

Markus Kellmann: **Teilhabenichtse**

Von der Wiederkehr der "armen Irren" und wie das BTHG die Zweiklassengesellschaft unter psychisch kranken Menschen festigt

Geld macht nicht glücklich, aber es schont die Nerven

Ein Beispiel wie aus dem Lehrbuch, aber real: Frau T., 49 Jahre alt, leitende Angestellte in einer öffentlichen Verwaltung, Akademikerin, verbeamtet, privat krankenversichert, verheiratet, zwei erwachsene Kinder, lebt mit ihrem Mann in einem abgezahlten Einfamilienhaus. Sie hat einen festen Freundeskreis, nutzt Kulturangebote in der Region und verreist gerne. Als bipolar diagnostiziert, wurde sie mit 28 Jahren erstmals stationär behandelt, seitdem ist sie bei einem niedergelassenen Psychiater in ambulanter Behandlung. Vor zwei Jahren setzte sie gegen ärztlichen Rat ihre Medikation ab, gleichzeitig stieg die berufliche Belastung, ihr ging es psychisch immer schlechter, auch nach erfolgter Wiedereinnahme der Medikation. Krankheitsbedingte Fehlzeiten bei der Arbeit häuften sich, sie erlebte schließlich eine so heftige Krise, dass sie einer lange verweigerten, stationären Aufnahme in der offenen Privatstation eines psychiatrischen Krankenhauses außerhalb der Stadt, in der sie wohnt und arbeitet, zustimmte. Dort nahm sie gesprächs-, ergo- und sporttherapeutische Einzel- und Gruppenangebote wahr, erhielt regelmäßig Besuch von Angehörigen und Freunden und wurde medikamentös neu eingestellt. Ihr Zustand besserte sich allmählich, nach sieben Wochen wurde sie entlassen. Seitdem ist sie bei fortgesetzter Medikamenteneinnahme psychisch stabil, geht ihrer Arbeit nach (wo sich die ehemals belastende Situation wieder entspannte) und fühlt sich derzeit in ihrer Lebensqualität durch die psychische Erkrankung nicht weiter eingeschränkt.

Das Lehrbuch könnte nun fragen: Was sind förderliche Faktoren für den erfolgreichen Recovery-Prozess von Frau T.? Warum ist sie trotz chronischer psychischer Erkrankung nicht psychisch behindert? Was unterscheidet ihre Situation von der psychisch behinderter Menschen?

Blinde Flecken

Wer im Bereich der Eingliederungshilfe tätig ist, wird es kaum mit Klient*innen wie Frau T. aus dem o.a. Beispiel zu tun haben, sondern mit Menschen, die über ihre psychische Erkrankung hinaus eine psychische Behinderung¹ aufweisen. Im Umgang mit psychischer Behinderung gibt es auch im BTHG und in der Fachdiskussion zwei blinde Flecken:

1. Das wechselwirksame Nebeneinander von psychischer Behinderung und von Armut wird oft ausgeblendet. Armut

¹ Wenn ich von Menschen mit psychischer Behinderung spreche, meine ich analog zum BTHG und zur ICF den Personenkreis, der aufgrund einer psychischen Erkrankung in Wechselwirkung mit sozialen Barrieren an der gleichberechtigten, sozialen Teilhabe gehindert ist. Das hier Gesagte gilt umso mehr, wenn es um die "Schwierigsten" geht, also um Menschen mit psychischer Behinderung, die einen hohen oder komplexen Hilfebedarf haben, eine geringe Absprachefähigkeit und Mitwirkungsbereitschaft aufweisen oder herausforderndes Verhalten zeigen.

wird als soziale Teilhabebarriere nicht wahrgenommen oder verharmlost.

2. Der besondere Charakter und die Schwere einer psychischen Behinderung werden bagatellisiert, indem sie mit einer anderen (z.B. körperlichen) Behinderung oder mit einer psychischen Erkrankung gleichgesetzt wird, die nicht mit einer wesentlichen Einschränkung der Teilhabe einhergehen.

