erste Klarheiten. Beispielsweise: die Notwendigkeit der Ablösung vom medizinischen Denken – die Anstalten hatten damals noch einen Chefarzt. Natürlich auch die Überwindung der Überfürsorge, die damals in den Alsterdorfer Anstalten noch in Gestalt alter Schwestern und Pfleger, mit festgefügt Weltbildern, die jede Neuerung als Angriff bewerteten und abwehrten, ihren deutlichen Ausdruck fand. Erste Neuerungen, die wir einführten, waren Schritte zur Individualisierung, d.h. persönlichere Einrichtung der Räume, individuelle

¹ Es gab zwar vereinzelt schon ab Ende der 60er Jahre Psychologen in den Alsterdorfer Anstalten. Diese waren aber überwiegend verhaltenstherapeutisch ausgerichtet und stark in das medizinische Denken eingebunden. Von einem der Psychologen, der Neuerungen im Umgang mit den Bewohnern gefordert hatte, hatte man sich streitig getrennt.

Fallbesprechung oder überhaupt Dienstbesprechungen, in denen einzelne Bewohner besprochen wurden. Generell herrschte aber bei uns in den Anfangsjahren das Syndrom des „hilflosen Helfers“ vor und die Erkenntnis, dass wir als zwar hoch motivierte, aber wenig erfahrene Psychologen und Psychologinnen in dieser Situation wenig ausrichten konnten, wenn sich nicht prinzipiell die Gesamtsituation und damit die Strukturen ändern würden.

Um mich dem Thema Psychologie und Gewissen und dem Verhältnis von Selbstbestimmung und Sorge anzunähern, ist es interessant, nicht nur zu erkunden, wie psychologische Arbeit in Anstalten wie Alsterdorf angefangen hat, sondern auch, welches Selbstverständnis dem zu Grunde lag und wie sich dieses Selbstverständnis über drei Jahrzehnte hinweg zu dem heutigen Stand entwickelt hat. Was war das Selbstverständnis in dieser Anfangsstruktur?

Zugeordnet dem jeweiligen Fachgremien eines Bereichs, wie „Weiblich 1“ oder „Männlich 2“, also in einer Art Leitungsfunktion oder Stabsfunktion, hatten wir eine zweifache Aufgabe: die Leitungen beraten und begleiten, wozu auch das Mittragen typischer Leitungsentscheidungen, wie beispielsweise Personalfragen, gehörte, aber auch Wohngruppenteams begleiten und beraten, und vertrauensvoll mit diesen Stück für Stück erkunden, was sich verändern könnte. Man kann es so zusammenfassen: Wir waren damals in einer unauflösbaren Doppelfunktion tätig, teils pädagogisch, teils organisationspsychologisch eingesetzt. Nur vereinzelt fanden einige von uns noch die Zeit oder die Kraft, auch noch stützende Einzelgespräche mit einzelnen Bewohnern zu führen, was je zumindest eine Annäherung an psychologische Aufgaben ist. Zu groß war eigentlich die Anzahl der Bewohner in den einzelnen Funktionsbereichen, für die wir zuständig gemacht worden waren und in denen wir sehr stark auf strukturelle Änderungen hinaus arbeiten mussten. Damals war es durchaus üblich, dass Psychologen Wohnhausgründungen, so genannte Satellitenbildungen, mitgestalteten, mitbegleiteten oder sogar initiativ anregten.

Auch wenn aus heutiger Sicht natürlich die Unhaltbarkeit einer solchen Doppelfunktion ins Auge fällt, kann man nicht sagen, dass der damalige Psychologeneinsatz erfolglos oder zwecklos war. In dieser Zeit erfolgte eine Reihe von Wohngruppenbildungen außerhalb der Anstalten, sogar die Gründung von kleinen oder mittleren Heimeinheiten außerhalb damit es schneller ging. Damit waren durchaus wichtige Verbesserungen für viele Bewohner verbunden. Zum ersten Mal erlebten viele ehemalige Anstaltspatienten ein Leben „draußen“ und mehr Nähe zu der jeweils umgebenden Gemeinde. Auch die erste Organisationsreform fällt in diese Zeit, zunächst in Gestalt einer „Dezentralisierung“, bei der dann Wohnbereiche außerhalb zu eigenständigen dezentralen Heimbereichen wurden, später in Gestalt einer Sektorisierung der Anstalten. In den damaligen Sektoren fanden sich, der Psychiatriereform entsprechend, jeweils zentrale Wohnhäuser, wie auch aus diesen „ausgegründete“ Wohngruppen oder Kleinst- und Mittelheime außerhalb des Anstaltsgeländes. 1984 erfolgte die Umbenennung von „Alsterdorfer Anstalten“ in

„Evangelische Stiftung Alsterdorf“, übrigens nicht nur um den beginnenden Struktur Wandel deutlich zu machen, sondern auch die evangelische Ausrichtung zu verdeutlichen.

