

von Einflussnahme und Kontrolle. Der psychisch erkrankte Mensch mit seinem je individuellen Weltbild bzw. seiner jeweiligen kognitiven Landkarte ist Ausgangspunkt für die professionelle Orientierung an gesundheitsfördernden Prozessen.

Literatur:

Angermeyer, M.: „Zuviel Stress – Vorstellungen von Patienten mit funktionellen Psychosen über die Ursache ihrer Krankheit. In: Flick, U. (Hrsg.): Wann fühlen wir uns gesund? – subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit; Weinheim / München 1998, S. 230-241

Bengel, J.: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Eine Expertise von Bengel, J./Strittmacher, R./Willmann, H.. Im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA). Köln 2001

Faltermaier, T.: Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Weinheim 1994

Herriger, N.: Empowerment in der Sozialen Arbeit. Stuttgart 1997

Knuf, A.: Steine aus dem Weg räumen! Empowerment und Gesundheitsförderung in der Psychiatrie. In: Knuf, A. / Seibert, U.: Selbstbefähigung fördern – Empowerment und psychiatrische Arbeit. Bonn 2001, S. 21-45

Mücke, K.: Die psychotische Krise – Ein systemisches und entwicklungs-psycho-logisches Erklärungsmodell. Potsdam 2001 ●

Aktive oder aktivierte Bürger im Sozialstaat?

Partizipation als sozialpolitische Methode und Personenzentrierung in der Sozialpsychiatrie

Von Michael Opielka

„Juliane Krämer – Und da gibt es zwei große Gruppen von Menschen, die krank werden an den Lebensbedingungen: das sind zum einen die, die Arbeit haben und den Stress nicht mehr aushalten, und die, die keine Arbeit haben (...). Was für eine Funktion hab ich da? Also, ich geb' Menschen Medikamente, die mit einem Arbeitsplatz stabil und gesund wären, damit sie diesen Zustand besser ertragen, das ist doch alles furchtbar“ (Juliane Krämer ist Psychiaterin in Ostberlin. In: Schultheis/Schulz 2005, S. 199, 201). Das Panorama einer „Gesellschaft mit begrenzter Haftung“, das eine Gruppe von Soziologinnen und Soziologen aus der Schule von Pierre Bourdieu mit einer Vielzahl von Vignetten aus dem sozialen Alltag in Deutschland zeichnen (Schultheis/Schulz 2005), ist ziemlich ernüchternd. Die Interventionen der zitierten Ostberliner Psychiaterin wirken ratlos. Vor diesem Hintergrund ist die neuere Diskussion in der deutschen Sozialpsychiatrie um die sozialpolitischen und ethischen Rahmenbedingungen ihres professionellen Handelns geführt werden, außerordentlich bedeutsam.

Die „Soltauer Impulse“ (2004) aus der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) kritisieren die Lage: „Ein verwirrendes Gemisch aus politisch bedingtem Spardruck, Kontrollbedürfnissen von Leistungsträgern, Rechtfertigungsbemühungen von Leistungserbringern sowie von Seiten aller Beteiligten eine geradezu manische Neigung zur Anwendung unterschiedlichster Instrumente, die das alles regulieren sollen. Ein Begriff wie ‚personenzentriert‘ als Titel flächendeckender normierender Hilfeplanung wird zu einem Widerspruch in sich.“ (ebd., S. 35). Die Sozialpolitik mystifiziert diese Lage, wenn man daran geht „kranke und

behinderte Menschen in Kunden zu verwandeln, obgleich nur allzu deutlich ist, dass sie nicht über Konsumentenouveränität verfügen“ (ebd.). Im Folgenden soll jenes „verwirrende Gemisch“ ein wenig entwirrt werden. Dabei kann ein analytischer Blick auf die sozialpolitischen Verhältnisse helfen.

Ausgangspunkt der in den „Soltauer Impulsen“ kritisierten Entwicklungen sind eine Reihe neuer, auch in der Sozialgesetzgebung (u.a. § 93 BSHG) verankerter Instrumente wie der „Integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP)“, „Individuelle Hilfepläne (IHP)“, „Persönliche Budgets (PB)“ und die „Hilfepflichtkonferenz (HPK)“. Diese Instrumente sind Bestandteil einer Neuorientierung sozialer und gesundheitlicher Dienstleistungen, die von vielen Beobachtern als Ausdruck einer zunehmenden Marktorientierung verstanden werden, teils eingebaut in „Neue Steuerungsmodelle“ vor allem der kommunalen Sozialpolitik wie „New Public Management (NPM)“ und einer zielgesteuerten Unternehmensführung (Management by Objectives, MBO) in sozialen Einrichtungen (Seim 2000). Sie finden sich nicht nur in der Sozialpsychiatrie, sondern beispielsweise auch in der Jugendhilfe (Otto/Schnur 2000).

