

# sozialpsychiatrische informationen

Sonderdruck

Inklusion kontrovers

Autor: Hermann Elgeti  
Seiten 19–23

## Was bedeuten Inklusion und Sozialraumorientierung für die Sozialpsychiatrie?

**Zusammenfassung** Der Beitrag konfrontiert die Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention nach Inklusion und Partizipation mit der sozialen Wirklichkeit von Bevölkerungsgruppen, die den herrschenden Leistungsanforderungen nicht gewachsen sind. Ein Vergleich der Sozialraumorientierung, die für inklusives Handeln propagiert wird, mit den Grundhaltungen und Organisationsprinzipien der Sozialpsychiatrie zeigt die Verwandtschaft beider Ansätze. Um den gemeinsamen Zielen aber auch im Alltag näher zu kommen, müssen sich die Akteure für die Veränderung ihrer Gewohnheiten und Arbeitsbedingungen engagieren.

ISSN 0171 - 4538

**Verlag:** Psychiatrie Verlag GmbH, Ursulaplatz 1,  
50668 Köln, Tel. 0221 167989-11, Fax 0221 167989-20  
www.psychiatrie-verlag.de, E-Mail: verlag@psychiatrie.de

**Erscheinungsweise:** Januar, April, Juli, Oktober

**Abonnement:** Print für Privatkunden jährlich 38,- Euro einschl. Porto, Ausland 38,- Euro zzgl. 15 Euro Versandkostenpauschale. Das Abonnement gilt jeweils für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch, wenn es nicht bis zum 30.9. des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wird. **Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.**

**Redaktionsanschrift:** beta89, Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover

**Redaktionssekretariat:** Peter Weber  
Tel. 0511 1238282, Fax 0511 1238299  
E-Mail: si@psychiatrie.de

**Redaktion:**  
Peter Brieger, Kempten  
Michael Eink, Hannover  
Hermann Elgeti, Hannover  
Helmut Haselbeck, Bremen  
Gunther Kruse, Langenhagen  
Sibylle Prins, Bielefeld

Kathrin Reichel, Berlin  
Renate Schernus, Bielefeld  
Ulla Schmalz, Düsseldorf  
Ralf Seidel, Mönchengladbach  
Annette Theißing, Hannover  
Peter Weber, Hannover  
Dyrk Zedlick, Glauchau



# Was bedeuten Inklusion und Sozialraumorientierung für die Sozialpsychiatrie?

Autor: Hermann Elgeti



**Zusammenfassung** Der Beitrag konfrontiert die Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention nach Inklusion und Partizipation mit der sozialen Wirklichkeit von Bevölkerungsgruppen, die den herrschenden Leistungsanforderungen nicht gewachsen sind. Ein Vergleich der Sozialraumorientierung, die für inklusives Handeln propagiert wird, mit den Grundhaltungen und Organisationsprinzipien der Sozialpsychiatrie zeigt die Verwandtschaft beider Ansätze. Um den gemeinsamen Zielen aber auch im Alltag näher zu kommen, müssen sich die Akteure für die Veränderung ihrer Gewohnheiten und Arbeitsbedingungen engagieren.

## Betrachten wir Inklusion und Partizipation als Vision und Illusion

Im Dezember 2006 verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung (UN-BRK). Nachdem die UN-BRK von genügend Staaten gezeichnet wurde, trat sie im Mai 2008 in Kraft; die Bundesregierung hat sie im Dezember 2008 ratifiziert. Sie gilt damit auch in Deutschland als innerstaatliches Recht, an das entgegenstehendes Recht anzupassen ist.<sup>1</sup> Zu den allgemeinen Grundsätzen, die in Artikel 3 dieses Übereinkommens niedergelegt wurden, gehören die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft – so steht es in der offiziellen deutschen Fassung.<sup>2</sup> Der englische Text lautet »full and effective participation and inclusion in society«, und damit ist doch wohl gemeint: »Alle sind willkommen« (Inklusion) und »Alle sind beteiligt« (Partizipation).

