

Prof. Dr. Jörg Michael Kastl,  
Fakultät für Sonderpädagogik Reutlingen,  
Soziologie der Behinderung und sozialer Benachteiligung  
mail: kastl@ph-ludwigsburg.de  
<http://www.ph-ludwigsburg.de/3966.html>

## **Inklusion und Exklusion im Lebenslauf - zum Problem der uneingelösten Professionalisierung von Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie**

- Vortrag in Bad Boll am 15.10.10 bei der Tagung "Menschenrecht auf Teilhabe"

Lassen Sie mich kurz etwas zum Hintergrund meines Vortrags sagen. Seit fast genau zwölf Jahren arbeite ich als Begleitforscher und Soziologe in verschiedenen Projekten, in denen es um Integration und Inklusion behinderter und psychisch erkrankter Menschen geht, in den Bereichen Wohnen und Arbeiten, in Landes- und Bundesmodellprojekten, deren Ergebnisse in Formulierungen des SGB IX eingeflossen sind (nicht immer zum Guten) - wie z. B. Persönliches Budget und Integrationsfachdienste. Was ich dabei unter anderem gelernt habe, ist etwas sehr Schlichtes: Rehabilitationsprozesse laufen ins Leere, wenn sie nicht beinhalten, dass Menschen mit Ihrem Leben etwas anfangen, (wieder) etwas anfangen oder etwas Neues anfangen. Hierbei geht es in einem doppelten Sinn um eine biographische Dimension: „etwas anfangen“ bedeutet im Deutschen „etwas beginnen“ und „etwas verstehen“. Es geht darum, aus einem bestimmten Verständnis seines Lebens heraus etwas zu beginnen oder neu zu beginnen. Die abstrakten Ideen von Teilhabe und Selbstbestimmung sind nicht für sich schon tragfähige Motive. Die Frage im konkreten Fall lautet immer: Selbstbestimmung wofür? Teilhabe wobei? Die großen Worte müssen mit einem biographischen Entwurf verknüpft werden oder sie bleiben resonanzlos.

\*

Ich möchte Sie vorneweg mit einigen Einzelheiten der Lebensgeschichte eines Mannes, den ich hier Ludwig Walz nenne, konfrontieren. Wir sind mit ihnen in einem seit mehreren Jahren laufenden eigenen Projekt zur Soziobiographie von Behinderung konfrontiert worden, in dem uns Menschen mit Behinderungen, die innerhalb und außerhalb von Einrichtungen leben, ihre Geschichte erzählen. Die Geschichte von Ludwig Walz handelt vom Gegenteil dessen, von was im Titel dieser Tagung die Rede ist.

In einem 2. Schritt möchte ich dann vier Thesen zum Verhältnis von Biographie- und Sozialraumorientierung zur Diskussion stellen.

**Ludwig Walz**, zum Zeitpunkt unseres Interviews um die 60 Jahre alt, hat eine schwere Sprachbehinderung in Folge einer Spaltbildung des Gaumens, im Volksmund "Wolfsrachen" genannt. Sie wird in früher Kindheit operiert. Die Operation lässt eine Sprachbehinderung zurück, er ist äußerst schwer verstehbar. In seiner Familie ist er – worauf er gleich am Anfang seiner Lebenserzählung hinweist – das jüngste Kind, ein "Nachzügler". Die Mutter ist 45 Jahre alt bei seiner Geburt. Die Eltern sind wohl Angehörige eines aufstrebenden, gewerkschaftlich und politisch aktiven Facharbeitermilieus. Ludwig Walz besucht eine reguläre Schule. Aus seiner Pubertät überliefert die Schwester, er sei mal "abgehauen", er selbst spricht von zwei Reisen nach Frankreich. Der Vater übt mit ziemlicher Sicherheit eine Art Mentorenrolle aus. Ludwig Walz tritt eine Ausbildung in derselben Firma an, in der auch der Vater arbeitet. Als Ludwig Mitte zwanzig ist, wird er mit der Krankheit und Pflegebedürftigkeit seines Vaters und später auch der Mutter konfrontiert. In engem zeitlichem Zusammenhang damit, vermutlich nach einer Phase der beruflichen Weiterbildung, verliert Ludwig Walz seine Verankerung im Berufsleben. Er geht wiederum nach Frankreich. Im Interview mit ihm gibt es Hinweise darauf, dass Frankreich auf mehrfache Weise etwas mit dem Vater zu tun hat. In einer ländlichen Region arbeitet er dort zunächst in der Landwirtschaft. Später kommt er in einem *hopital*, einer offenen psychiatrischen Einrichtung unter, wo er eine Arbeitsmöglichkeit erhält. Dort bringt er insgesamt sieben oder acht Jahre zu. Danach kehrt er nach Deutschland zurück. Er wird auf Betreiben einer seiner älteren Schwester in ein Heim eingewiesen. Seit dieser Zeit, Anfang der achtziger Jahre, also fast 30 Jahre lang, lebt er in einer stationären Heimeinrichtung in Süddeutschland. Die Schwester, die ganz offensichtlich die Heimaufnahme von Ludwig Walz befürwortet, bringt einen Brief aus Frankreich mit, in dem von einer schizophrenen Psychose die Rede sei. Der Psychiater der aufnehmenden Wohneinrichtung stellt in seinem ersten und in allen über die Jahrzehnte folgenden weiteren Gutachten fest, er selbst habe keine direkten Anhaltspunkte über psychotische Symptome. Es gäbe keine akute Symptomatik, es sei "nichts über irgendwelche psychotischen Dinge in Erfahrung zu bringen". Der dennoch in den Akten vermerkte "schizophrene Defektzustand" muss demnach eine Verlegenheitsdiagnose sein. Jedenfalls zieht sich dieser Begriff und solche wie "latente

Psychose", "latentes psychotisches Erleben" und später "Verschrobenheit" in der Folge wiederum durch die Atteste und Berichte für den Sozialhilfeträger. Im selben Atemzug wird aber immer ehrlicherweise formuliert, es fehle dafür aktuell an klaren Hinweisen. Man könne Ludwig Walz nicht verstehen.<sup>1</sup> Zugleich finden sich aber in den Berichten auch Beschreibungen wie: "motorisch geschickt", "sozial zugänglich und kompetent", einer der besten Werkstattmitarbeiter, er vertritt seine Wohngruppe im Heimbeirat. Im zweiten Jahrzehnt seines Aufenthalts kommt eine sogenannte "latente Alkoholerkrankung" hinzu. Es sei immer wieder zu Zuständen der Volltrunkenheit gekommen, ein Zustand, der im dörflichen Umfeld, in dem er wohnt, sicher nicht als solcher außergewöhnlich ist. Über die ganzen Jahre bleiben die Umstände des Frankreichtaufenthalts ungeklärt, Ludwig Walz schweigt sich darüber aus.

