

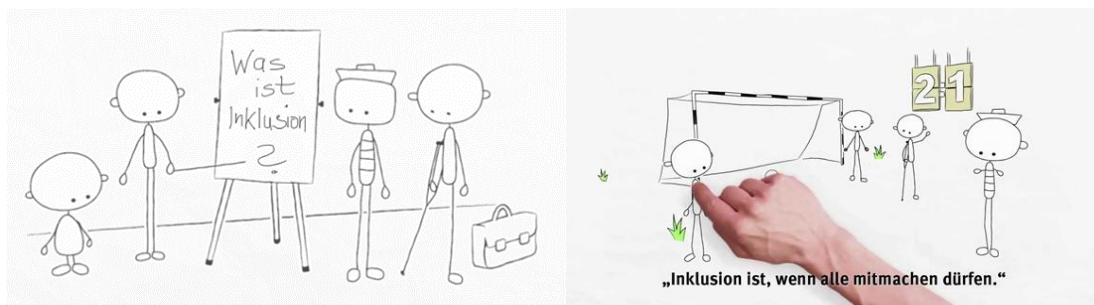
Jörg Michael Kastl: **Psychisch krank – aber inkludiert, integriert, volle Teilhabe?**

Vortrag beim Fachtag „Innere Barrieren – Äußere Barrieren. (Wie) Kann Inklusion bei Kindern und Jugendlichen mit psycho-sozialen Schwierigkeiten gelingen?“ des Vereins für Psychoanalytische Sozialarbeit in Tübingen am 20.11.2015

Meine Damen und Herren, in der Ankündigung dieser Veranstaltung wird die Frage aufgeworfen, ob „Inklusion“ auch für psychisch kranke junge Menschen Sinn macht. Die ehrlichste Antwort lautet wahrscheinlich: „kommt drauf an“ – und zwar darauf, was da jeweils „Krankheit“ heißt, wie Einrichtungen, Schulen oder soziale Dienste aufgestellt sind, was man unter Inklusion eigentlich verstehen will. Mein Arbeitsauftrag war es, mich vorrangig mit dem letztgenannten Punkt zu befassen und das Verhältnis zu benachbarten Begriffen wie Integration und Teilhabe etwas zu schärfen. Im zweiten Schritt möchte ich dann einige Überlegungen zum Spannungsverhältnis von psychischer Erkrankung und Inklusion skizzieren und abschließend Argumente zu deren professioneller und institutioneller Ausgestaltung skizzieren.

1. Inklusion, Integration und Teilhabe: Strichmännchen und Bunte Smarties

Was ist das nun eigentlich, Inklusion? Wie alles, lässt sich so eine Frage heutzutage leicht durch einen Blick ins Internet klären. Ich möchte mich zunächst mit drei eingängigen und wohlbekannten Klärungsversuchen auseinander setzen. Die Aktion Mensch erklärt Inklusion in 80 Sekunden im Rahmen eines kleinen Zeichentrickfilms:



„In kurzen Comicepisoden wird mit Strichmännchen erklärt, was Inklusion ist. Beim Fußball schießt ein Spieler mit Gehhilfe ein Tor. Alle spielen gemeinsam. Vor einem Restaurant macht ein Kellner aus den Stufen am Eingang eine Rampe. Alle kommen jetzt leichter ins Lokal. Nur der Hund muss draußen bleiben. In einer Wohnung streicht ein

großes Strichmännchen den oberen Bereich einer Wand, ein kleines die untere Wand. Beide ergänzen sich. Danach machen sie es sich gemütlich. In einem Büro arbeiten Kollegen mit und ohne Behinderung im Team zusammen. Die Szene ändert sich – jetzt machen sie gemeinsam Urlaub. Zwei Lehrer unterrichten gemeinsam vor einer Klasse. Der eine spricht – der andere übersetzt in Gebärdensprache. So können alle zusammen lernen. Die Männchen aus allen Episoden erscheinen gemeinsam und bilden eine lebendige Gemeinschaft – das ist Inklusion."

„Inklusion ist: wenn alle mitmachen dürfen, wenn keiner mehr draußen bleiben muss, wenn Unterschiedlichkeit zum Ziel führt, wenn Nebeneinander zum Miteinander wird und Ausnahmen zur Regel werden, wenn Anderssein normal ist." (Quelle für Text und Bilder: <http://www.aktion-mensch.de/inklusion/was-ist-inklusion.php>)

Menschen mit psychischen Erkrankungen werden hier nicht gezeigt. Die gezeigten Episoden sind allerdings auch so etwas unrealistisch: Fußballspiel und Torschuss mit Gehhilfe ebenso wie die Verwandlung von Treppen in Rampen auf Knopfdruck. Beim Streichen greifen kleinere Leute eher auf Leitern zurück, im Urlaub ist man froh, wenn man Arbeitskollegen mal eine Weile nicht sieht. Und der routinemäßige Einsatz gebärdender Ko-Lehrer stößt selbst nach Verabschiedung des neuen inklusiven Schulgesetzes auf erhebliche Organisations- und Finanzierungsprobleme. Dennoch greift das Filmchen auf seine Art fachliche Konzepte auf:

- z.B. die sogenannte „Pädagogik der Vielfalt (Annedore Prengel), die die Wertschätzung von Heterogenität zum pädagogischen Prinzip macht. Trivialisert wird das in Formeln wie: Jeder ist verschieden. Das ist normal. Auch Behinderungen sind ein normales Anderssein.
- Z.B. das sog. „soziale Modell der Behinderung“: Behinderung ist Ergebnis äußerer und innerer „Barrieren“, die sich durch entsprechende technische und kommunikative Maßnahmen, durch gute Organisation, sowie durch eine tolerante und freundliche Einstellung beseitigen lassen. Mit ihnen verschwindet dann auch die Behinderung auf eine gewisse Weise.

Aber wie ist das bei psychischen Erkrankungen? Es fällt schwer, etwa eine Depression, paranoide Wahnvorstellungen, Zwangssymptome oder Suizidtendenzen als so ein „normales Anderssein“ zu betrachten, als „Vielfalt, die man willkommen heißt“ oder sich die entsprechenden abzubauenen Barrieren vorzustellen, die sie zum Verschwinden bringen. Was, wenn sich in dieser „lebendigen Gemeinschaft“ jemand einen Kugelschreiber ins Trommelfell bohrt? Sie als Horrortrip wahrnimmt und schreiend davon läuft? Den gehbehinderten Menschen als „Stück Scheiße“ beschimpft und seine Prothese aus dem Fenster wirft? Also in extremer Weise gegen den „Index für Inklusion“ verstößt, einer Art Qualitätshandbuch für die Gestaltung einer inklusiven Schule?