Die Entwicklung der neunziger Jahre ist strukturell geprägt von der Entwicklung vom Sektor zur Region. Einer ersten Einschätzung, dass es sinnvoll sei, drinnen und draußen organisatorisch zu unterscheiden (dies fand seinen Niederschlag in Aufteilungen wie „Hamburg-Stadt“, „Hamburg-Umland“ und „Hamburg Alsterdorf“) folgte eine zweite Einsicht, besser Regionen zu bilden, die, wie bei der Sektorisierung, immer auch einen Teil der alten Anstalt mit einbanden, um diesen dann möglichst in die zugeordnete Region hin aufzulösen. So entstand eine Region Nord, eine Region West und eine Region Ost. Wichtig ist, dass in dieser Zeit unabhängig von der jeweiligen Organisationsstruktur zahlreiche neue Wohnprojekte mit einem sich wandelnden Selbstverständnis entstanden: zentral ist schlecht, dezentral ist gut. Es ist nicht zu leugnen, dass die zentralen Dienste, zu denen auch der Psychologische Dienst gehörte, sich subjektiv zu den Verlierern der Situation zählten, weil die Dienste, die in der Zentrale blieben, Projektionsfläche für das Alte, das Schlechte, das überwunden Gegläubte waren und aus dieser Rolle auch nur mühsam herauskamen.

Die zahlreichen neuen Wohnprojekte außerhalb des Stiftungsgeländes hatten, da sie auch nach ökonomischen Gesichtspunkten vorgehen mussten, eine negative Filterwirkung. In der Tendenz blieben die schwerer Verhaltensauffälligen und die schwerer Behinderten auf dem Zentralgelände zurück. Die Folge war hier natürlich eine sich verschlechternde und verschärfende Situation, so dass man sagen kann: die Entwicklung der neunziger Jahre führte dazu, dass die alte Anstalt zwar wesentlich kleiner wurde (die Bewohnerzahl sank in diesem Zeitraum etwa auf 700), im Kern aber in verkleinerten Form erhalten blieb und weiter lebte.

Die Folgen für die Psychologen waren die, sich aus der Zuordnung der einzelnen Gebiete und Regionen immer weiter heraus zu lösen und einen eigenen Fachdienst zu gründen, der sich dann in dem sich neu gebildeten Geschäftsbereich „Fördern und Therapie“, also zusammen mit allen Tagesförderstätten und Therapieangeboten, wiederfand.

Die Arbeitsstruktur bestand darin, dass es Abnahmevereinbarungen über bestimmte Kontingente von Beratungsstunden, Supervisionsstunden, Fortbildungsstunden oder auch Behandlungsstunden von Bewohnern mit den einzelnen Regionen und Bereichen gab. Die Abrechnung erfolgte auf Grund nachgewiesener Leistungsstunden und führte natürlich zu dem Konflikt, ob die internen Abnahmeverpflichtungen die gesamte Kapazität des Psychologischen Dienstes betreffen musste oder ob sie auch kleiner sein konnte und freie Wahlmöglichkeiten der dezentralen Bereiche bestanden. Die Konkurrenz zwischen internen und externen Angeboten war sofort ein Thema.

Diese Erfahrungen waren für viele Psychologen und auch andere Therapeuten, die nicht den Wohnbereichen zugeordnet waren, oft sehr schmerzlich. Viele fühlten sich abgestraft, abgewertet. Auf der anderen Seite kann man aber auch sagen, dass diese Erfahrungen nützlich waren, das professionelle Selbstverständnis zu stärken und zu fokussieren. Die Position einer Art der „Oberpädagogen“ wurde zugunsten eines Verständnisses als Fachpsychologen mit therapeutischem oder beraterischem Profil aufgegeben. War bisher die Leitfrage der psychologischen Arbeit „Wie kann ich die Verhältnisse insgesamt verändern?“, so lautete die Leitfrage jetzt: „Wie kann ich als Psychologe mit psychologischem Know-how dazu beitragen, dass Menschen mit Behinderung bessere Lebensbedingungen haben und im Falle von Krisen besser behandelt werden als bisher?“

Die dritte und an sich bis heute anhaltende Entwicklungsphase beginnt mit der damals auch durch die Presse gegangenen Existenz bedrohenden Finanzkrise Alsterdorfs, die unter anderem durch die vielen, teilweise finanziell nicht richtig abgesicherten Wohngruppenprojekte außerhalb verursacht worden war.