Drei Jahre nach seiner Aufnahme sucht Ludwig Walz das Gespräch mit dem Psychiater und konfrontiert diesen mit der direkt gestellten Frage, "ob er psychiatrisch krank wäre und ob das noch einmal in Ordnung käme." Eine klare Antwort ist nicht überliefert. Es findet sich für eine kurze Zeit später eine Notiz über ein Hilfeplanungsgespräch, bei dem auch die Schwester anwesend ist. Diese macht geltend, er könne nicht bei ihr wohnen, diese Verantwortung wolle sie nicht übernehmen, nachdem nun endlich ihre Kinder aus dem Haus seien. Aus der Antwort von Ludwig Walz wird allerdings auch deutlich, dass ihm das gar nicht vorschwebte. Ebenso wenig kann er sich mit dem Vorschlag einer "betreuten Werkstatt und beschützenden Wohngemeinschaft" seitens der Heimmitarbeiter anfreunden. Zitat aus einem in der Akte hinterlegten Bericht:

„An diesem Punkt des Gesprächs brachte Herr Walz einen ganz wichtigen Aspekt ein ‚ja in einer beschützten Wohngemeinschaft ... aber ich will doch auch mal heiraten, ich will doch auch mal eine Frau und eine Familie. Es wurde nicht deutlich, ob dies Herrn Walz ein echtes Bedürfnis nach Beziehung und Partnerschaft war, oder ob es einfach etwas ist, das für ihn zu einem normalen Leben gehört. Das zu bewerten steht uns nicht an.“

Dieser unter dem Deckmantel einer folgenlosen Wertschätzung ("ganz wichtiger Aspekt") und Scheinzurückhaltung des Urteils ("Das zu bewerten steht uns nicht an") vorgebrachte Verdacht ("unechtes" Bedürfnis?) entwertet den Lebensentwurf von Ludwig Walz und trägt zu im Ergebnis zur Verewigung des Heimauf-

<sup>1</sup> Formulierungsbeispiele: "Insgesamt war eine Unterhaltung ... aufgrund seiner verwaschenen Sprache recht schwierig und anstrengend.", "sehr verwaschenes Sprechen", "Sprechen erheblich gestört".

enthalt und damit einer lebenslangen Dauerexklusion bei. Letztlich handelt es sich um eine Art von professioneller Infamie: der Klient wird in seinen Motiven und Lebensplänen unglaubwürdig gemacht.<sup>2</sup> Es bleibt bei der sowohl in klinisch-diagnostischer wie ethischer Hinsicht höchst fragwürdigen Diagnose einer "latenten Psychose". Die Weigerung der Schwester wird als Urteilsspruch über das Leben des Bruders akzeptiert, die lange Zeit, die Herr Walz in seinem Beruf nicht mehr gearbeitet hat, zum Argument, dass er *nie* wieder arbeiten könne.

Ludwig Walz selbst erzählt seine Geschichte nicht als die einer chronifizierten Psychose. Er beginnt sie mit einer Darlegung seiner angeborenen *körperlichen* Behinderung, der daraus resultierenden Sprachbehinderung und deren Folgen bis heute. *Seine* Biographie ist die Geschichte einer Kommunikationsproblematik und die einer gewissen Randständigkeit in der Familie. Er erzählt die Geschichte eines Menschen, der sich nicht mehr verständlich machen konnte, der in ein fremdes Land geht, in dem er wenigstens aus einleuchtenden Gründen nicht verstanden wird und der in sein Land wieder zurück kommt, mit einer in der Folge ebenso einleuchtenden Begründung, warum auch hier wieder die Kommunikation nicht gelingt. Jedenfalls horcht offenbar auf, wenn Ludwig Walz auf die Frage, warum er seiner Meinung nach im Heim lebe, antwortet: dass er – ich zitiere aus den Akten - "dialektbehindert" sei: "weil er nach seinem langjährigen Frankreich Aufenthalt die deutsche Sprache kaum mehr verstanden habe, sei er letztlich im Heim gelandet."<sup>3</sup> Die Zeitadverbien „nachdem“, „kaum mehr“, „zuletzt“ in seinen Formulierungen zeigen es: Ludwig Walz selbst vollzieht eine hellsichtige und zugleich auch tragische Selbstanalyse einer zeitlich-biographischen Dynamik. Ludwig Walz wird sehr wahrscheinlich im Heim sterben. An einem Ort, an dem er mittlerweile hingehört, weil es sonst keinen mehr für ihn gibt. Seine Exklusion ist ein komplexer biographischer Prozess.

\*

Ich habe Sie mit der Geschichte von Ludwig Walz konfrontiert, weil ich denke, dass man an einer solchen Exklusionskarriere ganz gut zeigen kann, dass – je-

---

<sup>2</sup> "Infamie" meint hier einfach etwas, das die Glaubwürdigkeit, den Ruf (lat. fama) eines Menschen, in Zweifel stellt. Das lateinische Wort infamare heißt auf deutsch: "in schlechten Ruf bringen".

<sup>3</sup> Hinzu kämen, so Ludwig Walz, erschwerend folgende äußere Umstände: die Schwester, die ihn nicht "haben" wollte und der Umstand, dass es so schwer war, Arbeit zu finden.

denfalls in Teilen - die gegenwärtige *Inklusionsdiskussion* die Dinge mitunter zu einfach darstellt. Darauf möchte ich jetzt eingehen. Es geht mir dabei im Folgenden darum, für eine (weitere) Professionalisierung der Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe zu werben, eine Professionalisierung, die meines Erachtens noch uneingelöst ist.

Mit diesem Anliegen setze ich etwas andere Akzente als die derzeitige Inklusionsdiskussion. In dieser wird nicht die klassische *Einzelfallorientierung* betont, sondern *Strukturen und Strukturveränderung* (wie z.B. getrennte Beschulung u.ä.). Es wird nicht die Dimension der *Zeit* bzw. des *Lebenslaufs* betont, sondern die des *Raums* (Sozialraum/- Orientierung). Und es wird eben nicht *Professionalisierung* betont, sondern im Gegenteil eine gewollte *Deprofessionalisierung* der Hilfe. Gerade die bisherige Professionalisierung der Hilfen, so wird vielfach beklagt, sei ein Irrweg und eine der Haupthemmnisse für die Inklusion von Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen. Die beiden erstgenannten Gesichtspunkte sehe ich als sich gegenseitig ergänzende Sichtweisen an, dem letzten Punkt möchte ich dezidiert widersprechen.