Wie sind diese Entwicklungen zu bewerten? Ein Teil der „Verwirrung“ könnte darauf zurück gehen, dass man zwischen den analytischen Ebenen von Institutionen nicht klar genug unterscheidet. In Abbildung 1 wird ein einfaches Modell professioneller Handlungsebenen zwischen Individuum, Institutionen und Gesellschaft skizziert. Die neueren Steuerungsmodelle lassen sich dabei verschiedenen Ebenen zuordnen.

Prof. Dr. rer. soc. Michael Opielka, Dipl. Päd., Professor für Sozialpolitik an der Fachhochschule Jena, Fachbereich Sozialwesen und Visiting Scholar an der University of California at Berkeley, School of Social Welfare.

Die Sozialhilfereformen in den USA unter Clinton (1996) bis hin zur „Agenda 2010“ und „Hartz IV“ wollten dabei zunächst verhindern, dass vor allem „welfare mothers“, alleinerziehende Mütter auf Kosten des Sozialstaats ohne Armut leben können

Gesellschaft Gemeinde	Makro	„Aktivierung“, „Workfare“ New Public Management
Institution (Professionelle)	Meso	Persönliche Budgets Hilfepankonferenz
Person (Nutzer, Klient)	Mikro	IBRP/IHP

Abbildung 1: Systemebenen der Sozialpolitik in der Sozialpsychiatrie

Personenzentrierung als Fluchtpunkt in der Sozialpsychiatrie

Der „Personenzentrierte Ansatz“ scheint dabei ein Fluchtpunkt gerade in der Sozialpsychiatrie zu sein. Hier gibt es nun zumindest zwei ganz unterschiedliche Bewertungen, die auf die Handlungsebenen zurückgeführt werden können. Während die Befürworter des neuen Ansatzes (z.B. Schulte-Kemna u.a. 2004) in der Fokussierung auf den Hilfeadressaten einen enormen Perspektivengewinn erkennen, möchte beispielsweise Klaus Dörner sowohl der „Personenzentrierung“ wie der „Profizentrierung“ eine „Sozialraum- oder Bürgerzentrierung entgegensetzen“ (Dörner 2005, S. 34). Während Dörner eher auf die Makro- und ein wenig die Mesoebene fokussiert, scheinen Schulte-Kemna u.a. eher die Mikro- und ein wenig die Mesoebene in den Blick zu nehmen. Es ist hier nicht Gegenstand, was eigentlich genau – gerade in der Sozialpsychiatrie – an sozialtherapeutischer und sozialpädagogischer Professionalität Not tut. Man muss vermuten, dass diese – m.E. zentrale – professionelle Frage eher im Dickicht der Diskussion verschwindet. Denn was bislang an praktischen Erfahrungen von Hilfepankonferenzen verlautet, so mögen sie als „Herzstück personenzentrierter Umgestaltung“ (Konrad/Gnannt-Kroner 2004) doch nur bezeichnet werden können, wenn man therapeutisch-pädagogische Prozesse auf Dienstleistungs-koordination reduziert. Letztlich bleibt die tatsächliche Dienstleistung der „professionellen Kunst“ den jeweils Tätigen und ihren Einrichtungen überlassen – wobei die sozialräumliche

Vernetzung der Tätigen, im Sinne Dörners, als Bestandteil zeitgemäßer Professionalität gelten muss.

