



# Infobrief

Infobrief

II. 2012

## Landesverband Sozialpsychiatrie MV e.V.

### Neues aus der Geschäftsstelle

*Liebe Mitglieder,*

*liebe Freunde des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV e.V.,*

so trüb der Sommer insgesamt war, so sehr scheinen sich derzeit auch die Aussichten für die pflegebedürftigen Belange der Menschen in diesem Land einzutrüben. Zumindest legt dies der berüchtigte Schiedstellenspruch der AOK Nordost zur ambulanten Krankenpflege nahe. Dass gerade in Mecklenburg Vorpommern mit seinen dünn besiedelten Gebieten, dem Fachkräftemangel und den zukünftigen demographischen Belastungen einen solchen Einschnitt in die ambulante pflegerische Versorgung hinnehmen muss, lässt einen nur ratlos zurück. Ob dies das richtige Signal ist, wenn es darum geht, den demographischen Wandel zu bewältigen, darf jedenfalls bezweifelt werden!

In der gesamten Aufregung über den Schiedstellenspruch zur häuslichen Krankenpflege sollte aber nicht vergessen werden, dass die Problematik nicht nur für die Pflegekassen im Feld der ambulanten Pflege gilt. Es verstärkt sich der Eindruck, dass auch Leistungsträger in der Sozialpsychiatrie und Behindertenhilfe dazu neigen, ihre Geschäftspolitik primär an der Absicherung eigener institutioneller Ziele auszurichten als an der Absicherung der notwendigen Qualität in der Versorgung.

So konnten die Vergütungen in der sozialpsychiatrischen Praxis seit Jahren nicht mehr tarifgerecht angehoben werden. Das Lohnniveau hinkt auch in diesem Arbeitsfeld den Löhnen in den Altländern um schätzungsweise 20% hinterher. Nur weil psychiatrisch erkrankte Menschen vielleicht keine ausgeprägte gesellschaftliche Lobby haben, kann dies ihren Anspruch auf eine gute Versorgung nicht in Frage stellen. Allerdings kann dieser Anspruch zunehmend nicht mehr sichergestellt werden, da es - vor allem in den ländlichen Bereichen - kaum noch Fachkräfte gibt, die bereit sind, für die angebotene Gehälter in diesem anspruchsvollen Handlungsfeld zu arbeiten.

### In dieser Ausgabe:

Neues aus der Geschäftsstelle **1-5**

Charlotte Frank:  
„Geringschätzung sozialer Berufe“ **6-7**

Ingmar Steinhart:  
„Herausforderungen für die Sozialpsychiatrie. Teilhabe im Quartier“ **7-19**

Ralf Pohl:  
„Normal“ oder „pathologisch“. Zur Sozialpsychologie der NS Täter **20-32**

Veranstaltungshinweise **32-37**

Termine **22**

So mutet es schon etwas eigenartig an, wenn - wie im Internet zu lesen - der Direktor des Kommunalen Sozialhilfeverbandes MV öffentlich erklärt, dass es in den letzten Jahren stets gelungen sei, durch die Verhandlungen mit den Leistungserbringern für die stationären Maßnahmen eine „Effizienzrendite“ für die Kommunen zu erwirtschaften. Wenn wir die Aussage richtig interpretieren, dann heißt dies doch: Das Land stellt im Rahmen des Sozialhilfefinanzierungsgesetzes Gelder zur Verfügung, um die Maßnahmen u.a. für psychisch erkrankte Menschen zu finanzieren. Davon aber wird ein offenbar nicht unerheblicher Teil an die Kommunen für andere zweckfremde Aufgaben weitergereicht, und zwar ohne dass dies öffentlich thematisiert wird. Was sind das für Sparanstrengungen, die darin bestehen, den Schwächsten der Schwachen - nämlich den psychisch kranken und/oder behinderten Menschen - jene Mittel noch zu reduzieren, die ihnen von der Landesregierung zur Verfügung gestellt werden? Was sollen die Mitarbeiter im Land davon halten, dass ihre schwierige Arbeit offenbar nur als lästiger Kostenfaktor wahrgenommen wird? Was ist das für eine eindimensionale Steuerung, die die Abflachung der Sozialhilfeausgaben allein dadurch bewerkstelligen will, dass die Preisschraube nach unten gedreht wird? So sind beispielsweise in den letzten Jahren die Werkstattplätze in MV und bezogen auf die Einwohner bundesweit auf dem höchsten Stand - was jedoch die Vergütungen angeht, so findet sich MV auf den letzten Plätzen wieder! Fallzahlsteigerungen fängt man nicht dadurch nachhaltig auf, dass man den Rotstift ansetzt und die Versorgungsqualität dadurch absenkt! Vielmehr sollte es doch ein gemeinsames Anliegen sein, in konzertierter Perspektive nach intelligenten Lösungen zu suchen, ohne dass sich einzelne Akteure in den Burgfesten der eigenen organisatorischen Interessen verbarrikadieren. Anderenfalls muss der oben erwähnte Anspruch, auch für die betroffenen Menschen in Mecklenburg Vorpommern die Versorgung weiter in Richtung Personenzentrierung und Teilhabe auszubauen, zwangsläufig auf der Strecke bleiben.

Aber genug der Kritik, und zurück zum Alltag: Im Rückblick der letzten Monate sind vielleicht drei Ereignisse aus dem Landesverband Sozialpsychiatrie von Interesse: Am 8. Juni 2012 gab es in Rostock ein Arbeitstreffen mit Vertretern der Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK) und dem Landesverband Sozialpsychiatrie. Hintergrund für diese Zusammenkunft war das Anliegen einer engeren Verzahnung des Modellprojektes „Länger leben in MV“ und einem vergleichbar gelagerten Bundesprojekt der APK zur **gerontopsychiatrischen Fallsteuerung**. Während die APK - und im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums - in Krefeld daran arbeitet, eine Fallsteuerung für Menschen mit einem komplexen gerontopsychiatrischen Hilfebedarf umzusetzen und zu evaluieren, arbeitet das Modellprojekt daran, vergleichbare Strukturen in der Südstadt Rostocks und in Nordwest Mecklenburg pilothaft zu implementieren.



Abb. Treffen der Projektgruppe der APK mit dem Modellprojekt

An den Treffen nahmen u.a. teil: Herr Renken und Herr Dr. Köpke vom Sozialministerium MV, die Senatorin der Hansestadt Rostock, Frau Dr. Melzer, die 2. Beisitzende des Landkreises Nordwestmecklenburg, Frau Weiss, Prof. Dr. Dr. Thomae und Prof. Dr. Teipel von der Universitätsklinik Rostock, Herr Dr. Sponheim von der Klinik Wismar sowie Vertreter der Pflegekassen. Die Projektgruppe der APK wurde von Frau Schmidt Zabel, MdB a.D., sowie von Herrn Pfarrer Dr. h.c Jürgen Gode vom Vorstand des Kuratoriums Deutsche Altershilfe geleitet. Moderiert wurde das Treffen von der Geschäfts-

führung der AKP, Herr Ulrich Krüger, sowie von Herrn Prof. Dr. Ingmar Steinhart vom Modellprojekt „Länger leben in MV“, der dieses Treffen auch maßgeblich vorbereitet hatte.

Ebenfalls im Juni fand das **zweite Rostocker Psychiatrieforum** statt, und zwar in den Räumen und in enger Kooperation mit der Psychiatrischen Universitätsklinik Rostock, der GGP Rostock mbH, der AWO Kreisverband Rostock und

dem DZNE. Das Thema der - fachlich hochrangig besetzten und interdisziplinär organisierten - Tagung war die Auseinandersetzung mit der: **„Ressourcenorientierte Demenztherapie“**. Dabei sollten medizinisch therapeutische Aspekte der Demenzbehandlung vorgestellt und für einen eher ressourcenorientierten Ansatz gewonnen werden. Darüber hinaus griff die Tagung auch versorgungspolitische Aspekte auf. Da die Ergebnisse einer pharmakologischen Behandlungsforschung bislang eher hinter den Erwartungen geblieben ist, wird die Frage nach einer lebensfeldorientierten, passgenauen Hilfe eher drängender.

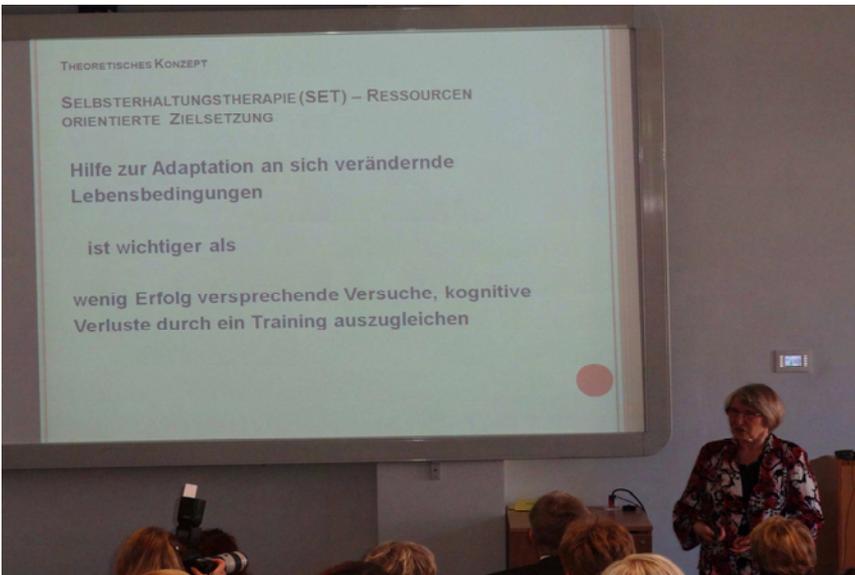


Abb. Frau Dr. Romero bei ihrem Referat anlässlich der Demenztagung.

Mit mehr als 120 Teilnehmern aus unterschiedlichen institutionellen Zusammenhängen war die Veranstaltung sehr gut besucht. Die Dokumentation ist in Vorbereitung und wird den Mitgliedseinrichtungen zugesandt. Sie wird auch im Internet veröffentlicht werden.

Ein zentraler Höhepunkt des Landesverbandes Sozialpsychiatrie ist natürlich seine **Mitgliederversammlung**. Am 22. Juni 2012 fand die 16. Mitgliederversammlung in Rostock, und zwar in der Küstenmühle des Vereins „ohne barrieren e.V.“, statt. Im Vorfeld der Mitgliederversammlung hatte der Vorstand angeregt, einige neue Akzente zu setzen. Zum einen sollte die Mitgliederversammlung unter ein Rahmenthema gestellt werden und zum anderen sollte die leise Kritik der Vorjahre aufgegriffen werden, so dass die Veranstaltung auch mehr Raum für fachliche Kommunikation geben sollte. Hinsichtlich des ersten Aspektes bot es sich an, der UN Behindertenrechtskonvention und ihrer Implikationen für die Sozialpsychiatrie thematisch Raum zu geben. Die UN Behindertenrechtskonvention wird öffentlich sehr stark auf das Thema Bildung und Schule begrenzt. Gleichwohl hat sie aber auch Konsequenzen für die sozialpsychiatrische Praxis.

Dieser Gedanke lag auch dem Tagungsbeitrag von Prof. Ingmar Steinhart zugrunde, der die Verbindung von der UN Konvention zur Psychiatriereform herstellte und daraus Ansprüche an ein zukünftiges „inklusives“ bzw. teilhaborientiertes Versorgungssystem entwickelte. Die Kerngedanken des Vortrages finden Sie auf den folgenden Seiten. Herr Hartmut Renken, Abteilung Soziales des Ministeriums für Arbeit, Gleichstellung und Soziales des Landes MV, ergänzte die Ausführungen von Prof. Steinhart, indem er die aktuellen politischen Entwicklungen zur UN Konvention aus Sicht des Ministeriums in einem kompakten Überblick nachzeichnete. Die Präsentation von Herrn Ren-

ken, die den aktuellen Sachstand u.a. etwa zum Sozialhilfefinanzierungsgesetz, der Umsetzung der UN Behinder-



Abb. Herr Renken vom Ministerium für Arbeit, Gleichstellung

tenrechtskonvention sowie zum Pflegeneuordnungsgesetz finden sie im Internet. Um aber den oben erwähnten zweiten Aspekte, nämlich den fachlichen Austausch, zu fördern, wurden die TeilnehmerInnen eingeladen, sich in Arbeitsgruppen mit den jeweiligen Artikeln der UN-Konvention zu beschäftigen. Die dabei erzielten Ergebnisse fließen ein in die Aktualisierung des Positionspapiers des Landesverbandes bzw. in die aktuelle Arbeit der neuen Landesarbeitsgruppen. Resümierend lässt sich festhalten, dass - abgesehen von den Schwierigkeiten, den Veranstaltungsort auch zu finden - das Konzept aufgegangen ist. Die Resonanz der Teilnehmer

war überwiegend positiv. Dank gilt an dieser Stelle dem Mitgliedsverein „ohne Barrieren e.V.“ Rostock für die organisatorische Unterstützung.

Politisch gibt es natürlich auch einiges zu berichten: Der **Fiskalpakt** dürfte möglicherweise auch Auswirkungen auf die unmittelbare Arbeit der Sozialpsychiatrie haben. Zumindest hat sich der Bund in den Verhandlungen mit den Ländern bereit erklärt, ab 2014 mit 4 Milliarden Euro die Eingliederungshilfe der Länder zu bezuschussen. Wie sich die Entlastung konkret darstellt und was das für Mecklenburg Vorpommern bedeutet, ist derzeit natürlich noch nicht absehbar. Vermutlich wird in den Ministerien bald an entsprechenden Plänen gearbeitet. Interessant dabei ist natürlich, ob mit diesen Finanzströmen gleichzeitig auch inhaltliche Steuerungsimpulse gesetzt werden.

Mit Blick auf die politischen Aktivitäten der Landesebene bleibt - nach unserem Kenntnisstand - die Präsentation von Hrn. Renken auf der Mitgliederversammlung maßgeblich. Auch die Entwicklung des **Sozialhilfefinanzierungsgesetzes MV** scheint nach wie zähes Verhandlungsthema zwischen Landesregierung und Kommunen zu sein. Unabhängig davon sei erwähnt, dass im Juni 2012 ein „Runder Tisch“ zur Weiterentwicklung der **häuslichen psychiatrischen Pflege** stattfand. Das Ziel des Landesverbandes war es, zumindest im Rahmen einer Übergangsregelung die Qualifikationsanforderungen zu reduzieren, um die Etablierung der häuslichen Krankenpflege für die Leistungserbringer zu vereinfachen und damit die ambulante Versorgung zu stärken. Die Kassen haben dies aber abgelehnt und sahen generell für eine Ausweitung der APP mit Blick auf die Psychiatrischen Institutsambulanzen keinerlei Notwendigkeit. Immerhin sagten sie aber zu, neue Einzelanträge auf Etablierung einer APP wohlwollend zu prüfen.

Mit dem Herbst brechen in aller Regel auch die Fortbildungsveranstaltungen über die MitarbeiterInnen der Sozialpsychiatrie herein. Als Landesverband Sozialpsychiatrie MV e.V. wollen wir da natürlich nicht abseits stehen: Anlässlich des Welttages der seelischen Gesundheit am 10. Oktober wird der Landesverband Sozialpsychiatrie in Kooperation mit der landesweiten AG „Kinder im Kontext Psychiatrie“ und dem Träger „Das Boot“ Wismar e.V. eine Veranstaltung zum Thema **„Die bleierne Zeit: Depressionen bei Kindern und Jugendlichen“** in Wismar durchführen. Am 12. Oktober findet in Kooperation mit dem Anker Schwerin gGmbH eine Fortbildung zum Thema: „Motivational interviewing in der Sozialpsychiatrie“ statt. Veranstaltungsort ist Schwerin. Am 18. Oktober 2012 wird vom Institut für Sozialpsychiatrie ein Forschungsseminar angeboten, das von Referenten der Charite

Berlin inhaltlich unterstützt wird. Und schließlich: am 29. November 2012 veranstaltet die Arbeitsgruppe „Arbeit und Berufliche Rehabilitation“ des Landesverbandes Sozialpsychiatrie eine Fachtagung zum Thema: **„Arbeit und psychische Erkrankungen“** in Güstrow.

Vielleicht an dieser Stelle noch ein Blick auf externe Veranstaltungen: Am 19. Oktober 2012 findet in Alt Rehse unter Federführung der EBB Alt Rehse und der Politischen Memoriale e.V. eine Tagung statt, und zwar zum Thema: **Das Konzept der Inklusion als gesellschaftliche Herausforderung. Menschenbilder, Gesellschaftsutopien und Politik in Vergangenheit und Gegenwart.** Eine konkrete Einladung wird an Sie zeitnah verschickt. Ferner veranstaltet die Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention in Kooperation mit dem Landesverband Kinderschutzbund MV e.V. eine Veranstaltung zur **„Suizidprävention – Eine Herausforderung für unsere Gesellschaft“**, und zwar am 2.-4. November 2012 in Rostock. Auch hier wird Ihnen der Flyer zeitnah zugehen.