Rita Süßmuth hat im Vorwort zu dem lehrreichen Buch »Inklusion vor Ort« der Montag-Stiftung ihr Verständnis von Inklusion so beschrieben: »Unsere Gesellschaft lebt von der Verschiedenheit: Jeder Mensch ist anders, jeder Mensch kann mit seinen besonderen Fähigkeiten und Erfahrungen unser Zusammenleben bereichern. Gelingt es uns, die Vielfalt der Menschen anzunehmen, zu fördern und zu nutzen, profitieren wir alle: die Gemeinschaft als Ganzes und jede/r Einzelne, die/der in ihr lebt. – Das bedeutet, kurz zusammengefasst, Inklusion. (...)

Inklusion ist dabei die konsequente Weiterentwicklung dessen, was wir vor langer Zeit unter dem Begriff »Integration« begonnen haben und nun auf eine neue Stufe stellen wollen: Integration bedeutete meist die Eingliederung von Außenstehenden in etwas Bestehendes. Inklusion bedeutet aber Einbeziehung und Öffnung des Bestehenden.«<sup>3</sup>

Das ist eine schöne Vision, zu deren Verwirklichung das hier zitierte Buch viele Anregungen gibt. Zunächst sind wir aufgefordert, die eigene Haltung zu hinterfragen und in unserem sozialen Nahraum (Partner, Freunde, Nachbarn) ohne direkte Gegenleistung Hilfen zu geben und anzunehmen. Weiterhin geht es darum, in Initiativen und Institutionen, in Unternehmen und Gemeinschaften, in Behörden und Verbänden Strategien zum Abbau von Barrieren und eine »Willkommenskultur« für alle Menschen zu entwickeln. Schließlich sollen sich alle gemeinsam über ihren jeweiligen Verantwortungsbereich hinaus auf lokaler Ebene bzw. in der Kommune vernetzen und auf inklusive Lebenswelten hinarbeiten.

Beim Vergleich solcher Empfehlungen mit der Wirklichkeit in uns und um uns herum melden sich dann allerdings Zweifel. Der politische Anspruch der UN-BRK steht ja in einem krassen Gegensatz zur sozialen Wirklichkeit in unserer Gesellschaft. Deren Agenturen kommen den Mitbürgerinnen und Mitbürgern doch eher mit Bemühungen um Disziplinierung statt Partizipation und betreiben bei denjenigen, die nicht normal funktionieren, eher Exklusion als Inklusion. Auf Basis

der Milieutheorie von Pierre Bourdieu lässt sich zudem anschaulich machen, was die soziokulturellen Milieus voneinander unterscheidet und wie sie sich auch gegeneinander positionieren.<sup>4</sup> Da ist neben einer vertikalen Herrschaftsachse noch eine horizontale Differenzierungsachse der Profilierung zu bedenken, die von »avantgardistisch« über »eigenverantwortlich« und »hierarchiegebunden« bis zu »autoritär« reicht (Abbildung 1, S. 20). Wer sich einer Gruppe zugehörig fühlt, empfindet gegenüber Mitgliedern anderer – insbesondere weiter entfernt positionierter – Gruppen wohl eher Antipathie als Sympathie. In Verbindung mit den soziokulturellen Prägungen sucht dann auch noch jeder für sich nach einem stabileren Identitäts- und Selbstwertgefühl durch Abgrenzung von gewissen Mitmenschen.

Wer Inklusion und Partizipation fordert, ohne die Herrschaftsverhältnisse und die soziale Ungleichheit, die Unterschiedlichkeit der soziokulturellen Milieus und die individuellen Abgrenzungsbedürfnisse zu thematisieren, predigt eine Illusion. Die UN-BRK ist der vorläufige Endpunkt einer Reihe internationaler Programme zur Verbesserung sozialer und gesundheitlicher Verhältnisse, die seit der UN-Deklaration der Menschenrechte 1948 immer anspruchsvoller wurden. 1986 verabschiedete die Weltgesundheitsorganisation WHO die Ottawa-Charta »Gesundheit für alle!«, 1988 startete das WHO-Projekt »Gesunde Städte«, 1992 die »Lokale Agenda 21«; 2005 brachte die Europäische Union ihr Grünbuch zur psychischen Gesundheit heraus.