Ist das, was das Filmchen darstellt, wirklich Inklusion? Ist Inklusion ein Ideal perfekter Gemeinschaft, in der auch Menschen, die beruflich miteinander zu tun haben, intensive persönliche Bindungen unterhalten, Feste feiern oder miteinander in den Urlaub fahren, in der sich Menschen perfekt ergänzen? So etwas wird in der Soziologie eher als eine „gut integrierte“ Gruppe bezeichnet. Integration kommt von lat. „integer“, integritas. Das bedeutet: unverletzt, ganz, verbunden, zusammengehörig, von Zusammenhalt geprägt. Jedes Mitglied ist zugleich *in* das Ganze der Gemeinschaft integriert = eingebunden oder mit einem hässlichen deutschen Wort: „eingegliedert“. Das Filmchen zeichnet Inklusion so gesehen eher als eine *Extremform von* Integration, freilich so, dass man unwillkürlich an „Kinder aus Bullerbü“, Grundschuldidaktik und Lach- und Sachgeschichten denkt.

Aktion Mensch verfügt aber auch über eine „Erwachsenendefinition“ von Inklusion. Wer eine Förderung für ein Projekt benötigt, das mit behinderten Menschen zu tun hat, stößt unweigerlich auf die Förderrichtlinien der Aktion Mensch. Da ist dann das zu lesen:

„Unter Inklusion versteht die Aktion Mensch, dass jeder Mensch vollständig und gleichberechtigt an allen gesellschaftlichen Prozessen teilhaben kann – und zwar von Anfang an und unabhängig von seinen individuellen Fähigkeiten seiner ethnischen wie sozialen Herkunft, seines Geschlechts oder seines Alters.“ (Merkblatt zum „Förderprogramm Inklusion“ der Aktion Mensch, Stand 1.04.2011)

Hier findet sich nun wiederum eine Gleichsetzung von Inklusion und *Teilhabe*. Inklusion erscheint hier als totale Teilhabe: von Anfang an, für alle, an allem. Dabei bleibt recht unklar, was das heißen kann – zumal in einer Gesellschaft, die sich im gleichen Zug das Prädikat von Leistungsbereitschaft und Kompetenzorientierung auf die Fahnen schreibt und dazu übergeht, in Gestalt von Bildungsplänen, „Modulhandbüchern“ und „Qualifikationsrahmen“ menschliche Fähigkeiten in beispielloser Weise zu standardisieren. Unsere Gesellschaft kennt in Wirklichkeit nur ganz wenige und darüber hinaus immer sehr spezifische universale Teilhaberechte wie z.B. das Recht auf Bildung, das Wahlrecht, das Recht eine Ehe zu schließen. Sie sind aber meist nur *fast* voraussetzungslos, in der Regel zumindest an ein Alterskriterium gebunden. Mit völlig „voraussetzungsloser Teilhabe“ könnten Sie noch nicht einmal einen Gesangsverein betreiben oder einen Mitarbeiter für eine Currywurstbude einstellen. Was es darüber hinaus bedeuten könnte, an *allen* gesellschaftlichen Prozessen teilhaben zu können, will man sich lieber gar nicht erst vorstellen. Und um erklären zu können, was denn der offenbar unterstellte „volle Teil“ einer „vollständigen Teilhabe“ sein soll, hilft einem auch ein Soziologiestudium nicht sehr viel weiter. Das klingt so, als ob einer, der einen Kuchen gerecht verteilen soll, sich ihn dann doch lieber ganz in den Rachen schiebt.

Das dritte und letzte Beispiel einer Klärung dessen, was Inklusion ist, hebt – im Gegensatz zum ersten Versuch – gerade auf eine scharfe Abgrenzung von Inklusion und Integration ab (siehe Abbildung). Exklusion bzw. Separation sei Ausschluss aus der Gesellschaft, Integration sei, wenn man die zuvor ausgeschlossene, als solche sozial sichtbare Gruppe wieder in die Gemeinschaft hinein nähme, aber unter der Bedingung, dass sie sich an die „Mehrheitsgesellschaft“ anpasse. Inklusion sei dagegen, wenn alle von vorne herein selbstverständlich Mitglieder der Gruppe sind, Vielfalt wahrgenommen und geschätzt wird, aber zugleich Menschen nicht kategorisiert werden, und alle gleichermaßen an allem teilhaben.



Quelle: http://www.caritas-mecklenburg.de/shared_data/forms_layout/cvovmeck/310868_inklusion.jpg [rechts]
 Abrufdatum jeweils: 23.5.14)

Diese Bunte-Smarties-Ästhetik ist zum Corporate Design der Inklusionsbewegung geworden - wie zum Beispiel auch in der Gestaltung des Aktionsplans der Landesregierung zur Umsetzung der UN-Konvention. Was nun die Unterscheidung von Inklusion und Integration anbelangt, so führt dieses Schema allerdings zu einem unlogischen Sprachgebrauch. Würden wir uns an das Bunte-Smarties-Modell halten, dürfte man den einsetzenden bildungspolitischen *Prozess* der Einbeziehung behinderter Kinder in die Regelbeschulung strenggenommen nicht Inklusion nennen, weil es sich ja offensichtlich eben nicht um eine Einbeziehung von vorne herein

handelt. Im Kontext des „Bunte-Smarties-Modell“ wäre auch die im neuen inklusiven Schulgesetz in Baden-Württemberg fest geschriebene Gruppenlösung bei zieldifferentem Unterricht abermals: „bloße Integration“.

Ich mache keinen Hehl daraus, dass ich diese weit verbreitete Abgrenzung von „Integration“ und Inklusion für nicht sehr sinnvoll halte. Sie entspricht weder dem allgemeinen Sprachgebrauch, noch einem wissenschaftlichen Sprachgebrauch außerhalb der Sonderpädagogik. Auch in der Sonderpädagogik selbst wurde der Integrationsbegriff nie nur als einseitige Anpassung der zu Integrierenden verstanden. Dass Inklusion Integration als Konzept abgelöst habe, ist eine Behauptung, die nur durch ihre fortwährende Beteuerung so selbstverständlich erscheint. In Wirklichkeit war der vorgebliche Paradigmenwechsel eigentlich ein Marketingtrick der deutschen Sonderpädagogik. Man wollte sich von einer ungenügenden praktischen Umsetzung der Integrationspädagogik absetzen. Das Schlagwort Inklusion kam ins Spiel, weil es – als „inclusion“ - in englischsprachigen Publikationen verwendet wurde. Ein schlagender Beleg für das ist die sogenannte Salamancaerklärung der UNESCO von 1994, die für viele sozusagen die Gründungsurkunde der inklusiven Bewegung ist. In ihr wird eine „Schule für alle“ und damit „inclusion“ = Einbeziehung aller Kinder in gemeinsames Lernen gefordert („that all children shall learn together“). Die Salamancaerklärung baut aber gar keinen Gegensatz von Inklusion und Integration auf, sondern verwendet – ganz im Gegenteil – beide Begriffe in friedlicher Einträchtigkeit, aber unterschiedlicher Bedeutung. Zwei Beispiele:

1. *„Experience in many countries demonstrates that the integration of children and youth with special educational needs is best achieved within inclusive schools that serve all children within a community. It is within this context that those with special educational needs can achieve the fullest educational progress and social integration.“ (Zf. 6) Übersetzungsvorschlag (jmk): „Die Erfahrung in vielen Ländern zeigt, dass die Integration (Einbindung) von Kindern und Jugendlichen mit sonderpädagogischem Förderbedarf am besten in inklusiven Schulen erreicht wird. In diesem Kontext können Schüler mit spezifischem Förderbedarf das höchste Maß an pädagogischem Fortschritt und sozialer Integration (Einbindung) erreichen.“ (Zf.6/S. 11)*

2. *„Integrated education and community-based rehabilitation represent complementary and mutually supportive approaches to serving those with special needs. Both are based upon the principles of inclusion, integration and participation...“ Übersetzungsvorschlag (jmk): „Integrierte Erziehung und gemeindenahe Rehabilitation stellen sich ergänzende und wechselseitig stützende Ansätze für Menschen mit besonderen Bedürfnissen dar. Beide beruhen auf den Prinzipien von Inklusion, Integration und Teilhabe.“ (Zf. 15/S. 17) (Quelle insgesamt: The Salamanca Statement and Framework for Action on special needs education. UNESCO 1994, http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_E.PDF)*

Integration und Inklusion schließen sich hier ganz offensichtlich weder aus, noch sind sie einfach dasselbe. In der UN-Behindertenrechtskonvention stoßen wir auf einen ähnlichen Sachverhalt in Bezug auf das Verhältnis der Begriffe Inklusion und Teilhabe (participation). Von „Inklusion“ ist nur sehr sparsam die Rede, insgesamt kommt das Wort nur sechs mal vor, ohne dass es weiter definiert wird. Viel wichtiger ist aber in der UNBRK der Begriff der Teilhabe = participation mit 17 Nennungen! „Inclusion“ wird in vier von sechs Fällen in der stehenden Formel „inclusion and participation“ verwendet. Offenbar ist es also mit Inklusion alleine nicht getan! Für „inclusion“ verzeichnet jedes englische Wörterbedeutung schlicht die Allerweltsbedeutung: „Einbeziehung“. Dass „Inclusion“ im Englischen gar keine besondere fachliche Konnotation hat, dürfte auch der Grund sein, warum in der UNBRK auf eine Definition verzichtet wurde, obwohl sonst sehr konsequent selbst Begriffe wie „angemessene Vorkehrungen“ definiert werden. Mit „Einbeziehung“ wird „inclusion“ denn auch in 5 von 6 Fällen völlig korrekt in der amtlichen deutschen Fassung der UN-BRK übersetzt. Nur in einem zu Recht kritisierten Fall, dem Art. 24, der sich auf Bildung bezieht, kommt es zu einer falschen Übersetzung mit „Integration“.

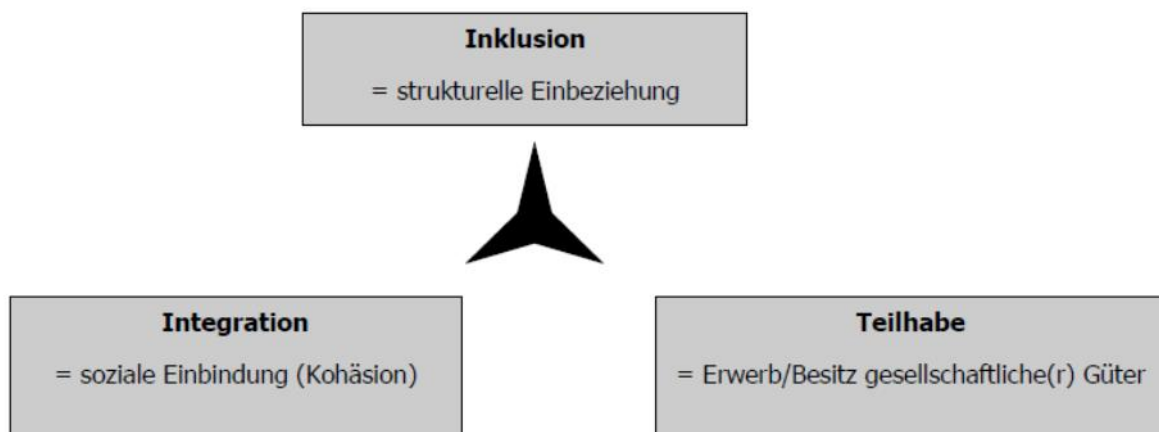
2. Inklusion, Integration und Teilhabe: ein soziologisches Modell

Dass Salamanca-Erklärung und UN-BRK die Konzepte Inklusion, Integration und Teilhabe nebeneinander, aber in unterschiedlicher Bedeutung verwenden, entspricht dem Sprachgebrauch, wie er in meiner Disziplin, der Soziologie, üblich war und ist. Die Soziologie hat alle drei Begriffe lange vor der Sonderpädagogik aufgegriffen.

- Integration ist ein Konzept, das bereits bei den Klassikern des Faches im 19. Jahrhundert auftaucht, und sich auf die Fragestellung bezieht: was hält Gesellschaft und soziale Gruppen zusammen?
- Thomas Humphrey Marshall, Talcott Parsons und Niklas Luhmann haben bereits in den 1950 und 1960er Jahren den Zusammenhang von Inklusion und der historischen Ausbildung von Menschen- und Bürgerrechten heraus gestellt. Sie haben dargelegt, dass die moderne Gesellschaft europäischen Zuschnitts seit dem Mittelalter von einem historischen Prozess der zunehmenden Inklusion=Einbeziehung von immer mehr und verschiedenen Gruppen der Bevölkerung in die wichtigsten gesellschaftlichen Teilbereiche (Wirtschaft, Politik, Bildung, Recht, Familie, Kultur, sozialstaatliche Sicherungssysteme u.a.m.) geprägt ist. In diese Geschichte gehört die Aufhebung der

Leibeigenschaft ebenso wie der freie Zugang aller zu unabhängigen Gerichten, das Wahlrecht, erst nur für reiche Männer, dann auch für arme und schließlich auch für Frauen, das Recht auf Bildung und die damit verbundene Schulpflicht oder der Zugang aller zu medizinischer Versorgung. Ging es früher um die Ausweitung dieser Inklusion auch auf wenig vermögende Bevölkerungsschichten, auf Frauen oder auf Angehörige aller Religionen, so sprechen wir heute über behinderte Menschen, aber eben auch über Migrantinnen und Migranten, oder Angehörige sexueller Minderheiten und ihre Inklusion in die Institution Ehe bzw. Familie.