1998 kam es zu einem Bündnis für Investition und Beschäftigung, bei dem die damals 3.600 Mitarbeiter der Stiftung für 7 Jahre auf alle Lohnzuwächse, die ihnen tariflich zustanden, verzichteten, um dieses Geld in einen Innovationsfond zur Entwicklung der Stiftung einzuzahlen. Gleichzeitig wurde ihnen von der Stiftung eine Arbeitsplatzgarantie ausgesprochen. 2003 konnte dann der Alsterdorfer Markt eröffnet werden, der als der Wendepunkt gilt, weil erst hier die Anstalt tatsächlich aufgelöst wurde. Große Wohnhäuser, die dafür abgerissen oder renoviert wurden, wurden vorher „leergewohnt“, d.h. es entstanden eine große Anzahl weiterer Wohnprojekte in der Stadt. An der Stelle, an der früher eng belegte Wohnhäuser der Anstalt standen, finden Sie heute Supermärkte wie Aldi und Edeka, eine Apotheke, mehrere Bäckereien, sowie eine Fülle von kulturellen und psychosozialen Angeboten, natürlich auch einen großen Parkplatz. Natürlich gibt es auch die Probleme, die jedes Subzentrum in einer Großstadt heute hat, d.h. Alkoholismus, Kleinkriminalität usw. Dieser radikale Schritt, der natürlich auch in seiner Planungsphase häufig heftig kritisiert wurde („Aldi auf unserem schönen Alsterdorfer Gelände, das geht doch nicht!“), war die einzige Möglichkeit, die alten Anstaltsstrukturen wirklich nachhaltig zu überwinden.

Seit 2005 ist die Evangelische Stiftung Alsterdorf ein Unternehmensverbund in Gestalt einer Holding mit Tochtergesellschaften, die jetzt Titel tragen, wie alsterdorf assistenz ost, alsterdorf assistenz west oder alsterarbeit. Auf dem Zentralgelände leben noch 120 Menschen mit Behinderung, in den neuen, mit den Mitteln des Investitions- und Beschäftigungsfonds gebauten Apartmenthäusern, 30 weitere noch in einem in der Schließungsphase befindlichen älteren Gebäude aus den 70er Jahren. In den verschiedenen Stadtteilen und Umlandzonen von Hamburg sind vielfältige so genannte stationäre, teilstationäre, ambulante oder auch betreute Wohn- und

Förderangebote entstanden, daneben eine Vielzahl von unterschiedlichsten Arbeitsangeboten bis hin zu integrierten Arbeitsplätzen auf dem ersten Arbeitsmarkt.

Alsterdorf hat nicht nur eine Zielvereinbarung zur so genannten Ambulantisierung, sondern auch eine zur Quartiersentwicklung mit der Sozialbehörde der Stadt Hamburg. Ambulantisierung, bei aller Kritik an diesem Begriff, heißt, dass bisher stationär versorgte Menschen mit Behinderung auf ihren individuellen Hilfebedarf zugeschnittene Stunden von Assistenz zuerkannt bekommen und in ihrer eigenen Häuslichkeit leben. Quartiersentwicklung heißt, dass die Behörde zusätzlich Mittel zur Verfügung stellt, damit Mitarbeiter der Behindertenhilfe in den Quartieren, in denen die neuen Wohn- und Arbeitsangebote entstanden sind, Quartiersentwicklungsarbeit leisten können, indem sie Nachbarschaftsnetzwerke gründen, Träger von Bildungseinrichtungen oder Beratungsangeboten motivieren, überzeugen, fortbilden, diese auch für Menschen mit Behinderung zu öffnen etc.