Die Frage, mit der wir uns hier beschäftigen, geht aber über das unmittelbar klientenzentrierte Handeln hinaus. Die in den „Soltau Impulsen“ spürbare Beunruhigung zielt wohl darauf, dass hinter den neuen Entwicklungen letztlich fiskalische Sparinteressen stehen. Effizienzsteigerung durch bürokratische Prozeduren wird bezweifelt. Dagegen kann man natürlich polemisieren, wie beispielsweise Christian Reumschüssel-Wienert: „Nicht durch ‚Institutionalisierung und Bürokratisierung‘ geht den Initiativen die Luft aus, sondern weil sie nicht (mehr) hinreichend finanziert werden.“ (2005, S. 28). Im wollen die Unterzeichner der Impulse nur „mehr Geld“, aber dafür „viel Ruhe bei der Arbeit (...), keine Dokumentation und Transparenz“ usf. Das ist womöglich überzogen. Doch der „Personenzentrierte Ansatz“ kann als Bestandteil einer sehr grundlegenden Transformation sozialer Dienste gelesen werden: Der Übergang von der Institutionen- zur Personenorientierung geschieht nicht zufällig im Übergang von einer Industrie- zur Dienstleistungs- und Wissensgesellschaft. Dieser gewaltige soziale Wandel, ja Strukturbruch der Moderne erfordert schlicht eine „Institutionalisierte Individualisierung“. Aber warum ist es so schwer, dieses neue Paradigma wirklich „wahr“ zu nehmen?

Misstrauen gegenüber der „großen“ Sozialpolitik

Der Grund liegt in einem Misstrauen gegenüber der „großen“ Sozialpolitik. Dieses Misstrauen ist nicht unberechtigt. Seit Mitte der 90-er Jahre, nicht zufällig auch seit dem Ende der Ost-/West-Blockkonfrontation und dem weltweiten „Sieg des Kapitalismus“, hat sich in den westlichen Wohlfahrtsstaaten die Rhetorik

„from welfare to workfare“, ein Paradigma der „Aktivierung“, eines „aktivierenden Sozialstaats“ durchgesetzt (Opielka 2005). Diese „Transformation des Wohlfahrtsstaats“ (Gilbert 2002) zielt darauf hin, die Erwerbs- oder besser: Lohnarbeitszentrierung der Sozialpolitik wieder verschärft durchzusetzen. Die Vertreter dieser Transformation wollen die Prozesse sozialpolitischer „De-kommodifizierung“ rückgängig machen. „De-kommodifizierung“ heißt, dass nicht nur die Warenform der Lohnarbeit (commodity/commoditas = Ware) zur Existenzsicherung verhilft, sondern dass sozialpolitisch erkämpfte Existenzsicherungspfade neben der Lohnarbeit möglich sind.

Die Sozialhilfereformen in den USA unter Clinton (1996) bis hin zur „Agenda 2010“ und „Hartz IV“ wollten dabei zunächst verhindern, dass vor allem „welfare mothers“, alleinerziehende Mütter auf Kosten des Sozialstaats ohne Armut leben können. Sie sollen „aktiviert“, in den Arbeitsmarkt geschoben werden, auch wenn sie „working poor“, arbeitende Arme bleiben. Die patriarchale Grundstimmung kann man kaum übersehen. Dahinter steht freilich die tiefere Motivation, all denjenigen Personen, denen aufgrund schlechter Qualifikationen dauerhafter Ausschluss vom Arbeitsmarkt droht, angesichts der weltweiten Lohnkonkurrenz auch Niedriglöhne schmackhaft zu machen. Das neue Paradigma der „Aktivierung“ soll die Marktesellschaft zukunfts-fest machen. Der Preis dafür ist verschärfte soziale Kontrolle. Eine weitere, von der „großen“ Politik freilich nicht beachtete Folge ist die schlechende Ausgrenzung derjenigen aus sozialpolitisch legitimierten Existenzrechten, die aufgrund von Behinderungen oder psychischen Schwächen am Arbeitsmarkt geringe Erträge bringen.

Vier Typen des Wohlfahrtsregimes

Hier kommen nun ganz grundlegende Bestimmungen sozialer Gerechtigkeit ins Spiel. In Abbildung 2 werden vier Typen des Wohlfahrtsregimes unterschieden und mit Gerechtigkeitskonzepten,

Seit Mitte der 90-er Jahre, nicht zufällig auch seit dem Ende der Ost-/West-Blockkonfrontation und dem weltweiten „Sieg des Kapitalismus“, hat sich in den westlichen Wohlfahrtsstaaten die Rhetorik „from welfare to workfare“, ein Paradigma der „Aktivierung“, eines „aktivierenden Sozialstaats“ durchgesetzt

religiösen Wertreferenzen und Armutsdiskursen verknüpft. Wohlfahrtsregime sind komplexe Muster der Sozialstaatlichkeit (vgl. dazu ausführlich Opielka 2004). In der Realität kommen sie selten in Reinform vor, schon deshalb, weil in Demokratien auch alle politischen Positionen und damit soziale Akteure existieren. Dennoch hat sich in den USA und in Großbritannien eher ein liberales, in Skandinavien eher ein sozialdemokratisches, in Deutschland eher ein konservatives und in der Schweiz eher ein (weiches) garantistisches Wohlfahrtsregime entwickelt (mit letzterem ist beispielsweise eine Bürgerversicherung mit Grundrente usf. verbunden).