- Behinderung als ein Phänomen gesellschaftlicher Partizipation / Teilhabe zu definieren, wurde schon 1969 von dem deutschen Soziologen Christian von Ferber vorgeschlagen. Als Idee gesellschaftlich und rechtlich durchgesetzt hat sich das erst seit Anfang der 2000er Jahre und wurde, als das SGB IX diese Redeweise aufnahm, als Paradigmenwechsel gefeiert.



Inklusion, Integration und Teilhabe – getreu ihrer lexikalischen Bedeutung - schlicht als Einbeziehung, Einbindung und Teilhabe zu fassen, stellt m. E. so etwas wie einen kleinsten gemeinsamen Nenner des Gebrauchs diese Begriffe in der Soziologie dar. Das ist nicht auf meinem Mist gewachsen und nicht besonders originell. Das entspricht in hohem Maße der Alltagserfahrung. Prinzipiell einbezogen in einen sozialen Zusammenhang zu sein und Zugang zu ihm zu haben, sagt noch lange nichts darüber aus, wie intensiv Zusammenhalt und Einbindung sind und erst recht ist nicht gewährleistet, dass alle, die Zugang haben, auch in gleicher Weise an Gütern wie Bildung, Reichtum, Prestige o.a. teilhaben. Es geht mir also nicht um terminologische Spitzfindigkeiten. Ich glaube vielmehr, dass eine derartige Fassung der Begriff deshalb nahe liegt, weil sie näher an Realität und pädagogischer Praxis liegen und

zugleich auch näher an der juristischen Dimension des Themas (UN-BRK, SGB IX, Schulrecht, Rechtsprechung der Gerichte) als die realitätsfernen Konstruktionen der inklusiven Pädagogik. Und nicht zuletzt glaube ich, dass sie auch der Realität der Erfahrung von Jugendlichen und Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen besser gerecht werden.

Inklusion möchte ich also fassen als *strukturelle Einbeziehung* von Individuen in gesellschaftliche Zusammenhänge (Systeme, Teilsysteme, Organisationen, Gruppen, Institutionen). Damit ist gemeint, dass eine Person das Recht und die praktische Möglichkeit des Zugangs zu einem System hat und dies durch Strukturen der Einbeziehung, d.h. verlässliche Vorkehrungen oder Dispositionen gewährleistet ist. Der jeweilige gesellschaftliche Zusammenhang rechnet sozusagen von vorne herein mit den jeweiligen Personen oder Personenkategorien, ist auf sie eingerichtet. Dazu tragen vor allem drei Mechanismen bei, die ich mal als die „drei R“ bezeichnen will: Rechte, Rollen und Ressourcen (personenbezogen/umweltbezogen):

- **Rechte:** in modernen Gesellschaften sichern vor allem Menschen-, Grund- und Bürgerrechte sowie an sie anknüpfende konkrete Rechtsnormen (z.B. im Sozialrecht, im Schulrecht, im Zivilrecht, im Prozessrecht, im Wahlrecht usw.) Zugänge zu sozialen Zusammenhängen;
- **Rollen:** es müssen soziale Handlungsformate zur Verfügung stehen, die allgemein zugänglich sind und (mit oder ohne Hilfe) von Individuen auch wahrgenommen und ausgefüllt werden können, z.B. Schüler, Wähler, Berufstätiger, Zeitungsleser, Kläger vor Gericht, Theaterzuschauer, Wohnungsbesitzer, Mitglied einer Krankenversicherung u.a.
- **Ressourcen teilen sich in a) personenbezogene Ressourcen:** das können sein die zur faktischen Wahrnehmung von Rechten und Rollen nötigen persönlichen Ressourcen, z.B. ökonomische oder sächliche Ressourcen wie Geld, Wohnung, oder Ressourcen in Form von Kompetenzen (Bildung, Sprachkenntnisse, Schulfähigkeit, Haushaltsorganisation) vorliegen, ggf. durch sozialstaatliche Maßnahmen zur Verfügung gestellt werden bzw. wenn es sich um Kompetenzen handelt. gefördert werden. Und b) geht es um **umweltbezogene Ressourcen** (Infrastruktur): darunter sollen hier an die physische oder soziale Umwelt gebundene Ressourcen verstanden werden, die gewährleisten, dass Rechte und Rollen wahrgenommen werden können.

Bei Behinderung geht's dabei insbesondere um physische und kommunikative Zugänglichkeit, Barrierefreiheit, ggf. medizinische Dienstleistungen und Versorgungsstrukturen, räumliche Bedingungen usw. ...

Strukturelle Einbeziehung = Inklusion beinhaltet in einer Formulierung Parsons aus den 1960ern auch: Abwesenheit oder Reduktion *systematischer Hemmnisse* des Zugangs („reduction of handicaps“) also von „Barrieren“. ¹ Außerdem kann der Begriff sowohl den (historischen) *Prozess* des Einbezogen-Werdens von Personen (oder Gruppen von Personen) meinen (Parsons ging es beispielsweise in den 1960er Jahren um die Inklusion der afroamerikanischen Bürger in die Gesellschaft der USA), wie auch um den *strukturellen Zustand* erreichter und faktischer Inklusion (als Einbezogensein).

Integration bezeichnet dagegen den *Prozess der Einbindung* oder das *erreichte Niveau des Eingebundenseins* von Personen (oder Gruppen von Personen) in einen sozialen Zusammenhang. Von Integration kann man aber auch in Bezug auf den sozialen Zusammenhang (das soziale System) als solchem sprechen, wenn man etwa von einer Familie, Schulklasse oder einer ganzen Gesellschaft sagt, sie sei gut integriert. Auch dann nimmt man Bezug auf die sozialen Bindungskräfte in diesem System, das Ausmaß des Bestehens von Bindungen. Damit können verschiedene Aspekte gemeint sein, je nachdem, was diese „Bindung“ herstellt: eine gewisse Dichte von Kommunikation und Interaktion, Kooperation und Koordination, Konsens oder stabile und verlässliche Konfliktregulierungsmechanismen – kurz alles, was zu „Zusammenhalt“ (Kohäsion) der Teile und Untereinheiten eines sozialen Zusammenhangs beiträgt. Die Eindeutschung von Integration als „Eingliederung“ (z.B. in dem Wort „Eingliederungshilfe“, nach wie vor die wichtigste Sozialleistung für Menschen mit Behinderungen und chronischen psychischen Erkrankungen) bezieht sich genau auf diese Verbindung von Teilen, klingt mir persönlich aber zu technokratisch, wenn nicht sogar militaristisch. Wie diese Einbindung vollzogen wird, wie sich dieser Zusammenhalt herstellt, kann nämlich durchaus verschieden sein: da ist Anpassung genauso denkbar wie wechselseitige Anerkennung von Vielfalt, kluge Konfliktregulation ebenso wie relative Konfliktfreiheit.