Sie kennen wahrscheinlich alle die beliebten Wikipedia-Mengenlehre-Bildchen, die zur Veranschaulichung einer sehr verbreiteten Sichtweise von "Inklusion" dienen, und meines Wissens u.a. aus dem Umfeld von Andreas Hinz stammt. Ich sage mal: der Bunte-Smarties-Ansatz der Inklusionstheorie.<sup>4</sup> Hier werden Probleme von Behinderung und psychischer Erkrankung *primär* als ein Problem der Aner-

---

<sup>4</sup> Die Begriffe der "Inklusion" und "Integration" haben in meiner Disziplin, der Soziologie, die wesentlich zu ihrer Erfindung beigetragen haben, eine andere Bedeutung und Funktion. Die Begriffe sind hier *beide* wichtig und nicht gegeneinander austauschbar. *Inklusion* bezieht sich auf strukturelle, nämlich meist rechtlich, organisatorisch (z.B. über Mitgliedschaft), politisch oder ökonomisch gesicherte grundsätzliche *Möglichkeiten* an bestimmten sozialen Kontexten zu partizipieren (Einbeziehung). In diesem Sinne sind beispielsweise Frauen in modernen Gesellschaften grundsätzlich in das politische System inkludiert. Bis vor 100 Jahren waren sie es schon deswegen nicht, weil sie kein Wahlrecht hatten. Ein Beispiel für eine Exklusion wäre z.B. das im alten Testament vorfindliche Verbot für behinderte Menschen Priester werden zu dürfen. Inklusion und Exklusion machen für die meisten Soziologen nur als dichotome Kategorien Sinn. Man kann nicht mehr oder weniger inkludiert sein. Dagegen können sowohl Einzelpersonen, wie Gruppen oder auch eine Familie sehr wohl besser oder schlechter integriert sind. Das bezieht sich eher auf die Frage der *Qualität* der Einbeziehung einer Person in einen sozialen Zusammenhang bzw. die Qualität der Bindungen dieses Zusammenhangs als solchem. Dabei muss nicht zwischen verschiedenen „Gruppen“ unterschieden werden, wie der Inklusionsdiskurs unterstellt. Eine schlecht integrierte Familie oder Gruppe oder lokale Gemeinschaft hat z.B. ein Defizit an Bindungen, Kommunikationen, Konfliktregulationskapazitäten o.ä.. Strukturelle Möglichkeit der Teilhabe und faktische Qualität der Teilnahme auseinander zu halten, ist wichtig und zwar deshalb, weil man zwar inkludiert sein kann, aber schlecht integriert (das ist ein empirisch belegter, häufig vorkommender Effekt inklusiver Schulformen).

kennung von Heterogenität verstanden.

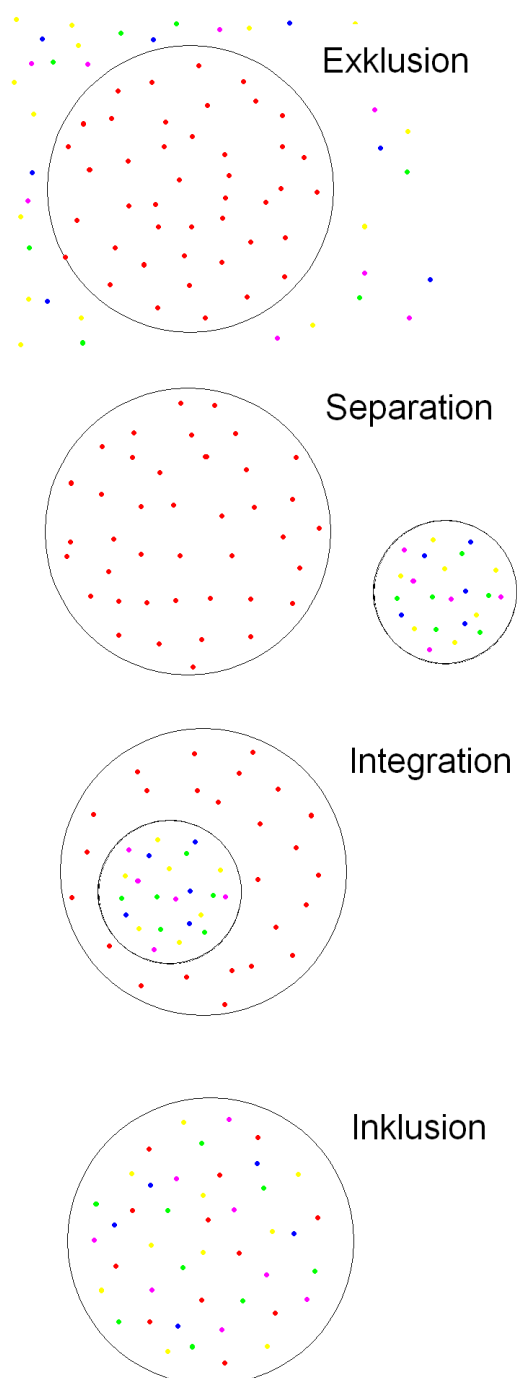


Abbildung: Das "Bunte-Smarties-Modell" der Inklusion, Quelle: [http://de.wikipedia.org/wiki/Inklusive\\_Pädagogik](http://de.wikipedia.org/wiki/Inklusive_Pädagogik), abgerufen am 25.10.10

Die Ausgangssituation ist die Ausgrenzung. Die Ausgegrenzten - anders, bunter, heterogener - stehen aufgrund von Stigmatisierungen und damit verbundener institutioneller und professioneller Grenzziehungen (Schule, Psychiatrie, Behinderteneinrichtungen) *außerhalb des gemeinsamen Raums*, sagen wir ruhig: Sozi-

alraums. Die Exkludierten müssen also von draußen nach drinnen, "hinein" kommen. Bei der "Integration" geschieht dies angeblich noch unvollständig. Da werden die Menschen sozusagen nur als Exkludierte einbezogen. Erst bei der Inklusion, wenn auch noch die Grenzen *innerhalb* der Grenzen aufgehoben werden, können sich die heterogenen Elemente vermischen. Man macht keine Unterschiede mehr, weil es, wie das so schön heißt "normal ist anders zu sein". Dazu müssen nach gängiger Sichtweise Stereotypen, Etikettierungen, Vorurteile gegenüber betroffenen Menschen abgebaut werden (Dekategorisierung). Und es müssen professionelle und institutionelle Systeme wie Heime, Werkstätten, Sonderschulen dekonstruiert werden.

Es wird betont, so z.B. auch von Klaus Dörner, dass Menschen von diesen professionellen und institutionellen Strukturen und Grenzen daran gehindert werden, wie er sagt, dort zu "leben und zu sterben, wo sie hingehören" (Buchtitel 2007). Klaus Dörner entwirft in diesem Zusammenhang die Vision eines "dritten Sozialraums". Die Verantwortung über Menschen soll wieder von den Profis weggelagert werden und an die lokale Gemeinschaft zurück gegeben werden. Dort müssen verlässliche Strukturen auch der Hilfe aufgebaut werden. Dabei, so die unverkennbar kommunitaristische Vision, soll die Nachbarschaft, die lokale und viertelbezogene Bürgerschaft Verantwortung übernehmen, die Enteignung durch Profis und Institutionen rückgängig machen. Es geht um eine *räumliche* Utopie, paradox formuliert, um die "Utopie" eines "Ortes". Klaus Dörner hat ihr in der Formel: "Leben und sterben, wo ich hingehöre" Ausdruck verliehen. Ich möchte im Weiteren diese Position etwas relativieren, allerdings zugleich betonen, dass es dabei eher um Fragen der Akzentsetzungen als um einen grundsätzlichen Dissens geht.<sup>5</sup>

Lassen Sie mich zunächst einige der Vereinfachungen des inklusionistischen Diskurses unter die Lupe nehmen. Die erste besteht m.E. darin, dass ein verkürztes und fachlich fehlerhaftes Verständnis von Behinderung zugrunde gelegt wird. Sie besteht in der einseitigen Bezugnahme auf das vielzitierte "soziale Modell von Behinderung", in Deutschland oft verdichtet in dem alten Aktion-Mensch-Slogan

---

<sup>5</sup> Ich weiß von Klaus Dörner, dass auch er sich nicht einer Illusion der Entbehrlichkeit professioneller Hilfe anheim gibt. Und ich selbst möchte nicht den Nutzen der Stärkung sozialräumlicher und nachbarschaftlicher Strukturen bestreiten. Aber ich möchte deutlich sagen, dass ich denke, dass es dabei immer nur um einen Teil der Probleme geht. Damit möchte ich auch vor einigen Illusionen und Vereinfachungen warnen, die immer wieder vor allem die sozialpolitische Diskussion bestimmen.