Die Folgen und Konsequenzen dieses enormen strukturellen und mentalen Wandels für die Psychologen sind folgende: Zunächst wurde der Fachdienst Psychologie in das neu gegründete Beratungszentrum Alsterdorf integriert. Das Beratungszentrum versteht sich als Dienstleister für psychologische, pädagogische und sozialberaterische Hilfen für Menschen mit Behinderung, ihrer Angehörigen und für Mitarbeiter der Behindertenassistenz. Alle Leistungen werden an interne wie auch externe Nachfrager und Abnehmer verkauft. Teilweise sind diese Leistungen von Krankenkassen anerkannt, teilweise von den Sozialhilfeleistungsträgern, teilweise müssen sie persönlich vom Nachfrager finanziert werden oder aus den jeweiligen Einzelförderungs-, Fortbildungs- oder Beratungsbudgets der Wohngruppen oder Wohnangeboten. Im Jahre 2000 erfolgte die Eröffnung unserer Psychiatrisch Psychotherapeutischen Ambulanz, in der – bundesweit einmalig – die Mitarbeiter des Psychologischen Dienstes als psychologische Psychotherapeuten Psychotherapie auf Krankenschein für Menschen mit Behinderung anbieten.

Das Selbstverständnis hat sich somit zu einem hoch professionellen gewandelt: die Psychologen verstehen sich als Psychotherapeuten mit dem Schwerpunkt Beratung und Behandlung von Menschen mit Behinderung. Die wirtschaftlichen Möglichkeiten des Beratungszentrums, die einerseits für jeden Mitarbeiter den Druck bedeuten, eine bestimmte Anzahl von Leistungsstunden auch tatsächlich zu erbringen, bedeuten aber auf der anderen Seite auch die Möglichkeit der individuellen Weiterentwicklung und Schwerpunktesetzung, wenn diese zu marktfähigen Angeboten führt. Positive Beispiele hierfür sind das neue Angebot neuropsychologischer Diagnostik, das Angebot von Antiaggressionstrainings, von Gruppentherapien oder von Traumatherapie. Zusammengefasst kann man sagen, dass die Psychologen heute hoch differenzierte und hoch qualifizierte Leistungen als Therapeuten, Berater, Supervisoren, Fortbildner, Gutachter oder Diagnostiker für Menschen mit Behinderung, ihre Angehörigen und Mitarbeitende in der Behindertenhilfe Hamburg, zum Teil auch norddeutschlandweit anbieten. Der Gegensatz zwischen internen und

externen Nachfragen, der so lange auch die Diskussion bei uns beherrschte, ist aufgehoben, weil das Beratungszentrum alle Leistungen indikationsbezogen, bzw. nachfragebezogen anbietet und durchführt.

Bürstet man nun diese 30 Jahre strukturelle und inhaltliche Entwicklung auf der Folie **Selbstbestimmung und Fürsorge**, oder besser **Selbstbestimmung und Sorge**, so kann man folgendes feststellen:

Lange wurde diese Diskussion in Alsterdorf überlagert durch die Polarität „außerhalb“ und „innerhalb“ der Anstalt oder „draußen“ und „drinnen“. Wohnprojekte außerhalb der Anstalt wurde dabei mit Selbstbestimmung gleichgesetzt und Wohnen auf dem alten Anstaltsgelände mit bevormundender Fürsorge. Im übertragenen Sinne: alle, die draußen in Wohnprojekten arbeiten, sind auf der Seite der Selbstbestimmung, verwirklichen diese, oder helfen, sie zu verwirklichen, während alle, die innerhalb der Anstalt arbeiten und den alten zentralen Dienstleistungen angehören, gehören zur Seite der Fürsorge und des alten Denkens.

Aus heutiger Sicht hat sich der Nebel, der mit dieser Debatte verbunden war, weitgehend verzogen, weil sich folgende Einsichten eingestellt haben:

1. Wie weit Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Bewohnern geachtet, ja gefördert und verwirklicht werden, hängt nicht alleine vom Wohnort oder der Wohnform – Wohnhaus, Wohngemeinschaft oder betreutes Wohnen – ab. So wie man stationäre Verhältnisse in der privaten Häuslichkeit veranstalten kann (Pflegedienste, die das Wohnzimmer zur Intensivstation machen und das Badezimmer zur Lagerstätte von Sterilium, Handschuhen und Medikamenten), so gibt es natürlich auch entmündigende und überfürsorgliche Betreuungsverhältnisse in ambulant betreuten Wohnungen und Selbstbestimmung fördernde Settings in alten Wohnhäusern mitten auf dem Zentralgelände. Es empfiehlt sich also bei der Polarität Selbstbestimmung und Sorge immer genau auf das Betreuungsverhältnis und auf die jeweiligen Situationsvariablen zu schauen.
2. Selbstbestimmung und Sorge sind überhaupt keine Gegensätze, sondern bedingen sich gegenseitig. Gerade in der Behindertenassistenz kann eine einseitige Selbstbestimmungsideologie dazu führen, dass zuwenig Kontakt entsteht, dass es zu Vereinsamungen kommt, dass Bedürfnisse übergangen werden. Eine der extremen Positionen in dieser Hinsicht ist die damals durchaus ernstgemeinte Debatte über das „Recht auf Verwahrlosung“, über das wir heute nur noch den Kopf schütteln mögen. Eine zu starke Fürsorgehaltung ist natürlich auf der anderen Seite aus allen historischen Erfahrungen abzulehnen. Niemand von uns möchte Assistenten oder Betreuer haben, die sagen: „Ich weiß, was für Dich gut ist.“ Das Plus, das Ergänzende

zwischen Selbstbestimmung und Sorge besteht gerade darin, dass immer so viel Selbstbestimmung wie möglich verwirklicht wird und in Sorge um den jeweils anderen diese Selbstbestimmungsmöglichkeiten durch Anbahnung, Unterstützung und Anleitung gesichert werden. Letztendlich und damit kommen wir zu dem spezifischen Beitrag der Psychologie, geht es in dieser Polarität immer um den Kontakt, um die Authentizität des Kontaktes zum jeweils Anderen und um die Gestaltung dieses Kontaktes. Psychotherapeuten wissen auf Grund ihrer Ausbildung, dass jede Vereinseitigung zu einem Pol dieser Debatte hin eine Vernachlässigung des Anderen bedeutet und ein Nicht-Ernstnehmen seiner Person.

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung kann man heranziehen, um das Verhältnis von Selbstbestimmung und Sorge theoretisch und ethisch zu fundieren, und in den Gesamtdiskurs um die Behindertenassistenz zu integrieren. Grundlage der Un-Konvention ist die Menschenwürdegarantie und die Aussage, dass diese Menschenwürdegarantie für Menschen mit Behinderung wirksam wird durch zweierlei Grundrechte:

Zum einen durch die individualethisch begründeten Freiheitsrechte („autonomy rights“), also die Rechte auf Selbstbestimmung, auf Persönlichkeitsentfaltung, auf Individualität, auf Meinungsfreiheit, auf Schutz vor Diskriminierung, und zum anderen durch sozialetisch begründete Schutzrechte („care rights“), also Rechte auf Sicherung der leiblichen und sozialen Bedingungen eines Lebens mitten in der Gesellschaft, auf angemessene Behandlung von Krankheit und angemessenen Umgang bei Hilfebedürftigkeit. Erst dadurch wird das Recht auf Teilhabe bzw. Partizipation einlösbar.

Es lohnt sich, noch einen Schritt weiterzugehen, nämlich in die allgemeinen Grundsätze der Konvention. Artikel 3 fasst diese zusammen und benennt sie:

- Respekt vor der Würde und individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen.
- Nicht-Diskriminierung
- Volle und effektive Teilhabe und Inklusion in die Gesellschaft
- Achtung vor der Differenz und Akzeptanz von Menschen mit Behinderung als Teil der menschlichen Verschiedenheit.
- Chancengleichheit
- Barrierefreiheit
- Gleichheit zwischen Männern und Frauen
- Respekt vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderung und Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität

Das zentrale Ziel der UN-Konvention ist die Selbstbestimmung. Die Aussage dazu ist, dass die Selbstbestimmung der Anerkennung des unverwirkbaren Anspruchs darauf

bedarf, aber auch der unterstützenden, hinführenden und ermöglichenden Hilfe. Die Überschrift zu diesem Vortrag Selbstbestimmung und Sorge wird also in mehrfacher Hinsicht von der UN-Konvention unterstrichen und beide Pole dieser alten Diskussion mit einem UND verbunden.

Die zentrale Methode, die die UN-Konvention für die Behindertenassistenz benennt, ist die des Supports, also der unterstützenden Hilfe, statt der Substitution, dem ersetzenden und stellvertretenden Handeln. Das Grundverständnis der Konvention ist das der Inklusion statt der Integration, wobei es gerade vor dem Hintergrund, dass in der offiziellen Übersetzung der Konvention durch die Bundesregierung der Begriff Inklusion stets durch den Begriff Integration ersetzt worden ist, interessant ist, sich genau zu vergegenwärtigen, was dieses Begriffspaar genau bedeutet.