Teilhabe (Partizipation) schließlich bezeichnet den Aspekt des Erwerbs/Besitzes gesellschaftlicher Güter (z. B. Bildung, ökonomische Ressourcen, politische Mitbestimmung,

¹ In Talcott Parsons (1967): Full Citizenship for the Negro American? Kap. 13 in ders.: Sociological Theory and Modern Society. New York, London (Free Press): 434.

„Beziehungen“, Prestige, soziale Anerkennung in verschiedenen Formen).

Inklusion, Integration und Teilhabe werden also insgesamt als unterschiedliche und voneinander relativ unabhängige Aspekte des An- und Zugehörens, des Teilnehmens von Individuen an sozialen Zusammenhängen verstanden. Inklusion, Integration und Teilhabe können also in einem wechselseitigen Spannungsverhältnis stehen, das ist sogar eher der Regelfall. Man kann inkludiert sein, aber schlecht integriert, man kann integriert sein, aber nicht inkludiert und man kann inkludiert sein, aber mit einem relativ geringen Maß an Teilhabe.

Besonders der Fall „inkludiert, aber schlecht integriert“, ist für Jugendliche und Erwachsene mit psychischen Erkrankungen von besonderer Bedeutung. Das kann nämlich etwas Positives sein oder auch etwas Negatives. So kann ein Jugendlicher mit einer psychischen Erkrankung oder mit psychischer Störung inklusiv beschult werden, aber es gelingt ihm nicht, Kontakte und Beziehungen aufzubauen, er ist isoliert, wird evtl. ausgegrenzt, im schlimmsten Falle stigmatisiert. Das könnte von ihm negativ erlebt werden und wiederum die Symptomatik verschlimmern. Das Muster ist generell bei inklusiver Beschulung durch verschiedene Studien gut belegt (zum Beispiel von Urs Häberlin, Christian Huber). Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf können in inklusiven Settings in der Prestige- und Beziehungshierarchie systematisch weiter unten als die anderen Schüler stehen. Das kann aber durchaus einhergehen mit der Verbesserung von Schulleistungen, also insofern Teilhabegewinnen (nämlich an Bildung).

Nun kann man die mangelnde Integration inklusiv beschulter Kinder beklagen und auf Abhilfe sinnen (Huber schlägt zum Beispiel eine Veränderung von schulischen Bewertungskriterien vor). Der Umstand, dass Inklusion und Integration nicht aneinander gekoppelt sind, kann aber eben auch wünschenswerte Spielräume erzeugen. Gerade bei psychischen Erkrankungen kann geringe Integration auch ein *Vorteil* sein. Man hat Zugang zu einem „Regelsystem“, hat alle Zugangsrechte des Status eines „normalen“ Schülers oder eines Mitglieds einer Wohngemeinde. Aber man nimmt zugleich die Möglichkeit wahr in einer erträglichen *Distanz* zu den anderen Menschen und Bindungen zu leben, die anderen lassen eine in Ruhe, man kann Nähe/Distanz regulieren. In diesem Fall ist „inkludiert, aber schlecht integriert“ ggü. dem Leben in psychiatrischen Sondereinrichtungen rundweg eine biographische Errungenschaft. Vorstellbar ist dann auch, dass es der Person gelingt, beträchtliche Teilhabepotentiale zum Beispiel an Bildung oder Arbeitsleben oder Gesundheit wahrzunehmen. Inkludiert zu sein in eine Normalrolle kann sich dann auch positiv auf die Symptomatik selbst auswirken. Wir haben

in einem Projekt zum Thema „Selbstständig Wohnen“ das Beispiel einer psychisch kranken Frau dokumentiert, die nach langjähriger stationärer Betreuung, eine eigene Wohnung als Befreiung erlebte, gerade WEIL sie nun nicht mehr zu eng eingebunden ist in die enge Gemeinschaft der Mitbewohner. Sie ist fasziniert von ihren mit der neuen Rolle als Wohnungsbesitzerin verknüpften Teilhabemöglichkeiten: z.B. Zugang zur städtischen Müllentsorgung und Mülltrennung zu bekommen und zum Beispiel gelbe Säcke umsonst zu bekommen. Das ist für sie eine wichtige Autonomieerfahrung. Zugleich hält sie höflichen Abstand zu allen Nachbarn.

Dass Inklusion, Integration und Teilhabe unabhängig voneinander variieren können, dass in der modernen Gesellschaft soziale Zugehörigkeit auch möglich ist mit einem geringen Ausmaß an sozialen Bindungen, gesellschaftliche Teilhabe auch ohne „Gemeinschaft“, das ist eine wichtige zivilisatorische Errungenschaft, ein Freiheitsspielraum, nicht nur für Autisten, sondern für uns alle. Aber es ist ein Spielraum, der nach meinen Erfahrungen *besonders* für Menschen mit psychischen Erkrankungen wichtig ist. Man kann so auch sagen: Inklusion ist diejenige Zugehörigkeit und die Form des Zugangs zu sozialen Systemen, die auch dem Nicht-Integrierten, dem Außenseiter, gilt. Wirksame Inklusion garantiert nicht, dass Vielfalt immer uneingeschränkt „willkommen heißen“ wird. Das ist eine naive und gar nicht wünschenswerte Vorstellung. Aber wirksame Inklusion gewährleistet, dass behinderte und psychisch kranke Menschen ablehnenden Einstellungen in ihrer sozialen Umwelt wirksam begegnen, ihnen auf überzeugende Weise entgegen halten können: wir haben ein Recht hier zu sein und wir haben auch die praktischen Möglichkeiten und Ressourcen dazu.

Diese wichtige Differenzierungsmöglichkeit geht verloren, wenn man Gemeinschaftsideologien auf den Leim geht und Inklusion als eine Art optimierte Integration verkauft. Es geht auch bei der professionellen Flankierung und Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen um eine sorgfältige Abwägung der drei Komponenten im Einzelfall und unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse. Ich komme darauf nochmal am Ende zurück.