"Man ist nicht behindert. Man wird behindert." oder in der These eines der wichtigsten Protagonisten des sozialen Modells, Mike Oliver: „Disabled by Society, not by our bodies.“<sup>6</sup> Meine erste These dazu:

**1. These: Das soziale Modell von Behinderung führt zu einem verkürzten Verständnis körperlicher, geistiger und psychischer Behinderung<sup>7</sup> und damit auch von Inklusions/Integrations- und Exklusionsprozessen.**

Das soziale Modell behauptet, dass Behinderungen durch reale und symbolische Barrieren und mangelnde Anerkennung von Heterogenität entstehen. Es geht aber – so wird das auch von der ICF gesehen - bei der sozialen Bedeutung von Behinderung nicht nur um eine Anerkennungs- oder Einstellungsproblematik. Physische, kognitive oder psychische Funktionseinschränkungen können als solche durchaus individuelle und soziale Handlungsprobleme oder Teilhabebeeinträchtigungen begründen, ohne dass eine Form von sozialer Diskriminierung im Spiel wäre. Beispielsweise wäre für Ludwig Walz zu sagen: es muss das Problem der Verständigung im jeweiligen Lebenskontext gelöst werden und zwar unabhängig von dem guten oder schlechten Willen der sozialen Umwelt, ihrer vorhandenen oder nicht vorhandenen "Diversity-Toleranz". Die Bunte-Smarties-Theorie der Inklusion erweckt den Glauben, dass Behinderung letztlich ein durch Barrierenabbau auflösbares Phänomen ist.

Als das soziale Modell in Deutschland insbesondere mit der Einführung des SGB IX sozialpolitisch wirksam wurde, wurde es in der fachlichen Diskussion, übrigens auch in der soziologischen, als solches schon längst wieder kritisch diskutiert. Nicht umsonst vermeidet etwa die ICF die Einseitigkeit des sozialen Modells, insofern sie sich als Synthese von sozialem und *medizinischem* Modell versteht. Es

---

<sup>6</sup> Mike Oliver: *Understanding Disability*. Basingstoke 1996: 35. Dort geht Oliver so weit zu sagen: Behinderung habe nichts mit dem Körper zu tun, sondern sei ausschließlich eine Form gesellschaftlicher Unterdrückung (oppression).

<sup>7</sup> Es ist mir bewusst, dass im Bereich der Sozialpsychiatrie und von Menschen mit psychischen Erkrankungen das Wort "Behinderung" als diskriminierender verstanden wird als der Begriff "Krankheit". Bei körper- und geistig behinderten Menschen ist es genau umgekehrt. Nach den gängigen sozialrechtlichen Definitionskriterien (SGB IX) und auch dem Behinderungsverständnis der ICF kann aber auch auf jede psychische Erkrankung, die chronischen Charakter gewinnt und zu Teilhabebeeinträchtigungen führt, der Begriff "Behinderung" angewendet werden. Die Diskussion über das Soziale Modell ist unabhängig von dieser rein terminologischen Frage für den Bereich psychischer Erkrankungen relevant, vgl. z.B. Asmus Finzen: *Psychose und Stigma*. Bonn 2001; Thomas Schramme: *Psychische Behinderung: Natürliches Phänomen oder soziales Konstrukt?*, in Günther Cloerkes (Hrsg.): *Wie man behindert wird*. Heidelberg 2003: 53-82.



geht dabei nicht nur um einen Einbezug auch der medizinischen Aspekte: auch die soziale und soziologische Bedeutung von Behinderung und psychischer Erkrankung beschränkt sich nicht auf die Aspekte von Vorurteilen und Stigmatisierungen und den Abbau von Barrieren. Körperliche, psychische oder kognitive Schädigungen und Funktionsbeeinträchtigungen betreffen soziale Beziehungen und soziale Kontext *direkt*, weil für sie unverzichtbare Handlungs- und Verhaltenskompetenzen, ohne die Inklusion bzw. Integration gar nicht möglich wäre, berührt sein können.

Ein soziales Modell, das das nicht sichtbar machen kann, ist unvollständig und führt in der Praxis zu falschen Vorgehensweisen. Auch die aufgeschlossenste soziale Umwelt hätte es im Fall von Ludwig Walz nicht ersparen können, die Verständigungsproblematik zu bearbeiten, Arbeitskompetenzen helfen zu optimieren, ggf. Nischen zu erschließen, in denen Anforderung und funktionale Beeinträchtigung in einem möglichst günstigen Verhältnis stehen. Zugleich hätte es einer sorgfältigen Klärung bedurft (Ludwig Waltz hat sie selbst versucht anzuregen), ob überhaupt eine psychische Problematik vorliegt und wenn ja, ob und wie diese mit einem Wohn- und Arbeitsalltag außerhalb einer Einrichtung in Passung zu bringen wäre. Das sind praktische und zugleich soziale Probleme, bei denen es nicht in erster Linie um Toleranz und Menschenfreundlichkeit geht, sondern um kontextsensitive praktische Vernunft und ein tragfähiges Arbeitsbündnis mit dem Klienten, damit aber eben um eine professionalisierte Praxis.

## **2. These: Inklusion/Integration und Exklusion sind biographische Prozesse. Das Verständnis der jeweiligen biographischen Struktur und Dynamik ist Voraussetzung für angemessenes professionelles Handeln.<sup>8</sup>**

---

<sup>8</sup> Ich verstehe hier unter professionellem Handeln nicht einfach "sachkundiges Handeln". Ich verstehe darunter vielmehr das Handeln einer besonders anspruchsvollen Art von Berufen, den sogenannten "Professionen". Professionen sind insbesondere solche Berufe, die Menschen, die an die Grenzen ihrer Handlungsfähigkeit geraten sind, zu begleiten, zu unterstützen, zu beraten, ihnen zu helfen. Professionen haben im Unterschied zu anderen Berufen Klienten und nicht zum Beispiel: Kunden, Publikum, Zuschauer, Fahrgäste, Nutzer, Abnehmer, Wähler, Käufer oder Geschäftspartner. Die Hauptaufgabe dieser Berufe liegt darin – könnte man sagen – eben dazu beizutragen, dass ihre Klienten etwas oder wieder mit ihrem Leben anfangen können. Professionelles Handeln ist auf die Wiederherstellung der Integrität von Menschen gerichtet, die sich in einer Krise befinden und damit auf die Wiederherstellung der Autonomie ihrer Lebenspraxis, sprich ihrer Unabhängigkeit von der professionellen Hilfe. Mehr als jede andere berufliche Tätigkeit ist sie darauf gerichtet sich überflüssig zu machen. Schon das macht die Tätigkeit solcher Berufe verantwortungsvoll, aber auch widersprüchlich. Hinzu kommt ein weiterer Punkt: sie haben eine komplexe und schutzbedürftige soziale Beziehung als Arbeitsgrundlage. In der Sozialarbeit und Therapie hat man dafür den Begriff des Arbeitsbündnisses geprägt. Man kann nicht über das Leben anderer Menschen verfügen und man kann nicht das Leben eines