	Differenzierungsachse			Herrschaftsachse
obere bürgerliche Milieus	Avantgardemilieu (~6%)	Bildungsmilieus (~8%)	Managementmilieus (~7%)	
	Trennlinie der Distinktion			
respektable Volks- und Arbeitnehmersmilieus	Hedonistisches Milieu (~9%)	Moderne Arbeitnehmersmilieus (~35%)	Kleinbürgerliche Arbeitnehmersmilieus (~24%)	
	Trennlinie der Respektabilität			
unterprivilegierte Volksmilieus	prekäre Arbeitnehmersmilieus (~11%)			
	unangepasste	resignierte	statusorientierte	

**Abb. 1: Soziokulturelle Milieus und soziale Stellung (Berufsfelder) in der BRD<sup>5</sup>**

Davon völlig unbeeindruckt treibt ein entzückter (Finanzmarkt-)Kapitalismus die globale ökonomische Integration immer weiter voran, wodurch kulturelle Vielfalt verloren geht und sich die Spaltungstendenzen in den Gesellschaften verschärfen. Die Reichen werden reicher, die Armen immer mehr; soziale Sicherungssysteme werden durchlöchert und stürzen ein. Die negativen Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf das Zusammenleben der Menschen und ihre Gesundheit sind bestens dokumentiert.<sup>6</sup> Der Wohlstand einiger Regionen wächst dabei auf Kosten anderer, Abwanderung schwächt die wirtschaftlich abgehängten Regionen zusätzlich und produziert vielfältige Migrationsprobleme. Die Segregation von Arm und Reich in den Städten nimmt zu, viele Kommunen – Garanten der Daseinsfürsorge – verarmen. Nicht nur in den Randgebieten des Fortschritts entwickelt sich eine »sozialtoxische Umwelt« mit Gewaltbereitschaft und Fremdenfeindlichkeit, Vandalismus und Verwahrlosung. Die Ideologie einer Ungleichwertigkeit der Menschen mit Abwertung sozial benachteiligter Gruppen hat sich in der Mitte der Gesellschaft festgesetzt, wie ein Langzeit-Forschungsprojekt zur gruppenbezogenen Menschenfeindlichkeit nachweisen kann.<sup>7</sup> Dienen Visionen wie die UN-BRK etwa dazu, diese Realitäten zu verdecken?<sup>8</sup>

**Diskutieren wir die Widersprüche von Wunsch und Wirklichkeit**

Finden wir die Vision von Inklusion und Partizipation trotz allem wertvoll und lehnen sie nicht als Mittel zur Erzeugung falschen Bewusstseins pauschal ab, müssen wir sie als Herausforderung zur Infragestellung gewohnter Gewissheiten ernst nehmen. Mit ihrer Hilfe sind dann die Widersprüche zwischen Wunsch und Wirklichkeit zu diskutieren, ohne die Fragen zu vergessen, die sich hinter den Antworten auftun, die wir im ers-

ten Anlauf gefunden haben: Wo sollten wir die Wirklichkeit angreifen, und wo führen unsere Wünsche in die Irre? Welche Wege bringen uns dem Ziel näher, und welche landen in der Sackgasse? Wo müssen wir uns auf unsere Grundüberzeugungen neu besinnen, wo sind sie selbst revisionsbedürftig?

Nehmen wir als Beispiel die Debatte um den sogenannten dritten Sozialraum, platziert zwischen dem privaten und dem öffentlichen Raum, als noch überschaubare Nachbarschaft im Dorf oder Stadtviertel, etwa 2.000 Mitmenschen umfassend. Klaus Dörner propagiert den dritten Sozialraum als Kristallisationskern eines aufziehenden Dienstleistungsjahrhunderts, in dem wir unsere Helfensbedürftigkeit wiederentdecken und ausleben dürfen.<sup>9</sup> Dörner berichtet über viele beispielhafte lokale Initiativen; aber er weiß natürlich auch, wie sich im Zuge der fortschreitenden gesellschaftlichen Modernisierung die sozialen und räumlichen Netzwerkbezüge zwischenmenschlicher Beziehungen gewandelt haben. Im Vergleich zum beginnenden Industriezeitalter, das Dörner in seinem wegweisenden Buch »Bürger und Irre« zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie in den Blick genommen hatte,<sup>10</sup> gibt es inzwischen mehr private Geselligkeit, und die Bedeutung öffentlicher Räume sinkt. Die traditionellen, eng gebundenen Gemeinschaften verschwinden, der Trend geht in Richtung dünner, weitmaschiger und wechselnder Netzwerke, in denen man immer aktiv sein muss. Verstreute Netzwerke ersetzen nachbarschaftliche Bezüge, moderne Transportmittel und Kommunikationsmedien ermöglichen ihren Nutzern enge Beziehungen über weite Strecken. Das Nachsehen haben Menschen ohne Einbindung in die Arbeitswelt (Kinder, Arbeitslose, Kranke und Alte), die auf den sozialen Nahraum besonders angewiesen sind.