Mit Blick auf den vorliegenden Infobrief noch folgende Hinweise: Der Beitrag **„Geringschätzung der pflegenden Berufe“** wurde im Juni 2012 bereits in der Süddeutschen Zeitung veröffentlicht. Er hat m.E. aber natürlich noch nichts von seiner Aktualität verloren, da er die Leichtfertigkeit problematisiert, mit der in der politischen Öffentlichkeit oftmals über Pflegeberufe schwadroniert wird. Wenn der Fachkräftemangel dauerhaft aufgefangen werden soll, dann muss auch endlich anerkannt und gewertschätzt werden, was in der pflegerischen Praxis tatsächlich Tag für Tag geleistet wird. Nur so kann die Attraktivität dauerhaft erhöht und Menschen an den Beruf gebunden werden. In einem weiteren Beitrag beschäftigt sich Prof. Steinhart mit dem Thema **„Herausforderungen für die Sozialpsychiatrie – Teilhabe im Quartier“**. Der Text war die Grundlage seines Vortrags anlässlich unserer Mitgliederversammlung und kann hier in den Grundzügen nochmal nachvollzogen werden. Zum Abschluss finden Sie Rede von Prof. Pohl, die er während unserer Gedenkveranstaltung am 27. Januar in Wismar gehalten hatte und in der er sich mit den sozialpsychologischen Hintergründen der NS-Täter beschäftigt: **„Normal“ oder „pathologisch“ – Zur Sozialpsychologie der NS-Täter.** Wenn es darum geht, tatsächlich „wachzurütteln“, dann kann man um eine genauere psychologische Analyse der Täter nicht herumkommen. Dies gilt um so mehr, als die damaligen „Täter“ ja häufig zunächst ganz unauffällige Menschen waren, deren kriminelle Energie kaum offenkundig war.

Zum Abschluss noch eine aktuelle Meldung: Die **Integrierte Versorgung** als mögliches Strukturprinzip der Versorgung in der Psychiatrie wird seit einigen Jahren diskutiert. Gegenstand hitziger Debatten war dabei insbesondere die „Ehe“, die die AOK Niedersachsen mit dem Pharmakonzern Janssen Cilag, eingegangen ist. Und in der Tat wurde diese Partnerschaft einen (vorsichtig formuliert!) schalen Beigeschmack nicht los. Am 22. August erschien nun ein Artikel in der „Financial Times Deutschland“, der — basierend auf einer aktuellen Pressemitteilung der AOK Niedersachsen — darüber berichtete, dass das Projekt offenbar nicht im Ansatz die gesteckten Erwartungen erfüllt habe. So hätten sich statt der erhofften 13.000 Patienten seit Herbst 2010 bislang nur knapp 500 an Schizophrenie erkrankte Menschen eingeschrieben. Für die Pharmafirma, die sich vermutlich ein neues Geschäftsfeld erhofft hatte, sind (zu unserer Beruhigung) diese Ergebnisse bestimmt nicht ermutigend.

Ihnen noch einen schönen Sommer

Andreas Speck

## Geringschätzung sozialer Berufe: Pflege ist mehr als ein Job

Charlotte Frank, Süddeutsche Zeitung

Es ist erst eine Woche her, da verblüffte ein Mann namens Bernd Horn aus Herten bei Recklinghausen die Deutschen mit einem ungewöhnlichen Entschluss: Der Frührentner erklärte seine Kandidatur für den Vorsitz der Linkspartei. Das erheiterte viele, in Blogs war von „Politikclownerie“ die Rede, selbst wohlmeinendere Medien kommentierten die Kandidatur mit lustvoller Süffisanz. Denn Horn ist einfaches Parteimitglied, er hat keine Erfahrungen im politischen Geschäft - und wurde dann auch nicht gewählt. Kein Wunder: Es wäre Irrsinn, ein wichtiges Amt jemanden anzuvertrauen, der zwar eine Neigung, aber keine Ahnung von der Sache hat. Diese Erkenntnis ist vernünftig, sie ist sachgerecht und sie ist leidenschaftlicher Konsens.

Leider ist dieses gesellschaftliche Gefühl für Vernunft und Sachgerechtigkeit aber begrenzt: Als vergangene Woche die Kommunen anregten, angesichts des drastischen Mangels an Erziehern die offenen Stellen mit Hartz-IV Beziehern zu besetzen, war nirgends von Clownerie die Rede. Auch als nun Bundesarbeitsministerin Ursula von der Leyen (CDU) erklärte,

sie suche nach Wegen, 5000 Hartz IV Beziehern zu besetzen, blieb der Spott aus. Es scheint keinen mehr zu wundern, dass der Beruf des Erziehers ähnlich eingeschätzt wird wie der eines Pizzaboten: als so unwichtig, dass eine gute Ausbildung und sensible Kandidatenwahl zweitrangig sind.

Mögen sich von der Leyen und die Kommunen durchsetzen oder nicht - furchtbar ist schon das Signal, dass sie aussenden: Ein bisschen wickeln und Bollerwagenziehen könne jeder und mehr leiste ein Erzieher ja ohnehin nicht. In dieser Haltung spiegelt sich eine Geringschätzung wider, die in Deutschland nicht nur den Erziehern entgegenschlägt - sondern all jenen, die sich in sozialen Berufen engagieren. Auch Krankenpfleger und Behindertenbetreuer kennen das: Die mäßige Wertschätzung für ihre Arbeit steht in keinem Verhältnis zur Verantwortung, die sie tragen. Und Altenpfleger wehren sich seit Jah-

ren gegen Pläne, Niedrigqualifizierte und Arbeitslose in Altenheimen einzusetzen. Dennoch tönen solche Forderungen regelmäßig aus Politik und Wirtschaft - ungeachtet der Botschaft, die damit einhergeht.

„Wer nichts wird, wird Wirt“ hieß es früher. „Wer nichts wird, wird Altenpfleger oder Erzieher“. So lautet der Gedanke heute. So verkommen die Sozialberufe zur Resterampe der Berufswelt, zum Sammelbecken für all jene, die sonst nichts finden. Das ist eine denkbar schlechte Werbung für diese Branchen und das ist verheerend für das Gemeinwesen. Die Gesellschaft wird in Zukunft viel mehr Menschen brauchen, die in sozialen Berufen arbeiten. Schon heute fehlen, schätzt das Bundesfamilienministerium vorsichtig, 14 000 Erzieher und 16 000 Tagesmütter. In der Altenpflege fehlen 52 000 qualifizierte Kräfte; angesichts der Alterung der Bevölkerung ist bis 2025 mit einem Engpass von 260 000 Pflegern zu rechnen. Nur noch 56 Prozent derer,



die in der Alten- und Krankenpflege arbeiten, haben auch eine entsprechende Ausbildung. Die Mängelliste ließe sich lange fortsetzen. Doch sowenig es an unverantwortlichen Notlösungen mangelt, diese Probleme zu beheben, so sehr mangelt es an Mut, die Herausforderungen grundsätzlich anzugehen. Das würde zunächst bedeuten, die Gehälter anzuheben. Erzieher, Alten- und Krankenpfleger kommen derzeit nur auf Einstiegsgehälter von etwas über 2000 € Brutto. Es würde bedeuten, bessere Arbeitsbedingungen für die Arbeitnehmer zu schaffen; es sind in der Regel Frauen, die ihren physisch wie psychisch belastenden Beruf mit einer Familie vereinbaren müssen. Es würde bedeuten, Ältere möglichst lange im Job zu halten. Vor allem würde es aber bedeuten, Aufstiegsmöglichkeiten zu schaffen, um die sozialen Berufe auch für die besten eines Jahrgangs attraktiv zu machen; bloß um zu zeigen, dass soziale Arbeit nicht bloß Gedöns ist, das jeder kann, der ein paar Bauklötze zu stapeln in der Lage ist. Doch als etwa die EU Kommission 2011 nahelegte, endlich das Abitur zur Voraussetzung für die Pflegeausbildung zu machen - wie in 25 bis 27 EU Ländern der Fall -, sperrten sich alle Parteien: Soziale Kompetenz sei in diesen berufen wichtiger als Rechtschreibung, hieß es da, und dass der Fachkräftemangel

durch höhere Anforderungen verschärft würde.

Es lässt sich genauso die gegenteilige These vertreten: Die niedrigen Anforderungen befördern den Fachkräftemangel, das schlechte Image schreckt Menschen ab. Das bedeutet keineswegs, dass diejenigen, die heute schon soziale Arbeit verrichten, dies nicht hervorragend täten. Es bedeutet nur, dass es viel mehr Menschen tun könnten, wenn anerkannt würde, was sie für die Gesellschaft leisten: Sie fördern Hilfsbedürftige in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung, schützen sie vor Gefahren, bewahren ihr Wohl, stehen ihren Familien zur Seite. Sie erfüllen mehr als einen Job; sie erfüllen eine gesellschaftliche Funktion. Die lässt sich nicht im Schnellverfahren erlernen, und auch nicht, weil gerade kein anderer Posten in Sicht ist. Die erfordert Talent, Klugheit, Empathie, eine gute Lehre - und eine große Wertschätzung

## Herausforderungen für die Sozialpsychiatrie: Teilhabe für alle im Quartier

Prof. Dr. Ingmar Steinhart  
 Institut für Sozialpsychiatrie  
 Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
 An-Institut der Ernst Moritz Arndt  
 Universität Greifswald  
 institut@sozialpsychiatrie-mv.de

### Die Inklusive Gemeinde als Leit-orientierung im Übergang

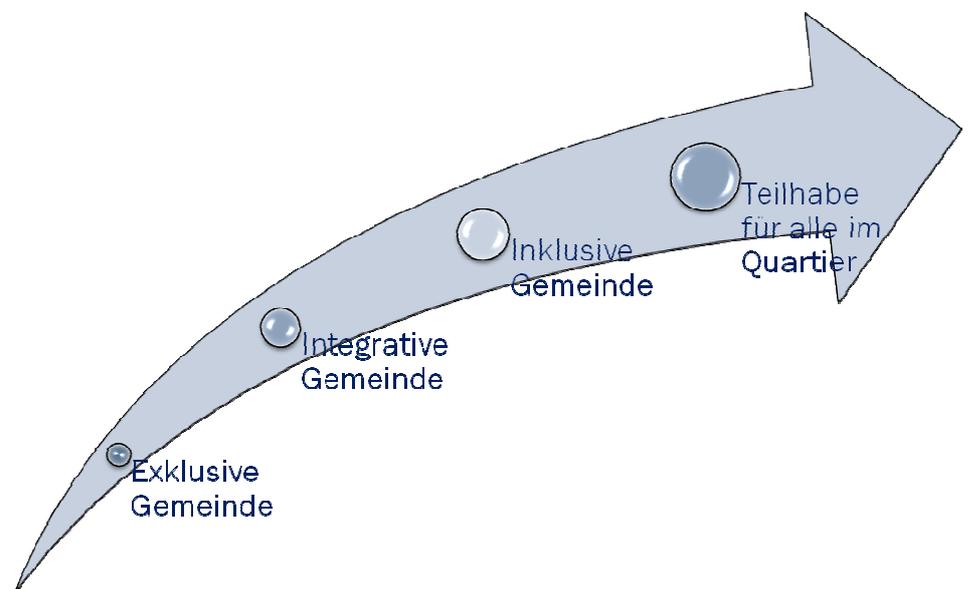
Knapp 40 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete sind die Grundgedanken der Sozialpsychiatrie noch lange nicht überaltert, geschweige denn in die Jahre gekommen; aber um einem Raum greifenden therapeutischen und gemeindepsychiatrischen Aktivismus wie Hospitalismus entgegenzuwirken, sollte eine neue Leitorientierung für die „operative Praxis“ in der Psychiatrie dringend etabliert werden! Aktuell stehen im Fokus der Diskussion eher technokratische wie finanzpolitische Entwicklungen wie z.B. „Verträge zur Integrierten Versorgung“, „Umstellung der Krankenhausfinanzierung“, „Neuordnung der Eingliederungshilfe“, „Umbau des WfBM-Systems“ etc. Es fehlt ein Navigationssystem, das eine Orientierung bietet und den „Nordpfeil“ wieder

inhaltlich positioniert in der schwierigen „Passage“ von der Exklusiven Gemeinde hin zu einem Gemeinwesen, das Teilhabe für alle vollumfänglich realisiert. Hilfestellung kommt hier von der UN-Behindertenrechtskonvention und der mit ihr eng verknüpften Diskussion zur Inklusion. Im Folgenden sollen die Entwicklungsphasen von der Exklusiven Gemeinde zur Teilhabe für alle im Quartier herausgearbeitet und die mit dem Leitorientierung „Inklusion“ verbundenen Chancen für diesen Transformationsprozess herausgearbeitet werden.

### Entwicklungsphasen psychiatrischer Leitkonzepte Gemeinde beenden – noch immer nicht vollzogen

Vor 40 Jahren fiel es insbesondere aufgrund der baulichen Unterbringungssituation von Menschen mit wesentlichen seelischen bzw. geistigen

Behinderungen leicht, „Front gegen die sogenannten Anstalten zu machen“. Das auch konzeptionelle „Elend“ war offensichtlich. Vieles, insbesondere baulich und die personelle Besetzung in der Eingliederungshilfe und der Akutpsychiatrie (PsychPV) hat sich hier zum Positiven verändert. Allerdings hat sich an den Konzepten und Strategien bzw. vor allem der „Denke“ wirklich etwas geändert? Die Exklusion wird nach wie vor von großen Teilen der Bevölkerung gewünscht, was sich fast täglich z.B. bei der Installation psychiatrischer Angebote im Gemeinwesen durch Bürgerproteste unterschiedlicher Intensität manifestiert. Viele Fachexperten halten nach wie vor die Aussonderung in „Sonderwelten“ für hilfreicher als zumindest den zweiten Schritt der Integration vollumfänglich mitzugehen. Wie anders ist die weiter fortschreitende „Verlegung“ von Patienten in Sonderwelten von Großgruppen zu begründen (z.B. Kliniken mit



Einzugsgebieten von rund 1.000.000 Einwohnern) statt sich für Lebensfeld bezogene Hilfsarrangements stark zu machen und z.B. einen Krankenhausbetrieb danach umfassend auszurichten. Schaut man sich die psychiatrische Landschaft bundesweit an, so ist die Zahl vollständig aufgelöster Anstalten an einer Hand abzuzählen; sogenannte „Heimbereiche“ überwiegend immer noch auf Anstaltsterritorium erfreuen sich nach wie großer Beliebtheit (insbesondere für diejenigen Personen, die über Phase 2 nicht „integrierbar“ erscheinen) ebenso wie größere oder kleinere psychiatrische Sonderwelten auf der „grünen Wiese“. Die bunte Vielfalt der in den letzten Jahren gewachsenen tatsächlich alternativen Angebote sollte uns hier nicht den Blick verstellen, dass der Auftrag der Psychiatrie-Enquete letztlich noch nicht abgearbeitet ist.

### **Phase 2: Die Integrative Gemeinde – Personen und Lebenswelt orientiert?**

Leitidee zur Beendigung der Exklusion war in den letzten Jahrzehnten die Integration. Viel wurde hierfür im Bereich rehabilitativ orientierter Konzepte und vor allem einer Optimierung der Finanzierungssysteme getan. Es stehen insbesondere im SGB V aber

auch im SGB XII weitreichende Ressourcen zur Verfügung, um „den Einzelfall mit Anspruch“ in die Gesellschaft zu (re)integrieren bzw. zu (re)habilitieren. Dabei stehen im Allgemeinen weder konzeptionell noch von Seiten der Einzelfall bezogenen Finanzierung die Veränderungen gesellschaftlicher Rahmenbedingungen im Fokus der Hilfen, sondern ausschließlich die Unterstützungsleistungen bei der durch den Betroffenen selbst zu erbringenden „Anpassungsleistung“. Es wird mit/für den Betroffenen ein passender „Ort zum Leben“ gesucht, im Wesentlichen muss er sich dort einpassen. Gleichwohl könnte sich dieses Modell integrierender psychiatrischer Arbeit durchaus in einem sehr konsequent verfolgten Personen orientierten Ansatz widerspiegeln. Die Psychiatrie-Enquete schlug 1975 vor allem vor, die Anstaltsunterbringung durch ein System kleinerer Einrichtungen zu ersetzen. Diese Einrichtungsbezogenen Konzepte stehen heute immer noch im Vordergrund: die (intensivere) Behandlung/Unterstützung findet überwiegend in Institutionen wie (Tages-) Kliniken oder Heimen statt. Das leitet sich sowohl aus eher traditionellen konzeptionellen Überlegungen anstaltsverwandter Behandlung bzw. Unterbringung psychisch kranker Menschen, verbunden mit vorhandenen Immobilien, wie auch z. B. im Bereich des SGB XII aus Zuständigkeiten der Leistungsträger (örtlich= „arm“ =ambulante vs.