Ludwigs Walzs Fall zeigt m.E. sehr deutlich, wie wichtig es ist die zeitlich-biographische Dynamik von Exklusionsprozessen im Auge zu behalten. Sie kommt dadurch zustande, dass schädigungsbedingte Aspekte (seine Sprachbehinderung), sozialisatorische Aspekte (zum Beispiel seine randständige Position in der Familie), zufällige Entwicklungen (Krankheit des Vaters), möglicherweise eine psychische Erkrankung (aber das ist durchaus unklar) zusammen wirken und sich – in diesem Fall – wechselseitig verstärken. Hinzu kommt die schlichte *Dauer* bestimmter Lebensphasen, zum Beispiel der Zeit in Frankreich und der spätere Heimaufenthalt. Diese Zeit wird ihm vorgehalten, wenn gesagt wird, er habe zu lange nicht mehr in seinem Beruf gearbeitet. Sie vertieft objektiv und subjektiv die vermutlich ohnehin gegebene Randständigkeit innerhalb der Geschwisterreihe. Das wiederum beeinflusst die Bereitschaft der stationären Einrichtung und der in ihr tätigen medizinischen und pädagogischen Profis an der Verewigung dieses Ausschlusses mitzuwirken. Die schiere Dauer des Aufenthaltes in der Einrichtung erzeugt ihre eigenen biographischen Dynamiken: es entstehen Formenvon sekundärer Abweichung, die zugleich Anpassungen an den Heimalltag darstellen und die im Nachhinein ununterscheidbar werden von einer sozusagen mitgebrachten Problematik: Verschrobenheit, Selbstgespräche, möglicherweise Alkoholmissbrauch. Später verschiebt sich die Legitimation des Heimaufenthalts von der "latenten Psychose" auf eine „latente Alkohol- und Verwahrungslosungsgefährdung“. Die Exklusion verdichtet sich im zeitlichen Verlauf, ihre Wirkungsfaktoren akkumulieren und stabilisieren sich dabei wechselseitig. Sie erzeugt zunehmend ihre eigene Plausibilität für alle Beteiligten.

---

anderen Menschen leben. Etwas mit dem eigenen Leben anzufangen oder wieder anzufangen, das kann einem letztlich niemandem abnehmen, das kann man nicht delegieren. Auf der anderen Seite sind Menschen in einer Krise eben zugleich mit Grenzen der eigenen Handlungsfähigkeit konfrontiert. Sie benötigen ggf. Fachwissen, Anstöße, andere Perspektiven, Zu-mutungen (im wörtlichen Sinn), jemand, der zuhört, aber manchmal auch jemanden, der das Nötigste, manchmal das Überlebensnötige stellvertretend veranlasst. In dieser Spannung von Autonomie, Abhängigkeit und Etwas-Zumuten ist auf Seiten des Profis Ver-antwortung und Bindung an Werte, Taktgefühl, Authentizität, Sachkenntnis und kritische (Selbst-)Reflexivität und manchmal auch eine Portion List zugleich gefragt. Dazu ist eine Beziehung notwendig, in der wechselseitiges Vertrauen und zugleich Sachlichkeit, Authentizität des Interesses und Distanz zugleich unabdingbar sind. Und schließlich: professionelles Handeln erfordert Sachkenntnis, eine wissenschaftliche Ausbildung, zugleich aber die Fähigkeit die Grenzen wissenschaftlicher Begriffe und die Einzigartigkeit des individuellen Menschen zu sehen. Professionelle Berufe haben gemeinsam, dass sie im Grunde unmögliche Aufgaben verwalten und damit verbundene Ambivalenzen aushalten müssen. Jede professionelle Beteiligung an der Bewältigung von Lebenskrisen steht und fällt mit der Frage, ob ein Klient, eine Klientin das, was der Profi als eine nötige "Maßnahme" betrachtet: eine andere Wohnform, eine bestimmte Strategie des Umgangs mit der krisenhaften Erfahrung, eine Fortbildung, was immer als eine konkrete Möglichkeit SEINES, IHRES Lebens versteht. Das erfordert eine ebenso respekt- und taktvolle wie zugleich raffinierte Art der Kommunikation, die Kunst der, wie Sören Kierkegaard sagt, "indirekten Mitteilung".

Eine biographisch wirksame professionelle Intervention im Sinne von Ludwig Walz' Lebensentwurf, ganz egal zu welchem Zeitpunkt, hätte es erfordert, sich den jeweiligen Stand dieser biographischen Exklusionsdynamik zu verdeutlichen. Zuallererst hätte man die augenfällige und nicht von der Hand zu weisende *soziobiographische Rolle* der Sprachbehinderung verstehen müssen, anstatt Spekulationen über latente Psychosen anzustellen: ihren Zusammenhang mit Lebensereignissen und Lebensverhältnissen, mit seiner Stellung in der Familie und am Arbeitsplatz, mit seinem Ortswechsel in ein fremdes Land, möglicherweise sogar noch mit psychischen oder psychotischen Symptomen, aber eben auch – mit den mehr als dünnen Diagnosen selbst.

Weil dies nicht geschieht, handeln die Profis, die Ärzte, Heilerzieher, Sozialarbeiter in der Geschichte letztlich unprofessionell. Sie verpassen den Ansatz zu einer Art von Biographiearbeit, den Ludwig Walz ihnen selbst nahe legt, und verweigern ein Arbeitsbündnis, das ihnen Ludwigs Walz anbietet. Beispielsweise, wenn er von sich aus zum Psychiater geht, um eine Klärung zu bitten, was ihm denn genau fehle. Wenn er seine Lebenspläne benennt, über Möglichkeiten nachdenkt, sie umzusetzen, noch, wenn er sich konstruktiv in den Einrichtungsalltag einbringt und die Logik des Verdachtes, der Infamie, mit der man ihm gegenüber tritt, dadurch in Frage stellt.

Stattdessen übersieht man alles, was nicht ins Bild passt. Von Anfang an bezweifelt z.B. das professionelle Umfeld, dass Ludwig Walz' Angabe, er habe eine Ausbildung im Betrieb des Vaters gemacht und lange Jahre gearbeitet, zutrifft. Eine Aktennotiz aus dem Aufnahmegespräch dokumentiert diesen Zweifel. Erst zehn Jahre später liegen die schriftlichen Beweise für die Angaben Ludwig Walz in Form einer Bescheinigung des Sozialversicherungsverlaufs durch den Rentenversicherungsträger vor. Ebenso leicht gibt man sich zufrieden mit der Rätselhaftigkeit der Frankreichtaufenthalte von Ludwig Walz, das Gespräch darüber wird nicht fortgesetzt. Es entsteht kein Vertrauensverhältnis, in dem es möglich gewesen wäre, besser zu verstehen, was es damit auf sich hatte. Vorhandene Anhaltspunkte werden nicht verknüpft. Man begnügt sich mit Dauerhinweisen auf "mysteriöse Umstände", "dunkle Jahre". Gerade diese Rätselhaftigkeit nährt und schürt den Verdacht der "latenten Psychose" mit und erhält für alle Beteiligten

zusehends eine implizite Legitimation des dauerhaften Heimaufenthalts.