Verträgt sich eine Wiederbelebung des dritten Sozialraums mit den Anforderungen

einer neoliberal ausgerichteten globalen Ökonomie, oder versteckt sich hinter Dörners inklusivem Programm etwa ein Aufruf zur antikapitalistischen Revolte? Entsagen die Bevölkerungsgruppen, die in Abbildung 1 dieses Artikels auf der Herrschaftsachse oben und auf der Differenzierungsachse links verortet sind, zugunsten ihrer neu entdeckten Helfensbedürftigkeit den Verlockungen des Reisens, ständiger telefonischer Erreichbarkeit und Internet-Kommunikation? Oder wird der dritte Sozialraum entgegen den Intentionen von Dörner nur ein preisgünstiges Selbsthilfeprojekt für verarmte, überflüssige Menschen, die für die Produktion und den Konsum in einer durchökonomisierten Welt nutzlos sind?

Sozialpsychiatrischen Aktivisten dürfte es eigentlich nicht schwerfallen, sich die Widersprüche in ihren eigenen Zielsetzungen ebenso zu vergegenwärtigen wie diejenigen im Seelenleben der von ihnen betreuten Personen und in deren sozialem Umfeld. Die Sozialpsychiatrie hat sich als Alternative zur Anstaltspsychiatrie entwickelt, engagiert sich gegen die Disziplinierung und soziale Isolation psychisch erkrankter Menschen, für deren Emanzipation und Integration in die Gesellschaft. Sie will Hilfe zur Selbsthilfe leisten, entkommt dabei aber auch nicht der Dialektik von Hilfe und Kontrolle, die ihren Anspruch, Auftrag und Arbeitsalltag kennzeichnet. Als Spezialdisziplin an der Grenze zwischen Medizin und Sozialer Arbeit steht sie dazu noch im Spannungsfeld unterschiedlicher ethisch-fachlicher Prägungen der dort arbeitenden Berufsgruppen. Der kundige Umgang mit Widersprüchen, Ambivalenzen und Antinomien sollte in der Sozialpsychiatrie eine Kernkompetenz sein, die engagiertes Handeln unter schwierigsten Bedingungen ermöglicht, ohne dass die Fähigkeit zur (Selbst-)Kritik darunter leidet.<sup>11</sup>

**Vergleichen wir Grundhaltungen und Organisationsprinzipien**

Die Debatte um den dritten Sozialraum ist bedeutsam; denn dabei wird deutlich, dass wir der Vision von Inklusion und Partizipation nur näher kommen, wenn wir hingehen, wo die Menschen leben. Dort müssen wir mit ihnen gemeinsam einen für sie passenden Weg suchen, ihren Willen ebenso sorgfältig erkunden wie das, was in ihnen und in ihrem Umfeld an Ressourcen einsetzbar ist, um ihre Ziele auch zu erreichen. Die Sozialraumorientierung ist keine neue Erfindung, sondern ein Konzept aus den 1970er-

Jahren zur Neuausrichtung der Sozialen Arbeit, das sich seit den 1990er-Jahren vor allem in der Jugendhilfe ausgebreitet hat. Die ursprüngliche Verbindung mit grundsätzlicher Kritik an der kapitalistischen Wirtschaftsordnung und dem staatlichen Handeln ging allerdings mit der Zeit verloren. In den Vordergrund schob sich stattdessen der Wunsch der Kostenträger, mit gedeckelten Sozialraumbudgets ihre Ausgaben besser in den Griff zu bekommen und die Leistungserbringer ruhigzustellen.