überörtlich= „reich“ =stationär) ab. Diese Tendenz setzt sich auch dann fort, wenn die Zuständigkeiten für überörtliche/örtliche Leistungen in einer Hand bei den Kommunen liegen, da die Zuweisungsströme der Finanzmittel gleichwohl getrennt bleiben. Der Personenzentrierte Ansatz definiert sich nach wie vor über die „in die Jahre gekommenen kleineren Institutionen“, bei denen unklar ist, wie viele der Anstaltstraditionen sich dort im Laufe der Jahre bewahrt haben („Gemeindepsychiatrischer Hospitalismus“). Die Umgangssprache in der gemeindepsychiatrischen Szene spricht weniger von subjektorientierter Hilfe in einer Lebenswelt und in einem Umfeld, sondern von den institutionellen Ausformungen wie „ABW“ (Ambulant Betreutes Wohnen), „Tagesstätte“, „WfBM“ (Werkstatt für Behinderte Menschen), „Wohnheim“, „Wohngemeinschaft“ etc. Genau diese einrichtungsbezogenen Konzepte bilden die Finanzierungssysteme in ihren Landesrahmenverträgen ab, die sich in daran orientierten Leistungstypen als finanzielle Umrechnungswährung manifestieren. Auch die Politik, hier die Bund-Länder-Arbeitsgruppe der Arbeits- und Sozialministerkonferenz (ASMK), schlägt in ihren jüngsten Papieren zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe eine Neuausrichtung von einer überwiegend einrichtungszentrierten Hilfe zu einer deutlicher personenzentrierten Hilfe vor. Hier wird es

abzuwarten sein, ob die Länder ihre Spielräume für eine Neuausrichtung der Systeme nutzen werden. Insgesamt kann man heute wohl sagen, dass sich der personenorientierte Ansatz in der Psychiatrie und insbesondere in der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen im Wesentlichen durchgesetzt hat – der subjektorientierte Blick und daraus abgeleitete differenzierte Therapiemethoden haben in die Sozialpsychiatrie Einzug gehalten.

Allerdings ist es mit dem Umwelt- bzw. Lebensweltbezug nach wie vor nicht so gut bestellt. Die ewigen Zweifler an lebensfeldorientierten Leistungen und deren Finanzierung anstelle von Einrichtungen haben zwar jetzt weitere Denkanstöße durch den Deutschen Bundestag und den Beitritt zur UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen bekommen: Hier gilt es in diesem Zusammenhang, insbesondere den Artikel 19 zu berücksichtigen, in dem die Vertragsstaaten sich verpflichten, das gleiche Recht aller Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen anzuerkennen, mit den gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, sowie wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen den vollen Genuss

dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie unter anderem gewährleisten, dass a) Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben; b) Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen, sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist.

Der Zwang zur Nutzung besonderer Wohnformen bzw. die in der Praxis fast ausschließliche Gewährung von Hilfen in Einrichtungen, insbesondere bei intensiveren Unterstützungsbedarfen, widerspricht der UN-Konvention. So sollten z. B. die oben genannten Landesrahmenverträge auf ihre Barrierefreiheit im Sinne der UN-Konvention für Menschen mit seelischen Behinderungen überprüft bzw. ergänzt werden. Diese Erkenntnis ist nicht neu; Gemeindepsychiatrie und Gemeindepsychologie haben schon seit über 20 Jahren den Umweltbezug, also eine Ökologische

Psychiatrie, gefordert; aber da die Leistungsträger, die Anbieter und insbesondere das medizinische System diesem bisher nicht konsequent folgen wollten, ist es bei einer personenbezogenen institutionellen Psychiatrie geblieben. Das macht sich an den o. g. Institutionen der Eingliederungshilfe genauso fest wie an den in der Fläche fehlenden Behandlungsmöglichkeiten im Lebensfeld und im Umfeld (u. a. Home Treatment, Rückzugsräume, Sektor übergreifende Behandlungsansätze wie z. B. die Integrierte Versorgung nach § 140 SGB V) – ganz zu schweigen von „Therapieansätzen für die Gemeinschaft“, was wir im Allgemeinen mit Prävention umschreiben. Es fehlt ein übergreifendes Konzept, eine (neue) Leitorientierung in der Sozialpsychiatrie. Hier könnte das Konzept der Inklusion eine Hilfestellung sein und den mittlerweile verkümmerten Wurzeln der Sozialpsychiatrie neue Nahrung bringen.

### **Schritt 3: Die Inklusive Gemeinde - Inklusion als fachliche wie leistungsrechtliche Leitorientierung**

Die selbstverständliche Teilhabe von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung an allen gesellschaftlichen Bereichen wird als Inklusion bezeichnet. Dieses Modell ist so theoretisch wie einfach: Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung sind Bürgerinnen und Bürger – uneingeschränkt, ungehindert, mit allen Rechten, aber auch mit Verpflichtun-

gen. Nähert man sich diesem Thema mit der gebotenen Ernsthaftigkeit, so wird aus dem einfachen Thema der selbstverständlichen Teilhabe schnell ein hochkomplexes Thema, und man stellt fest, dass der Begriff der Inklusion kein statisches Ziel beschreibt, sondern die Voraussetzung für generelle Teilhabe aller Menschen an gesellschaftlichen Möglichkeiten. Vor allem enthält der Begriff der Inklusion einen subjektorientierten sozialtherapeutischen und mindestens gleichrangig einen sozialpolitischen Auftrag: nämlich die Umgestaltung der Umwelt im Sinne einer inklusiven Gesellschaft, die die Bürgerrechte aller ihrer Bürger/innen respektiert und zu realisieren hilft.

Hierauf besteht im Grundsatz für jede Bürgerin/jeden Bürger mit längeren Psychiatrie-Erfahrungen in Deutschland ein individueller gesetzlicher Anspruch. Neben dem Antidiskriminierungsgesetz sowie der UN-Konvention beschreibt insbesondere der § 1 des SGB IX Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft den individuellen Anspruch für alle Bürgerinnen und Bürger auf Teilhabe. Das SGB IX ist somit ein Teilhabegesetz, das auch „Gesetz zur Förderung von Inklusion“ heißen könnte. Bedauerlich ist nur, dass es kein umfassendes Leistungsgesetz ist und primär auf den Individualanspruch

zielt. Angesichts der aktuellen an Bedeutung gewinnenden Inklusionsdiskussion ist der Gesetzgeber gefordert, demnächst ein „Teilhabe-Weiterentwicklungs-Gesetz“ auf den Weg zu bringen, das nicht nur auf das Individuum zielt, sondern deutlicher den Inklusionsgedanken, also die Umgestaltung der Umwelt und die Ermächtigung der Zivilgesellschaft, mit einbezieht.

Über eine solche Weiterentwicklung der Leistungsgesetze müsste der Teilhabeanspruch auch auf der Leistungsseite festgeschrieben werden. Akzeptiert man Inklusion als Auftrag insbesondere für das professionelle Hilfesystem, so werden viele aktuelle Angebotsformen für Hilfen zur Teilhabe ebenso infrage gestellt wie eingeführte psychiatrische Behandlungsleistungen, denn ein solcher Auftrag führt über die bisherige Praxis der Integration hinaus.

Inklusion beinhaltet mehr als eine Normalisierung beeinträchtigten Lebens durch Anpassung an so genannte normale Lebensstandards. Eigentlich funktioniert Inklusion ganz einfach: Jeder Mensch mit Psychiatrie-Erfahrung oder einer Benachteiligung welcher Art auch immer soll die Wahl haben, dort zu leben, zu wohnen, zu arbeiten und zu lernen, wo alle anderen Menschen es auch tun. So einfach das klingt, so schwierig ist es in der Umsetzung: Inklusion als Leitidee zwingt zu einem Wandel in der Ausgestaltung sozialer Unter-

stützungsleistungen: von der eher beschützenden Versorgung zur Unterstützung einer individuellen Lebensführung sowie der Unterstützung des Gemeinwesens – auch im Bereich der (Primär-)Prävention. Es kann nicht oft genug darauf hingewiesen werden, dass Inklusion dann noch nicht erreicht ist, wenn psychisch kranke Menschen in einer Gemeinschaft mit anderen leben oder wenn eine ausreichende Anzahl an speziellen Bildungs-, Beschäftigungs- und Freizeitangeboten für diesen Personenkreis zur Verfügung steht. Vielmehr geht es um die Ermöglichung eines individuell gestalteten Lebens und um die Einbeziehung von psychisch kranken Menschen in die normalen Alltags- und Lebensvollzüge einer Gesellschaft – eingeschlossen die Pflicht für diese, ihre eigenen Fähigkeiten und Ressourcen einzubringen.

Wesentliches Grundmoment ist hierbei die selbstverständliche Begegnung von Menschen mit und ohne Psychiatrie-Erfahrung insbesondere beim Wohnen, bei der Arbeit und in der Freizeit. Neben dieser „Öffnung“ der Gesellschaft gilt es auch weiterhin, „Schutzräume“ oder „Asyle“ für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen (z. B. Krisenpensionen, Krisenunterkünfte, Selbsthilfetreffs, Weglaufhäuser etc.) zu erhalten oder neu zu definieren – sofern Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen diese wollen. Veränderungsprozesse wie den erforder-

derlichen Perspektivwechsel und die Entwicklung einer inklusiven Kultur benötigen Ressourcen, im Übergangsstadium des systemischen Transformationsprozesses auch zusätzliche (!) Ressourcen. Das heißt, dass ein „Teilhabe- Weiterentwicklungsgesetz“ (s. o.) – verbunden mit einem Anreiz- und Belohnungssystem zur Systemtransformation – über einen Zeitraum von fünf bis zehn Jahren zusätzliche Finanzmittel bereitstellen müsste.

Sicherlich ist es für das Erreichen einer inklusiven Gesellschaft vonnöten, v. a. die Finanzierungssysteme für Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung ganz grundsätzlich zu erneuern und auch die gesetzlichen Teilhabebedingungen deutlicher an verschiedenen Stellen zu schärfen bzw. überhaupt auf den Gesetzgebungsweg zu bringen (z.B. im Rahmen der Bundesgesetzgebung zu den Themen Eingliederungshilfe, Antidiskriminierung, Prävention als einige Beispiele).

Auch hier wird eine Optimierung allein wohl nicht weiterhelfen; eine durchgehende Erneuerung der Systeme und der gesetzlichen Rahmenbedingungen ist dringend erforderlich. Über eine Veränderung des Finanzierungssystems der Eingliederungshilfe wird aktuell mehr denn je diskutiert; sie ist

dringend erforderlich, um auch das Thema Inklusion zielführend zu befördern. Leider wird diese Reform wieder einmal anderen politischen Themen geopfert, so dass die Leistungsträger in den einzelnen Bundesländern gefordert sind, im Sinne kreativer Ausgestaltungen mit den vorhandenen Ressourcen und gesetzlichen Vorgaben fachlich gleichwohl weiter zu kommen.

Wenn wir uns auf den Weg machen und das Thema Inklusion ernsthaft bearbeiten wollen sollten wir zunächst prüfen, ob das bekannte Motto „es ist normal, verschieden zu sein“ wirklich schon in den Herzen der Psychiatrie-Profis und aller am Prozess Beteiligten angekommen ist. Überall werden ein paar Hochglanzthesen formuliert – aber welche Change Power zu einer inklusiveren Gesellschaft verbirgt sich tatsächlich hinter den Fassaden z.B. der Sozialpolitik, der Wohlfahrtspflege oder der psychiatrischen Kliniken? „Inklusion zum Anfassen“ ist kaum erlebbar, Best-Practice-Projekte sind bisher leider eher Optimierungsprojekte bestehender Praxis hin zu größerer Normalität und individueller (er) Teilhabe denn wirkliche Inklusionsprojekte mit dem Charakter der Erneuerung und des Perspektivwechsels.

Manche sind auch simple Sparprojekte unter dem Deckmantel von Bürgerbeteiligung und Entprofessionalisierung. Inklusion benötigt – wie

erwähnt – Ressourcen (vor allem durch Umschichtung) und eine neue Professionalität. Damit tritt Inklusion (fast) allen auf die Füße: Mit einem Perspektivwechsel von der Betreuung und Bewahrung über die Integration zur inklusiven Gesellschaft und mit einem Umsetzungskonzept im Lebensfeld statt in Institutionen ist gelebte Inklusion in der Praxis stets mit starker eigener Veränderung verbunden. Betroffen sind gleichermaßen die Systeme der öffentlichen Verwaltungen, der Leistungsträger, der Wohlfahrtsverbände und der Leistungsanbieter – nicht zuletzt der psychiatrischen Kliniken und Abteilungen, und letztendlich jeder Einzelne, der in diesen Systemen arbeitet. Eine Aufbruchsstimmung lässt sich überall da erkennen, wo dieser Auftrag angenommen und als Wert in das jeweilige System integriert wird.

#### **Phase 4: Teilhabe für alle**

Die Inklusiv-Gemeinde kann letztendlich nicht das Ziel unserer Bemühungen sein, denn sie setzt zur eigenen Existenzbegründung stets als Gegenpart die Exklusion voraus. Inklusion ist aus dem Blickwinkel einer Gesellschaft entstanden und gedacht, die stark exkludierend in allen Bereichen agiert, und ist gesellschaftlich daher heute als Leitorientierung aktuell und richtig. Das Ziel muss aber die Überwindung dieses Modells sein: ein inklusives Gemeinwesen ist die Voraussetzung für die generelle Teilhabe aller Menschen an gesellschaftlichen

Möglichkeiten, was die langfristige Leitidee sein sollte. Inklusion beschreibt daher lediglich die notwendige Passage von der exklusiven Gesellschaft zu einer Gesellschaft, die Teilhabe aller Menschen an gesellschaftlichen Möglichkeiten garantiert mit der Phase der „Integration“ als notwendigem ersten Zwischenschritt. Insofern sollte das Konzept der Teilhabe, das nicht nur in der Behindertenrechtskonvention sondern vor allem im SGB IX verankert ist, das Leitkonzept sein bleiben.

Für die Psychiatrie und ihrem Selbstverständnis stellt sich daher im Übergang die Notwendigkeit einer „Doppelstrategie“ im Sinne eines gleichzeitigen „Inklusionsförderns“ insbesondere für die Ausgegrenzten, die Schwächsten, die Schwierigsten, die „Therapieresistenten“ inklusive eines therapeutischen Zugangs sowie der Ausgestaltung von „Schutzräumen vor psychiatrischer Therapie“ und eines „Exklusionsverhinderns“ im Sinne einer Stärkung der Prävention, der therapeutischen Investition bei Menschen, die erstmalig Unterstützung bei der Psychiatrie suchen und einer „Befähigung“ der Gesellschaft zur Inklusion im allgemeinen.

Nur mit einer solchen auch im psychiatrischen System veranker-

ten Doppelstrategie von Exklusion verhindern und Inklusion fördern wird es uns gelingen, langfristig das Thema Teilhabe für alle tatsächlich als gesellschaftliche Leitidee zu verwirklichen. Eine echte Herausforderung für die nächsten Jahrzehnte.

**Die Passage der Inklusion – eine Herausforderung für alle**

Bei einem deutlichen JA! zur Inklusion stehen für alle Beteiligten gemeinsam oder auch differenziert in ihren Zuständigkeits-Welten erste Schritte auf dem Weg zu einer inklusiv(er)en Gesellschaft an:

**Barrierefreiheit**

Barrierefreiheit beginnt zunächst in den Köpfen aller Beteiligten und kann am ehesten befördert werden durch eine Beteiligung von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung insbesondere an Entscheidungsprozessen.

Ein Leben in der Normalität des örtlichen Sozialraums setzt aus der Perspektive der Sozialpsychiatrie einen erweiterten Barrierefreiheitsbegriff voraus und erfordert die umfassende Barrierefreiheit von (öffentlichen) Diensten im Sinne der Zugänglichkeit und Nutzbarkeit voraus (z. B. Zugang zu Wohnraum und Arbeit, die Erreichbarkeit der persönlichen Hilfen, wie z. B. durch ambulante und mobile Rund-um-die-Uhr-Dienste, durch die Senkung der Zugangsschwellen von Hilfen, etc.) .