Voraussetzung für die Durchbrechung dieser Exklusionsdynamik wäre eine biographische Reflexivität gewesen, alternative Lesarten der Lebensgeschichte ins Spiel zu bringen. Und zwar auch deswegen, weil mögliche *Inklusions*prozesse ebenso einer biographischen Dynamik folgen müssen. Impulse dafür hat Ludwig Walz selbst ins Spiel gebracht, wie noch der parteilichen Aktenführung zu entnehmen ist. Sie stießen aber in seiner Umwelt nicht auf Resonanz. Diese Impulse hätte man aber meines Erachtens aufgreifen müssen und können, und zwar übrigens unabhängig von der Frage, ob denn nun eine (latente) Psychose vorlag bzw. liegt oder nicht.

Ich habe im Psychiatrieverlag ein ganzes Buch über die Geschichte eines Menschen veröffentlicht, dessen Leben in dieser Hinsicht umgekehrt verlief wie das von Ludwig Walz.<sup>9</sup> Das Leben von Hannes K., 45 Jahre alt, steht in doppeltem Gegensatz zu dem von Ludwig Walz. Bei ihm zeigt sich bei Hannes K. eine sehr dramatische und unleugbare psychotische Erkrankung, zugleich vollzieht er aber mit diesen Symptomen, fast könnte ich sagen: mit ihrer Hilfe, eine *Inklusions*-karriere. Hannes K. hat in seinem Kopf eine ganze Welt von ihn bedrängenden und seine Vernichtung betreibenden Stimmen. Er *lebt* aber mit diesen imaginären Stimmen und denen seiner realen sozialen Umgebung mit Hilfe eines Persönlichen Budgets in einer eigenen Wohnung außerhalb der Einrichtung. Das funktioniert primär deswegen, weil diese Lebensform in einem engen Passungsverhältnis zu seiner Vorgeschichte und einem damit verknüpften biographischen Entwurf steht. Bei seinem ebenfalls psychotischen Bruder greift das Instrument Persönliches Budget bereits ins Leere (und wird dann aufgegeben), weil genau diese Komponente biographischer Passung fehlt.

Menschen nützt ein abstraktes Teilhabe und Inklusionsideal also wenig. Vielmehr geht es um die konkrete und biographisch einleuchtende Beantwortung der Frage: Teilhabe wozu? Inklusion worin? Und was hat das mit mir und meinem Leben zu tun? Die Vorstellung, dass Teilhabe ein beliebig steigerbarer Wert an sich sei, ist eine bildungsbürgerliche Illusion, die kein real existierender Mensch in seinem wirklichen Leben umsetzen kann. Jede konkrete Teilhabe an etwas beinhaltet

---

<sup>9</sup> Jörg Michael Kastl: Hannes K., die Stimmen und das Persönliche Budget. Bonn (Psychiatrieverlag) 2009.

immer auch einen Teilhabeverzicht an etwas anderem. Einfach weil das Leben endlich ist und Menschen immer nur begrenzte Zeit zur Verfügung haben, also aus rein biographischen Gründen, wenn Sie so wollen.<sup>10</sup>

### **3. These: Der Inklusionsdiskurs überschätzt die Präventions- und Kompensationseffekte sozialräumlicher Strukturen.**

Meine Damen und Herren, selbstverständlich möchte ich mich nicht gegen die Einbeziehung von ehrenamtlichem, bürgerschaftlichem Engagement in die Unterstützung von Menschen mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen aussprechen. Und natürlich bin ich nicht gegen Sozialraumarbeit in dem Sinne, dass man für eine tragfähige Infrastruktur von sozialen Diensten und Dienstleistern sorgt, die Menschen ermöglichen, dort zu wohnen oder wohnen zu bleiben, zu arbeiten, zu leben und zu sterben, wo sie "hingehören" (Dörner). Ich möchte mich allerdings dezidiert gegen einen mit dieser Position mitunter verknüpften Anti-Professionalismus wenden, gegen eine implizit oder explizit vorgebrachte Annahme, damit sei die klassische sozialpädagogische Einzelfallorientierung veraltet und professionelle Unterstützung tendenziell entbehrlich. Das würde ich für eine gefährliche Illusion halten. Sozialraumorientierung erfordert vielmehr nicht weniger, sondern mehr Professionalität.

Diese Illusion ist allerdings erklärbar. Sie ist m.E. Ausdruck einer milieuspezifischen Verengung der Perspektiven. Sie hat ihre Plausibilität am ehesten in den überwiegend bürgerlichen oder kleinbürgerlichen - ich sag mal mit allem Respekt davor - z.B. lebenshilfebewegter Eltern und Betroffener aus relativ intakten und respektablen Verhältnissen. Für diese hat die Sichtweise, dass Behinderungsprozesse in erster Linie institutionelle Ausschlussprozesse sind, die höchste Plausibilität. Es geht oft um Frauen und Männer, deren Primärsozialisation in vergleichsweise stabilen und sicheren ökonomischen und emotionalen Verhältnissen statt findet, die Sonderschulen besuchen und in der Folge in die Falle der institutionellen Übergangsmechanik geraten. Irgendwann sind dann mangels anderer

---

<sup>10</sup> Aus diesem Grund halte ich auch die Rede von einem Menschenrecht auf Teilhabe (in dieser Allgemeinheit) für sachlich und rechtlich zweifelhaft. Die Grund- und Menschenrechte enthalten bereits spezifische und zugleich für alle BürgerInnen gültige, z.B. politische, bürgerliche und soziale Teilhabeberechte, die selbstverständlich (und zwar auch schon vor der Einführung des spezifischen Benachteiligungsverbot für behinderte Menschen in Grundgesetz-Artikel 3, Absatz 3) für behinderte und psychisch erkrankte Menschen gelten und galten. Was ein darüber hinaus gehendes allgemeines Teilhaberecht überhaupt rechtlich bedeuten soll, halte ich für ziemlich unklar.

Optionen WfbM und Wohnheim nahezu zwangsläufig. In diesen Fällen haben die angedeuteten Inklusions- und Sozialraumperspektiven in der Tat die höchste Plausibilität, und hier stellt sich auch der geringste professionelle Interventionsbedarf. Und zwar genau weil die Zugehörigkeit, von der Dörner spricht, im Prinzip ungebrochen ist, und eher durch äußere Umstände in Frage gestellt ist.