1. Psychisch behindert und arm

Psychische Behinderung macht arm

Sowohl eine psychische Erkrankung als auch eine Behinderung jedweder Art erhöhen das Armutsrisiko der Betroffenen signifikant. Kommt beides zusammen, liegt also eine psychische Behinderung und nicht nur eine Erkrankung vor, so ist das nahezu ein Garant für Armut². Oft auch für mehr als

² Meines Wissens gibt es dazu keine statistischen Angaben, aber ich schätze, dass mindestens 90 % aller Menschen mit psychischer Behinderung auf staatliche Transferleistungen angewiesen sind, also auf Sozialhilfeniveau

das, nämlich für eine Prekarisierung zahlreicher Lebensbereiche: Beziehungsabbrüche, soziale Isolation, fehlende Berufsausbildung, Bildungsarmut, Arbeitslosigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Verschuldung, Verlust der Wohnung.

Armut macht psychisch krank

Umgekehrt erhöhen Armut, prekäre Lebens-, Arbeits- und Wohnbedingungen die Vulnerabilität für psychische Erkrankungen. Damit steigt aber nicht nur das Risiko, psychisch zu erkranken, sondern auch die Wahrscheinlichkeit für eine Chronifizierung und für ein Scheitern der Behandlung. Armut mindert das Genesungspotential, weil sie systematisch die in der Person (Stichwort: Selbstwirksamkeitserfahrung) und in ihrem sozialen Umfeld zur Verfügung stehenden Ressourcen untergräbt, die für eine erfolgreiche Bewältigung der psychischen Erkrankung (im Sinne von Recovery) notwendig sind.

Abwärtsspirale und Fortschreibung

Es entsteht ein sich wechselseitig verstärkender Teufelskreislauf von Armut und psychischer Behinderung, der die Auswege aus beidem verstellt. Und der sich selber reproduziert. Bei allem, was wir über die transgenerationale Weitergabe von psychischer Erkrankung und von Armut an die Kinder der Betroffenen wissen - und damit meine ich ausdrücklich nicht, per Vererbung, sondern durch eine entsprechend belastete Sozialisation - dürfte sich das Problem künftig noch verschärfen. Kinder psychisch kranker Eltern oder solche, die in prekären, deprivierenden Verhältnissen ("*erschöpften Familien*") aufwachsen³, sind eine der verletzlichsten und am meisten von psychischer Erkrankung bedrohten Gruppen in dieser Gesellschaft.

Rückkehr der "armen Irren"

Wir erleben eine Renaissance der "*armen*

oder mit geringem Einkommen unterhalb der Armutsschwelle (<979 €/Monat) leben. In dem Bereich, in dem ich arbeite (ambulant-stationärer Wohnverbund für 150 Klient*innen) sind es alle Betroffenen.

³ 2,6 Mio. Kinder (24,2 %) leben in Deutschland in armen oder armutsgefährdeten Familien.

*Irren*⁴, jenes Personenkreises, der historisch das Gros der Insass*innen in den psychiatrischen Anstalten bildete. Mit dem Bedeutungsverlust der Psychiatrie als klassischer Ort der Ausgrenzung, aber auch des Asyls im Sinne eines Schutz- und Schonraums für Menschen mit psychischer Behinderung⁵ werden sie nun aufs Neue marginalisiert und exkludiert. Nicht mehr außerhalb der Mehrheitsgesellschaft an streng segregierten Orten (obgleich es diese in Form von Großheimen und randständigen, sozialen Brennpunkten noch gibt), sondern mitten in der Gesellschaft, in die sie zurückgekehrt sind. Dort reihen sie sich oft auf unterster Stufe⁶ in das Heer der übrigen Armen ein, die in prekären, deprivierenden und diskriminierenden Bedingungen leben. Auf eine gespenstische Weise sind sie in ihrer Existenz gesellschaftlich akzeptiert, aber persönlich geächtet, nicht zu übersehen und aufs Neue unsichtbar.

Zwei-Klassen-Gesellschaft des BTHG: Erwerbstätig vs. nicht erwerbstätig

Das BTHG setzt die Benachteiligung von Menschen, die nicht erwerbstätig sind,

⁴ "Arme Irren" ist eine seit dem späten 18. Jahrhundert gebräuchliche, einerseits stigmatisierende Etikettierung der Person, andererseits aber auch zutreffende Beschreibung des sozialen Status. Gleichzeitig schwingen bei "arm" immer auch "arm dran", "arm im Geist", "bedauerns- und mitleidenswert" mit.