**Das Gemeinwesen befähigen**

Das Gemeinwesen muss befähigt werden, alle Menschen, auch diejenigen, die vermeintlich anders sind, anzunehmen und aufzunehmen. Um dieses Ziel, d. h. die Beendigung von Exklusion, irgendwann einmal zu erreichen, muss vorab eine Stärkung der Zivilgesellschaft über ein gezieltes Empowerment des Gemeinwe-

**EXKLUSIVE GEMEINDE**

**AUSSONDERUNG VIELE AN EINEM ORT „MASSE STATT INDIVIDUUM“ SONDERWELT STATT LEBENSWELT**

Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung werden unsichtbar im Quartier. „Unheimliches“ wird den Menschen in der Anstalt zugeschrieben

sens erfolgen. Psychiatrie-Erfahrung muss in den üblichen Beratungsprozessen der Bürgerschaft, wie z. B. im Parlament, in Ausschüssen, in Haushalts- oder Bebauungsplänen zum Thema werden. Außerparlamentarisch könnten die Bürgerinnen und Bürger über Bürgerplattformen oder vergleichbare Methoden befähigt werden, für ihre eigenen Belange einzutreten und ihre Lebensbedingungen auszugestalten. Wenn z. B. auch Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen an einer Bürgerplattform teilhaben würden, könnte sich der Perspektivwechsel bereits im Prozess ergeben. Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen wären nicht mehr Ziel der professionellen Eingliederungsbemühungen, sondern sie wären selbstverständlicher Teil des bürgerschaftlichen Gesamtprozesses. Kernaufgabe des veränderten professionellen Handelns wäre es, einen solchen

Stärkungsprozess des Gemeinwesens einzuleiten und darin auch Bürger und Bürgerinnen mit Psychiatrie-Erfahrungen zur selbstverständlichen Teilhabe an diesem Prozess zu befähigen, und Bürger und Bürgerinnen ohne Psychiatrie-Erfahrungen zu befähigen, diesen Prozess zu teilen.

**Netzwerke**

Da die Gesellschaft selbst inklusiv werden soll, benötigen Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen differenzierte Netzwerke, die sie bei ihrer gleichberechtigten Teilhabe unterstützen: nicht-professionelle, semi-professionelle oder professionelle. Es entstehen neue Professionen, z. B. der Community-Worker, der über seine indirekte Brückenarbeit im Gemeinwesen dazu beiträgt, dass Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen nach Möglichkeit gar nicht erst exkludiert werden. Ge-

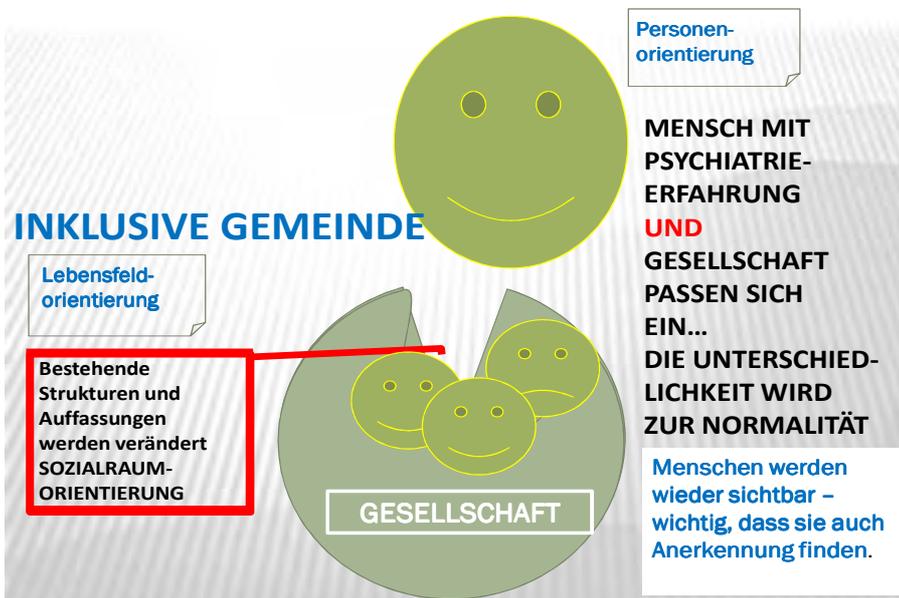
meinwesenarbeit und Know-how über indirekte Interventionen bei der Knüpfung von Netzwerken sind hier als Kernkompetenzen gefordert – eine Beteiligung von Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen in der praktischen Netzwerkarbeit als Erfarene und in der Ausbildung der Profis ist hierbei letztlich unabdingbar. Auch der weitere Aus- und Aufbau triadischer/quadratischer Netzwerke mit Erfahrenen, Profis und Angehörigen, Bürgern bzw. wesentlich Beteiligten unterstützt den inklusiven Entwicklungsprozess.

**Teilhabe**

Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen wollen nicht nur Empfänger von Hilfen und Leistungen sein, sondern sie wollen auch selbst geben. Für das Konzept der Teilhabe gibt es leider nur wenige gut dokumentierte oder gar evaluierte Beispiele wie z. B. das Projekt „mittenmang Schleswig-Holstein“. Wesentliches Ziel ist, dass Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen ihre Rolle des Hilfe-Empfangenden verlassen und in die Rolle des (ehrenamtlich) Gebenden einsteigen. Sie gewinnen hierbei aktive Teilhabe, Normalität und ein neues Selbstwertgefühl.

**Barrierefreie soziale Dienstleistungen**

a ) Die Wohlfahrtspflege neu denken



Die professionellen Hilfesysteme wie u. a. die Angebote der Freien Wohlfahrtspflege werden sich dem Leitgedanken der Inklusion unterordnen, die „inklusive Gesellschaft“ als Leitidee im professionellen Alltag befördern und sich an die Spitze der Bewegung setzen (müssen) – eine sozialpolitisch ambitionierte Herausforderung und organisatorisch eine Herkulesaufgabe für Geschäftsführungen und Vorstände mit Blick auf den notwendigen Aufbruch aus teilweise verkrusteten Strukturen.

Die neuen psychosozialen Dienstleistungen zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich an dem Willen eines Menschen, den jeweiligen Anforderungen in seiner Lebenswelt und sich daraus ergebenden Erschwernissen der Partizipation orientieren. Die sozialen Dienstleister sind damit aufgefordert, zu einer ressourcen- und autonomiefördernden Lebensgestaltung beizutragen und gesellschaftliche „Umwelt-Barrieren“ abzubauen. Statt reflexartig mit institutionalisierten oder vorgefertigten Lösungen zu reagieren, könnte das professionelle Konzept darin bestehen, einfach zuzuhören und nach Antworten zu suchen. Antworten zu finden auf die Fragen, die uns Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen stellen, die in einer Gemeinde ihre persönlichen Zu-

kunftsperspektiven entwickeln möchten. Inwieweit die Beantwortung mit (nicht-)professionellen Mitteln gelingt, könnte eine Messlatte für den Inklusionsfortschritt bedeuten. Mit der Leitorientierung der Inklusion begeben sich die professionellen Dienstleister auf die Suche nach Antworten unabhängig davon, wie hoch der individuelle Bedarf an Hilfe, Fürsorge oder gegebenenfalls Fremdbestimmung aktuell ist. Es geht um Entwicklung und Stabilisierung von barrierefreien und vernetzten Infrastrukturen für alle Bürgerinnen und Bürger.

Dies kann u. a. dadurch gelingen, dass neu entstehende Partnerschaften zwischen der Wohlfahrtspflege, Institutionen, öffentlichen Dienstleistungen, gemeindlichem Leben, bürgerschaftlichem Engagement und privaten Hilfen zu einem konstruktiven Zusammenspiel gebracht werden.

Die Wohlfahrtspflege ist hier besonders gefordert. Es muss ihr gelingen, für die Entwicklung einer inklusiven Gesellschaft Vorbildfunktion zu übernehmen – und unterwegs niemanden zu verlieren: weder die eigenen Mitarbeitenden – unabhängig vom Schweregrad des erforderlichen Perspektivwechsels – noch Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen.

b) Die psychiatrische Klinik und Behandlung neu denken

Nicht nur neue personen- und lebensfeldorientierte Therapieansätze wie z. B. aus Skandinavien das Need Adapted Treatment oder der Open Dialogue, sondern vor allem die übergreifende Leitidee Inklusion sollten die SGB-V-Psychiatrie einschließlich der Finanziars, der Krankenkassen, dahin bewegen, die Therapiekonzepte und Angebotsstrukturen zu überdenken.

Auch sie sollten sich am Willen eines Menschen, den jeweiligen Anforderungen in seiner Lebenswelt und den sich daraus ergebenden Erschwernissen der Partizipation orientieren. Eine der wirksamsten psychiatrischen Interventionsmethoden ist die Arbeit mit Angehörigen, seine wesentlichen Bezugspersonen bzw. seinen Netzwerken.

Folgte man konsequent der Leitidee Inklusion, könnten neben einer Subjekt orientierten Therapeutischen Interaktion die Interventionen mit der Lebenswelt (Angehörigenarbeit) und im Lebensfeld (z. B. ambulante Krisenintervention, Home-Treatment) zum Kern der psychiatrischen Behandlungsmaßnahmen werden; die klassische Klinik würde nur noch als besonderer „Rückzugsraum“ dienen. Ein „inklusives Behandlungssetting“ einschließlich der damit verbundenen präventiven Bemühungen im Sinne der Befähigung des Gemeinwesens hätte am Ende die Vision einer „Aufhebung der klassischen Klinik“

zum Ergebnis. Eine solche Vision steht allerdings in krassem Gegensatz zur aktuell diskutierten Neuordnung der psychiatrischen Krankenhausfinanzierungssystematik, die Anreize in ganz andere Richtungen setzt.

### ***Profis werden inklusions-fit***

Um diesen Perspektivwechsel zu schultern, muss sich die Bildungslandschaft verändern: die zukünftigen Mitarbeitenden sollten bereits an den entsprechenden Fachschulen, Hochschulen und Universitäten (auch den medizinischen Fakultäten) umfassend darauf vorbereitet werden - inklusions-fit sind leider immer noch viel zu wenige der Absolventen des Bildungssystems.

Alle bereits aktiv an dem Prozess beteiligten Profis (Anbieter, Leistungsträger, Kommunalverwaltung) müssen sich neu orientieren, um den Perspektivwechsel aktiv mitgestalten zu können und um im Rahmen einer gezielten Organisationsentwicklung in dieser Aufgabe unterstützt zu werden. Unter anderem sollten hierzu umfassende Personalentwicklungskonzepte regionalspezifisch entwickelt werden. Besondere Merkmale dieser Konzepte sollten sein, dass sie Sektor-/Arbeitsfeld- / Ämter- /

Verwaltungsübergreifend umgesetzt werden und dass Erfahrene hier einbezogen wird.

### ***Basis-Mitarbeitende***

Sie müssen den im Sinne von Inklusion erforderlichen Perspektivwechsel in der von ihnen zu erbringenden Arbeitsleistung als Wert mittragen, die Prozesse mitgestalten und die Umsetzung mitmachen:

- ◆ Der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin wird zum Bürger/zur Bürgerin mit uneingeschränkten Rechten, denen auf Augenhöhe begegnet werden muss.
- ◆ Die Wünsche der Menschen mit Psychiatrie-Erfahrungen gehen weg von der Fürsorge und Fremdbestimmung in einem wesentlich aus Helfersicht definierten Setting hin zu einem individuellen und selbst bestimmten Assistenzbedarf in einem individuellen Arrangement.
- ◆ Zukünftig wird das Erbringen fallunspezifischer Leistungen im Gemeinwesen“, das oben beschriebene Networking und präventive Arbeit im Sinne einer Stärkung des Gemeinwesens bis zu 50 % Anteil an den professionellen Aufgaben ausmachen. Die hierfür erforderlichen Finanzierungsmöglichkeiten müssen den fachlichen Vorgaben folgen.

- ◆ Ex-Krankenhausmitarbeiter und -mitarbeiterinnen werden zu ambulanten Teams im Lebensfeld mit einigen wenigen „stationären Rückzugsräumen“.

Aufgrund des sich verändernden Settings der professionellen Arbeit werden auch die Prüfinstanzen einer gelingenden professionellen Dienstleistung verschoben werden von Instanzen wie der (Heim-)Aufsicht oder dem MDK hin zum Verbraucherschutz und zu unabhängigen Beschwerdestellen. Hierbei wird verstärkt auf Ergebnisqualität, den Nutzen für den Einzelnen und die Beteiligung der Kunden geachtet werden. Die Orte der Arbeit werden sich von den institutionalisierten „Orten zum Leben“, die sich vielfach durch Exklusion oder Sonderwelten auszeichnen, hin zur „Arbeit direkt im Ort“, also im Gemeinwesen, in normalen Lebens- und Arbeitswelten, verändern.

### ***Verwaltung, Krankenhaus(leitung)***

Auch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Verwaltung (der Kommunen wie der Leistungsanbieter) und vor allem der Krankenhäuser müssen in die Wertediskussion und den Paradigmenwechsel einbezogen werden. Sie müssen ihn nicht nur mittragen, sondern direkt unterstützen. Dies bezieht sich auf alle Ebenen vom Controlling über das Personalwesen bis zum Baubereich. Allein die Umstellung von „immobiliengestützten“

institutionellen Angeboten hin zu ambulanten „nicht an Immobilien gebundenen“, also gemeinwesenintegrierten Angeboten, ist eine große Herausforderung, ebenso wie Logistik- bzw. IT-Fragen oder Fragen des Berichtswesens etc.

### ***Leistungsträger – Ressourceneinsatz neu denken***

Veränderungsprozesse wie der erforderliche Perspektivwechsel und die Entwicklung einer inklusiven Kultur benötigen Ressourcen an der richtigen Stelle – und im Übergangsstadium auch zusätzliche Ressourcen. Zum Beispiel könnte ein „Teilhabe-Weiterentwicklungsgesetz“ über einen Zeitraum von fünf bis zehn Jahren zusätzliche Finanzmittel wie einen „Inklusions-Euro“ in jeder Fachleistungsstunde oder jeder Maßnahme-pauschale etc. bereitstellen – verbunden mit einem Anreiz- und Belohnungssystem zur Systemtransformation. Sektorübergreifende SGB-V-Regionalbudgets der Krankenkassen können personenorientierte Behandlungsleistungen im Lebensfeld ermöglichen und die Anreize weg von der „Fallzahlerhöhung“ hin zu „einem mehr an Inklusion“ setzen. Es kommt jetzt vor allem darauf an, strukturverändernde (!) Finanzierungsmodelle und

-anreize v. a. im SGB V-Bereich zu etablieren. Eine Gesellschaft inklusions-fit zu machen, ist ein komplexer und langfristiger Prozess. Wichtig erscheint vor allem, dass dies in einem strukturierten, transparenten und auf Nachhaltigkeit angelegten Gesamtprozess mit Feedback-Schleifen zur Rückversicherung bei allen beteiligten Akteuren angelegt ist und in die politischen Rahmenbedingungen eingebettet wird.

### ***Kommunale Konversionsstrukturen aufbauen***

Inklusion ist eine Entwicklung, die im Gemeinwesen, also auf kommunaler Ebene bzw. im Bereich der jeweiligen Gebietskörperschaften, stattfindet. Letzteren kommt daher eine besondere Verantwortung im Rahmen des Transformationsprozesses zu. Die Gebietskörperschaft (Kreisfreie Stadt, Landkreis) müsste ein Entwicklungskonzept für eine Politik für Teilhabe und Teilgabe im Quartier in konkreten Umsetzungsschritten Aktionsplan) auf den Weg bringen. Wesentlich ist hierbei vor allem der Sozialraum- bzw. Quartiersbezug der Aktivitäten, damit bei den Menschen „angekoppelt“ wird.

Strukturelemente könnten sein:

- ◆ Auf örtlicher Ebene könnten regionale Teilhabeverwirklichungskonferenzen eingerichtet werden, die unter Beteiligung aller Akteure im Gemeinwesen die Gesamtentwicklung

beobachten und für einen strukturierten Entwicklungsprozess in Richtung eines inklusiv(er)en Gemeinwesens“ Sorge tragen. Statt der ausschließlichen Prozessbeobachtung sollten in diesen Konferenzen auch eine deutlichere Ergebnisorientierung in den Vordergrund treten: Was genau hat Inklusion im Zeitraum X einen Schritt weiter gebracht und was nicht?

- ◆ Örtliche Teilhabeplanung muss als Informations-, Beteiligungs-, Aushandlungs- und Aktivierungsprozess auf kommunaler Ebene etabliert werden, in dem konkrete Ziele zur Erreichung von „mehr Teilhabe“ definiert und die Anforderungen und Vorgehensweisen festgelegt werden, um diese Ziele zu erreichen. Wesentlicher Bestandteil dieses Prozesses ist die gegenseitige Befähigung von Gebietskörperschaft und ihren BürgerInnen zur inklusiven Ausgestaltung des Gemeinwesens. Die Schnittstellen zur integrierten kommunalen Sozial-, Pflege- und Finanzplanung müssen intensiv bearbeitet werden. Bezogen auf die Unterstützungsleistungen sollten sozialpsychiatrische regionale Teilhabeverbände im Sinne einer regionalen inklusiven Management-Gesellschaft geschaffen werden. Ihre wesentliche Aufgabe bestünde in der Abstimmung aller beteiligten Akteure und der Verteilung der personen- und nicht personenbezogenen Ressourcen, also der Steuerung der Finanzmittel.