Allerdings betrifft das nach meiner Erfahrung auch nur einen Teil der Menschen, die heute (noch) in institutionellen Zusammenhängen oder mit professioneller Betreuung leben. Die Lebensbedingungen und Lebensgeschichten behinderter und psychisch erkrankter Menschen, denen ich in unterschiedlichsten Projektzusammenhängen begegnet bin, sprechen sehr oft gegen eine solche optimistische Annahme. Leben und sterben, wo man hingehört, setzt Zugehörigkeit voraus. Und die ist in vielen Fällen strukturell gebrochen.

In vielen Fällen sind Exklusionskarrieren verknüpft mit einer sozialstrukturellen und sozioökonomischen Schwächung gerade der primären sozialen Netzwerke, der Familie und der sozialen Herkunftsmilieus. Am Beginn von biographischen Dynamiken stehen oft gerade *Zusammenbrüche* sozialräumlicher, lebensweltlicher Gegebenheiten, die nicht nur Folge mangelnder Infrastrukturen sind. Sehr oft kommen diese Schwächungen sogar als Kofaktoren für die Entstehung von Behinderungen selbst zumindest mit in Frage. Biographische Ausgangsprobleme sind durchaus nicht nur Inklusionsproblematiken. Es sei denn, man wollte sagen: das Problem liege gerade in der Inklusion in tendenziell deprivierende bzw. schädigende Sozialmilieus oder Kontexte primärer Sozialisation.

Beispielsweise konnten wir immer wieder bis in die Kindheit zurückreichende Erfahrungen mit hoher Instabilität oder Ambivalenz familiärer Bindungen belegen, Erfahrungen mit Gewalt, Misshandlung, Missbrauch und sozialer Marginalisierung. Es geht sehr häufig um verworfene Familiensysteme und entsprechend schwierige Ablösungsdynamiken, um deprivierende Lebensumstände, um mehr oder weniger dramatische familiäre und biographische Verwerfungen, hochambivalent erlebte Sozialbeziehungen und Lebensverläufe, den bekannten Wechsel der Entwicklung der klinischer Symptome mit ständigen Wechsel zwischen psychiatrischen Einrichtungen und zum Teil dramatisch verlaufenden immer wieder scheiternden Versuchen in der Welt "draußen" wieder Fuß zu fassen, in manchen Fäl-

len beinhaltet das lange Lebensphasen auf der Straße, also in Obdachlosigkeit. Insbesondere psychische und kognitive Behinderungen können zu allen diesen Faktoren in sehr verschiedenen Zusammenhängen stehen: sie kommen ebenso als Auslöser, als Katalysatoren von Entwicklungen, als Kofaktoren oder auch als Folgen solcher biographischen Dynamiken in Frage.

Auch am Anfang der "Abwärtsdynamik" der Lebensgeschichte Ludwigs Straßburger steht ja ein Zusammenbruch der Tragfähigkeit lebensweltlicher Strukturen, durch die Krankheit der Eltern und die randständige Position in der Familie bedingt. Wenn das aber so ist, dann erfordert nicht nur die Behinderung als solche die professionelle Intervention, sondern bestimmte *biographische Lagerungen* von Behinderung. Und hier erreicht dann das Deprofessionalisierungsparadigma des Inklusionismus seine definitiven Grenzen.

Es kommt noch ein weiterer Faktor, der die Grenzen eines rein sozialraumorientierten Paradigmas aufzeigt und zu professionellem Handlungsbedarf führen kann. Bürgerschaftliches Engagement wie soziales Kapital insgesamt folgt nämlich sehr weitgehend dem biblischen Gesetz: "Wer da hat, dem wird gegeben."<sup>11</sup>

Es ist eine aus der Stadtsoziologie wohlbekanntes Tatsache, dass quartiersbezogene Solidaritätsstrukturen und bürgerschaftlichem Engagement, in dem Maße sinken, je größer die Distanz dieses Viertels zu den Milieus sozialer Respektabilität ist, je mehr soziale Probleme und Verwerfungen sich in den jeweiligen Quartieren stellen. Beispielsweise zeigen Francois Dubet und Didier Lapeyronne, zwei französische Soziologen, gerade als Kernproblem der französischen Vorstädte den Zerfall, die Schwächung sozialer und bürgerschaftlicher Bindungen und Solidarstrukturen auf.<sup>12</sup> Ganz ähnlich die Befunde aus Großbritannien, wo selbst ein dezidierter Anhänger des aktivierenden Sozialstaats, Anthony Giddens, festhält: "In Gegenden und Wohnvierteln, die durch den raschen ökonomischen und sozialen Wandel an den Rand gedrängt wurden, ist soziales Engagement am wenigstens entwickelt."<sup>13</sup>

<sup>11</sup> Ein schwierig zu interpretierender Ausspruch Jesu, den die Evangelisten in bemerkenswerter Einmütigkeit überliefern: Matthäus 13,12; Matthäus 25, 29; Markus 4,25 (hier zitiert); Lukas 8, 18; Lukas 19, 26.

<sup>12</sup> dies.: Im Aus der Vorstädte. Der Zerfall der demokratischen Gesellschaft. Stuttgart (Klett Cotta) 1994.

<sup>13</sup> zit. in Frank Eckardt: Tony Blair 'im Dickicht der Städte'. Manchesters Schwierigkeiten mit dem drit-

Wir haben in mehreren Projekten immer wieder folgendes feststellen können: ob sich für Menschen mit Behinderungen, die zum Beispiel wieder in einer eigenen Wohnung Fuß fassen wollen oder Arbeit suchen, ehrenamtliche Mentoren finden lassen, ob sie sich in soziale Netzwerke einklinken können – das ist sehr oft eine Funktion ihrer sozialen Nähe oder Ferne zu grundlegenden Standards sozialer Respektabilität. Menschen, denen die Kommunikationsstile der Mittelschichtsmilieus zumindest grundsätzlich zur Verfügung stehen, die kommunikativ, reflektiert, interessiert, zumindest bildungsbeflissen oder doch zumindest als zugänglich erscheinen, bekommen sehr viel leichter eine Mentorin oder einen Mentor. Wer nicht über den Beflissenheitshabitus einer generalisierten und demonstrativen Teilhabebereitschaft verfügt, wessen Interessen zu weit weg vom bürgerlichen Bildungskanon sind, wer sich in seinem Leben aus welchen Gründen immer sehr weit weg vom Zentrum sozialer Respektabilität weg bewegt hat, vielleicht obdachlos war, vielleicht aus prekären und extrem marginalisierten Verhältnissen stammt, wer wegen und mit den Symptomen einer psychotischen Erkrankung an den Grenzen der Bürgerlichkeit operiert – bei dem hat bürgerschaftliche Aufgeschlossenheit ihre definitiven Grenzen.

Eben wegen der Geltung des ehernen Prinzips des "Wer da hat, dem wird gegeben." ist professionalisierte Hilfe deshalb gerade dann entscheidend, wenn es um die Mobilisierung von wie immer minimalen sozialräumlichen Ressourcen geht. Dann wird gerade Sozialraumorientierung zum Argument *für* eine - ich möchte betonen – bislang *uneingelöste* Professionalisierung von Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe - und zwar jenseits der wohlfeilen Ideologie des sogenannten "aktivierenden Sozialstaats". Ich komme damit zu meiner Schlussese.

