

Prof. Dr. Jutta M. Bott

Verein Lebensräume – Hoffest in Neuruppin

20.08.2011

**„SOVIEL PLATZ MUß SEIN ...!“ – VORAUSSETZUNGEN, RAHMENBEDINGUNGEN
UND VISIONEN FÜR DIE INKLUSION VON MENSCHEN MIT PSYCHISCHEN
ERKRANKUNGEN IM LÄNDLICHEN RAUM**

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Psychiatrie-Erfahrene, liebe Angehörige, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Die Vorstellung des Umbaus einer Wohnstätte und ein Angehörigentag verbunden mit einem Fest auf dem Hof, auf dem gelebt und gearbeitet wird, ist ein Tag der Freude. Wir nehmen oft vieles so selbstverständlich hin und leicht schleicht sich ein Unterton ein von „das ist ganz schön, aber da wäre ja noch ...“ Doch wenn etwas eingeweiht wird, heißt das, dass Menschen sich angestrengt haben, geplant, verhandelt – vermutlich auch die Betroffenen phasenweise einbezogen haben –, Mittel aquiriert, Leistungsträger letztlich von Konzepten überzeugt und somit Geld bewilligt haben und die Hoffnung ist, dass diejenigen, die in der Wohnstätte zunächst weiter leben und diejenigen, die hier arbeiten werden, diesen Umbau als sinnvoll, bereichernd, einfach als einen Platz eines guten Zuhauses erleben. Ob dies für einige Zeit, Jahre oder auch für immer sein mag, muß man im Einzelfall schauen. Wichtig ist, dass im Kopf der Profis bleibt, ein Wohnheim ist nicht für alle ein Dauerwohnort, aber für manche ja – zu leicht verselbständigen sich Prozesse, dass sich die verschiedenen Akteure nichts anderes mehr vorstellen können.

Auch Angehörige, die an einem solchen Tag genauer hinschauen können, wie denn hier gelebt und gearbeitet wird, gehen vielleicht abends beruhigt und froh nach Hause, dass ihr Kind, Neffe, Cousine, der Partner – wie auch immer – einen Ort hat, der Schutz, Sicherheit, Rückzug und Annehmlichkeit bietet, so dass kein schlechtes Gewissen bestehen muß, dass jeder seinen Weg geht mit soviel Nähe und Distanz wie es hoffentlich für beide stimmt.

Also alles gut, psychisch kranke Menschen haben ihren Ort bei dem Verein Lebensräume und damit ist die Region auf einem guten Weg? Ja und nein. Wunderbar ist, dass es diesen Verein gibt, dass er ein Konzept hat, was Leben und Arbeit vereint und Menschen, die häufig mit der Zerbrechlichkeit ihres Seins zu kämpfen haben, ermöglicht, Arbeits- und Lebenszusammenhänge zu erfahren, die in der industrialisierten Gesellschaft manchmal doch auch wieder ersehnt werden, bei

allem, was die **Industrialisierung** uns an Fortschritt, Wohlstand, Trennung von Beruf und Privat erbracht hat.

Gleichzeitig fällt es genau in diese Zeit der Industrialisierung, dass Einrichtungen zur Versorgung alter, kranker, psychisch kranker, geistig behinderter, obdachloser und an sonstigen Beeinträchtigungen leidender Menschen geschaffen wurden. Die Industrialisierung – so hat es unter anderem der Hamburger Sozialpsychiater und Sozialwissenschaftler Klaus Dörner, mein früherer Chef in Gütersloh als Paradigmenwechsel herausgearbeitet – ist die Phase, in der die Kernfamilie von der „Last“ der Versorgung „Schwacher“ befreit wird, um neben der Erziehung eigener Kinder voll und ganz dem Erwerbsprozeß an den Maschinen zur Verfügung zu stehen. Ein Teil dieses industriellen Eingliederungsprozesses geschah in Heimarbeit, wenn Sie beispielsweise an die Situation der Textilweber denken. Da dominierte in den heute schmuck sanierten Babelsberger oder Zinnaer Weberhäusern der Webstuhl und die Familie lebte mit ihren Kindern und vielleicht einer Ziege, Hühner und Enten auf relativ engem Raum, mit einem Garten für die Selbstversorgung hinter dem Haus, darum herum. D.h. das große Thema der Exklusion – also des Ausschlußes aus Zusammenhängen – von irgendwie beeinträchtigten und damit die Modernisierungsprozesse behindernden Menschen nimmt als gesellschaftliches Thema in der Zeit der Industrialisierung Fahrt auf.