Die Leistungsträger aus SGB V und SGB XII sollten die bisherigen personenbezogenen Finanzierungen aus ihrer je eigenen Leistungs-Systematik weiterentwickeln zu einer inklusiven Finanzierungssystematik, die fallunspezifische inklusive präventiver sowie fallspezifische und fallübergreifende Leistungen enthält und den regionalen budget-Gedanken inklusive des persönlichen Budgets weiterentwickelt. Begonnen werden könnte mit der Finanzierung flexibler individueller Arrangements im Lebensfeld einerseits und andererseits dem Aufbau einer Inklusion fördernden Infrastruktur durch einen Teilhabe-Euro in jeder Fachleistungsstunde oder jedem Tagesentgelt (stationär/teilstationär).

Folgt man konsequent dem Ansatz der Inklusion und den daraus abzuleitenden Schritten für die Leistungserbringung, so entfällt die Unterscheidung zwischen ambulant und stationär: Ambulant statt stationär heißt die neue Linie während der Passage bis diese Unterscheidung dann tatsächlich entfällt, und beide Wörter aus dem psychiatrischen Wortschatz wie in anderen Ländern verschwinden können. Ambulant ist hier das Synonym dafür, individuellen Wohnraum mit Unterstützung und indi-

viduelle Arbeits- bzw. Beschäftigungsplätze mit Assistenz an möglichst den Orten, wo alle Bürgerinnen und Bürger wohnen und arbeiten, verfügbar zu machen statt Sonderwelten z.B. in Werkstätten für Behinderte Menschen zu schaffen. Aus dem oben beschriebenen integrierten SGB-V + SGB-XII-Budget gilt es einerseits die KlientInnen selbst zu unterstützen (personenorientiert, Fallbezogen) und gleichzeitig den Sozialraum im Sinne der Inklusion zu stärken (Lebensfeldorientiert, Fall unspezifisch, eher pauschal). Die Forderung, dass Person und Sozialraum in der Finanzierung gleichrangig nebeneinanderstehen, beinhaltet nicht nur leistungsrechtlich ein Umdenken, sondern verändert auch das Denken der Krankenkassen und die allgemeine Haushaltssystematik der Kommunen, die im Allgemeinen die Stärkung des Sozialraums als freiwillige oder zusätzliche Leistungen betrachten.

### ***Individuelle Teilhabe verwirklichen***

Um den Weg zu einer inklusiven Gesellschaft auf der individuellen Ebene für Menschen mit und ohne Behinderungen zu schultern, müssen die bestehenden Steuerungsmodelle (Clearingverfahren, Hilfeplanung, Teilhabeplanung, Gutachten durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen, Anwendung des weiterentwickelten Pflegebegriffes etc.) im Sinne einer auf Inklusion gerichteten individuellen Teilhabeplanung weiterentwickelt werden. Wesentlich ist hier-

bei, die gleichberechtigte Teilhabe zu praktizieren, sich auf Augenhöhe zu begegnen und diesen Planungsprozess einer externen Qualitätssicherung zugänglich zu machen, statt hinter verschlossenen Türen intransparente Entscheidungen zu produzieren. Dabei ist auf Rechtssicherheit für alle Beteiligten, insbesondere für die Menschen mit Psychiatrie-Erfahrung und ihre Angehörigen, zu achten.

### ***Vollversorgung realisieren oder: Inklusion ist ein Konzept für alle***

Die Zeichen gesellschaftlicher Entwicklungen sind zurzeit eher auf Exklusion gerichtet; gleichwohl entwickelt sich eine Bewegung in Richtung der Stärkung des gesamtgesellschaftlichen Systems zur Überwindung dieses Trends zur Exklusion und zur Befähigung der Gesamtgesellschaft zu mehr Inklusion. Auch hier gilt es, sich an den alten

sozialpsychiatrischen Grundwert des Sektors bzw. der Regionalen Vollversorgung, also an das regionale Exklusionsverbot(!), zu erinnern. Bei diesem Gesamtprozess zur inklusiven Gemeinde sollte niemand im aktuellen Hilfesystem vergessen werden oder gar zu Schaden kommen. Besonders gefährdet sind diejenigen, die einen besonders hohen Unterstützungsbedarf haben oder besonders Inklusions-unattraktiv sind, wie z. B. Menschen mit schwersten chronischen Verläufen, Menschen mit sogenannten Doppeldiagnosen oder Borderline-Störungen, Menschen mit

herausforderndem Verhalten, wohnungslose und suchtkranke Menschen, Menschen, die aus der forensischen Psychiatrie entlassen werden und viele andere mehr. Der Perspektivwechsel hin zu einer gleichberechtigten Teilhabe sollte auch vor Ort, z. B. in der konkreten Arbeit in einer Gemeinwesen-integrierten Wohngemeinschaft für Menschen mit intensivem Unterstützungsbedarf oder in einer fakultativ geschlossenen Gruppe spürbar und messbar werden. Nur wenn es gelingt, gerade für diesen Personenkreis Fortschritte in der Teilhabe auch in der Praxis zu verwirklichen, kann letztlich von einem gelingenden Inklusionsprozess bzw. –fortschritt ausgegangen werden. Die Verantwortung für die entsprechende Aufmerksamkeit und Achtsamkeit liegt aus unserer Sicht vor allem bei den Gebietskörperschaften in ihren Sozialräumen. Insofern wird Sozialpsychiatrie zukünftig ohne ein gemeindliches Inklusionskonzept unter aktiver Beteiligung aller im Quartier mit dem Ziel Teilhabe und Teilgabe für alle im Quartier zu erreichen, nicht denk- und schon gar nicht umsetzbar sein!

Prof. Dr. Rolf Pohl, Dipl.Psych.

Leipzig Universität Hannover

## „Normal“ oder „pathologisch“?

### Zur Sozialpsychologie der NS-Täter

( Vortrag in Wismar, 27. Januar  
2012, „Erinnern, Betrauern,  
Wachrütteln“ )

#### Vorbemerkung

Wenn von NS-Tätern und Täterinnen gesprochen wird, ist in der Regel von den in unterschiedlichen Funktionsbereichen tätigen Exekutoren des Holocaust (bzw. besser: der Shoah) die Rede. Das aber ist ungenau wegen der dabei häufig vernachlässigten oder gar übersehenen Tatsache, dass die „Zwangssterilisationen“ und die sogenannten „Euthanasie-Morde“ keine Vorstufe, sondern als Modell und als Auftakt bereits die erste Stufe der „Endlösung“ darstellten.

Der Historiker Henry Friedlander hat diese Kontinuität in der Entwicklung von der Euthanasie zur „Endlösung“ eindrücklich nachgewiesen und am ideologischen Hintergrund, den Entscheidungsprozessen, dem beteiligten Personal und vor allem den Selektions- und Tötungstechniken festgemacht (Henry Friedlander: Der Weg zum NS-Genozid. Von der Euthanasie zur Endlösung. München 1997). Ähnlich wie bei den Euthanasiemorden wurden die Selektionen, die direkten Tötungen, die Überwachung der Massenmorde, die bürokratische Verschleierung (durch verharmlosende Totenscheine) und die grausamen Menschenversuche in Auschwitz unter der verantwortlichen

Beteiligung von Ärzten als Herren über Leben und Tod mit dem „Schein medizinischer Legitimität“ (Lifton) versehen. Das Ziel der sogenannten T4-Aktionen – Sie wissen es natürlich und die Erinnerung an die Opfer ist ja der Anlass für Ihre jährliche Gedenkveranstaltung – war nicht die nach außen als Legitimationsgrund angegebene „Erlösung“, ein „Gnadenbrot“ für unheilbare Kranke, sondern die systematische Ermordung von Menschen mit körperlichen und seelisch-geistigen „Behinderungen“, die nach der völkisch-rassistischen Ideologie der Nazis als „lebensunwertes Leben“, oder unter Berufung auf Bindings und Hoches *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* von 1920 als



Prof. Dr. Rolf Pohl beim Vortrag am 27 Januar 2012 in Wismar

„unheilbar Blödsinnige“, als „Ballastexistenzen“ oder als „leere Menschenhülsen“ stigmatisiert wurden. Ein Blick auf die beteiligten Ärzte und Ärztinnen sowie das gesamte eingebundene medizinische Personal lässt für Friedlander als mögliche Tatmotive eine unterschiedliche Mischung aus ideologischen Überzeugungen, Karrierismus, Machtstreben, bürokratischem Eifer, Autoritätsgehorsam und eine ausgeprägte Gefühlskälte und Rohheit gegenüber der Opfern bei ansonsten  *eher durchschnittlichen* Menschen erkennen, wobei die ideologische Zwangsvorstellung von einem rassenhygienisch homogenen und gesunden Volk gleichsam als eine verbindungsstiftende Überzeugung fungierte.

- Was heißt das?

Für Robert Jay Lifton (Lifton: *Ärzte im Dritten Reich*, Berlin 1998) waren die NS-Ärzte ursprünglich an die Ethik ihres Berufsstandes (d.h. an ihren hippokratischen Eid) gebundene „Heiler“, die zu böartigen und zynischen „Mördern“ geworden sind und auf diesem Wege, so der Psychoanalytiker

und Sozialpsychologe Alexander Michler 1960 im Vorwort seiner Neuausgabe der Dokumente zum Nürnberger Ärzteprozess, „die erworbene Fähigkeit der Menschlichkeit narkotisch lähmten“ („Medizin ohne Menschlichkeit“, S. 7). Der Massenmord wurde von ihnen als „medikalisiertes Töten“ betrieben und ihre Motive, so Lifton weiter, waren vor allem ideologischer Natur in einem doppelten Sinne: Sie folgten *gewissermaßen einer* „biomedizinischen Vision“, in der die von ihnen geteilte rassistische Nazi-Ideologie mit ihrer berufsmäßigen medizinischen, seit langem von der Eugenik geprägten Ideologie eine unheilvolle Mischung eingingen. Nach dieser Vision galt ihnen ihr Mordhandwerk als neuer „therapeutischer Im-

perativ“, nach dem die Beseitigung der Behinderten, der Juden und der Zigeuner usw. wie die Entfernung eines entzündeten Blinddarms im Volkskörper als medizinisch geboten erschien. Die Euthanasie-Ärzte ließen sich gemäß dieser ideologischen Prägung bereitwillig dafür einspannen, den T4-Tötungsanstalten den Anschein von „Heilanstalten“ zu geben. Die Vernichtung der Juden und des „unwerten Lebens“ war von Anfang an als volksmedizinisches Projekt geplant, bei dem den Ärzten als „medizinische Soldaten“ eine Schlüsselrolle zugewiesen wurde. Was folgt daraus für eine täterpsychologische Analyse? Trotz ihrer offenkundigen Nähe zur nationalsozialistischen, in volkshygienische Vorstellungen einmündende NS-Ideologie gilt für die beteiligten Ärzte stellvertretend für alle NS-Täter, dass bis auf wenige Ausnahmen, so Friedlander u.a., ganz „normale Männer und Frauen bereit waren, professionelle Mörder zu werden“ (Lifton, a.a.O., S. 13) und „ohne Skrupel furchtbare Verbrechen auszuführen“ (S. 60).

Nur, so ist bereits an dieser Stelle zu fragen, wie „normal“ ist der mit diesen ideologischen Einstellungen ver-



Abb. Propagandaplakat der Nationalsozialisten

bundene de-humanisierende Blick auf die Patienten, ein Blick, der ihre Ermordung offenbar subjektiv erleichterte und als nützliche Müllentsorgung von „biomedizinischem Abfall“, oder, wie ein Euthanasie-Arzt es formulierte, als eine Art „fabrikmäßiger“ auf Effizienz ausgerichteter „Kanalreinigung“ rechtfertigen ließ. Reicht hier wirklich der Hinweis auf die allgemeine „Durchschnittlichkeit“ des T4-Personals aus, um die gängige These von der „Normalität“ der NS-Täter zu stützen und zu belegen? Mit dem Diskurstheoretiker Jürgen Link lassen sich hier berechnete Zweifel an der ubiquitären Verwendung des Normalitäts-Begriffs erheben: Vor dem Hintergrund der üblichen Rede von der »schrecklichen Normalität« des industriell durchgeführten und bürokratisch geregelten Massenmords an der europäischen Juden hat Link das Problem einer »absoluten Normalitätsgrenze« mit der Frage aufgeworfen: »Kann etwa schlechthin alles, auch der Tod, auch der Terror, auch das Grauen, auch der Ge-

nozid dadurch ‚normalisiert‘ erscheinen, dass es partiell und sektoriell ›normal‹ funktioniert?« (Link, Versuch über den Normalismus, Opladen/Wiesbaden 1999, S. 19).

Dieses inzwischen inflationär verwendete, aber nicht weiter hinterfragte Etikett „normal“ reicht m.E. nicht aus, um die in Hannah Arendts These von der „Banalität des Bösen“ sprachlich verdichteten Kluft zwischen der Monströsität der Taten und der vergleichsweise banal wirkenden Durchschnittlichkeit der Täter zu erklären. (Hannah Arendt, Eichmann in Jerusalem. Ein Bericht von der Banalität des Bösen (9. erweiterte Taschenbuchausgabe). München 1964) Wie ist diese Kluft genauer zu begreifen? Auch Lifton bestätigt in seiner profunden Studie *Ärzte im Dritten Reich* die These von der Durchschnittlichkeit der NS-Mediziner: „Sie waren weder brillant noch dumm, weder von Geburt aus böse noch in moralischer Hinsicht besonders sensibel, sie waren also keineswegs die dämonischen Figuren – sadistisch, fanatisch und mordgierig –, für die sie oft genug gehalten worden sind“ (S. 23). Wenn aber absolute Durchschnittsmenschen die schlimmsten Menschheitsverbrechen begehen

können, liegt das Problem in ihrer Psychogenese zum Massenmörder und den diese Entwicklung fördernden sozialen Bedingungen und dann sind erhebliche Zweifel angebracht, ob diese Entwicklung als „normal“ bezeichnet werden kann. – Wie also war (und ist) es möglich, aus halbwegs »normalen«, gewöhnlichen und dem Bevölkerungsdurchschnitt entsprechenden (scheinbar) »harmlosen« Menschen grausame MassenmörderInnen (sowie an den Verbrechen mitschuldige MittäterInnen, ZuschauerInnen und Claqueure) zu machen und welche psychischen Antriebskräfte bestimmten dabei ihr Handeln?

Diesen Fragen möchte ich mich aus täterpsychologischer Perspektive in zwei Schritten annähern, wobei angesichts der knappen Zeit natürlich nur ein skizzenhafter Überblick möglich ist: 1. Werde ich zumindest streiflichtartig die Durchsetzung und die Bedeutung des Normalitätsbegriffs in der jüngeren NS-Täterforschung behandeln und 2. die Umrisse eines eigenen Ansatzes zur Analyse der NS-Täterschaft im Zeichen eines kollektiven paranoiden Wahns vorstellen, der von einer Kritik des m.E. fal-

schen Gegensatzes von „normal“ und „pathologisch“ ausgeht.

Damit komme ich zu meinem 1. Punkt:

### 1. Die Durchsetzung und die Bedeutung des Normalitätsparadigmas in der NS - Täterforschung

Die Entwicklungslinien des öffentlichen und wissenschaftlichen Blicks auf die nationalsozialistischen Täter lassen sich in drei große, sich überlagernde Phasen verdichten. Die *erste Phase* erstreckte sich bis ca. Anfang der 1960er Jahre und war vor allem durch einen dämonisierenden und pathologisierenden Blick auf die Täter gekennzeichnet. Als verbrecherisch (und damit als »schuldig«) galten einige wenige Angehörige der NS-Führungselite (Hitler, Himmler, Heydrich), die Gestapo und die SS, die, so der Historiker Gerhard Paul in seiner Überblicksdarstellung, als »Hort des Abnormen diabolisiert« und damit aus der normalen »deutschen

Gesellschaft« hinausinterpretiert wurden (Gerhard Paul, Von Psychopathen, Technokraten des Terrors und »ganz gewöhnlichen« Deutschen, in: Ders. (Hg.), Die Täter der Shoah. Fanatische Nationalsozialisten oder ganz normale Deutsche?, Göttingen 2002, S. 17). Die Aufspaltung der nationalsozialistischen (und damit der eigenen) Vergangenheit »in eine Sphäre des Verbrechens und eine der Normalität« (ebd.) diente in erster Linie der schuldabwehrenden und damit selbstentlastenden Distanzgewinnung.