**4. These: „Inklusion“ erfordert nicht weniger, sondern mehr Professionalisierung von Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie.** Dazu muss der Status und die strukturelle Einbettung von „Biographiearbeit“ neu bestimmt werden.

Nach meiner festen Überzeugung wird die Professionalisierungsbedürftigkeit der Hilfen mit einer zunehmenden Durchsetzung wie immer definierter "inklusive"



Prinzipien eher zu- als abnehmen. Mit dieser Überzeugung bringe ich auch zum Ausdruck, dass ich hier bisher eher eine Unterprofessionalisierung registriere. Die Art von Biographiearbeit, der es gelingt, die zeitliche und die sozialräumliche Dimension aufeinander zu beziehen und im Interesse der größtmöglichen Autonomisierung der Klientinnen und Klienten einzusetzen, sehe ich bisher allenfalls in Ansätzen verwirklicht. Es mag – Gottseidank - nicht mehr so sein wie im Beispiel von Ludwig Walz. In seinem Fall greift ja eine hoffentlich zunehmend verschwindende Form der Unterprofessionalisierung, nämlich eine, die, wenn Sie so wollen, eine Folge der Überinstitutionalisierung von Hilfe ist.<sup>14</sup>

Biographiearbeit benötigt den Schutz einer Vertrauensbeziehung, sie muss in ein tragfähiges Arbeitsbündnis eingebunden sein und an die Alltagspraxis der betroffenen Menschen zurück gebunden sein. Ihre Wirkung ist dann m.E. am größten, wenn sie ebenso ernsthaft wie beiläufig erfolgt. Für diese Imperative gibt es im Alltag der Profis aber vielfach keinen Platz. Das hat mit Problemen der Ausbildung der medizinischen, sozial- und heilpädagogischen Profis, mit fehlenden zeitlichen Ressourcen, mit einem unterprofessionalisierten Selbstverständnis zu tun - beispielsweise als "Betreuer", "Assistent", „Unterstützer“, oder gar als Dienstleister eines Kunden zu tun.

Es geht aber nach meinem Eindruck um ein Problem der fehlerhaften Zergliederung von Zuständigkeiten im bestehenden Hilfesystem aus. Ich meine damit insbesondere das Auseinanderfallen von Eingliederungshilfe und therapeutischer Hilfe in die Zuständigkeitsfelder des SGB XII und SGB V. Biographiearbeit in dem Sinne, den ich hier meine, umfasst in gewissem Sinn einerseits therapeutische Prozesse im Sinne der Autonomisierung, des Anregens und Unterstützens von biographischen Klärungsprozessen und andererseits das, was das SGB XII unter „Eingliederung“ versteht (Integration/Inklusion) und deren konkrete alltagspraktische Umsetzung.

Ich vermute mal, dass die derzeitige strikte Trennung dieser Funktionen sehr oft eher kontraproduktiv ist. Auf der einen Seite findet sich eine alltagsenthobene, sehr oft auf Diagnostik und Medikamentierung beschränkte medizinische Therapie. Aber auch wenn sie psychotherapeutische Elemente aufnimmt, und damit die

---

<sup>14</sup> Es ist sehr wichtig: Institutionalisierung und Professionalisierung bzw. Deinstitutionalisierung und Deprofessionalisierung auseinander zu halten.

Prämisse eines Arbeitsbündnis realisiert, bleibt sie vielfach zu alltagsfern. Auf der anderen Seite findet sich wiederum eine zu sehr auf Alltagsverrichtungen reduzierte Form sozialpädagogischer oder heilpädagogischer Betreuung, die die Frage biographischer Perspektiven der Klientinnen und Klienten eher ausblendet. Teilweise wird nach meinem Eindruck – etwa als Bestandteil tagesstrukturierender Maßnahmen - einem reduzierten Verständnis von Biographiearbeit gefolgt, das sich an einer Art Freizeit- und Vorschulpädagogik der Versinnlichung und der Anekdotisierung von Erinnerungen orientiert. Ich möchte das nicht herunterspielen, das kann seine begrenzte Sinnhaftigkeit haben. Aber darum geht es hier nicht. Es geht vielmehr darum, dass sich Profi und Betroffene ernsthaft und gegenseitig einlassen auf ein Arbeitsbündnis, in dem die Frage des Klienten, „was will ich und kann ich mit meinem Leben anfangen?“ eine authentische Rolle spielt. Das erfordert biographische Sensibilität, Takt und Lebensweltkenntnis, Achtung und Verstärkung der biographischen Selbstheilungspotentiale und Perspektiven der Betroffenen und es macht eine Auswahl von Hilfen und Unterstützungsformen in Orientierung an der soziobiographischen Situation der Betroffenen nötig. Es erfordert zugleich auch eine Form der relativen Unabhängigkeit professionellen Arbeit von institutionellen Interessen und Strukturen, die zur Zeit eher prekär ist.

Ich komme zum Schluss. Es gibt eine Anfälligkeit der Fachdiskussion für eine Art kollektiven Suchtzyklus. Das geht so: aus einem begrenzten, einleuchtenden Anliegen entsteht ein Konzept, zum Beispiel Normalisierung, Deinstitutionalisierung, Integration, Empowerment, Selbstbestimmung, Personenzentrierung, Teilhabe, Sozialraumorientierung oder/und zur Zeit eben: Inklusion und z.T. Sozialraumorientierung. Das jeweilige Konzept wird noch vor seiner endgültigen theoretischen und praktischen Ausreifung sozusagen in Flaschen abgefüllt, mit Etiketten versehen, vertrieben und dadurch einem Prozess der unkontrollierten Flaschengärung zu einem sogenannten "Paradigma" ausgesetzt. Dabei entsteht Alkohol. Die Qualität des Getränks bleibt fraglich. Aber die Fachwelt betrinkt sich schon mal. Wenig später kommt mehr und mehr Katerstimmung auf. Man bekommt Kopfschmerzen davon. Man lässt zunehmend halb ausgetrunkene Flaschen einfach stehen. Nach kurzer Zeit kommen aber neue Flaschen mit neu konzipierten Etiketten und veränderten Geschmacksrichtungen in Umlauf. Der Vorgang wiederholt sich, die angetrunkenen Flaschen stapeln sich...

Die Therapie gegen diesen Suchtzyklus besteht meines Erachtens nicht in einer abstrakte Werte- oder Menschenrechtsdiskussion. Ein „Menschenrecht auf Teilhabe“ ist m.E. nicht nur rechtlich fraglich und fragwürdig, sondern würde auch überhaupt niemandem nützen. Das dient lediglich der Erhitzung der politischen Diskurse, darin liegt seine kurzfristig begrenzte Funktion. Fachlich führt das nicht weiter. Eine wirkliche Therapie bestünde meines Erachtens in der weiteren Einlösung einer bislang uneingelösten Professionalisierung von Behindertenhilfe und Sozialpsychiatrie, in der Biographie- und Sozialraumorientierung, Einzelfallbezug und strukturelle Umsicht nicht gegeneinander ausgespielt werden, sondern komplementäre Perspektiven sind.