Eine gute Übersicht zu dem, was Sozialraumorientierung als Fachkonzept meint, bieten Früchtel und Budde mit ihrem SONI-Modell; das Kürzel steht für die vier Handlungsfelder Sozialstruktur, Organisation, Netzwerk und Individuum (Abbildung 2).<sup>12</sup> Wolfgang Hinte, ein weiterer Vertreter des Konzepts, legt Wert darauf, dass es nicht um die Veränderung eines Menschen geht, sondern um Arrangements bzw. die Gestaltung von Situationen unter aktiver Beteiligung der betroffenen Menschen.<sup>13</sup> Da gilt es, offene und eventuell auch einmal harte Dialoge zu führen, um herauszufinden, was die Menschen wirklich wollen; die dafür notwendige Grundhaltung »Orientierung am Willen des Menschen« ist das erste und wichtigste seiner fünf Prinzipien. Wir dürfen uns nicht danach richten, was die Menschen sich wünschen, was sie brauchen oder was sie tun sollen, sondern wir müssen erkunden, wo ihre Energien hingehen, was sie erreichen wollen. Das kann gerade mit schwer beeinträchtigten psychisch erkrankten Menschen ganz schön schwierig werden und benötigt unter Umständen auch viel Zeit. Die Orientierung an den Interessen der im Sozialraum lebenden Menschen ist eine radikale Haltung und muss sich verbinden mit Respekt vor dem sozialen Milieu, in dem sie leben – auch das fällt nicht immer leicht.

Mir scheint, die Leitgedanken zur Sozialraumorientierung haben viel Ähnlichkeit mit dem sozialpsychiatrischen Denken und Handeln, wie ich es unter Karl Peter Kisker und Erich Wulff in Hannover lernte. Auch Sozialpsychiatrie ist doch vor allem eine Grundhaltung, die dann in verschiedenen Zusammenhängen wirksam wird.<sup>14</sup> Diese Grundhaltung hat drei Aspekte, die ersten beiden sind »Betonung der sozialen Dimension psychischer Störungen« und »Eintreten für eine gemeindepsychiatrische Organisation der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen«. Der dritte Aspekt betrifft die Suche nach dem offenen Dialog und der gleichberechtigten Zusammenarbeit aller

Ebene des Systems (Steuerung)	<b>Sozialstruktur/Gesellschaft</b> Strukturbezug sozialer Probleme statt Individualisierung	<b>Organisation/Hilfesystem</b> regionale Flexibilisierung statt funktionaler Spezialisierung
Ebene der Lebenswelt (Interaktion)	<b>Netzwerk/Gemeinwesen</b> Feldbezug statt Verengung auf den »Fall«	<b>Individuum/Fallarbeit</b> Stärke- statt Bedarfsmodell in Bezug auf den Hilfeempfänger

Abb. 2: Das SONI-Modell der Sozialraumorientierung von Früchtel und Budde

Beteiligten, mit Respekt gegenüber den unterschiedlichen Positionen und ohne die eigene Meinung zu verstecken.

Wichtige Wegbereiter der sozialpsychiatrischen Reformen (neben Kisker und Wulff auch Walter Ritter von Baeyer, Caspar Kulenkampff, Heinz Häfner und auch Dörner in der BRD sowie Klaus Weise in der DDR) fanden ihren philosophischen Halt in phänomenologisch-anthropologischen Ansätzen.<sup>15</sup> Sie konnten für eine wohnortnahe Psychiatrie mit Sektorverpflichtung und ambulanter Schwerpunktsetzung streiten, weil sie sich vorher vom traditionellen, rein biologisch-naturwissenschaftlichen Selbstverständnis ihres Faches abgewandt hatten. Sie wollten dem Mitmenschen – dem psychisch kranken, vielleicht verrückten anderen – unvoreingenommen begegnen, ihn in seiner Situation verstehen, sich im Dialog mit ihm »verändern« lassen. Die herrschende Psychiatrie hatte ja eine auch geisteswissenschaftliche Fundierung ihres Faches schon früh verworfen und das mechanische Menschenbild übernommen, dem die somatische Medizin ihre spektakulären Erfolge verdankt.<sup>16</sup>