⁵ Historisch gesehen, war die psychiatrische Anstalt zumindest vom Anspruch her auch die Einrichtung, die die "armen Irren" nicht nur bildlich, sondern buchstäblich von ihren Ketten, aus den Zucht- und Arbeitshäusern, befreite. Durch die stete Verkürzung stationärer Aufenthalte in der Psychiatrie, ohne dass das ambulant mit Home Treatment, Tageskliniken, Krisendiensten etc. ausreichend kompensiert wird, verliert sie auch an Bedeutung als Ort einer temporären "Auszeit". Um das auszugleichen, bedürfte es einer nicht kostenneutralen, flächendeckenden Ambulantisierungs-offensive der psychiatrischen Versorgung (für die es genügend Vorbilder gibt.)

⁶ Die Wohnungssuche in Zeiten der systematischen Verknappung angemessenen, bezahlbaren Wohnraums ist ohnehin höchst schwierig. Hinzu kommt die Konkurrenzsituation mit anderen Armen. Da erweist sich neben dem geringen sozialen Status (Arbeitslosigkeit, Grundsicherungs- oder ALG 2-Bezug, negative Schufa-Auskunft) die psychische Behinderung als zusätzlicher, oft entscheidender Wettbewerbsnachteil.

auch wenn sie als erwerbsunfähig gelten, fort. Menschen mit psychischer Behinderung sind in der Regel nicht in der Lage, einer Erwerbsarbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nachzugehen⁷, geschweige denn einer auskömmlichen Erwerbstätigkeit oberhalb der Armutsgrenze (also jenseits von Mini-Jobs und Geringverdienst); selbst dann gehören sie zur Gruppe der *Working Poor*.⁸ Wenn sie eine Erwerbsunfähigkeits- oder Altersrente erhalten, so wird diese beim Leben in einer Wohneinrichtung komplett vom Kostenträger der Eingliederungshilfe einbehalten⁹. An dieser seit 2004 geltenden Praxis ändert auch das BTHG nichts, die Betroffenen erhalten von ihrer Rente keinen Cent. Beim Leben in einer ambulant betreuten Wohnform erfolgen weiterhin Abschläge zugunsten des Kostenträgers.

Von den höheren Freibeträgen des BTHG beim Einkommen profitieren Rentner*innen aber auch bei ambulanter Betreuung nicht, weil Renten nicht als Einkommen im Sinne des Gesetzes gewertet werden. Bei Einkommen aus einer WfbM oder einer anderweitig unterstützten Tätigkeit (ohne eine Ausnahme und eine Niedriglohnbeschäftigung unterhalb des gesetzlichen Mindestlohnes) erfolgt in stationär wie ambulant betreuten Settings ein

⁷ Von den 150 Klient*innen mit psychischer Behinderung, für die ich zuständig bin, arbeitet niemand auf dem ersten Arbeitsmarkt und weniger als 20 % in einer WfbM.

⁸ *"Inklusion, die Eröffnung gesellschaftlicher Teilhabechancen, gilt letztlich nur für die Menschen mit Behinderung, die präparationsfähig genug sind, um sich – wenigstens im gering qualifizierten Niedriglohnbereich – erwerbstätig aufzuhalten... Man gewinnt den Eindruck, dass die Bilder von 'Behinderung', die ... in manchen, politischen Köpfen kursieren, einem selektiven Denken entspringen, das eigentlich nur bestimmte, latent ökonomisch verwertbare Menschen mit Behinderung im Blick hat ... eine inklusionspolitische Eingrenzung, die Behinderung auf eine therapierbare, ökonomische Dysfunktion reduziert."* Uwe Becker (*"Die Inklusionslüge. Behinderung im flexiblen Kapitalismus"*, S. 122/184/186)

⁹ Dass das prinzipiell auch anders gehen kann, zeigt das Beispiel dauerbeurlaubter Maßregelvollzugspatient*innen, die in einer Wohneinrichtung der Eingliederungshilfe leben, aber noch keine Eingliederungshilfe beziehen. Sie können bis zur Entlassung aus dem Maßregelvollzug ihre Rente komplett behalten.

Abschlag zugunsten des Kostenträgers. Auch der erhöhte Freibetrag des BTHG beim Vermögen wirkt sich hier kaum aus, weil bei Einkünften auf Armutsniveau überhaupt kein Vermögen gebildet werden kann.