3. Inklusion und psychische Erkrankung im Spannungsverhältnis

Ich möchte jetzt auf die Frage eingehen, ob Inklusion und psychische Erkrankung in einem grundsätzlichen Spannungsverhältnis stehen. Ich glaube in der Tat, dass es dafür Argumente gibt. Sie haben alle etwas mit dem Unterschied zwischen Krankheit und Behinderung zu tun. Ganz simpel argumentiert: Niemand würde jemanden mit einer Magen-Darm-Grippe, einer

Lungenentzündung, einem akuten Bandscheibenvorfall oder Krebserkrankung in irgendetwas anderes inkludieren wollen. In diesen Fällen sieht unsere Gesellschaft die Einnahme der Rolle eines Kranken vor, die ja gerade die Entlastung und Distanzierung von normalerweise bestehenden Rollenverpflichtungen - Schüler, Arbeitnehmer, Mitglied im Fußballverein - vorsieht, allerdings verbunden mit einer Therapieverpflichtung. Wer krank ist, darf nicht nur, sondern hat auch die Pflicht sich in erster Linie um seine Therapie und Heilung zu bemühen. Dies gilt natürlich auch für psychische Erkrankungen, besonders wenn es sich um akute Problematiken handelt: bei der Zuspitzung einer Depression, einer akuten psychotischen Episode, bei akuten Angst und - Thematiken, bei chronischem Stresssyndrom, bei Suizidendenzen u.a.. Und damit zusammen hängend: Krankheitssymptome werden genau deshalb nicht im selben Sinne Gegenstand einer „Anerkennung“ wie Behinderungen. Man muss sie sich natürlich in gewisser Weise eingestehen und sie in diesem Sinne „anerkennen“ können. Aber weder für den Betroffenen noch für seine soziale Umgebung besteht ein Zweifel daran, dass es darum geht, die Krankheit wieder loszuwerden und alles dafür zu tun, sie zu bekämpfen. Selbstverständlich darf man nicht wegen seiner Krankheit als Person stigmatisiert werden und man sollte Menschen mit ihren Erkrankungen akzeptieren, ihnen mit Respekt begegnen und entsprechend mit ihnen umgehen. Aber akute Depressionen, Zwangshandlungen, Ängste, suizidäre oder paranoide Tendenzen sind – anders wie eine Gehörlosigkeit, geistige Behinderung oder das Fehlen von Armen – nicht Relikte eines vergangenen und als solchem nicht mehr zu beeinflussenden Schädigungsprozesses. Sondern es handelt sich dabei um eine aktuelle Krankheitsdynamik, die tendenziell lebensgefährlich sein kann und die wir deshalb therapeutisch „behandeln“, um nicht zu sagen „bekämpfen“. Eine Erkrankung ist niemals eine begrüßenswerte Form des „normalen „Andersseins“, die wir „willkommen heißen“, sondern wir sind allenfalls gezwungen sie „anzunehmen“ oder „hinzunehmen“. Psychisch kranke Menschen fühlen sich sehr oft stigmatisiert, wenn sie als „behindert“ bezeichnet werden, genau aus diesem Grund. Eine Depression will und kann man eben zunächst einmal nicht als Lebensmöglichkeit begreifen, sondern man will sie in der Regel loswerden, wieder „normal“ werden. Fast immer sind dafür zeitlich befristete Segregationen, Formen der Schonung, der Aufhebung von Verpflichtungen, der Distanzierung zum eigenen und sozialen Alltag nötig – wie bei jeder Erkrankung.

Je mehr psychische Erkrankung in diesem Sinne einen Krankheitscharakter hat, desto weniger geht es um Inklusion in Regelsysteme und „Normalrollen“. Um was es da geht, ist eine ganz andere Inklusionsproblematik: nämlich, ob man angemessenen Zugang in eine möglichst wohnortnahe psychotherapeutische oder psychiatrische Versorgung hat, die so viel wie

notwendig, und so wenig wie möglich in das Alltagsleben des Betroffenen eingreift. Das ist eine wichtige, mit den Grund-, Bürger und Menschenrechten psychisch Kranker argumentierende Forderung der sozialpsychiatrischen Bewegung spätestens seit der Psychiatrieenquête 1971. Die Inklusion von Menschen in das Gesundheitssystem, sowie in ein System der Habilitation und Rehabilitation ist – wegen des Lärms um die Bildungspolitik leider wenig beachtet – auch in der UN-BRK verankert und nicht weniger wichtig wie Inklusion in Bildung, Gemeinde oder Arbeit. Sie wird in den Artikeln 25 und 26 benannt. Die UN-BRK verbietet in diesem Zusammenhang durchaus nicht die Anwendung besonderer und besondernder Maßnahmen, nämlich dann nicht, wenn diese zur Beschleunigung oder Herbeiführung der tatsächlichen Gleichberechtigung erforderlich sind (Art. 5) bzw. der bestmöglichen schulischen und sozialen Entwicklung dienen (Art. 24, Abs. 2e). Eine Schule für psychisch kranke Kinder und Jugendliche, die Herausnahme aus dem gemeinsamen Unterricht, Unterricht in kleinen Gruppen oder sogar individueller Unterricht u.a. – das sind alles Möglichkeiten, die ebenso auf dem Boden der UN-BRK stehen können wie inklusive Beschulung. Sie können und müssen ebenfalls auf der Basis von Grund- und Menschenrechten legitimiert werden. Auch der Verbleib eines psychisch kranken Kindes oder Jugendlichen in einem Regelsystem kann so gesehen eine Verletzung von Grund- und Menschenrechten darstellen.

Das ist aber nur die eine Seite der Sache. Sie ist aber deshalb komplexer, weil der Krankheitscharakter psychischer Erkrankungen eben nicht immer so eindeutig ist. Der Übergang zu chronischer Erkrankung und zu Behinderung ist fließend. Je mehr eine psychische Symptomatik aber Behinderungscharakter gewinnt, desto mehr gewinnen auch die „klassischen Inklusionsproblematiken“: Regelschule oder nicht? Eigene Wohnung oder stationäre Versorgung? Allgemeiner Arbeitsmarkt oder geschützte Werkstatt? wieder an Virulenz. Das ist insbesondere dann der Fall

- wenn es zu Chronifizierungen und Residualzuständen kommt, psychische Erkrankung ebenso wie die abgeschlossene Schädigungsdynamik bei Behinderungen Reliktcharakter bekommt, man also nicht gesund ist, aber auch keine akute Krankheitsdynamik besteht, mit der man nicht leben könnte ;
- wenn keine oder wenig Möglichkeiten oder Notwendigkeiten von Therapie oder Behandlung gesehen werden;

- wenn psychische Erkrankung als etwas verstanden wird, mit dem ich dauerhaft leben muss, kann oder sogar will;
- wenn einer psychiatrischen Diagnose kein subjektives Krankheits- oder Behinderungskonzept entspricht,
- wenn Menschen mit einer zugeschriebenen psychischen Erkrankungen ihren Alltag meistern, in Distanz zum Hilfesystem leben und trotzdem irgendwie eine für sie tragfähige Lebensform gefunden haben.²