**Hinterfragen wir unsere Arbeitsbedingungen und Gewohnheiten**

Die Ähnlichkeit zwischen den Ansprüchen an eine sozialpsychiatrische Grundhaltung und den Leitlinien zur Sozialraumorientierung lädt dazu ein, diese Fachkonzepte mit den Zuständen vor Ort zu konfrontieren. Dabei müssten nun eigentlich alle vier Felder des in Abbildung 2 skizzierten SONI-Modells

genau untersucht werden – aber das würde jetzt zu weit führen. Auf der Steuerungsebene ginge es um die Sozialstruktur der Kommunen und das Hilfesystem, auf der Interaktionsebene um die Fallarbeit und die Verbundarbeit in den sozialpsychiatrischen Diensten und Einrichtungen. Über Wunsch und Wirklichkeit in den Sozialräumen unserer Gesellschaft habe ich oben schon ein paar Bemerkungen gemacht. Dass die Fähigkeit und Bereitschaft zum offenen Dialog eine große Herausforderung für jede Fachkraft und jedes multiprofessionelle Team ist, wurde bei den Erläuterungen zur Grundhaltung angedeutet. Gelingt uns in allen therapeutischen Beziehungen der offene Dialog, der in jedem Einzelfall und in jeder aktuellen Situation immer neu die passende Balance zwischen Nähe und Distanz, Tun und Lassen findet? (Abbildung 3)<sup>17</sup> Wenn diese Balance verloren geht, rutschen wir ab in die Einseitigkeiten des misslungenen Dialogs, pendeln vielleicht auch zwischen verschiedenen Extremen hin und her. Können wir uns immer auf ein sensibles und kritisch-solidarisches Team verlassen, das wir dann zur Erkenntnis und zur Korrektur so dringend benötigen?

Wir erlernen die dialogische Grundhaltung nur, wenn sie uns bei der Arbeit von Vorgesetzten und Arbeitskollegen vorgelebt wird, und wir können sie uns nicht ohne ständige Übung in einem gut organisierten Team bewahren. Mit der Industrialisierung des Gesundheits- und Sozialwesens kommen allerdings auch in der Psychiatrie inzwischen häufig solche Führungskräfte ans Ruder und werden Arbeitsprozesse oft so »optimiert«, dass die Chancen für dieses Erlernen und Üben rapide sinken. Giovanni Maio hat die

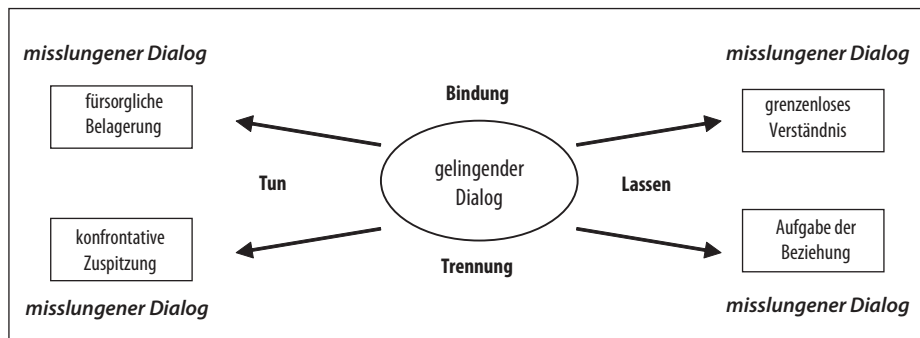


Abb. 3: Spektrum möglicher Therapeuten-Haltungen bei misslingendem Dialog

dramatischen Folgen dieser Entwicklung für die Medizin aufgezeigt und eine Neuausrichtung gefordert, die sich ethisch an dem Bild des angewiesenen und vulnerablen Menschen orientiert.<sup>18</sup> Das wird aber nicht gelingen, solange durch den – politisch gewollten – ökonomischen Wettbewerb die Profitinteressen von Investoren und die Expansionsgelüste von auf Marktkonkurrenz getrimmten »gemeinnützigen« Anbietern den Kurs bestimmen. Leider haben sich hier und da inzwischen sogar altgediente sozialpsychiatrische Aktivisten der Privatwirtschaft zugewandt und finden Profitmacherei mit dem Leid psychisch erkrankter Menschen nicht unethisch.<sup>19</sup> Vor diesem Hintergrund bräuchte auch die Sozialpsychiatrie dringend eine erneuerte ethische Fundierung, die der hier skizzierten Dialektik und Dialogik genügend Raum bietet.<sup>20</sup>

Eine ebenso große Herausforderung für die Sozialpsychiatrie liegt in der für inklusiv gestaltete Sozialräume erforderlichen Reorganisation des Hilfesystems, einschließlich guter Kooperation in geeigneten Netzwerken. Zur Illustration der erforderlichen Veränderungen stelle ich hier ein Regionalmodell sozialer Infrastruktur vor. Es unterscheidet vier Ebenen eines abgestuften Hilfesystems, wobei sich die jeweiligen Angebote und Netzwerke aufeinander beziehen und einander unterstützen (Abbildung 4). Die psychiatrischen Dienste und Einrichtungen gehören dabei zu den Spezialisten des Sozial- und Gesundheitswesens. Sie verknüpfen die wichtigsten wohnortnahen Hilfsangebote im gemeinde- bzw. sozialpsychiatrischen Verbund eines Versorgungsraums, der rund 100.000 Einwohner umfasst (psychiatrischer Versorgungssektor).