Drohende finanzielle Verschlechterung bei Bewohner*innen in Behinderteneinrichtungen

Das BTHG sieht zwar ab 1.1.20 für Menschen mit Behinderung in Wohneinrichtungen eine Erhöhung der Regelbedarfsstufe vor. Zu befürchten ist aber, dass sie aufgrund der ab 1.1.20 ebenfalls greifenden Trennung von Unterbringungs- und Betreuungsleistungen in Wohneinrichtungen (Grundsicherung vs. Eingliederungshilfe) unterm Strich weniger Geld zur freien Verfügung haben werden als aktuell (Barbetrag von 110 €/Monat und Bekleidungs-pauschale von 332 €/Jahr) und ihnen künftig einige bislang über den Pflegesatz finanzierte Leistungen, z.B. für Fahrten, in Rechnung gestellt werden¹⁰.

Finanzielle Verschlechterung bei der kulturellen Teilhabe im Rheinland

Parallel zur Verabschiedung des BTHG auf Bundesebene wurden, von der Öffentlichkeit nahezu unbemerkt, im Rheinland die sogenannten *"tagesstaltenden Maßnahmen"* vom Landschaftsverband Rheinland als überörtlichem Träger der Sozialhilfe zum Jahreswechsel 2016/17 ersatzlos gestrichen. Dabei handelte es sich um eine bei ambulanter Betreuung auf Antrag und gegen Nachweis gewährte Teilhabeleistung (max. 17 €/Tag, für Tage, an denen kein Besuch einer WfbM oder Tagesstruktur erfolgte). Diese sollten Freizeitaktivitäten und den Besuch kultureller Veranstaltungen subventionieren - vom Kinobesuch bis zum Tanzkurs, von der Mitgliedschaft in einem Sportverein bis zum VHS-Seminar.

Bemerkenswert ist, dass diese Leistung ansatzweise berücksichtigte, dass kulturelle Teilhabe, Weiterbildung und die meisten Freizeitaktivitäten Geld kosten, das Menschen mit einer psychischen Behinderung, die auf Sozialhilfeniveau leben, nicht zur Verfügung steht. Hintergedanke war nicht nur, dass solche Aktivitäten zu ermögli-

¹⁰ So äußerte sich der Sozialrechtsanwalt Reinhold Hohage bei einer BTHG-Tagung 2016.

chen, genuines Ziel der Eingliederungshilfe ist, sondern dass ihre Wahrnehmung auch der persönlichen Entwicklung der Betroffenen dient, vielleicht sogar mittel- und langfristig ihren Hilfebedarf senkt.

Immobilität als Teilhabebarriere

Persönliche Mobilität ist eine Voraussetzung für kulturelle Teilhabe. Kaum ein Mensch mit psychischer Behinderung kann sich, selbst wenn er ausnahmsweise über einen Führerschein verfügt und trotz Krankheit oder Medikation fahrtüchtig ist, ein eigenes Auto leisten. Anders als viele Menschen mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung haben Menschen mit psychischer Behinderung auch bei Vorliegen einer Schwerbehinderung von 100 % selten Anspruch auf eine unentgeltliche Beförderung im ÖPNV. Während diejenigen, die einer Tätigkeit in einer WfbM (Tagestätte, Arbeitstherapie etc.) nachgehen, oft eine unentgeltliche Monatskarte erhalten, die sie auch privat nutzen können, gehen alle anderen leer aus.

Wenn beispielsweise der Besuch eines Kinos schon an sich kaum bezahlbar erscheint, ist er es umso weniger, wenn auch noch Fahrkosten anfallen. In dem kleinstädtisch geprägten Landkreis, in dem ich arbeite, kostet ein Sozialticket derzeit 36 Euro im Monat; für die Fahrt ins Kino einer benachbarten Großstadt berechtigt es allerdings nicht. Es wäre ein Leichtes, Menschen (mit oder ohne psychische Behinderung), die auf Sozialhilfeniveau leben, eine kostenlose Nutzung des ÖPNV zu ermöglichen, um ihnen kulturelle Teilhabe zu ermöglichen. In Zeiten der Austeritätspolitik klingt schon eine solch schlichte Forderung wie ein utopisches Anliegen.