Integration bedeutet die aktive Einbeziehung von Menschen mit Behinderung in die gesellschaftlichen Prozesse. Die Bewegung ist: Komm herüber zu uns anderen, zu uns als Mehrheitsgesellschaft. Integration basiert also auf Normalisierung und bedeutet, dass Menschen mit Behinderung normale – im Sinne des gesellschaftlichen Durchschnitts – Wohnbedingungen, Arbeitsbedingungen und Bildungsbedingungen erhalten sollen. Dies ist sicherlich ein hoch einzuschätzendes Anliegen, dennoch weist es einige unabweisbare Implikationen auf, nämlich die Anpassung an eine Durchschnittsnorm, man könnte auch sagen an die „Leitkultur“. Es setzt auf die Überwindung des Andersseins und führt zu einer Infragestellung, ob der jeweils Andere wirklich fähig und bereit ist, sich integrieren zu lassen, sprich, ob er über genügend Potentiale der Integrationsfähigkeit verfügt. Letztendlich, so ist die heutige Kritik, schafft das Integrationsmodell zwei Gruppen, nämlich uns, die Integrierer, und die anderen, die zu Integrierenden. Dennoch, das muss stets gesagt werden, ist der Integrationsgedanke natürlich ein tragfähiges Konzept und hat eine historisch wichtige Funktion. Das sage ich auch vor dem Hintergrund, dass ich die Entwicklung beispielsweise in Osteuropa, speziell in Rumänien, kenne. Integration als Leitgedanke ist in all den Gesellschaften und Systemen wichtig, wo wir am Anfang eines Prozesses der Anerkennung von Anderssein und von Menschen mit Behinderung stehen.

Inklusion hat einen vollständig anderen Konzeptionshintergrund. Inklusion ist eben auch kein politisch pragmatischer Begriff, sondern ein philosophischer. Inklusion bedeutet vorbehaltlose und nicht weiter an Bedingungen geknüpfte Einbezogenheit und Zugehörigkeit. Der Grundgedanke ist, dass die Gemeinschaft aller Verschiedenen in einer Region oder eine Lokalität zusammengehört und dadurch diese Gemeinschaft innerlich differenziert und vielgliedrig ist. Dahinter steckt der Ansatz der „Diversity“, der Verschiedenheit und Vielgestaltigkeit, der besagt, dass nur eine Gesellschaft, in der alle Verschiedenen zusammenwirken, entwicklungsfähig ist, zukunftsfähig, spannend und lebenswert.

Wir sind damit bei einer Grundsatzfrage der Psychologie. Die Psychologie und die humanistischen Schulen der Psychotherapie setzen genau an dieser Stelle an: die

Wertschätzung und die Achtsamkeit mit dem jeweils Anderen als Grundvoraussetzung psychologischen Denkens und Handelns, zusammengefasst häufig als „Klientenzentriertheit“ oder auch als „Respekt vor der Besonderheit jedes einzelnen Klienten“.

Der Ursprung des Diversity-Ansatzes und damit auch der Wertschätzung und der Achtsamkeit mit dem jeweils Anderen, auch wenn er uns fremd ist, liegt philosophisch in Adornos „Reflektionen über Auschwitz“, in denen er die Erfahrungen mit der Nazi-Diktatur zusammenfasst und proklamiert, dass das einzige, was den Totalitarismus überwinden kann, die Anerkennung des „Miteinanders des Verschiedenen“ ist. Er warnt vor einer Betonung der Gleichheit des Menschen, außer der vor dem Gesetz, und sagt, dass jeder Ansatz, der diese Gleichheit betont, ein totalitärer Ansatz der Umerziehung und der Gleichmacherei ist. Die Verschiedenheit des Menschen sei der Ausgangspunkt des Menschlichen.