Damit möchte ich nicht leugnen, dass Menschen immer dazu neigen, das sehr Andersartige auszugrenzen, von sich fern zu halten, weil es ängstigt und bedrohlich nahe bringt, dass das eigene Leben letztlich auch fragil, d.h. verletzlich, brüchig ist und stabile Gesundheit, Kraft und Integrität des Seins keineswegs garantierte Güter und Ressourcen darstellen. Trotzdem haben Irre in den Zeiten vor der Moderne ihren Ort bei den Verwandten gehabt. Ob sie gehänselt oder gut behandelt wurden, das ist damit nicht gesagt. Die deutlichere Ausgrenzung beginnt mit den Erfordernissen der Moderne.

Wenn man sich den Entwicklungsweg nach dieser durch die Industrialisierung bedingten Exklusion über die Zeitläufte hin anschaut, ergeben sich folgende Marksteine: Als eine Errungenschaft der Moderne gibt es psychiatrische Landeskliniken, im deutschsprachigen Raum zunächst vereinzelt ab dem Beginn des 19. Jahrhunderts, verstärkt in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts und zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Psychisch kranke und geistig behinderte Menschen werden nach und nach unterschieden in behandelbare, heilbare, förderbare, unheilbare. Die Landeskrankenhäuser waren von Anfang an darauf ausgelegt, dass belastbare, irgendwie einsetzbare Patienten in der Selbstversorgung durch den immer zum

Krankenhaus gehörenden Gutshof oder in der Wäscherei usw. tätig waren. Das Konzept der aktiven Krankenbehandlung von Hermann Simon in Gütersloh in der Weimarer Zeit mündete darin, dass alle irgendwie beschäftigt und beteiligt wurden, weil sinnvolle Tätigkeit – und sei es das Zupfen von Wolle, Papier oder vorbereitende Arbeitstätigkeiten für komplexere Aufgaben – nicht nur zur Selbstversorgung, sondern auch zu einem eigenen Wertgefühl und damit zur Gesundung oder zumindest einer Reduktion schwierigen, lauten störenden Verhaltens beitrug und beiträgt. Wenn das nicht half, kannte die Psychiatrie aber auch disziplinierende Verhaltensweisen wie Dauerbäder, Dauerfixierungen, Zwangsjacken usw.

Infolge des rassistischen, ausgrenzenden Denkens gegenüber psychisch kranken Menschen – in der Weimarer Zeit gebahnt, was oft nicht bekannt ist – kommt es in der Zeit des Nationalsozialismus zu den Exzessen der Ermordung der psychisch kranken und geistig behinderten Menschen, der medizinischen Versuche unter dem Deckmantel wissenschaftlicher Erforschung und den Zwangssterilisationen.

Nach Kriegsende hatte jeder genug mit sich selbst, der Situation seiner Familie, dem politischen Überleben, der vermeintlichen eigenen Unschuld oder nur mitgelaufen zu sein, dem Aufbau eines neuen Staatswesens und dem Aufbau des danieder liegenden zerstörten Landes zu tun, als dass diese Personengruppen sofort in den Fokus von ambitionierten gesellschaftlichen Prozessen wie Integration oder gar Inklusion geraten wären.