Spezielle Angebote für besondere Zielgruppen erhalten eine regionale Zuständigkeit für mehrere Versorgungsräume; innerhalb einer Versorgungsregion ist für jeden Hilfsbedürftigen ein geeignetes Angebot verfügbar zu machen. Im Rahmen eines sozialpsychiatrischen Konsiliar- und Liaisondienstes unterstützen die ambulanten Fachdienste mit festen Ansprechpartnern und ggf. Außensprechstunden die in ihrem Zuständigkeitsgebiet tätigen Generalisten. Wie komplex die diesbezüglichen Aufgaben in der Fallarbeit und Verbundarbeit sind, deuten ein Thesenpapier des bundesweiten Netzwerks Sozialpsychiatrischer Dienste<sup>21</sup> und ein Konzept mobiler multiprofessioneller Teams für die gemeindepsychiatrische Versorgung<sup>22</sup> an. Für das notwendige kollegiale Miteinander ist allerdings eine entfesselte

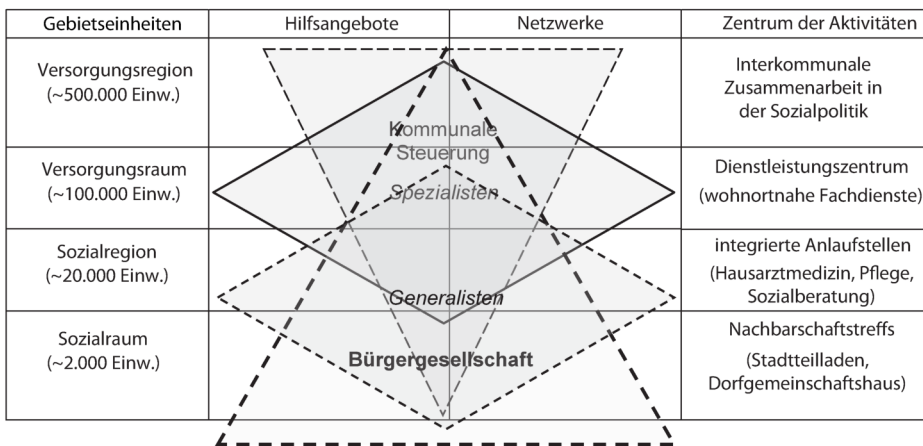


Abb. 4: Regionalmodell sozialer Infrastruktur zur Förderung der Inklusion

Marktkonkurrenz unter Leistungserbringern und Kostenträgern ebenso tödlich wie die Abschottung kommunaler Fachdienste in ihren versäulten Strukturen und der Rückzug von Spezialisten in die Nischen klein und fein definierter Zielgruppen. Inklusion bleibt eine Illusion, wenn nicht auch hier ein Wandel gelingt.

**Anmerkungen**

- 1 Bundesärztekammer (2010): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer: Die UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderung als Herausforderung für das ärztliche Handeln und das Gesundheitswesen. Deutsches Ärzteblatt 107 (Heft 16 vom 19. Februar 2010): B 261–264
- 2 [http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user\\_upload/PDF-Dateien/Pakte\\_Konventionen/CRPD\\_behindertenrechtskonvention/crpd\\_b\\_de.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/CRPD_behindertenrechtskonvention/crpd_b_de.pdf) (letzter Zugriff: 05.01.2015)
- 3 SÜSSMUTH R (2011): Vorwort. In: Montag Stiftung (Hg.): Inklusion vor Ort. Eigenverlag DV
- 4 VESTER M, VON OERTZEN P, GELLING H, HERMANN T, MÜLLER D (2001): Soziale Milieus im gesellschaftlichen Strukturwandel. Frankfurt am Main; Suhrkamp Verlag.
- 5 VESTER M (2009): Milieuspezifische Lebensführung und Gesundheit. In: Jahrbuch Für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften 45 – Health Inequalities. Hamburg; Argument-Verlag, 36–56
- 6 WILKINSON R, PICKETT K (2009): Gleichheit ist Glück – Warum gerechte Gesellschaften für alle besser sind. Berlin: Tolkmitt Verlag
- 7 HEITMEYER W (2002–2012): Deutsche Zustände (Folge 1–10). Frankfurt am Main/Berlin: Suhrkamp Verlag. ZICK A, KLEIN A (2014): Fragile Mitte – feindselige Zustände. Rechtsextreme Einstellungen in Deutschland. Bonn: Verlag J.H.W. Dietz Nachf. GmbH