2. Aus den Augen, aus dem Sinn: Die Bagatellisierung psychischer Behinderung

Die beispielhaft genannte Diskriminierung psychisch behinderter, zumeist nicht erwerbsfähiger Menschen gegenüber psychisch kranken, erwerbstätigen Menschen im BTHG ist in meinen Augen auch Ausdruck einer generellen Bagatellisierung psychischer Behinderung. Sie beginnt schon damit, dass die Begrifflichkeit einer seelischen oder psychischen Behinderung außerhalb des Gesetzestextes wenig Verwendung findet - sowohl in der Fachwelt

als auch bei den Betroffenen selber. Wer möchte schon als behindert gelten¹¹ - egal, wie progressiv Behinderung inzwischen definiert wird? Viel öfter ist von psychischer Erkrankung die Rede, unter die eine psychische Behinderung stillschweigend subsumiert wird, als sei sie dasselbe.

Menschen mit psychischer Behinderung als psychisch erkrankte Menschen zweiter Klasse

Zwar gibt es viele sinnvolle Dinge wie die "*S 3-Behandlungsleitlinien bei schweren psychischen Erkrankungen*", *Home Treatment*, Integrierte Versorgung, *Peer Counseling*, *Recovery-* und *Empowerment-Kurse*, unterstützte Beschäftigung und Soziotherapie. Aber praktisch erhält sie bzw. erreicht sie kaum jemand von denen, die sie am nötigsten brauchen. Wer schon einmal versucht hat, für psychisch behinderte Klient*innen zeitnah und in erreichbarer Entfernung niedergelassene, mit der Krankenkasse abrechnende Psychotherapeut*innen zu finden, weiß, wovon ich spreche.

Auch die Sozial- und Gemeindepsychiatrie scheinen ihre Energie vor allem auf den Personenkreis zu setzen, bei dem am ehesten Erfolge zu erzielen sind und mit dem man gerne zusammenarbeitet (*Creaming-Effekt*). Psychisch behinderte Menschen dagegen "*nerven*" auch die professionellen Helfer*innen, werden als "*Drehtürpatient*innen*", "*Störenfriede*", "*austherapierte*" oder "*therapieresistente Chroniker*" und "*hoffnungslose Fälle*" wahrgenommen, denen psychiatrische Behandlung vorrangig als Dauermedikation zuteil wird.

¹¹ Es gibt auch eine Klassengesellschaft unter Menschen mit Behinderung, in deren informeller Hierarchie Körperbehinderung und Sinnesbeeinträchtigung weit vor psychischer oder geistiger Behinderung stehen. Bezeichnend ist in diesem Zusammenhang die Abgrenzung vieler Menschen mit psychischer Behinderung (die sich oft selbst nicht als behindert empfinden) von denen mit geistiger Behinderung (deren Behinderung sie nicht in Frage stellen). Jenen fühlt man sich gerne überlegen, auch wenn man ihnen de facto beim Nachgehen einer unterstützten Tätigkeit (WfbM-Besuch), der Bewältigung des Alltags oder selbst kognitiv unterlegen ist. So verschärfen sich die generelle Stigmatisierung und Abwehr von Menschen mit Behinderung noch einmal unter den Betroffenen selber.

Auf Wohnheime und ihre Bewohner*innen wird verächtlich herabgesehen. Aber insgeheim ist man froh, mit der dort lebenden Klientel möglichst wenig zu tun zu haben und auf Wohnheime (auch auf geschlossene) als Reserve zurückgreifen zu können. Die meisten progressiven Errungenschaften der Gemeindepsychiatrie, von der Selbsthilfe bis zum Begegnungsangebot im Sozialpsychiatrischen Zentrum, erreichen psychisch behinderte Heimbewohner*innen nicht. Ähnliches befürchte ich bei der *unabhängigen Teilhabeberatung*, die das BTHG künftig vorsieht.

Die Vernachlässigung psychischer Behinderung mag auch damit zu tun haben, dass die Interessensvertreter*innen in eigener Sache vornehmlich der Gruppe körperlich oder sinnesbeeinträchtigter Menschen entspringen. Auch die in der Gemeindepsychiatrie aktiven Psychiatrieerfahrenen, die eine *ExIn*-Ausbildung absolvieren, als Genesungsbegleiter*innen oder im *Peer Counseling* unterwegs sind, verfügen zwar über viel Erfahrungswissen und Empathie, was psychische Erkrankung und psychiatrische Behandlung (Medikation, stationäre Unterbringung, Zwangsmaßnahmen) für die Betroffenen bedeutet. Aber der Lebenswelt von Menschen mit psychischer Behinderung stehen sie oft fern, vor allem, wenn jene in einer Wohneinrichtung leben.