Was wenig bekannt ist, ist, dass die Sterberaten noch einige Jahre nach dem Krieg in den meisten Anstalten dramatisch erhöht waren. Es wurde weiter gestorben, wenn auch nicht mehr aktiv getötet. Der Konstanzer Sozialpsychiater Heinz Faulstich hat das in einer unendlichen Fleißarbeit in den 90er Jahren in den Anstaltsarchiven Ost wie West recherchiert und in dem Buch „Hungersterben in der Psychiatrie 1914 – 1949“ publiziert. Die, die überlebt hatten, waren ausgezehrt und am Ende der Kräfte, die Selbstversorgung klappte nicht oder es mussten wieder Erträge für die Normalbevölkerung zum Teil weggegeben werden. Alte und entkräftete Menschen, Menschen, die an dem Wahnsinn und den Greueln des Krieges, Flucht und Vertreibung, der Kriegserlebnisse im wahrsten Sinne des Wortes verrückt geworden waren, kamen in die Kliniken und verstarben häufig. Man kämpfte seitens des Personals, was immer zumindest auch in Teilen den anvertrauten Patienten zugetan war, durchaus um das Überleben dieser Menschen, konnte aber oft nicht viel für sie tun.

Die Psychiatrie selbst mit ihren Leitenden Ärzten, Pflegevorstehern und Verwaltungschefs ist in den 50ern und weitgehend auch in den 60ern ziemlich still geblieben. Man war verwoben, man wollte die Chefs, die zum Teil auch als belastete Personen der Nazizeit wieder in Amt und Würden waren, nicht belangen – all die Prozesse des Verdeckens und Verschweigens, die immer auf totalitäre Systeme folgen, liefen ab. Natürlich hat es Prozesse wegen der Verbrechen gegeben; es hat Verurteilungen, einige Hinrichtungen der führenden Personen, etliche Suizide führender Ärzte gegeben, um sich dem Prozeß, der Scham zu entziehen, aber alles in allem wurde nur ein Bruchteil der Tätigen belangt und verurteilt. Eine beliebte Formel der Reinwaschung war der sog. Verbotsirrtum: Man hatte nicht erkennen können, dass das eigene Handeln menschenrechtswidrig war, weil das System bestimmte menschenverachtende und vernichtende Haltungen als rechtmäßig ausgelebt hatte.

Die Gedanken der Normalisierung und Integration, der Verbesserung der Lebenssituation psychisch kranker und geistig behinderter Menschen, einen personenzentrierten statt eines institutionenzentrierten Arbeitsansatzes haben erst nach und nach im gesellschaftlichen Diskurs Einzug gehalten. Sie sind nicht sehr alt. Und wenn Sie sich fragen, wieso ich überhaupt auf die Landeskrankenhäuser und die Geschichte eingehe, dass heute hier im sog. komplementären Bereich der Versorgungsstrukturen gefeiert wird und Klinik ja nur ein Bereich ist für die Zeit des Akut-Krank-Seins, dann müssen Sie sich klar machen, dass die verschiedenen ambulanten und komplementären „Bausteine“ gerade einmal maximal 30 Jahre alt sind. Mit der Differenzierung des Systems – und jetzt erzähle ich die Entwicklung West – geht es auf zwei Schienen los: 1.) Die Enquete über die Lage der Psychiatrie mit ihren so wörtlich „menschenverachtenden“ Zuständen von 1975 führt zu einem sog. großen und später kleinen Modellverbund, in dem regionale Behandlungs- und Betreuungsstrukturen erprobt und ausgebaut werden. Sozialpsychiatrische Dienste, freie Träger in der Betreuung psychisch Kranker mit Betreutem Wohnen, Kleinst-Wohnstätten, Tagesstätten und Kontaktstellen, die Differenzierung des Angebots der Werkstätten für behinderte Menschen, der Kampf um andere Arbeitsangebote auf dem normalen oder geschützten Arbeitsmarkt, die Integration und Begleitung psychisch Kranker, dass sie es doch auf dem 1. Arbeitsmarkt schaffen, die Psychisch-Kranken-Gesetze, die die alten polizeilichen Ordnungsrechte ablösen – all das ist ab 1980 entstanden 2.) Die Eltern geistig behinderter Kinder machten sich auf den Weg über eigene Vereine – ein Beispiel ist die Lebenshilfe; in der DDR haben häufig die diakonischen Stiftungen diese Arbeit übernommen – Arbeit in Werkstätten und Wohnen in dazu gehörigen Wohnheimen aufzubauen. Mit dem

Betreuten Wohnen taten sich diese Elternverbände schwer und brauchten lange Zeit, dieses als mögliche Lebensform zu akzeptieren.