spürt, dass die Legitimität sozialpolitischer Investitionen selbst – möglicherweise immer wieder neu – erkämpft werden muss. Wer sich advokatorisch, anwaltlich auf die Seite der sozial Schwächsten stellt, benötigt einen gesellschaftspolitisch sensiblen und kenntnisreichen Blick.

Dieser Blick muss entmystifizieren. Klaus Dörners Fokus auf die „Selbstbestimmungsunfähigen“ kann ihn trüben. Wenn er von der Ratlosigkeit eines sozialpsychiatrischen Teams und dessen Frage berichtet: „Was sollen wir denn seit dem neuen personenzentrierten Konzept tun, wenn wir die psychisch Kranken nur noch nach

Die Partizipation aktiver – und nicht von oben „aktivierter“ – Bürgerinnen und Bürgern im und am Sozialstaat erfordert auch bürokratische Prozeduren, von der Selbstorganisation von Betroffenen bis zur organisatorisch vermittelten Nutzerbeteiligung in politischen und Wohlfahrtsinstitutionen. Sie kann sich aber einer Instrumentalisierung beispielsweise zugunsten von Sparpolitiken nur entziehen, wenn auf allen Ebenen ein Bewusstsein jener „feinen Linie“ existiert, von der Neil Gilbert spricht. „Personenzentrierung“ so verstanden ist damit zugleich ein umfassendes sozialpolitisches Projekt.

Die Partizipation aktiver – und nicht von oben „aktivierter“ – Bürgerinnen und Bürgern im und am Sozialstaat erfordert auch bürokratische Prozeduren, von der Selbstorganisation von Betroffenen bis zur organisatorisch vermittelten Nutzerbeteiligung in politischen und Wohlfahrtsinstitutionen

Typ des Wohlfahrtsregimes	Liberalismus	Sozialdemokratie	Konservativismus	Garantismus
Konzept sozialer Gerechtigkeit	Leistungsgerechtigkeit	Verteilungsgerechtigkeit	Bedarfsgerechtigkeit	Teilhabe-gerechtigkeit
Religiöse Wertreferenz	psychologische Religion/ Gemeindep- Protestantismus	wissenschaftliche Religion (Materialismus) / Staats- protestantismus	Katholizismus/ Konfuzianismus	religiöser Pluralismus/ Humanismus
Armutsdiskurs	anthropologisch	politisch	moralisch	ethisch

Abbildung 2: Kulturelle Kontexte sozialer Gerechtigkeit

Was in den politischen Diskursen als „neoliberal“ bezeichnet wird, meint in der Regel den Kampf für ein möglichst liberales Wohlfahrtsregime, das auf Leistungsgerechtigkeit (am Markt) abhebt, die Idee der „Eigenverantwortung“ verallgemeinert, auch wenn die Eigenkräfte ungleich verteilt sind, und das letztlich nur vom Individuum ausgehende Werte gelten lässt. Armut wird in dieser Sichtweise anthropologisiert, eine gesellschaftliche Verantwortung für Armut wird bestritten.

Es ist soziologisch, sozialpolitisch und sozialphilosophisch nachvollziehbar, dass alle genannten Gerechtigkeitskonzepte ihre Berechtigung haben. Problematisch wird es jedoch, wenn man sie vereinseitigt. Hier liegt nun der Grund für das Unbehagen vieler politisch sensibler Mitarbeiter und Betroffener im Sozialbereich. Man

ihren Wünschen fragen und – im Respekt ihrer Selbstbestimmung – ihre Wünsche erfüllen dürfen?“ und dies zu „meinen bleibenden Bildungserlebnissen“ (Dörner 2005, S. 37) rechnet – dann wundert man sich auch hier über Vereinseitigungen. Welcher Professionelle würde schon „nur“ danach fragen und so „nur“ irgendwelche „Wünsche erfüllen“? Zur professionellen Dienstleistungskunst gehört eben, die Teilhaberechte der Klienten mit anderen Rechten und Pflichten abzuwägen. Sie, die Professionellen, „müssen lernen, eine feine Linie zu ziehen zwischen zu offen formulierten Kontrakten einerseits, in denen Profitmotive einfließen und durch Qualitätsminderung Kostenersparnisse erzwungen werden können, und den zu restriktiv formulierten Kontrakten andererseits, durch die eine Kommodifizierung sozialer Hilfen entsteht, welche die Rolle professioneller Praxis schwächt und die Qualität sozialer Dienste mindert.“ (Gilbert 2000, S. 153).