Das Täterbild der *zweiten* bis etwa Ende der 1980er Jahre reichenden Phase war stark von einer die Geschichtswissenschaft lange Zeit bestimmenden funktionalistisch-strukturalistischen Sicht bestimmt, das die Entpersonalisierung und des Geschehenen zum Inhalt hatte. Der pathologische Mörder machte dem interesselosen und kalt-Distanzierten bürokratischen Vollstrecker Platz. Bereits in dieser Phase erfolgte eine allmähliche Annäherung an die Normalitätsthese der in den 1990er Jahren folgenden Täterforschung: In den einschlägigen geschichtswissenschaftlichen und soziologischen Untersuchungen bestand weitgehend Konsens dar-

über, dass bei der überwiegenden Zahl der Täter der Anschein von einer psychologisch im Grunde wenig rätselhaften Normalität und profaner Durchschnittlichkeit, gepaart mit einer gewissen Härte sowie einer emotionalen und moralischen Gleichgültigkeit vorgeherrscht habe. In manchen Beschreibungen gelten die NS-Täter als dienstbeflissene Prototypen des modernen Menschen: rational, effizient, flexibel und (wenn erforderlich) auch skrupellos. Individuelle Besonderheiten und irrationale Persönlichkeitsanteile traten in dieser Sicht hinter der These von der Übernahme sozialer Rollenfunktionen nahezu vollständig zurück. Aber auch der Einfluss antisemitischer Ressentiments und Hassbereitschaften als regulative Handlungsmotivationen ist damit (fast vollständig) aus dem Blick geraten.

Dieses in der immer wieder bemühten Zuschreibung einer »eiskalten Sachlichkeit des Tötens« verdichtete Täterbild ließ sich gut mit der Theorie der Rationalität bürokratisch-industrieller Funktionsabläufe im Zentrum der den Holocaust bestimmenden »Logik der Vernichtung« vereinbaren. Dieser Ansatz war in der Zeitgeschichtsforschung lange Zeit tonangebend gewesen und zu deren Schlüsselbegriffen avancierte

die von Hannah Arendt bereits kurz nach dem zweiten Weltkrieg verwendeten Bezeichnungen »Todesfabriken« für die Konzentrationslager und »Verwaltungsmassenmord« für die gesamte Shoah (vgl. Paul 2002, S. 24). In den Mittelpunkt rückt dabei ein Vergleich von Auschwitz mit einem modernen Fabrikssystem. Ein Vergleich, der m.E. den Unterschied zwischen der industriellen Herstellung mehr oder weniger nützlicher Waren und der Ausrottung von Menschen leichtfertig beiseite schiebt und die inhumane Monströsität der Taten verschleiert. Die NS-Täter gelten nach diesem instrumentalistischen Ansatz nicht als grausamen Exekutoren eines staatlich gelenkten Terrors, zu dessen Grundfesten der Minoritätenmord gehörte, sondern lediglich als bloße »ausführenden Organe«, gleichsam als affektlose „Sozialingenieure des Tötens«.

Die *dritte*, im Grunde seit Beginn der 1990er Jahre bis heute andauernde *Phase* der Täter-Diskussion ist durch eine Wiederentdeckung der subjektiven (und vor allem biographischen) Seite des Täterhan-

delns gekennzeichnet. Eingeleitet wurde diese Entwicklung insbesondere durch Brownings Untersuchung des Reserve-Polizeibataillons 101 (1993), durch Goldhagens, heftige Kontroversen ausgelöste Studie *Hitlers willige Vollstrecker* (1996) sowie die ebenfalls heftig und emotional aufgeladen diskutierte »Wehrmachtsausstellung« (ab) 1995. Mit dieser »Rückgewinnung des Subjekts« (Paul 2002, S. 41) wurde das »bisherige Paradigma vom bürokratischen, anonymen und industriellen Prozeß, von den Tätern, die den Massenmord innerlich nicht bejahten oder ihm neutral gegenüberstanden« (ebd., S. 64) überwunden, damit aber auch die endgültige Durchsetzung eines unhinterfragten Normalitätsbegriffs in der NS-Täterforschung besiegelt:

Weder interessenlose Erfüllungsgehilfen, noch pathologische Monster oder gar fanatische Judenhasser, sondern *ganz gewöhnliche Deutsche*, die als eigenständige Akteure des Vernichtungsprozesses unter Gruppendruck, Korpsgeist, Alkoholexzessen und anderen situativen Bedingungen in einem dumpfen, durch die brutalisierende Wirkung des Krieges verschärften Klima der Gewalt standen, gelten nun als Prototypen der ansonsten „voll

normalen“ NS-Täter. Mit diesem Perspektivwechsel ging eine verstärkte Hinwendung zu einzelnen Tätern (und inzwischen auch Täterinnen), Tätergruppen, Tatkomplexen und Einsatzgebieten einher, die zu wichtigen Erkenntnissen und weiteren Differenzierungen des Täterbilds geführt haben.

Für mich ergeben sich aber erhebliche Zweifel, die ich hier nur andeuten kann: Nach dem Normalitätsparadigma gelten die Täter als unbeschädigte, eigenständige Akteure des Vernichtungsprozesses, bei denen sich persönliche Intentionen, soziale Praxisformen und eine situative und sich eskalierende Gewaltdynamik verdichteten. Mit Ausnahme der immerhin zugestandenen maximal fünf bis zehn Prozent an „echten“ Pathologen und Sadisten – diese immer wieder angeführte Anzahl psychisch gestörter Täter wird signifikanterweise kaum nachgewiesen oder begründet – sei das durchgängige Persönlichkeitsbild der Täter eben vollkommen »normal« und deren Antriebskräfte *daher* nicht von mitgebrachten individualpsychologischen Dispositionen beeinflusst oder gar bestimmt. Die Logik dieser Argumentation ist verblüffend. Gewalttätiges Handeln der Akteure be-

greifen Paul und Mallmann somit »nicht individualpsychologisch als aus psychologischen Dispositionen und Motiven ableitbare Kraft«, *sondern* »als eigenständigen situativen Sozialisationsfaktor, als Kraft, die fasziniert, anzieht und die Beteiligten partiell und zeitweise verändert« (Paul/Mallmann Paul, Sozialisation, Milieu und Gewalt. Fortschritte und Probleme der neuern Täterforschung, in: Klaus-Michael Mallmann; Gerhard Paul (Hg.), *Karrieren der Gewalt. Nationalsozialistische Täterbiographien*. Darmstadt 2004, S. 5; vgl. auch ebd., S. 12). Diese Feststellung macht künstlich einen exklusiv verstandenen und damit falschen Gegensatz zwischen *entweder* psychisch (durch frühkindlich Sozialisation) determiniert – *oder* durch situative Prägungen bestimmt auf. Als maßgeblich erscheinen die dieser Täterforschung im Zeichen des Normalitätsbegriffs nur die konkreten »Handlungsfelder und die in ihnen gemachten Erfahrungen« (ebd., S. 10), *nicht aber* eine individualbiographische Untersuchungsperspektive.

Als Begründung für diese Prioritätensetzung genügt offenbar allein der Hinweis auf die zum Leitbild dieser konkret-empirisch ausgerichteten Forschung geronnene »Normalität« der Täter. Allerdings ist diese immer wieder beschworene und schlicht mit Durchschnittlichkeit gleichgesetzte »vollkommene« Normalität auch in der Geschichtswissenschaft umstritten. So weist Peter Longerich in seiner Gesamtdarstellung der nationalsozialistischen Judenverfolgung nach, dass gerade das von Browning und Goldhagen in den Mittelpunkt ihrer Untersuchung gestellte Reserve-Polizeibataillon 101 keineswegs den Durchschnitt ganz gewöhnlicher, nur zufällig rekrutierter Deutscher ohne tiefere Affinität zum Nationalsozialismus und seiner rassistischen Ideologie repräsentiert habe. Brownings »ordinary men« und Goldhagens »willing executioner« stellten sogar eher eine Minderheit dar (vgl. Peter Longerich, *Politik der Vernichtung. Eine Gesamtdarstellung der nationalsozialistischen Judenverfolgung*. München 1998, S. 310). Und was den Einfluss der ideologischen Überzeugungen angeht, in dessen Mittelunkt das antisemitische Ressentiment gegen die Juden steht, so lässt sich mit

Saul Friedländer ergänzen: Das Täterverhalten »war auch nicht vorwiegend das Ergebnis einer ganzen Reihe normaler sozio-psychologischer Verstärkungen, Zwänge und gruppendynamischer Prozesse, die von ideologischen Motivationen unabhängig gewesen wären, wie Christopher R. Browning meint« (Saul Friedländer, *Die Jahre der Vernichtung. Das Dritte Reich und die Juden. Zweiter Band 1939–1945*. München 2006, S. 18).

Die vorherrschende NS-Täterforschung sieht hier zwar den Antisemitismus, kann ihn und seinen Einfluss auf die Tätermotivation aber nur konkretistisch als feststellbare persönliche Haltung einzelner Täter fassen. Da aber »eine direkte Kausalbeziehung zwischen antisemitischer Fanatisierung und Verbrechen nur in Ausnahmefällen wirklich nachweisbar« sei, *müsse* die Forschung sich weiterhin verstärkt den »konkreten Taten«, den »situativen Arrangements des Tatfeldes« und den individuellen Tatmotiven »jenseits der wie auch immer gearteten antisemitischen Motivationen« widmen (Paul 2002, S. 66). - Der Begriff der »Normalität« reicht aber nach meiner Überzeugung an diese Dimension

des objektiv herrschenden Grauens nicht heran.

Was folgt daraus für die Suche nach Antworten auf die Frage nach der Normalität der nationalsozialistischen Täterinnen und Täter? Wie lassen sich die Begriffe »Normalität« und »Pathologie« und ihr Verhältnis zueinander differenzierter fassen und für eine Analyse der Motivstruktur der Akteure fruchtbar machen? Ohne eine subjekttheoretische, auf das sozial vermittelte Verhältnis bewusster und unbewusster Konfliktdynamiken zielende Perspektive wird das, so meine Überzeugung, nicht oder nur schwer möglich sein.

## 2.. „Normalität“ und „Pathologie“ im Zeichen eines kollektiven Wahns

Wenn wir aus dieser subjektzentrierten Perspektive zumindest annäherungsweise erklären (nicht verstehen) wollen, wie aus halbwegs durchschnittlichen Männern und Frauen Massenmörder im Dienste einer angeblich »guten« und »notwendigen«

Sache gemacht wurden, besteht die Hauptaufgabe darin, sich vor allem mit jenen unbewussten psychischen *Mechanismen* auseinandersetzen, die zur Abwehr drohender Folgen von inneren und äußeren Konflikterfahrungen verwendet werden und die die Menschen für völkische Propaganda und destruktive „Lösungen“ gesellschaftlicher und persönlicher Krisen anfällig machten. Hier geht es also um die für die Sozialpsychologie klassische Frage nach der Verzahnung von totalitärer Herrschaft und psychischen Dispositionen der in einer faschistischen Masse aufgehenden Einzelnen, ohne die die bereitwillige Preisgabe der mühsam erworbenen Fähigkeit zur (Mit-)Menschlichkeit (Mitscherlich) nicht erklärbar ist. Das heißt auch: Ohne eine massenpsychologische Perspektive (Stichwort: „Volksgemeinschaft“) und insbesondere ohne eine systematische Berücksichtigung des Antisemitismus als einer die allgemeine alltägliche Wahrnehmung und das gesellschaftliche Klima bestimmenden *sozialen Pathologie* wird das m.E. nicht möglich sein. - Eine Analyse der subjektiven Bedingungen der NS-Täterschaft sollte aber zunächst an einer (auch klinisch) genaueren

Bestimmung des Verhältnisses von *Normalität* und *Pathologie* ansetzen.

Für diese Bestimmung sind vor allem zwei Erkenntnisse der Psychoanalyse wichtig: *Erstens* weist Freud am Beispiel der Träume und Fehlleistungen auf die grundsätzliche Übereinstimmung zwischen normalen und pathologischen Mechanismen in der Arbeitsweise der psychischen Persönlichkeit hin. Diese Kongruenz entkräftet den verbreiteten Vorwurf an die Psychoanalyse, sie würde Phänomene außerhalb ihres klinisch-therapeutischen Rahmens in unzulässiger Weise pathologisieren. Im Mittelpunkt stehen hier die unbewussten psychischen *Abwehrmechanismen*, deren erste Erscheinungsformen und ihre Quellen bereits in der frühesten Kindheit auftreten – darauf komme ich noch genauer zurück.

An dieser Stelle fügt sich die *zweite* Erkenntnis Freuds über die Verbindung des Pathologischen zur Normalität ein: »Das Ich [...] muß ein normales Ich sein. Aber ein solches Normales Ich ist, wie die Normalität überhaupt, eine Idealfiktion. Das abnorme, für unsere Absichten unbrauchbare Ich ist leider keine. Jeder Normale ist eben nur durchschnittlich normal, sein Ich nähert sich dem des Psychotikers in dem oder jenem Stück, in größerem oder geringerem Ausmaß [...]« (Sigmund Freud (1937), Die

endliche und die unendliche Analyse, in: Ders.: Gesammelte Werke, Bd. 16, S. 80). Freud zieht daraus eine zentrale Schlussfolgerung, die inzwischen zum allgemeinen Standard der psychiatrischen Diagnostik gehört: *Die Grenze zwischen Normalität und Pathologie ist fließend.* - Aus beiden Thesen Freuds über das Verhältnis von Normalität und Pathologie folgt, dass pathologische „Einsprengsel“ bis hin zu psychotischer Reaktionsbereitschaften zum (latenten) Kernbestand auch halbwegs normaler Persönlichkeiten, ihrer Wahrnehmungsorganisation und ihres Affekthaushalts gehören.

Das heißt: Pathologie und Normalität stellen weder in klinischer, noch in sozialpsychologischer Hinsicht einen absoluten Gegensatz dar und wir müssen akzeptieren, dass selbst wahnhafte Reaktionsbereitschaften zum subjektiven Potential ganz »normaler« Persönlichkeitsverläufe zählen. Neben der *Isolierung* und der *Spaltung* gehören vor allem früh erworbene *Projektions- und Introjektionsmecha-*

*nismen* zu diesen quasi-psychotischen Reaktionsbereitschaften, die in Zeiten innerer und äußerer Krisen regressiv zur Abwehr (vermeintlich) drohender Gefahren mobilisiert werden können. Was ist damit gemeint und welche Bedeutung kommt diesen unbewussten psychischen Verarbeitungsprozessen für die Genese der Täterschaft im Nationalsozialismus zu? Der archaische Abwehrmechanismus der Projektion dient letztlich der Entlastung des Ichs von sozial induzierten, unerträglich gewordenen intrapsychischen Spannungen und den mit ihnen verbundenen Unlusterfahrungen. Grundlage dieses Mechanismus ist ein allgemeiner frühkindlicher Modus im Umgang mit sich und der Außenwelt, zu dessen Kern auch eine »primitive« Hassbereitschaft gegenüber allen unlusterregenden Reizen gehört. »Das [frühe] Ich haßt und verabscheut mit Zerstörungsabsicht alle Objekte, die ihm zur Quelle von Unlusterfahrungen werden« (Sigmund Freud 1915, Triebe und Triebchicksale, in: Ders., Gesammelte Werke, Bd. 10, S. 230). Auf diesem Boden findet, so Freud weiter, eine frühe Aufspaltung zwischen der Verinnerlichung lustvoll erlebter Quellen und Objekte (Introjektion) und der Abstoßung

jener eigenen inneren Regungen, die Anlass von Unlust werden (Projektion).

Ähnlich wie Freud führt auch die englische Kinderanalytikerin Melanie Klein diesen paranoid getönten Introjektions- und Projektionsvorgang als Urform und Vorbild einer aggressiven Objektbeziehung auf eine ursprünglich normale Abwehrreaktion gegen angstauslösende innere und äußere Bedrohungen in den frühesten Entwicklungsstadien der Subjektivität des Kindes, der sogenannten »paranoid-schizoiden Position« zurück, bei der alles Gute (durch Introjektion) von innen zu kommen scheint und alles als böse empfundene (durch Projektion) nach außen abgestoßen wird. Der narzisstische Gewinn liegt in der irrigen Annahme, man selber sei gut und das, was anders ist, eher schlecht, minderwertig oder sogar »böse«. Im Verlauf der Sozialisation wird dieser früh erworbene (und für den angestrebten seelischen Ausgleich äußerst nützliche) Mechanismus im Umgang mit inneren und äußeren Wahrnehmungen und den dahinter stehenden archaischen Ängsten in der Regel einigermaßen sozialverträglich abgemildert, aber nie vollständig überwun-

den. In Zeiten existenzieller Krisen können grundsätzlich alle, also auch die »Normalen« und vermeintlich »Gesunden« auf diese primitive Sicht von sich und der Welt zurückfallen, in der unbewusst der Glaube vorherrscht, durch Isolierung, Abspaltung, Veräußerlichung, Verfolgung und gegebenenfalls durch die Zerstörung des angstauslösenden Bedrohlichen in Sicherheit zu sein oder zu bleiben. In der Möglichkeit derartiger regressiver Rückgriffe liegt psychologisch gesehen das gefährlichste, weil *im Normalen* liegende psychische Potential, das den wichtigsten subjektiven Anknüpfungspunkt einer rassistischen Politisierung ausmacht, zu deren Prototypen zweifellos der antisemitische Massenwahn der Nationalsozialisten gehört.