Wenn ich hier die Entwicklungen beider Gruppen aufzeige, dann deswegen, weil psychisch krank und geistig behindert einen Teil des Weges sozusagen gemeinsam, wenn auch in getrennten Abteilungen zurückgelegt haben. Die Landeskrankenhäuser hatten großen „Behindertenbereiche“, die nach der Enquete aufgelöst wurden, so dass parallele Strukturen für beiden Gruppen entstanden, die lange unter hospitalisierenden Lebensumständen „gehalten worden waren“.

In einem Bereich sind behinderte Menschen und zwar die körperbehinderten Menschen den Gruppen der Psychisch Kranken und Geistig Behinderten vorausgegangen. Das Konzept der Assistenz, ein eigenbestimmtes Leben zu führen, Arbeitgeber zu sein für die Helfer um mich herum, die nicht alle studierte Profis sein müssen, sondern auch angelernte Personen, die gerne als Assistent eines behinderten Menschen arbeiten möchten (das waren auch oft Zivildienstleistende und Studierende), kommt aus der sog. Krüppelbewegung. In den 70er und 80er Jahren kämpften diese Menschen im Westen um ihre Autonomie, ihre Würde, ihr Recht auf Dazu-Gehören in Normalität ohne Bittsteller sein zu müssen. Dass sie das natürlich oft trotzdem lange im Ringen mit dem Sozialamt waren, ist die zweite Seite Medaille sozialer Veränderungen.

Ab 1980 haben sich auch nach und nach die Angehörigen Psychisch Kranker organisiert – häufig waren es langsame, mühselige Prozesse, regional sich nicht nur zu treffen, sondern auch etwas von den Kommunen, den Ländern zu fordern, Integration der eigenen, kranken, erwachsen werdenden Kinder gefördert sehen zu wollen. Das Heraustreten aus der Scham, dem Schweigen, dem Alleinsein mit der Sorge um ein krankes oder behindertes Familienmitglied hat viele Menschen viel Kraft und Arbeit an sich und den gesellschaftlichen Strukturen gekostet.

Die Bewegung der Psychiatrie-Erfahrenen hat sich in den 90ern etabliert. Auch hier ist es ein langer Weg aus dem Krank-Geworden-Sein und doch unbedingt wieder gesund sein zu wollen, nicht mit Schizophrenie, Depression, Manie, Psychose sich immer wieder auseinander setzen zu müssen, herauszutreten und für sich zu fordern: Ich gehöre auch zu dieser Gesellschaft, ich habe die gleichen Rechte, ich will gehört werden und nicht nur Mildtätigkeiten empfangen, ich will nicht ein Randgruppensein führen – ein Wort der 70er, was man in Zeiten politischer Korrektheit nur noch selten vernimmt, was aber m. E. nach wie vor ganz korrekt beschreibt, wie die Situation psychisch kranker Menschen ist.

Politik und Verwaltung haben an diesen gesellschaftlichen Prozessen der Bemächtigung Betroffener im modernen Sozialstaat gelernt, den Wohlfahrtsverbänden im Zuge des Subsidiaritätsprinzips die Arbeit übertragen und auch das Sozialrecht der Rehabilitation und Eingliederung hat die beschriebenen **Prozesse der Integration und Normalisierung** des Lebens von Menschen mit Handicaps und bestimmte Rechtsansprüche aufgenommen. Das wohlfahrtsstaatliche Integrationsversprechen lautete: Die soziale Integration der Gesellschaftsmitglieder ist zu gewährleisten; der Staat hat Institutionen in die Lage zu versetzen, d.h. Rahmenbedingungen zu schaffen, dass soziale Integration stattfindet.