Dörner, Klaus (2005): Es ist verboten, Personen zu zentrieren!, in: Soziale Psychiatrie, 1, S. 33-37
 Gilbert, Neil (2000): Dienstleistungskontrakte: Strategien und Risiken, in: Otto/Schnur 2000, S. 143-154
 ders. (2002): Transformation of the Welfare State. The Silent Surrender of Public Responsibility, Oxford et al.: Oxford University Press
 Konrad, Michael/Gnannt-Kroner, Sabine (2004): Hilfeplankonferenz als Herzstück personenzentrierter Umgestaltung, in: Kerbe, 4, S. 16-19
 Opielka, Michael (2004): Sozialpolitik. Grundlagen und vergleichende Perspektiven, Reinbek: Rowohlt
 ders. (2005): Alternativen zur Aktivierung?, in: Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit, 1, 36. Jg., S. 34-48
 Otto, Hans-Uwe/Schnur, Stephan (Hg.) (2000): Privatisierung und Wettbewerb in der Jugendhilfe. Marktorientierte Modernisierungsstrategien in internationaler Perspektive, Neuwied/Kriftel: Luchterhand
 Reumshüssel-Wiener, Christian (2005): Eine Chance vertan? Kritik der Soltauer Impulse - eine Polemik, in: Soziale Psychiatrie, 1, S. 27f.
 Schultheis, Franz/Schulz, Kristina (Hg.) (2005): Gesellschaft mit begrenzter Haftung. Zumutungen und Leiden im deutschen Alltag, Konstanz: UVK
 Schulte-Kemna, Georg/Armbruster, Jürgen/Kluza, Rainer (2004): Hilfeplanung zwischen Individualisierung, Verbundorientierung und Bürokratisierung. Anmerkungen zu Klaus Dörners Kritik am Personenzentrierten Ansatz, in: Kerbe, 4, S. 4-7
 Seim, Sissel (2000): Marktförmige Steuerungsmodelle und Nutzerpartizipation - Zwischen Anspruch und Wirklichkeit, in: Otto/Schnur 2000, S. 155-173
 Soltauer Impulse (2004): Soltauer Impulse. Zu Sozialpolitik und Ethik am Beispiel psychiatrische Arbeitsfelder, in: Soziale Psychiatrie, 3, S. 34-36

Es ist soziologisch, sozialpolitisch und sozialphilosophisch nachvollziehbar, dass alle genannten Gerechtigkeitskonzepte ihre Berechtigung haben. Problematisch wird es jedoch, wenn man sie vereinseitigt. Hier liegt nun der Grund für das Unbehagen vieler politisch sensibler Mitarbeiter und Betroffener im Sozialbereich

Lesen Sie die Kerbe!

Verlag und Bestelladresse:

Verlag und Buchhandlung der Evangelischen Gesellschaft GmbH, Augustenstraße 124, 70197 Stuttgart, Telefon (07 11) 6 01 00-0, e-Mail: regina.schuller@evanggemeindeblatt.de

Bezugspreis:

Jahresabonnement für vier Hefte 22,80 Euro (einschließlich Versandkosten), Einzelheft: 6 Euro, ISSN 0724-5165

4 2005 November
Dezember
Januar
23. Jahrgang
ISSN 0724-5165

Kerbe

Forum für Sozialpsychiatrie

Themenschwerpunkt:

Von Betroffenen zu Beteiligten: Nutzerbeteiligung und Empowerment in der Psychiatrie

- Was kann Nutzerbeteiligung konkret für die psychiatrische Praxis bedeuten?
- Was haben die Psychiatrie-Erfahrenen für sich erreicht?
- Wie können die Profis dafür Sorge tragen, dass sie diese Prozesse nicht behindern und nach Möglichkeit unterstützen?
- Welche Aussichten haben diese Ansätze angesichts der aktuellen Sozial- und Gesundheitspolitik?