Die psychischen Wurzeln dieses paranoiden und destruktiven (kollektiven) Prozesses gehören also zur »normalen« Subjektkonstitution, aber die weiteren Wege und Mechanismen der antisemitischen Feindbildkonstruktion folgen dem *Muster* einer Pathologie (und zwar einer

sozialen) mit deutlichen paranoiden Wahngehalten. Der Hass auf Fremde bei gleichzeitiger Selbstdefinition durch die Zugehörigkeit zu einer überlegenen Rasse, Gruppe oder Nation trägt in seiner Primitivität wahnhaft Züge. Dahinter stehen diffuse Ängste und Wahrnehmungsverzerrungen, die bis zum Realitätsverlust reichen können. Das innere Bild (die »Repräsentanz«) des Fremden entsteht nach dem Muster eines (verfolgenden) frühen und nun nach außen verlagerten unassimilierten Bildes (Introjekts). Das im Innern abgespaltene und als fremd und bedrohlich empfundene Eigene wird, wie gesehen, auf äußere Feinde projiziert und stellvertretend an ihnen verfolgt.

Für eine sozialpsychologische Analyse des Antisemitismus und seiner Bedeutung im Kontext sozialer und psychischer, für die Konstitution der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft grundlegender Integrations- und Ausgrenzungsprozesse (= Inklusion und Exklusion) ist der Projektions-Mechanismus von großer Bedeutung: durch ihn werden wiedererkennbare Feindbilder konstruiert, die soziale Wahrnehmung massenpsychologisch geformt und der Hass in die

ideologisch vorgestanzten Richtungen gebahnt: Dieser gesteuerte kollektive Hass gibt die ausgesuchten Opfer schließlich (potenziell) der Vernichtung preis. Was ist damit gemeint? Der wahrnehmungspsychologische Schlüsselsatz in der *Dialektik der Aufklärung* von Horkheimer und Adorno lautet: Der „als Feind erwählte wird schon als Feind wahrgenommen“. Damit wird der Weg angedeutet, auf dem durch den Projektionsmechanismus das innerlich Vertrauteste als äußerer Feind geprägt werden kann (Horkheimer/Adorno 1947, *Dialektik der Aufklärung*. Philosophische Fragmente. Frankfurt am Main 1986, S. 196). Das ursprünglich ersehnte, dann verpönte Eigene kann und muss erst zum Verhassten gemacht werden, ehe der Abspaltungs- und Projektionsmechanismus auf dem beschriebenen Weg praktisch wirksam greift und dieses Potential massenpsychologisch in die Totalität einer vernichtungsbereiten Volksgemeinschaft überführt werden kann. Am Ende dieses komplexen projektiven Wahrnehmungsvorgangs steht für Horkheimer und Adorno schließlich der Sprung von der Stigmatisierung zur Auslöschung: „Ist es einmal so weit, dann erscheint das bloße Wort Jude als die blutige Gri-

masse [...]; dass einer Jude heißt, wirkt als die Aufforderung, ihn zuzurichten, bis er dem Bilde gleicht“ ( ebd.: 195 ).

Zum Opfer aber können nur diejenigen gemacht werden, die besonders geeignet zu sein *scheinen*, mit dem unbewussten Inhalt der Projektionen und damit schließlich mit dem eigenen »Bösen« des Projizierenden *identifiziert* zu werden. Erst diese unbewusste Identifizierung des Objekts mit den verpönten Selbstanteilen und den dazugehörenden Affekten ( Aggression und Hass ) schafft eine Verbindung, die ein zerstörerisches Eindringen in die nun als absolut feindlich empfundenen Objekte als Gegenmaßnahme gegen die ihnen unterstellten gefährlichen Tendenzen nicht nur erlaubt sondern geradezu erzwingt. Einmal als absoluter Feind konstruiert muss dessen unerbittliche Rache gefürchtet und abgewehrt. Der konstruierte äußere Verfolger wird durch diese projektive Verschiebung zum Träger der eigenen zerstörerischen Haseregungen. An den Juden ( und nach gleichem Muster

den anderen „Fremdvölkischen“ und „Gemeinschaftsfremden“ ) können nun jene Verbrechen begangen werden, die der paranoide Wahn ihnen selbst angedichtet hat. Erst durch diesen Projektionsvorgang kann das Feindobjekt zur Inkarnation des absolut Bösen erhoben werden. Als »wichtigste Folge dieses Vorgangs entstehen,« so der Psychoanalytiker Otto Kernberg, »gefährliche, vergeltungssüchtige Objekte gegen die der Projizierende wiederum sich zur Wehr setzen muß [...]; er muß das Objekt beherrschen und eher selber angreifen, bevor er ( wie er fürchtet ) vom Objekt überwältigt und zerstört wird« ( Otto Kernberg, *Borderline-Störungen und pathologischer Narzissmus*, Frankfurt am Main 1979, S. 51f. ). – Die Verfolgung und Vernichtung des gefährlichen, weil übermächtigen und vergeltungssüchtigen Feindes, der nicht nur das eigene Selbst, sondern auch die Gemeinschaft der Gleichgesinnten bedroht, erscheint dann als „putative“ ( vermeintliche ) Notwehrhandlung – ein Muster, das auch die Beschwörung des „nationalen Notstands“ im heutigen Rechtsextremisten bestimmt.

Hier stoßen wir auf einen engen Zusammenhang von Antisemitismus und nationalsozialistischer Volksgemeinschaft, der die Motivstruktur der Täter unter der Ausnützung und kollektiven Mobilisierung der hier bisher weitgehend am Individuum festgemachten Abwehrmechanismen maßgeblich beeinflusst hat: Die entscheidende Triebfeder der ( versuchten ) Transformation der deutschen Gesellschaft in eine »harmonische« Volksgemeinschaft ist die Konstruktion des »absoluten« jüdischen Feindes, von dessen Ausmerzung das eigene Seelenheil als Kollektiv abhängen sollte. Die Kraft des antisemitischen Wahns und die ihm inhärente paranoid getönte Abwehr-Kampf-Bereitschaft war für die allgemeine Wahrnehmungsorganisation derart prägend, dass dabei nicht einmal alle Volksgenossen und Volksgenossinnen überzeugte und fanatische Antisemiten zu sein brauchten.

Das Inklusionsversprechen der Nationalsozialisten ( d.h.: nicht nur dazu, sondern auch noch einer überlegenen Herrenrassen anzugehören ) war somit an die Verankerung des Antisemitismus und der mit ihm verknüpften wahnähnlichen sozialen Wahrnehmungsmuster in den Alltag

gebunden. Das lässt den Schluss zu: Der erste grundlegende Schritt zur wehrhaften Volksgemeinschaft lag in dem Versuch einer kollektive Angleichung der Wahrnehmungsorganisation nach dem Muster einer manichäischen (fast religiös-dualistische) Aufteilung der Welt in gut und böse, in Freund und Feind. Zur Idee und zur Konstitution der nationalsozialistischen Volksgemeinschaft gehörte in der Konsequenz die Ausmerzung von einer erst konstruierten, dann als solche wahrgenommenen Differenz, die nicht an sozialen Gegensätzen und Ungleichheiten, sondern am Bild des Juden als Repräsentant des „Anderen“ schlechthin festgemacht wurde. Aus diesem Grund ist die politische Wahrnehmungssteuerung so gemein wichtig gewesen und d.h.: Der Krieg gegen das menschliche Leben beginnt mit der Bemächtigung und der Veränderung der Wahrnehmung. Diese Pervertierung der Wahrnehmungsmuster im Zeichen eines kollektiven (paranoiden) Wahns gehörte somit zu den Grundlagen der Volksgemein-

schaft. Das bedeutet nicht, dass der Einzelne, aus psychopathologischer Sicht »gestört« sein muss, im Gegenteil: der Anschluss an die Volksgemeinschaft ermöglicht die Beteiligung und die Mitwisserschaft an Massenverbrechen im Zeichen dieses kollektiven Wahnsystems, ohne dass die »Normalität« der Akteure im Sinne einer psychiatrisch unauffälligen »Durchschnittlichkeit« wesentliche Einbußen erfahren muss. »Der Wahn war Teil der Normalität geworden, und man könnte durchaus die Behauptung aufstellen, daß der Wahnsinn der »Gesunden« sich an den Geisteskranken und den Juden austobte« (Isidor Kaminer, Normalität und Nationalsozialismus, in: Psyche – Z Psychoanal 51, Heft 51/1997, S. 389; vgl. Rolf Pohl, Rolf: Der antisemitische Wahn. Aktuelle Ansätze zur Psychoanalyse einer sozialen Pathologie, in: Stender, Wolfram; Follert, Guido & Özdoğan, Mihri (Hg.), Konstellationen des Antisemitismus. Antisemitismusforschung und sozialpädagogische Praxis. Wiesbaden 2011, auch unter: <http://www.agpolpsy.de/wp-content/uploads/2009/05/rolf-pohl-der-antisemitische-wahn.pdf>).

Die wenig beruhigende Schlussfolgerung daraus lautet: Das Absinken in

die Barbarei ist faktisch weder ein kollektiver Rückfall in vorzivilisierte Zeiten, noch eine pathologische Regression des Individuums auf eine vorsoziale primitive Stufe seiner Persönlichkeitsentwicklung, sondern vielmehr die Mobilisierung eines zum humanspezifisch und gesellschaftlich »Normalen« zählenden Potentials. – Die (nennen wir es in Ermangelung eines präziseren Begriffs) »Normalpathologie« des Einzelnen verträgt sich gut mit Entmenschlichung und einer möglichen Beteiligung an Massenmorden. Die mit den antisemitischen Stereotypen von niederen Tieren oder auszurottenden Krankheitserregern bereits vorgenommene Entmenschlichung des jüdischen Feindobjekts wird mit diesem steuernden Eingriff in die konfektionierte Wahrnehmungsorganisation gleichsam vollendet. Für Adorno ist „der gesellschaftliche Schematismus der Wahrnehmung bei den Antisemiten so geartet, daß sie die Juden überhaupt nicht als Menschen sehen.“ Eine derartige Dehumanisierung aber, so Adorno weiter, „enthält bereits den Schlüssel zum Pogrom“, denn die „Entrüstung über begangene Grausamkeiten wird um so geringer, je unähnlicher die

Betroffenen den normalen Lesern sind“ (bzw. scheinen).

### Fazit und Ausblick

Um keine Missverständnisse aufkommen zu lassen: Die objektiven gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse lassen sich selbstverständlich nicht aus dem Seelenleben der Individuen erklären und so lässt sich auch der Antisemitismus natürlich *nicht* aus den Deformationen des Einzelnen ableiten. Allerdings können wir aus einem (vorsichtigen) Vergleich der Mechanismen von (paranoider) Psychose und Massenwahn viel über das Funktionieren scheinbar vollkommen »normaler« Exekutoren einer staatsdoktrinären Vernichtungspolitik und damit über die Antriebskräfte der NS-Täter lernen (ö *ohne* Massenbindung kann ein paranoider Wahn als private Krankheit ausbrechen und, wie wir bei Anders Breivik in Oslo und Utoya gesehen haben, in einen aberwitzigen und grausamen Amoklauf einmünden).

Wir erfahren aus diesem Vergleich aber auch etwas über die Gefahren, die potenziell selbst in einer demokratischen Gesellschaft von der Abstumpfung von Moral und der Pervertierung der Wahrnehmung durch die Mobilisierung eines die Massen in Krisenzeiten ergreifenden Freund-Feind-Denkens ausgehen kann. In solchen Krisenzeiten können, wie hier genauer aufgezeigt werden sollte, insbesondere „paranoide Züge mobilisiert“ werden und sich in die Normalität des Alltagsbewusstseins eingraben. Dabei denke ich weniger an den *manifesten* Rechtsextremismus mit seiner aggressiven und mit bis zu 160 Toten seit 1990 tödlichen Menschenverachtung. Da ist natürlich überhaupt nichts zu bagatellisieren, aber was Adorno 1959 schon gesagt hat, ist auch heute zu bedenken: „Ich betrachte das Nachleben des Nationalsozialismus *in* der Demokratie als potentiell bedrohlicher denn das Nachleben faschistischer Tendenzen *gegen* die Demokratie“ (Theodor W. Adorno (1959): Was bedeutet: Aufarbeitung der Vergangenheit?, in: Ders., Gesammelte Schriften, Bd. 10.2., Frankfurt am Main 1980, S. 126). Was heißt das? Die große Gefahr geht von einer gesellschaftlichen Entwicklung aus, die

den Rechtsextremismus immer wieder aufs Neue erzeugt, möglich macht und sich als offene Speerspitze der geheimen Reinigungswünsche des deutschen Volkes begreifen lässt. Damit meine ich die Verankerung und die mit der gesellschaftlichen Krise zunehmende Verbreitung fremdenfeindlicher und antisemitischer Einstellungen „in der Mitte der Gesellschaft“, wie alle einschlägigen empirischen Studien der letzten Zeit (auch wieder die neuste über den Antisemitismus in Deutschland vor ein paar Tagen) ergeben haben und die sich weniger etwa an Sarazins völkisch-biologischer Sicht auf die „Fremden“ in Deutschland selbst, als an der erschreckend hohen positiven Zustimmung zu ihm ablesen lässt.

Natürlich muss der Rechtsextremismus mit allen gebotenen politischen, polizeilichen und rechtlichen Mitteln bekämpft werden, aber wenn die mit dieser allgemeinen Verbreitung von Xenophobie verbundenen sozialen Wahrnehmungsgewohnheiten mit ihrer zwischen Freund und Feind geteilten Menschlichkeit nicht angegangen werden, wird den manifesten Rechten der soziale Nährboden nicht entzogen werden können. – Damit

komme ich zum Schluss noch einmal auf die gesellschaftliche Rolle der Medizin zurück: Unter dem Gesichtspunkt der Kontinuität mit den Wahrnehmungsgewohnheiten der NS-Ärzte müsste das heißen, die Warnung Alexander Mischerlich von 1978 vor einer zunehmenden „Versachlichung“ der Medizin immer wieder ernst zu nehmen und unter den heutigen rasanten technologischen Weiterentwicklungen aufzugreifen. Für Mischerlich war die NS-Medizin ein „früher Exzess von Versachlichung“, die sich bis heute „mit voller Intensität zwischen Arzt und Patient geschoben“ hat und diesen „zum totalen Objekt“, eben zu einer bloßen „Sache“, einem „Werkstück wie am Fließband“, wie er in einem Aufsatz einmal geschrieben hat, gemacht hat. Und was medizinisch und technisch *möglich* ist, muss nicht *deshalb* immer auch ethisch vertretbar *sein* oder diskursiv *gemacht* werden. Zeigt sich die aktuelle Dringlichkeit dieser (ja heute Nachmittag vorgesehenen) Diskussion des Verhältnisses von Medizin und Ethik – nicht etwa an der

durch die PID-Diskussion transportierte Wahrnehmung des Körper der Frau unter dem Gesichtspunkt technischer Verfügbarkeit und vor allem des potentiell „behinderten“ ungeborenen Leben als bloßen „Risikoträger“? Wo liegt hier, auf die von mir hervorgehobenen Wahrnehmungsmuster bezogen, eigentlich der Unterschied zu dem furchtbaren Bild der NS-Euthanasie von den Behinderten als bloße „Ballastexistenzen“?



Abb. Propagandaplakat der Nationalsozialisten



Institut für Sozialpsychiatrie  
des Landes Mecklenburg-Vorpommern  
An-Institut der Ernst-Moritz-Arndt-Universität  
Greifswald

**Organisatorisches:**

- Ihre Anmeldungen nehmen wir gerne bis zum **12.10.2012** in der Außenstelle Rostock entgegen.

Institut für Sozialpsychiatrie  
des Landes Mecklenburg-Vorpommern  
An-Institut der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald  
Ellerholzstraße 1-2  
17487 Greifswald

**Außenstelle Rostock**  
Doberaner Str. 47  
18057 Rostock  
Tel.: 0381-123 71 81  
Fax: 0381-123 71 26  
E-Mail: institut@sozialpsychiatrie-mv.de



Institut für Sozialpsychiatrie  
des Landes Mecklenburg-Vorpommern  
An-Institut der Ernst-Moritz-Arndt-Universität  
Greifswald

**Einladung**

zum

**6. Forschungsseminar Sozialpsychiatrie**

am **Donnerstag, den 18.10.2012**  
von **14.00 - 17.00 Uhr**

**Veranstaltungsort:**  
Klinikumskirche zu Stralsund  
auf dem Gelände der  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität  
Greifswald im HELIOS Hanseklitorium Stralsund  
Rostocker Chaussee 70  
18437 Stralsund

**6. Forschungsseminar Sozialpsychiatrie**

Zur **Vernetzung von Forschung und Praxis** veranstaltet das Institut für Sozialpsychiatrie des Landes Mecklenburg-Vorpommern, An-Institut der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, regelmäßig das **"Forschungsseminar Sozialpsychiatrie"**. Im Rahmen des Forschungsseminars sollen aktuelle Forschungsergebnisse zeitnah und direkt für PraktikernInnen zugänglich gemacht werden und hier diskutiert werden. So können gleichzeitig Anregungen der Praxis in die Versorgungsforschung einfließen.