Schaut man auf den Artikel 19 der UN-Konvention, Unabhängige Lebensführung und Teilhabe an der Gesellschaft, und Artikel 25, Gesundheit, so ergibt sich folgendes Bild:

Artikel 19, Unabhängige Lebensführung und Teilhabe an der Gesellschaft, hat den Wortlaut: „Die Vertragsstaaten anerkennen das gleichberechtigte Recht aller Menschen mit Behinderung mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie die anderen Menschen in der Gemeinschaft zu leben und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderung in den vollen Genuss dieses Rechts zu bringen und ihre volle Teilhabe und Teilnahme an der Gemeinschaft zu erleichtern.“ Genannte werden dann die freie Wahl des Wohnsitzes, der Art des Wohnens, des Zugangs zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten, der persönlichen Assistenz und kommunalen Dienstleistungen.

Jeder Dienstleister und jeder Anbieter kann sich an diesem Artikel messen oder prüfen. Natürlich breche ich keinen Stab über diejenigen, die diesem Artikel nicht genügen. Man muss vielmehr feststellen, dass sich wahrscheinlich im Moment sehr viele, nicht nur die Bundesregierung, die Augen reiben, was dort 2008 tatsächlich unterschrieben worden ist. Wir müssen uns überlegen, wie wir uns Schritt für Schritt den hohen Normen der UN-Konvention wirklich annähern können. Möglichkeiten der Umsetzung wären beispielsweise in dieser Hinsicht die Aufhebung der Unterschiede zwischen stationär und ambulant und die Schaffung einer Vielzahl von gemeindeintegrierten Wohnangeboten, also von Wohnstätten mit und ohne Tagesstruktur, Gruppenwohnen, Einzelwohnen, Paarwohnen, Betreutes Wohnen, Apartmentwohnen usw. jeweils mit individueller Assistenzerbringung, die, und das wäre etwas strukturell tatsächlich Neues, jeweils von den Bewohnern eines Wohnangebots auch frei gewählt, d.h. auch abgewählt werden kann. Ich sage das, auch wenn es noch immer große Abwehr bei Anbietern auslöst.

In Artikel 25, Gesundheit, heißt es:

„Die Vertragsstaaten werden Menschen mit Behinderungen dasselbe Angebot, dieselbe Qualität und denselben Standard an kostenloser und bezahlbarer Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen, wie anderen Menschen.“ Und etwas weiter heißt es: „Die Gesundheitsdienste werden angeboten, die von Menschen mit Behinderung speziell wegen ihrer Behinderung benötigt werden.“

Damit enthält der Text eine interessante Polarität, nämlich die von Generalisierung von Dienstleistungen und Spezialisierung von Dienstleistungen..

Es gibt mittlerweile eine ganze Fachdebatte, was dieser Artikel 25 für die deutsche Realität bedeutet. Kurz zusammengefasst kann man sagen, dass sowohl die gute Regelversorgung, die den ganzen Menschen sieht, ausgebaut und barrierefrei zugänglich gemacht werden muss. D.h. hier ist der tägliche Überzeugungskampf der Wohnangebotsmitarbeiter mit niedergelassenen Ärzten oder Krankenhäusern gemeint. Auf der anderen Seite geht es aber auch um spezielle sozialmedizinische Zentren für die ambulante Versorgung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung, die ähnlich den Sozialpädiatrischen Zentren aufgebaut werden müssten, um die speziellen Bedarfe, die die Regelversorgung nicht abdecken kann, sicherzustellen und gerade die Menschen, die sich nicht oder nur schwer verständlich äußern können, ihre körperlichen Symptome nicht ausreichend schnell oder überhaupt nicht darstellen können, wirklich gut zu versorgen.

Dasselbe gilt selbstverständlich auch für die Psychotherapie, weil Psychotherapie nach unseren Erfahrungen auch für Menschen mit leichter und mittlerer geistiger Behinderung sinnvoll und erreichbar ist. Sie muss nur entsprechend anders orientiert arbeiten, einen niedrigschwiligen Zugang haben, sehr viel stärker mit dem Umfeld arbeiten und das Prinzip der Langsamkeit berücksichtigen.

Zusammengefasst: wir brauchen Gesundheits- oder Behandlungszentren für Menschen mit Behinderung, die multiprofessionell auch mit Psychologen und Psychiatern besetzt sind, um all die Lücken in der Regelversorgung zu decken und Menschen mit Behinderung im Gesundheitswesen gleich gut zu behandeln. Hier sehe ich im Übrigen auch das Hauptbetätigungsfeld für Psychologen und Psychotherapeuten in der Behindertenassistenz in Zukunft.

Ich komme zum Ausgangspunkt zurück: Selbstbestimmung und Sorge.

Was kann die Psychologie und was können Psychologen in der heutigen Behindertenassistenz hierzu beitragen?