Eine Randbemerkung: Neben gesellschaftlicher Rahmenbedingungen gibt es natürlich immer auch ein gesellschaftliches Klima, was von unseren individuellen Verhaltensweisen abhängig ist: Herrscht ein Klima von Rücksichtnahme, Hilfsbereitschaft, Wohlwollen, Leben und Leben lassen, Sie kennen diese vielen Sprichworte aus dem Volksmund oder von Ihnen zu Hause: Jedem Tierchen sein „Plaisirchen“. Der liebe Gott einen großen Tiergarten usw. usf. Hier ist meist etwas von dem Wissen über unsere Unterschiedlichkeit und des miteinander Auskommen-Müssens verborgen. Aber wenn ich hier über Integration und Inklusion spreche, geht es um gesellschaftliche Grundhaltungen, die sich in dem niederschlagen, was wir finanzieren, mit welchem Selbstverständnis und jetzt sage ich bewusst „das Staatswesen“ – als Ausdruck unseres Willens – mit der Unterschiedlichkeit ihrer Mitglieder verfahren soll.

Warum ist es also nicht genug damit, wenn doch die Integrationsbemühungen und Normalisierung der Lebensumstände seit den 70er Jahren, weit über das hinausgingen, was Menschen mit Handicaps – historisch betrachtet –, seit dem Auseinanderdriften des Zusammenlebens durch die Industrialisierung „geboten bekamen“? Warum schon wieder ein neues „**In**“-**Wort**, nämlich „Inklusion“ statt „Integration“?

Den meisten von uns wird dieses Wort zunächst einmal vom Reisen als „all inclusive“ vertraut sein, was ganz einfach meint „einschließlich, inbegriffen“. Für viele ist das selbstverständlich und erleichternd geworden: Alles gehört dazu, Essen und Trinken sind dabei; ich muß nicht ständig über mein Urlaubsbudget nachdenken, sondern habe das vorab getan. Ich lasse einmal den Aspekt aus, dass wir Menschen dazu neigen, üppig zuzulangen, vielleicht mehr als uns gut tut, wenn alles „inclusive“ ist. Erst einmal scheint es ein vernünftiges Konzept und das ist es auch, wenn ich das auf gesellschaftliche Prozesse übertrage.

Integration und Normalisierung beinhalten einen Blick auf Defizite. Es wird nicht gefragt, was macht diesen Menschen als Teil von unserer Gesellschaft in seiner Persönlichkeit aus, was sind seine Stärken? Gehört nicht jeder zu dieser Gesellschaft, der einfach da ist, geboren wurde, auf diesem Fleckchen Erde lebt und leben möchte. (Ich lasse die Probleme von Wanderungen, Verfolgung, Flucht und Vertreibung außen vor).

Nein, Integration ist eine „Bemühungsleistung“ derjenigen, die „irgendwie“ drin sind und die diejenigen, die nicht „richtig dazu gehören“, hereinholen. Es wird diagnostiziert, was einer Person fehlt gegenüber dem Normalzustand: Dies kann die körperliche Versehrtheit wie die Veränderung oder das Fehlen von Gliedmaßen von Menschen mit conterganbedingten Schäden (Beruhigungs- und Schlafmittel, dass 1957-61 vertrieben bei Schwangeren Schäden am Embryo auslöste – Grünenthal GmbH), aber eben genau auch das „soziale Nicht-Dazugehören“ sein. Bei der Integration soll und wird eine Situation geschaffen, in der die Person trotz eines Handicaps ins gesellschaftliche Leben hinein genommen, geholt – also „integriert“ – wird. Wichtiger Bestandteil in einem solchen gesellschaftlichen Handlungsprozeß ist die Normalisierung. Meist eher unausgesprochen geht damit eine normative Regulierung einher, d.h. es wird eingeschätzt, wie Menschen sein müssen, dass sie integriert werden können. (vgl. Kessler 2010, 2)

Wo Einfluß, Hineinholen stattfindet, ist das Ausschließen oder in immer spezialisiertere Settings bringen nicht weit. Die Profis aus dem sozialen Bereich kennen alle die Begrifflichkeiten, wenn Menschen nicht in Institutionen passen, wie „nicht werkstattfähig“, „nicht geeignet für's Betreute Wohnen“ – dann bleibt ja noch das Heim oder eben auch da „nicht tragbar“ – und dann ist im Falle „psychisch Kranker“ meist die psychiatrische Klinik dran, denn sie hat eine sog. Versorgungsverpflichtung, wenn Aufnahmegründe der Selbst- oder Fremdgefährdung erfüllt werden. Häufig haben Institutionen eine Eigendynamik, so dass es immer weitere Institutionen geben muß, die die „Rausfallenden“ versorgen. Immer ist es der Blick der Mehrheitsgesellschaft, die fragt und dann definiert: Was wollen und können wir uns an Integrationsbemühungen leisten? Wieweit holen wir Menschen mit Handicaps, Menschen, die irgendwie anders sind hinein? Integration schafft und erhält zwei Gruppen: Diejenigen, die dazu gehören, die drin sind und diejenigen, die zu integrieren sind, die „nicht normalen Anderen“.