- 8 ELGETI H (2011): Visionen verdecken Realitäten – auch in der Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen 41 (3): 4–6
- 9 DÖRNER K (2012): Hilfsbedürftig – Heimfrei ins Dienstleistungsjahrhundert. Neumünster: Paranus Verlag.
- 10 DÖRNER K (1984): Bürger und Irre (Erstauflage 1969). Frankfurt am Main: Europäische Verlagsanstalt.
- 11 PIEPER G, ELGETI H (1998): Zwischen fürsorglicher Belagerung und Freiheit zur Verwahrlosung. Sozialpsychiatrische Informationen 28 (3): 42–46
- 12 BUDDÉ W, FRÜCHTEL F (2010): Sozialraum – mehr als drei Dimensionen. Soziale Psychiatrie 34 (2): 7–12; ausführlich: FRÜCHTEL F, BUDDÉ W, CYPRIAN G (2010): Sozialer Raum und Soziale Arbeit (2 Bände). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- 13 HINTE W (2008): Sozialraumorientierung: ein Fachkonzept für Soziale Arbeit. Download im Internet unter: [http://www.fulda.de/fileadmin/buergerservice/pdf\\_amt\\_51/sozialraumorientierung/Sozialraumorientierung\\_Vortrag\\_W\\_Hinte\\_28\\_5\\_08.pdf](http://www.fulda.de/fileadmin/buergerservice/pdf_amt_51/sozialraumorientierung/Sozialraumorientierung_Vortrag_W_Hinte_28_5_08.pdf) (letzter Zugriff: 05.01.2015)
- 14 ELGETI H (2010): Wofür steht die Sozialpsychiatrie? Sozialpsychiatrische Informationen 40 (3): 31–35
- 15 THOMA S (2012): Anthropologisch-phänomenologische Sozialpsychiatrie – Wegmarken für eine theoretische Wiederbelebung. Psychiatrische Praxis 39: 407–409
- 16 ELGETI H (2011): Was haben Aufklärung und Romantik in der Psychiatrie zu suchen? Sozialpsychiatrische Informationen 41 (3): 3–7
- 17 WILKENING A, ELGETI H (2007): Ethische Probleme im psychiatrischen Alltag – eine Spurensuche. Sozialpsychiatrische Informationen 37 (2): 23–27
- 18 MAIO G (2014): Medizin ohne Maß? Vom Diktat des Machbaren zu einer Ethik der Besonnenheit.
- 19 ELGETI H (2013): Profitinteressen passen nicht zu einer sozialen Psychiatrie. Nervenheilkunde 32: 301–306

20 ELGETI H (2000): Sozialpsychiatrie als Verpflichtung zum Dialog. Sozialpsychiatrische Informationen 30 (1): 4–7

21 Bundesweites Netzwerk Sozialpsychiatrischer Dienste (2013): Sozialpsychiatrische Dienste erfüllen Kernaufgaben auf dem Weg zu einer inklusi-

ven und sozialraumbezogenen Psychiatrie! Sozialpsychiatrische Informationen 43 (1): 57–58

22 STEINHART I, WIENBERG G (2014): Plädoyer für ein funktionales Basismodell gemeindepsychiatrischer Versorgung. Psychiatrische Praxis 41: 179–181

**Der Autor**

**Dr. med. Hermann Elgeti**

*Region Hannover – Dezernat für soziale Infrastruktur (II.3)*

*Hildesheimer Str. 20*

*30169 Hannover*

*Hermann.elgeti@region-hannover.de*