In allen diesen Fällen wird in der Tat Inklusion eine wichtige Fragestellung im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen. Der Krankheitscharakter psychischer Symptome kann auch noch aus anderen Gründen in Frage stehen, nämlich wegen der Unterbestimmtheit und Fragwürdigkeit diagnostischer Kategorien. Das ist bei vielen Etikettierungen wie „Verhaltensstörungen“ der Fall, sicher mittlerweile auch bei inflationierenden Diagnosen wie „Autismusspektrumstörungen“, „ADHS“, „dissoziales“ oder „herausforderndes Verhalten“, generell: „Förderbedarf im Bereich emotionale und soziale Entwicklung“. Sehr oft spiegeln sich in solchen Etiketten eher die Ratlosigkeit und das Unvermögen der Professionellen, oder/und strukturelle Defizite und Verwerfungen der exkludierenden Systeme der Regelschule, oder auch Problemlagen, die eher der Familie als den Betroffenen selbst zurechenbar sind. Gerade dann kann die Segregation zusammen mit anderen auffälligen Kindern und Jugendlichen eher das Gegenteil des Gewünschten, die Verstärkung solcher Verhaltensweisen bewirken. Allerdings muss man auch zugleich sehen, dass solche diagnostischen Etikettierungen unter Bedingungen inklusiver Beschulung nicht etwa abnehmen, sondern – teilweise sogar dramatisch – zunehmen! Es ist eine immer wieder gemachte Beobachtung, dass wir uns gerade unter Bedingungen inklusiver Beschulung der sogenannten „Warnock-Quote“ von 20 % Kindern mit diagnostiziertem sonderpädagogischem Förderbedarf nähern.

² Ich habe mich beispielsweise mit der beeindruckenden Biografie eines Menschen auseinander gesetzt, der Stimmen hört, der aber gelernt hat, mit ihnen zu leben und sich mit ihnen auseinander zu setzen, ohne dass Heilung oder Therapie dabei eine Rolle spielen würde. Er hofft zwar, dass die Stimmen irgendwann vor ihm sterben, wie er sagt, und er dann ein gutes Leben hat. Aber er versteht seinen jetzigen Alltag mit den Stimmen als seine persönliche Leistung, die sich durch konsequente und disziplinierte Lebensführung auszeichnet (Studien, künstlerische und sportliche Betätigung, u.a. in einem ganz normalen Karateverein, eigene Haushaltsführung) geprägt ist. Hier ist Inklusion und Integration auch für ihn selbst eine Fragestellung, die er ganz persönlich und konsequent angeht. Objektiv (und auch sozialrechtlich) hat die Weise, mit der er mit dieser Erkrankung umgeht, mehr gemeinsam mit dem Umgang mit einer Behinderung: sie wird nicht therapiert, sondern man justiert Person-Umwelt-Bedingungen um (vgl. Jörg M. Kastl: Hannes K., die Stimmen und das Persönliche Budget. Bonn (Psychiatrieverlag) 2009).

Auch das ist eine immanente Komplexität psychischer Problemlagen – sie interagieren mit Strukturen der Inklusion und Integration, mit der Frage sozialer Zugänge und Ausschlüsse, mit dem (Über-)Maß an Bindungen und Bindungsdefiziten, mit Teilhabechancen und deren Ambivalenzen auf ungleich komplexere und direktere Weise als andere Bereiche der „Gesundheit und Funktionsfähigkeit“ (ICF). Gerade bei chronischen psychischen Erkrankungen bzw. Behinderungen ist eine reflexive und sich selbst verstärkende Problematik von Stigmatisierungen und Etikettierungen, die zum Beispiel mit segregierenden stationären Wohn- und Arbeitsformen einhergehen, sehr häufig. Sie kann die Krankheitsdynamik im Sinne einer zweiten Krankheit (Asmus Finzen) überlagern und verstärken und führt dann wiederum in einen Teufelskreis von Ausgrenzung und Verstärkung der Problematik.

Stationäre Wohneinrichtungen können bekanntlich die Störungen, die sie vermeintlich behandeln, verstärken und buchstäblich produzieren. Ein sicheres Symptom hierfür sind nach meiner Erfahrung tiefsitzende Überzeugungssysteme der professionellen MitarbeiterInnen, dass ihre Klientinnen und Klienten niemals und unter keinen Umständen ohne sie und ihren „Schutz“ leben könnten. Nicht selten stellt sich aber heraus, dass gerade die dramatischsten Symptome, die diese Überzeugungen genährt haben, in einer eigenen Wohnung, nach erfolgter Inklusion in die Gemeinde, verschwinden. Das ist natürlich nicht immer der Fall, aber es ist eine bei Deinstitutionalisierungsprozessen doch so dominante und typische Erfahrung, dass man sich hüten sollte, das „Schutz“-Argument zu überziehen (vgl. dazu z.B. Michael Konrad u.a.: Dezentrale Heimversorgung in der Sozialpsychiatrie. Bonn 2006). „Schutz“ und Bevormundung stehen in einer engen Beziehung. Das gilt schon semantisch: der Wortstamm „Mund“ in „Bevormundung“, „Vormundschaft“, „Mündel“ hat nichts mit „Mund“ zu tun, sondern ist von dem mittelhochdeutschen Wort „Munt“ abgeleitet, möglicherweise kommt das von lat. Manus=Hand. „Vormund“ – das ist der, der „seine Hand über mich hält“. Das beinhaltet zwar Schutz, aber eben auch eine Form der Machtausübung, eben der Be-vor-mundung.

Wegen dieser engen Kopplung von Schutz und Macht glaube ich, dass Inklusion gerade auch als Rechtsprinzip ein unverzichtbares Leitkriterium und ständiges Korrektiv für modernes professionelles Handeln sein muss und es streng genommen eigentlich schon immer war – ein Korrektiv, das immer wieder zu kritischer und institutionalisierter Selbstbefragung zu führen hat. Nicht zuletzt deshalb ist auch Supervision unabdingbar, sie müsste sozusagen ein Übermaß an professioneller Bindung an die Klienten immer wieder auflösen und dadurch, wenn man so will, dazu beitragen, die Professionelle-Klient-Beziehung immer wieder auf kontrollierte Weise zu desintegrieren.

*

Insgesamt gibt es also auf die Frage des Zusammenhangs von Inklusion und psychische Erkrankungen keine einfache Antwort. Was bedeutet das alles für die professionelle und institutionelle Unterstützung? Es bedeutet wohl schlicht, und da bin ich auf derselben Linie wie Edith Ramminger, dass man versuchen muss, Flexibilität – so paradox das klingt – zu institutionalisieren. Damit komme ich zu meinen Schlussüberlegungen.