Aber es geht in diesen Zeiten von Politikverdrossenheit, Staatsverschuldung, dem Infragegestelltsein des permanenten Wirtschaftswachstums als einzigem Motor und

Erhalter aller sozialer Errungenschaften, Arbeitslosigkeit, dem liberalen Anspruch „jeder ist seines Glückes Schmied und wenn er es nicht schafft, selbst dran schuld“ nicht nur um die Menschen mit offensichtlichen Handicaps. Wie schnell grenzen wir durch diese gesellschaftlichen Prozesse aus, so dass immer mehr Menschen einem subtil definierten Standard der Normalität nicht mehr genügen. Nicht mehr leistungsstark genug sein, zu alt sein, arbeitslos und seinen Lebensstandard nicht mehr halten können, die Ehe, die kaputt geht und die sozialen Kreise zu denen man gehörte, auflöst usw. Also keiner ist gefeit, auf Dauer „dazu zu gehören“. Es soll als Hinweis genügen, dass „das Normale“ ein trügerischer Begriff ist, wenn man es aus der Position des Individuums betrachtet. Natürlich leben wir alle immer mit der Hoffnung, dass uns nichts passiert und wir weiter dazu gehören. Aber was bedeutet es für eine Gesellschaft, wenn immer weniger Menschen den scheinbaren Standards entsprechen?

Der Inklusionsgedanke ist anders: Gesellschaft besteht aus unterschiedlichen, d. h. „heterogenen“ Lebensformen. **Jeder gehört dazu**, wird nicht hinein genommen, **sondern ist ein Teil des Ganzen**. Es geht um eine Akzeptanz dieser unterschiedlichen Lebensformen. So könnte der Blick auf die defizitäre Bestimmung des Einzelnen, der zu integrieren ist, überwunden werden. Aber ein Wort schafft noch keine andere Welt. Wie lässt sich Inklusion denken, ohne das Anderssein des Anderen zum Verschwinden zu bringen? Wie kann Akzeptanz der Vielfältigkeit und Verschiedenheit sozialstaatlich und im alltäglichen Miteinander als wirkliches gleichberechtigtes, wertschätzendes Miteinander gelebt werden?

Die Grundsätze der inklusiven Teilhabe sind ein wesentlicher, vielleicht der wichtigste Baustein der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die die Bundesrepublik 2010 ratifiziert hat. Damit ist sie die Verpflichtung eingegangen, die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen zu beachten, befördern und dieses Paradigma der Inklusion auf alle gesellschaftlichen Prozesse anzuwenden.

Inklusion wird als Gewährleistung der Teilhabe von Menschen definiert. Die EU, die sich seit etwa 15-20 Jahren mit diesem Problem von Ausgrenzung beschäftigt, hatte sich vorgenommen, im ersten Jahrzehnt des 21. Jahrhunderts die Exklusionsprobleme der EU-Staaten grundlegend bekämpft zu haben. (Kessl 2010, 3f) Inklusion wird von der EU-Kommission so definiert:

„ein Prozeß, durch den gewährleistet wird, dass Personen, die von Armut und sozialer Ausgrenzung bedroht sind, die erforderlichen Chancen und Mittel erhalten,

um am wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Geschehen voll teilzunehmen und in den Genuss der Lebensstandards und Wohlstands zu kommen, der in der Gesellschaft, in der sie leben, als normal gilt. Sie stellt sicher, dass die Teilhabe dieser Menschen an Entscheidungsprozessen, die Auswirkungen auf ihr Leben und ihren Zugang zu den Grundrechten haben, zunimmt“

(Gemeinsamer Bericht der Kommission und des Rates über die soziale Eingliederung 2004, Quelle: http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/soc-incl/final_joint_report_2003.de.pdf) (Kessl 2010, 4)

Inklusion ist eine Orientierungsleitlinie, die anstelle des wohlfahrtsstaatlichen Integrationsversprechens den Blick auf das individuelle Ermöglichten lenkt. Das heißt, der einzelne ist auch kein Bittsteller mehr, sondern es gibt das Recht auf Teilhabe.