Die humanistische Psychologie hat ein Menschenbild, das den Respekt vor der individuellen Entwicklung und damit der Selbstbestimmung des jeweils Anderen verbindet mit einer sorgenden Anteilnahme, dass er diesen Weg auch findet und Unterstützung bekommt. Anders ausgedrückt: die Psychologie und die Psychologen

in der Behindertenassistenz können authentisch und aus ihrer Professionalität heraus das UND zwischen Selbstbestimmung und Sorge gut vertreten und als Botschaft in alle angrenzenden Bereiche aussenden und praktizieren.

Ich mache dies an einem letzten Beispiel klar, dem Begriff der Assistenz.

Assistenz bedeutet im engeren Sinne, jemanden nach dessen Anweisungen zur Hand gehen. Assistenz heißt also Hilfestellung in dem Sinne und im Auftrag des Betroffenen. Oder anders, mit den Worten der Konvention ausgedrückt: Support statt Substitution. Zur Assistenz gehört also Ermutigung, Selbstaktivierung und Förderung der Selbstbestimmung, aber eben auch Sicherheit und Schutz für ein Leben mittendrin und für ein Vertrauen auf die eigenen Fähigkeiten.

Die Gefahren des Assistenzansatzes sind – das haben wir in Alsterdorf sehr häufig miterlebt – dass der Begriff technisiert und instrumentalisiert wird und tatsächlich im engeren Sinne von „Assistent“ als untergeordneter Hilfetätigkeit oder Rücknahme der persönlichen Verantwortung missverstanden wird. Die Psychologie kann auf diese Verwirrung die richtige Antwort geben. Sie muss es auch, weil sie weiß, dass es im Wesentlichen immer auf die Kontaktgestaltung ankommt, auf den Respekt vor der jeweils anderen Person und auf die Achtsamkeit bezüglich ihrer Bedürfnisse, insbesondere auch ihrer Schutzbedürfnisse. Die Psychologie kann den Begriff Sorge im Sinne von Care in diese Debatte einbringen. Der englische Begriff Care, der weitergehend ist als der deutsche Begriff Sorge heißt Zuwendung, Anteilnahme, Versorgung, Mitgefühl und Verantwortungsübernahme. Die Praxis der Care und der Care Ethik ist die der Achtsamkeit mit dem anderen und mit mir selbst – als Voraussetzung, die Selbstbestimmung des Anderen zu respektieren und zu fördern, aber auch seine Angewiesenheit auf Sorge und Schutz zu erkennen. Carol Gilligan hat es in ihrer Grundsatzschrift zur Care Ethik folgendermaßen ausgedrückt: **„Don't turn away from someone in need“** und war sicherlich niemand, der zur fürsorglichen Belagerung des Menschen mit Behinderung oder des auf Pflege angewiesenen Menschen geneigt hat.

Um diesen Kernauftrag der Psychologie und der Psychotherapeuten aber zu realisieren – und zu diesem Kernauftrag gehört nach dem hier referierten Grundverständnis eine gute psychologische Beratung, eine gute psychologische Unterstützung und eine gute Therapie – müssen wir uns frei machen von den strukturellen Zwängen, die unsere Rolle verwirren und in Frage stellen. Wir sind Begleiter, Berater und Therapeuten – was wir aber nur sein können, wenn wir von den Systemen der Wohn- und Arbeitsangebote relativ unabhängig und so weit es geht entfernt sind.

geb. 1952, Dr. phil., Dipl.-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut,
Leiter des Beratungszentrums der Evangelischen Stiftung Alsterdorf in Hamburg, einer Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung;
Leiter eines Entwicklungshilfe-Projektes der Behindertenhilfe und Psychiatrie in Rumänien;
Autor zahlreicher Beiträge zur Medizin im Nationalsozialismus, Behindertenhilfe, Biomedizin und Bioethik,
Mitglied der Enquete-Kommission "Ethik und Recht der modernen Medizin" in der 14. und 15. Legislaturperiode im Deutschen Bundestag, Mitglied des Deutschen Ethikrates

Korrespondenzadresse:
Evangelische Stiftung Alsterdorf
Beratungszentrum Alsterdorf
Paul-Stritter-Weg 7
22297 Hamburg
Tel: + 49 – 40 – 50773566,
Fax: + 49 – 40 – 50773777,
e -mail: m.wunder@alsterdorf.de