4. Ausblick: Institutionen mit inklusiver Orientierung für Menschen mit psychischen Erkrankungen

Inklusion löst, das ist ein Fazit aus dem vorgestellten Modell, nicht automatisch alle Probleme der Teilhabe und Integration. Je eindeutiger psychische Erkrankungen akuten Krankheitscharakter haben, desto weniger kann die vorrangige Antwort heißen: „Inklusion in Regelsysteme“. Aber es gibt einen fließenden Übergang von psychischer Erkrankung in den Phänomenbereich chronischer Erkrankung und Behinderung – und dann kann Inklusion in der Tat eine wichtige Fragestellung sein. Das alles erfordert eine sehr genaue Betrachtung des Einzelfalls. Jede Generalisierung, jedes undifferenzierte „Inklusion ist Menschenrecht“ ist hier fehl am Platz. Was das wünschenswerte Verhältnis von Inklusion, Integration und Teilhabe ist, ist noch mehr wie bei körperlichen Behinderungen eine Frage der individuellen Bedürfnisse des jeweiligen betroffenen Menschen und der Tragfähigkeit seiner konkreten sozialen Verhältnisse. Für den einen ist es wichtiger und sogar für die Erkrankung zuträglicher, wenn er ins Regelsystem inkludiert ist, Etikettierungen und Stigmatisierungen entgeht, auch wenn der Preis dafür eine gewisse Distanz zu anderen Menschen und damit geringe Integration ist. Für andere kann das genaue Gegenteil richtig sein: nämlich die (temporäre) Einbindung in enge persönliche Beziehungen im Rahmen eines geschützten Settings, möglicherweise eine dort stattfindende Erhöhung von Teilhabepotentialen um den Preis von Segregation und Ausschlüssen aus Regelsystemen.

Der Verein für psychoanalytische Sozialarbeit, bei dem wir hier zu Gast sind, hatte sich in seinen programmatischen Diskussionen immer wieder auf das Konzept der „gesprengten Institution“ berufen. Damit ist u.a. eine Institution gemeint, die in sich systematische Vorkehrungen einbaut, um nicht zur „totalen Institution“ zu werden. Totale Institutionen sind Institutionen, die suggerieren, sie könnten für ihre Mitglieder und innerhalb ihrer Grenzen das notwendige Maß an Inklusion, Integration und Teilhabe herstellen.

Das Gegenmodell dazu ist eine Institution, die in ihrem Alltag ständig Übergänge und Übergangsmöglichkeiten ihrer KlientInnen in andere soziale Kontexte institutionalisiert, die Skandierung von Exklusionen und Inklusionen im Alltag, den Übergang von offeneren in geschütztere Kontexte, von Kontexten mit hohen Anforderungen und Bindungszumutungen in solche mit geringerem Anforderungscharakter und zurück zum Prinzip macht. Eine Institution, die in der die systematische Handhabung einer Dialektik der Erzeugung und der *Lösung* von Bindungen möglich und normal ist. Und eine Institution, die darauf hinweist, dass die Güter, zu denen sie Zutritt gewährt, immer und notwendig begrenzt und mangelhaft sind.

Ich selbst habe in der Schule am Ufer, von der Edith Ramminger erzählt hat, immer wieder beobachten können, wie wichtig es ist, dass eine Institution, die temporär Menschen segregiert, bei ihnen ein Motive erzeugt und *glaubhaft* bestärkt, sie wieder zu verlassen. Dies geschieht z.B. dadurch, dass die Schule gegenüber den Schülern keinen Zweifel daran lässt, dass sie ein Recht auf Bildung und eine normale Schule haben, ihnen aber auch die damit verknüpften Anforderungen nicht vorenthält, sondern schrittweise zugänglich macht. Auch und gerade Menschen mit psychischen Erkrankungen müssen ihre Rechte kennen, als Schüler und als Bürger. Die andere Seite ist die reflektierte Handhabung der Dialektik von Bindung und Entbindung. Sie erfordert auf Seiten der Professionellen eine ständige Kontrolle und Reflexion der von ihnen ausgehenden Bindungszumutungen. Dafür ist Supervision eine unabdingbare Voraussetzung. Dazuhin braucht es institutionalisierte und jederzeit möglichst in beide Richtungen begehbare Übergangs- und Kooperationspfade: selbstverständliche und für alle transparente Kontakte und Kooperationen mit Regelschulen, die Vermeidung von Selbstidealisationen, die Offenheit für Entwicklungen und die Fähigkeit, Jugendliche auf die Suche nach etwas zu schicken, was die eigene Institution nicht bieten kann. Das alles setzt aber auch Ressourcen voraus: ganz banal Räume für wechselnde Unterrichtskonstellationen zwischen Einzelunterricht und der großen Klasse; personelle Kapazitäten, Personal, das flexibel einsetzbar ist und belastbar genug ist, um in verschiedenen Rollen auf die Bedürfnisse psychisch kranker Kinder und Jugendlicher reagieren zu können: anspruchsvolle Wissensvermittlung; Mitgehen, wenn jemand wegläuft, aber auch Gehen-lassen; Disziplinierung; quasi-therapeutische Intervention; Vorgabe klarer Abläufe oder Strukturen; Einfach da-sein oder da-bleiben – das alles kann zugleich nötig sein. Eine inklusive Regelschule, die das aus sich selbst heraus hinkriegt, ist mir bislang noch nicht bekannt. Man wird also von zwei Seiten aus arbeiten müssen: Verbesserung der Ausstattung sowie der pädagogischen Ressourcen der Regelschulen *und* die Entwicklung kooperativer Modelle, wie von Edith Ramminger angedeutet.

Inklusion ist deshalb im Falle psychischer Erkrankungen kein Patentrezept, weil psychische Erkrankungen eine sehr komplexe, in sich vielgestaltige Realität sind und weil jede psychische Erkrankung konstitutiv mit dem Umstand zusammen hängt, dass menschliche Beziehungen *generell* labil, nicht vollkommen, nicht perfekt sind, sondern von „Mangel“-Erfahrungen, Asymmetrien, Ambivalenzen geprägt sind. Auch von daher gibt es niemals eine völlige Korrespondenz von sozialer Einbeziehung, Bindung und Teilhabe. Dass das so ist, wird in der Erfahrung jeder psychischen Erkrankung selbst wie durch ein Vergrößerungsglas wahrgenommen. Insofern zwingen uns gerade Menschen mit psychischen Erkrankungen aufrichtig zu sein und ihnen keine falschen Verheißungen zu machen. Die hohle Rhetorik vieler Inklusionsphraseologien ist durch die Erfahrung psychischer Erkrankung schon selbst a priori widerlegt. Statt dessen geht es in jedem Einzelfall darum, jene wie immer labile und prekäre Balance von Inklusion, Integration und Teilhabe, von Einbeziehung, Einbindung und Beteiligung zu finden, um *mit* der psychischen Erkrankung, vielleicht aber auch mal ohne sie leben zu können - mit dem Maß an Interesse, an Offenheit, Gemeinschaft und Engagement, das man eben so hinkriegt.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und Geduld.