Im Alltag einer Kommune heißt das bei den meisten Entscheidungen zukünftig – sei es Straßenbau, Arbeitsplätze, Schule, Wohnen, Freizeit – sich die Frage stellen und gefallen lassen zu müssen: Werden die Maßnahmen dem Grundsatz der Teilhabe und Teilnahme gerecht oder werden systematisch bestimmte Gruppen in Schwierigkeiten geraten, nicht hinkommen können, ferngehalten werden, in eigenen Institutionen „ausgegrenzt“ – exkludiert werden?

Das Inklusionskonzept der UN-Charta wird jede Kommune berühren, denn die Ratifizierung durch die Bundesrepublik heißt, dass dieses nicht nur schöne Plakat- und sonstige Aktionen von Behindertenbeauftragten des Bundes, der Länder sein werden. Gesetzgebung, Alltagspolitik, Entscheidungen in den Verwaltungen werden diese Grundsätze verinnerlichen und leben müssen. Es ist nicht damit getan, dass Wohnstätten geschaffen und erneuert werden, sondern es muß auch Wohnraum in normalen Quartieren geben, der für die, die nicht mehr im Wohnheim leben müssen, wollen und sollen geeignet ist, niedrigschwelligere Betreuung oder Assistenz zu erfahren. Die Bundesrepublik wird Rechenschaftsberichte abgeben und Besuchskommissionen empfangen, die die Fortschritte in der Umsetzung der UN-Konvention prüfen. Von den Kommunen und Ländern wird zugearbeitet werden.

Im ländlichen Raum ist ein Strukturproblem besonders gravierend, was nach neuen Lösungen ruft: Das der Mobilität. Und dieses betrifft neben Menschen mit Behinderungen auch die älter werdende Generation, denn ihre Zahl wird mit und ohne Einschränkungen deutlich zunehmen. Teilhabe hängt oft davon ab, dass ich hinkommen kann. Ob dieses im Sinne nachbarschaftlicher Solidarität – die immer nur begrenzt trägt – oder mit neuen Lösungen der öffentlichen Verkehrsdienste oder Vereinen, die wie car-sharing/Stadtauto funktionieren, gleichzeitig noch einen Fahrer ehrenamtlichen stellen, daran wird gearbeitet werden müssen. Nehmen Sie dieses besondere Strukturproblem des ländlichen Raums früh in den Blick.

Inklusion als Vision zu verfolgen, wird immer damit verbunden sein, die genauen Bedingungen zu analysieren, unter denen Inklusion stattfinden soll. Wir leben im Moment alles andere als wie im EU-Zitat als Programmatik benannt: gleichberechtigter Zugang „zur Teilnahme am „wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Geschehen“ und Erreichung eines „normalen Lebensstandards“. Inklusion als Leitgedanke ist eine Vision gegen Ausgrenzung, eine Forderung nach mehr Freiheit in den akzeptierten Lebensstilen und ein Prozeß. Ich sehe kritisch – und damit werde ich zum Ende kommen – zwei wichtige Faktoren, die dabei zu beachten und die im gesellschaftlichen Gefüge und in uns als Personen dagegen stehen. Deren Erosionswirkung darf nicht unterschätzt werden.