Vom Verschwinden des Leidens im Optimierungswahn des flexiblen Menschen

Je ressourcenorientierter und wertschätzender Hilfe- oder Teilhabeplanungen formuliert werden, desto eher verschwindet die eigentliche Beeinträchtigung aus dem Blickwinkel. Und mit ihm sowohl der objektivierbare Hilfebedarf als auch das subjektive Leiden. Das hat nach lange vorherrschender Defizitorientierung auch etwas Befreiendes, tritt Paternalismus und Fremdbestimmung entgegen. Aber gerade in Verhandlungen mit einem um Kostendämpfung bemühten Kostenträger birgt es das Risiko, dass mit Hinweis auf die Ressourcen und Potentiale der Betroffenen nicht nur die tatsächliche Behinderung, sondern auch der Hilfebedarf kleingeredet und benötigte Leistungen nicht bewilligt werden. Der Erhalt des Status quo und die Verhinderung einer Verschlimmerung gelten oft als Ziele zweiter Klasse. So greift der allgemeine Selbstoptimierungswahn

auch auf Menschen mit (psychischer) Behinderung über. Was das autistische Computergenie, die beinamputierte Spitzensportlerin oder der depressive Rockstar an Entstigmatisierung und Empowerment leisten, wird dadurch in Frage gestellt, dass sie als unerreichbare, also höchst frustrierende Rollenmodelle hochgehalten werden.

Das BTHG und die vollmundigen Inklusionsbekenntnisse aus dem politischen Raum malen das Bild eines regiekompetenten Menschen mit psychischer Behinderung. Der holt sich als *"flexibler Mensch"* (Sennett) und *"mündiger Kunde"* die notwendige Beratung ein¹², wählt souverän zwischen verschiedenen Anbietern aus und dirigiert die unterschiedlichen Hilfesysteme. Das mag bei Menschen mit einer Körperbehinderung so sein, geht aber am Wesen einer psychischen Behinderung vorbei. Diese äußert sich vielfach als schwerwiegende Beziehungs- und Kommunikationsstörung, Beeinträchtigung der Selbst- und Fremdwahrnehmung und Verminderung des Realitätsbezugs, an der sowohl die Betroffenen selber als auch ihre Umgebung massiv leiden. Sie geht einher mit dem Verlust von Entscheidungskompetenz, der Einschränkung von Absprache- und Mitwirkungsfähigkeit. Diese Kompetenzen gemeinsam mit den Klient*innen wieder herzustellen, ist die fachlich anspruchsvolle Aufgabe, nicht etwa Voraussetzung von psychiatrischer Behandlung und Teilhabeleistungen.

Schöne, neue Welt der Teilhabe

Durch das Pflegestärkungsgesetz und das BTHG droht bei ambulanter Betreuung von Menschen mit hohem und komplexen Hilfebedarf, die auf konstante Bezugs- und Vertrauenspersonen sowie auf gut koordinierte Hilfeleistungen angewiesen sind, eine Aufsplitterung der bewährten Hilfen aus einer Hand. Für viele Klient*innen mit psychischer Behinderung bedeutet das eine Überforderung. Die bisherige Fachleistung in Form fachlich kompetenter Unterstützung durch entsprechend qualifizierte und entlohnte Mitarbeiter*innen im Bezugsbetreuersystem eines erfahrenen, multiprofessionellen Teams droht, durch aufgesplitterte Billigvarianten (Alltagsbegleitung, Pflege, Assistenzleistung) ersetzt zu werden. Der fragwürdige Wirksamkeitsvorbe-

¹² *"Unabhängige Teilhabeberatung"* als Verbraucherzentrale der Eingliederungshilfe

halt der Eingliederungshilfe im BTHG nährt den Verdacht, dass hier betriebswirtschaftliche Erfolgskriterien zum fragwürdigen Maßstab für die Gewährung der benötigten Hilfen werden. Das alles bürdet den Klient*innen ein enormes Maß an Eigenverantwortung auf, das sie angesichts ihrer psychischen Behinderung nur bedingt aufbringen können. Ihnen und den Leistungserbringern wird die Schuld bei mangelnder "Wirksamkeit" der Hilfen angelastet, was dann mit der Kürzung dieser Leistungen sanktioniert wird.