Das Integrationsversprechen der 70er Jahre geschah vor dem Hintergrund eines gesellschaftlichen Konsenses, dass es richtig ist und Sinn macht, diejenigen, die am Rand geblieben sind, weil sie schwächer sind, hineinzuholen. Gleichzeitig ging es der Volkswirtschaft relativ gut, der Glaube an Wachstum als Problemlöser war ungebrochen. Die neo-liberalen Denkweisen, die den Einzelnen zum Ideal, zum Konkurrenten „jedes gegen jeden“ auf dem Arbeitsmarkt, zum Schmied seines Glückes verantwortlich erklären, gleichgültig, was gesellschaftlich darum herum passiert, haben etwas mit der Solidarisierungsfähig- und -willigkeit der Einzelnen gemacht. Inklusion kann diese Erosionsprozesse nicht auf der „good will“-Ebene auffangen und es ist schon beeindruckend, dass diese Logik und Programmatik unterschrieben wurde in einer Zeit, in der der Wohlfahrtsstaat mit seinen Versprechen zurücktritt und den Einzelnen wieder viel mehr in die Pflicht nimmt.

Wir selbst als Akteure im Miteinander, als individualistische und soziale Wesen, grenzen uns von einander ab, indem wir Lebensstile mehr oder minder inszenieren, uns über Marken, Produkte, Reisen, Einkaufs- und Freizeitverhalten mehr oder minder sichtbare Grenzen zwischen sozialen Milieus schaffen. Wir alle verfügen über diskriminierende Prozesse im Miteinander, oft sind sie uns nicht richtig bewusst. Oft ist man auch ratlos – ich sage das als jemand, der für Studienleistungen Noten geben muß und sich oft Gedanken macht, wie dieser junge Mensch in der Praxis der Sozialen auftreten oder wirken wird. Wirtschafts- und Gesellschaftseliten fordern und schaffen mehr Privatschulen, mehr private Hochschulen usw. usf. Der Gedanke der Inklusion weicht da eher, wie kann ich bestmöglich die Chancen auf Erfolg frühzeitig sichern, indem Leistungsstarke unter sich sind, die bestmögliche Förderung erhalten. Das alles geschieht unter dem Namen von Freiheit und Selbstverwirklichung in den Lebensstilen.

Inklusion als visionäres Konzept löst leicht eine allgemeine und indifferente Zustimmung aus. Ohne die Berücksichtigung und Verankerung in den konkreten Macht- und Herrschaftsverhältnissen bleibt es ein blutleeres Konzept: Was braucht es in diesem Ort Neuruppin, in dem Landkreis Ostprignitz zur Realisierung von inklusiven Bedingungen für Menschen mit seelischen Behinderungen auf dem Arbeitsmarkt, wäre eine konkrete Frage. Was steht dem im Wege, wie können wir es überwinden, so dass es zu einem Miteinanderarbeiten kommt, ohne dass sich wechselseitig überfordernd Anpassungsleistungen abverlangt werden, aber doch so, dass sie die Menschen ein dazu gehöriger Teil des Ganzen sind und auch dieser wirtschaftliche Bereich seine Aufgabe erfüllen kann? Es nutzt nichts Wolkenkuckucksheime zu bauen, Gutmenschentum zu fordern und gleichzeitig in der Praxis zu unterlaufen. Es kann nur helfen, auf diesem nicht einfachen Weg der Inklusion zu gehen, wenn wir uns Rechenschaft ablegen über Ausgrenzungspraktiken und -haltungen – auch in den sozialen Institutionen selbst – so dass aus dieser Analyse heraus angemessene Inklusionsstrategien entwickelt werden.

Ich hoffe, Sie empfinden es nicht als Widerspruch, Mut zu machen und gleichzeitig die Dinge beim Namen zu nennen, denn man wächst an den offen ausgetragenen Meinungsverschiedenheiten und nicht an Schönreden, Abnicken und Durchwinken. In diesem Sinne, herzlichen Glückwunsch zum Umbau der Wohnstätte, viel Kraft und Mut auf dem Weg der Inklusion in dieser lebenswerten Kommune Brandenburgs und ein schönes, frohes, beschwingtes, auch zufrieden machendes Hoffest. Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

Quelle:

Kessl, Fabian: Vision der Inklusion und Praxis der Ausgrenzung. Eröffnungsvortrag Ev. Akademie Bad Boll, 14.Okt. 2010, „Menschenrecht auf Teilhabe“. [Pdf-Dokument]