Im Kontext der euphorischen Inklusions- und Teilhabeversprechungen, die mit dem BTHG verbunden sind, aber letztlich durch Finanzierungsvorbehalte und Kostenverschiebungen wieder eingeschränkt werden, entsteht eine gefährliche Mischung: Einerseits die Allmachtsvorstellung einer leidenslosen Gesellschaft, die suggeriert, wenn man in der schönen, neuen Welt des BTHG all die angebotenen Teilhabeleistungen abrufen und damit Inklusion herstellt, dann werde schon alles gut. Und andererseits die ernüchternde Erfahrung des Scheiterns - weder psychische Behinderung noch Armut verschwinden - bei Hilfeleistenden wie Hilfeempfänger*innen. Diese Ohnmachtserfahrung (stets die Kehrseite von Allmachtsfantasien) fördert bei den Betroffenen Schuldgefühle, Selbstentwertung und Verzweiflung, bei den professionellen Helfern letztlich "therapeutischen Nihilismus" (Basaglia) und Resignation: "Da kann man eben nichts machen."

Ausblick

Was können wir machen – angesichts fortgesetzter Austeritätspolitik, erodierten Sozialstaats und maroder öffentlicher Infrastruktur, bei wachsender sozialer Ungleichheit und Armut? In der Gemeindepsychiatrie, Eingliederungshilfe oder rechtlichen Betreuung von Menschen mit psychischer Behinderung tätig, sollten wir

- die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen psychischer Behinderung und unseres Umgangs damit kritischer reflektieren,
- die psychosoziale Arbeit auch als eine politische und sozialkritische begreifen, mehr "Künstler und Politiker" (Paulo Freire) als Sachzwangverwalter sein,
- die soziale Frage auf die Tagesordnung setzen, soziale Missstände im "flexiblen

Kapitalismus" (Senett) benennen¹³ und skandalisieren,

- Partei ergreifen für Menschen mit psychischer Behinderung (parteiliche statt unabhängige Teilhabeberatung) nicht nur gegen Stigmatisierung, sondern auch gegen soziale Marginalisierung und Bagatellisierung ihres Leidens,
- die Konzentration auf die vermeintlich allein selig machende Erwerbsarbeit aufgeben, stattdessen eine Abkopplung von Arbeit und Einkommen (bedingungsloses Grundeinkommen) fordern und über eine Aufwertung von Arbeit in einem sehr viel umfassenderen Verständnis nachdenken, die neben einer Teilhabe im Sinne von purem Mitmachen Sinnerfahrung, Selbstwirksamkeit und "Teilgabe" ermöglicht,
- den Mut nicht verlieren und die konkrete Utopie einer solidarischen, gerechten Gesellschaft¹⁴ aufrechterhalten.

Literatur

- Uwe Becker: *Die Inklusionslüge. Behinderung im flexiblen Kapitalismus*, Bielefeld 2016 (2. Auflage)
- ders.: *Exklusionen im Inklusionszeitalter*, in: NDV, März 2015, S. 101-107
- ders.: *Behindert oder fördert Inklusion? Eine Kritik an Irrwegen der Inklusionsdebatte*, Diakonische Zwischenrufe 03, 2013)
- Hermann Elget/Matthias Albers/Marc Ziegenbein: *Armut behindert Teilhabe. Herausforderungen für die Sozialpsychiatrie*, Köln 2016
- Reinhold Kilian/Maja Stiawa/Thomas Becker: *Gesellschaftliche Ungleichheit, Exklusion – und die Sozialpsychiatrie*, Vortrag bei der DGSP-Jahrestagung 2016
- *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen 2016*

¹³ Das beginnt ganz schlicht damit, im Hilfe- oder Teilhabeplan Armut und prekäre Lebensbedingungen als Teilhabebarrieren überhaupt zu benennen.

¹⁴ Damit hier keine Zweifel aufkommen: Eine solidarische Gesellschaft ist keine Gesellschaft, in der es kein Leiden mehr gibt. Das wäre eine unmenschliche Allmachtsfantasie, die genauso verheerend wirkt wie die Ohnmachtserfahrung, dass man an einer scheinbar alternativlosen, gesellschaftlichen Realität doch nichts ändern könne.