Hierzu herzlich eingeladen sind:

- Wissenschaftler aus der Versorgungsforschung
- Anbieter von sozialpsychiatrischen Leistungen, wie z. B.
  - Kliniken,
  - niedergelassene Ärzte,
  - komplementärer Bereich
- Leistungsträger
- Angehörige
- Psychiatrie-Erfahrene
- Studierende
- und anderweitig an sozialpsychiatrischer Forschung interessierte Personen.

Professor Dr. med. H. J. Freyberger

Professor Dr. phil. Ingmar Steinhart

**Programm:**

Vorträge mit Diskussion

- 14.00 Uhr** **Begrüßung**  
Professor Dr. med. H. J. Freyberger
  - 14.10 Uhr** **„Die Rolle der Ethnologie in der psychiatrischen Versorgungsforschung“**  
Dr. med. Sebastian von Peter,  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité  
Universitätsmedizin Berlin
  - 14.50 Uhr** **„Sind Behandlungszufriedenheit, Selbstwirksamkeit und Resilienz im Trialog messbar?“**  
Dr. med. Lieselotte Mahler,  
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité  
Universitätsmedizin Berlin
  - 15.30 Uhr** **Kaffeepause**
  - 16.00 Uhr** **„Resümee aus einer Pilotstudie zum Thema geschlossene Unterbringung“**  
Andreas Speck, Ricarda Christ, Professor Dr. med. H. J. Freyberger, Professor Dr. phil. Ingmar Steinhart,  
Institut für Sozialpsychiatrie M-V e. V.
  - 16.20 Uhr** **„Was denkt die Öffentlichkeit über die gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebote? Einstellungsentwicklungen 1990-2012“**  
PD Dr. med. Georg Schomerus,  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der  
Universität Greifswald im HELIOS Hanseklitorium Stralsund
  - 17.00 Uhr** **Veranstaltungsende**
- Moderation: Professor Dr. phil. Ingmar Steinhart



**Kontakt**

„Alles was ihr wollt, dass euch die Leute tun sollen, das tut ihnen auch.“  
Matthäus 7.12

**Demenztag**  
Die Perspektive von Erkrankten und Angehörigen

**Klinik für Psychiatrie**  
Külzstraße 13  
17033 Neubrandenburg  
Tel.: 0395 775-4502  
Fax: 0395 775-4507  
psy@dbknb.de



Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum  
Parkplatz (kostenpflichtig) **P**

**Vorsorge  
Diagnostik  
Therapie**

**12.09.2012**  
**15:00 bis 17:00 Uhr**  
**Bethesda-Klinik, Neubrandenburg**

**Vorwort**

**Programm + Informationen**

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

die verschiedenen Formen der Demenz beschäftigen Medizin und Wissenschaft – sei es in der Grundlagenforschung oder im alltäglichen Behandeln von erkrankten Menschen. Neue Wege von Diagnostik, Therapie und medizinischer Versorgung werden gesucht. Ziel des Demenztages ist, verschiedene Perspektiven des Krankheitsbildes zu beleuchten. Nachdem im vorigen Jahr Demenznetzwerke vorgestellt wurden, widmet sich dieser Demenztag ausschließlich der Perspektive von Erkrankten und Angehörigen.

Helga Rohra wird über ihre Erfahrungen als Demenzbetroffene sprechen und ihre Ideen und Forderungen zur Integration von Menschen mit Demenz vorstellen.

Dietmar Ascher berichtet aus der Angehörigen-gruppe Demenzerkrankungen.

Ich möchte Sie herzlich zu dieser interessanten Fortbildungsveranstaltung einladen.

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. Rainer Kirchhefer

**Programm**

**Demenztag, 12.09.2012**  
**Bethesda-Klinik, Neubrandenburg**

15:00 Uhr	<b>Begrüßung</b> <i>Dr. Kirchhefer</i>
15:15 Uhr	<b>„Aus dem Schatten treten – Warum ich mich für unsere Rechte als Demenzbetroffene einsetze“</b> <i>Helga Rohra</i>
16:45 Uhr	<b>Vorstellung der Selbsthilfegruppe „Angehörige Demenzerkrankungen“</b> <i>Dietmar Ascher</i>

**Referenten**

**Helga Rohra**  
arbeitet freiberuflich als Übersetzerin mit Schwerpunkt Medizin/Naturwissenschaften  
Autorin des Buches „Aus dem Schatten treten – Warum ich mich für unsere Rechte als Demenzbetroffene einsetze“ (Mabuse-Verlag)

**Dietmar Ascher**  
Initiator der Selbsthilfegruppe „Angehörige Demenzerkrankungen“

**Dr. Rainer Kirchhefer**  
Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Bei der Ärztekammer sind Fortbildungspunkte beantragt.

**Sponsoren**

Die Veranstaltung wird u.a. unterstützt durch die Fa. Merz Pharma und Lundbeck GmbH

**Anmeldung**

Bitte melden Sie sich bis zum **10.09.2012** unter psy@dbknb.de, per FAX 0395 775-4507 oder per Telefon 0395 775-4502 an.

# »Suizidprävention - eine Herausforderung an die Gesellschaft«

40. Jahrestagung der Deutschen  
Gesellschaft für Suizidprävention -  
Hilfe in Lebenskrisen e.V. (DGS)

2. bis 4. November 2012 in Rostock



**die lobby für kinder**

## Kontakt Anmeldung

- Deutscher Kinderschutzbund, Landesverband M-V e.V.  
c/o office-online Tagungsbüro  
Wilhelm-Herbst-Str. 12  
28359 Bremen  
Tel: 0421 - 201 13 29  
E-Mail: [dksb@office-online.de](mailto:dksb@office-online.de)  
[www.dksb-mv.de](http://www.dksb-mv.de)



Universitätsklinikum  
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für  
Psychiatrie und Psychotherapie

**Workshops:**

- Satellitensymposien
- Posterausstellung
- Industrieausstellung
- Bücherstand

**Programmkomitee und Koordination:**

- M. Amering (Wien)
- T. Bock (Hamburg)
- H. J. Freyberger (Greifswald)
- E. Gottwalz-Ippen (Hamburg)
- A. Karow (Hamburg)
- M. Krausz (Vancouver)
- M. Lambert (Hamburg)
- D. Naber (Hamburg)
- G. Schomerus (Greifswald)

Diese Tagung findet statt in Zusammenarbeit mit:

- Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Wien
- Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

**Tagungsort**

Universität Hamburg  
Hauptgebäude  
Edmund-Siemers-Allee 1  
D-20146 Hamburg

**Tagungsgebühren**

Anmeldung und Bezahlung bis 31.12.2012 € 225,00  
Anmeldung und Bezahlung ab 01.01.2013 € 275,00  
Tageskarte € 150,00

50 % Ermäßigung für StudentInnen, PflerInnen und Arbeitslose gegen Vorlage einer entsprechenden Bescheinigung.

Bitte überweisen Sie die Tagungsgebühren auf das Konto:

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
HSH Nordbank AG  
Konto Nr.: 104364000  
BLZ: 21050000  
Kennwort: 0722/015 und Name der Teilnehmerin / des Teilnehmers

**Kongressbüro**

Birgit Hansen  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf  
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Martinistraße 52, D-20246 Hamburg  
Tel.: 040 7410 55616  
Fax: 040 7410 52999  
e-mail: bhansen@uke.de  
www.uk.de/kliniken/psychiatrie

XV. Tagung

**Die subjektive Seite der Schizophrenie**

**Zeit für Wandel**

27. Februar bis 01. März 2013  
im Hauptgebäude der Universität Hamburg

Erste Ankündigung

Liebe KollegInnen und Kollegen,  
sehr geehrte Damen und Herren,

Der Titel der diesjährigen Tagung „Zeit für Wandel“ reflektiert die Bedeutung von Zeit für Veränderung und Entwicklung und markiert die Verbindung zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft.

Vieles in unserer Versorgung fokussiert auf den Augenblick und die Akutmedizin. Betroffene und ihre Angehörigen bleiben nicht selten nach dem ersten Kontakt mit der Psychiatrie alleine. Aber jede Hilfe hat ihre Zeit und braucht ihre Zeit. Die akute Krise ist dabei immer nur die Spitze des Eisbergs. Hinter jeder Krise verbirgt sich eine Geschichte, die manchmal Erfahrungen und Geheimnisse von Generationen reflektiert. Um wirksam zu sein, müssen wir diese Entwicklung verstehen und integrieren – sowohl in uns als auch in das Versorgungssystem.

Wie es so schön heißt „Das einzige Mittel gegen Geburt und Tod besteht darin, die Zeit dazwischen zu nutzen.“ Wir möchten die Erfahrung eines gemeinsamen Weges über anderthalb Jahrzehnte nutzen und versuchen, die notwendigen Veränderungen besser zu verstehen und neue Horizonte zu eröffnen.

Dafür werden Rückblicke auf Vergangenes mit dem kritischen Blick auf das Erreichte und dem Ausblick auf das Kommende aus individueller, systemischer und wissenschaftlicher Perspektive verbunden, z.B. mit dem anhaltenden Interesse an der etwas anderen Tagung zur subjektiven Seite.

- M. Amering
- T. Bock
- H. J. Freyberger
- E. Gottwalz-Ippen
- A. Karow
- M. Krausz
- M. Lambert
- D. Naber
- G. Schomerus

**Bindung und Beziehung über Generationen**

Verschiedene Arbeiten zur Psychologie der Kinder von Holocaust Überlebenden, der Bedeutung von Traumata, aber auch zu der Resilienz Überlebender machen die Notwendigkeit einer Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte eindrücklich deutlich. Aus triadischen Perspektiven wird die Bedeutung von Beziehungen reflektiert. So sind Familien eine wichtige Ressource und gleichzeitig ein Konfliktfeld. Wie geht eine Familie damit um, wenn Psychosen über mehrere Generationen auftreten? Wie gehen Professionelle mit einer Doppelrolle als Angehörige und Experten um?

**Der frühe Beginn und Wachsen in Krisen – erste Erfahrungen mit der Psychiatrie**

Der Beginn einer Psychose fällt oft in eine Zeit, die für junge Menschen durch Umbrüche gekennzeichnet ist. Die Bewältigung altersangemessener Entwicklungsschritte wird durch einen frühen Krankheitsbeginn erschwert. Was sind die Besonderheiten von Psychosen in der Adoleszenz und wie sieht der erste Kontakt mit dem Behandlungssystem aus? Wie gehen Betroffene, ihre Familien und Professionelle mit einem frühen Beginn von Psychosen um? Dabei wird deutlich, dass die Grenzen zwischen den Fächern wieder durchlässiger werden müssen. Die Erfahrungen aus Berlin, Bern, Köln und Hamburg werden alltagsnah und evidenzbasiert erörtert.

**Die Zeiten ändern sich – Entwicklungen in der Psychotherapie, Evidenz in der Pharmakotherapie**

Die Möglichkeiten und Grenzen von Psychotherapie bei Psychosen, sowie die Langzeiterfahrungen mit integrierten Modellen werden aufgezeigt. Sind Psychopharmaka und seelische Gesundheit ein Gegensatz? Und sind die bestehenden Konzepte einer psychopharmakologischen Langzeittherapie überhaupt realistisch?

**Stürmische Zeiten**

**Systemperspektiven auf psychische Störungen**  
Wo bitte geht es hier raus? Aktuelle Fragen nach der geänderten Gesetzesgrundlage für Zwangsbehandlungen und der Situation schizophrener Patienten im Maßregelvollzug möchten wir unter Berücksichtigung ihres juristischen Hintergrundes erörtern. Auch die brisante Frage, ob Behandlung für psychische Erkrankungen in Zeiten knapper werdender Ressourcen gerecht verteilt ist, wird anhand von Hamburger Daten kritisch beleuchtet.

**Heilt Zeit alle Wunden? – Perspektiven zur Recovery**

Was uns nicht umbringt, macht uns hart? Menschen verzweifeln manchmal an der eigenen Geschichte oder scheitern gar an ihr. Aber wenn wir unsere Geschichte richtig verstehen und integrieren, kann die Zeit auch eine Verbündete werden. Der Frage nach Trauma und Resilienz wird anhand von Daten aus der Traumaforschung und persönlichen Erfahrungen nachgegangen. Dabei wird auch die Frage aufgeworfen, ob Recovery ein Menschenrecht ist.

**Die Zeit ist reif für Entwicklung**

**Im Wandel der Zeit – Zeit für Wandel**  
Wird die Menschheit tatsächlich kränker oder die Krankheit menschlicher? Was ist aus der „guten, alten“ Schizophrenie geworden? Mit Hilfe gesellschaftlicher Perspektiven auf psychische Störungen im philosophischen Diskurs möchten wir uns diesen Fragen annähern und einen Paradigmenwechsel innerhalb psychiatrischer Langzeittherapien anstreben. Dabei wird auch gefragt, ob und wie der Zeitgeist unsere Behandlungskonzepte prägt.

ANKER Sozialarbeit Gemeinnützige GmbH  
Weiterbildungsakademie / Schulungskoordination

## Übersicht der Fortbildungsveranstaltungen September – Dezember 2012

Stand: 16.07.2012 – Änderungen möglich



1. **Suizidalität**  
Termin: Mittwoch, **5. September 2012**, 15.00 – 17.00 Uhr  
Ort: großer Seminarraum, Sacktannen  
Referent: Heinz Przibylla, Oberarzt CFFK Schwerin
2. **Projektvorstellung Gleichgewicht + Film „Hungry Hearts“**  
Termin: Mittwoch, **26. September 2012**, 11.00 – 14.00 Uhr  
Ort: großer Seminarraum, Sacktannen  
Referenten: Projektteam „Gleichgewicht“, ANKER
3. **IBRP - Grundschulung**  
Termin: Montag, **8. Oktober 2012** 8.30 – 16.00 Uhr  
Ort: großer Seminarraum, Sacktannen  
Referenten: Steffen Wittmann, Karin Niebergall-Sippel, ANKER
4. **Situative Anwendung deeskalativer Strategien (2täglich)**  
Termine: Donnerstag, **25. Oktober 2012** 10.00 – 18.00 Uhr  
Freitag, **26. Oktober 2012** 8.30 – 16.00 Uhr  
Ort: großer Seminarraum, Sacktannen  
Referent: Dietmar Böhmer, ehem. Polizist, Sozialarbeiter, Verhaltenstherapeut, Soest
5. **Grundlagen der systemischen Gesprächsführung (2täglich)**  
Termine: Mittwoch, **7. November 2012** 9.00 – 16.00 Uhr  
Mittwoch, **12. Dezember 2012** 9.00 – 16.00 Uhr  
Ort: großer Seminarraum, Sacktannen  
Referentin: Cornelia Raube, Psychologin, Systemische Therapeutin, Schloss Tessin
6. **Umgang mit Menschen mit einer Borderline-Störung**  
Termin: Mittwoch, **14. November 2012**, 14.00 – 16.00 Uhr  
Ort: großer Seminarraum, Sacktannen  
Referentin: Melany Neubauer, Psychologische Psychotherapeutin, AHG-Poliklinik Schelfstadt
7. **Film „...“**  
Termin: Mittwoch, **28. November 2012** 14.00 – 16.00 Uhr  
Ort: großer Seminarraum, Sacktannen

**Weitere Informationen und Ansprechpartner:**

**Frau Karin Niebergall-Sippel**

**Anker Sozialarbeit gGmbH Scherin**



## Veranstaltungskalender 2012

Datum	Uhrzeit	Ort	Veranstaltung	Was wird gemacht
15. August	17.00 – 19.00	Stadthaus	Psychoseseminar	Zwischen Liebe und Abgrenzung – Betroffene und Angehörige im Zwiespalt der Gefühle
06. September	19.00	noch mehr freiraum26 Burgstr. 1	Themenabend mit Filmvorführung	Wir zeigen den Film „vincent will meer“ mit anschließender Gesprächsrunde
26. September	16.30	noch mehr freiraum26 Burgstr. 1	Mitgliederversammlung	Treffen der Mitglieder der ISA
10. Oktober			Tag der seelischen Gesundheit  Theateraufführung der freiräumer	Genauerer zur Eröffnungsveranstaltung wird noch bekannt gegeben
11. Oktober	19.00	noch mehr freiraum26 Burgstr. 1	Lesung der Literaturbo(o)ten	Die Literaturgruppe vom „Boot“ Wismar liest eigene Texte
17. Oktober	17.00 – 19.00	Stadthaus	Psychoseseminar	„Ach du lieber Gott“ Psychose und Relegion
ab November	Tag und Uhrzeit dem Kursangebot des freiraums zu entnehmen	noch mehr freiraum26 Burgstr. 1	gemütliche Nachmittage mit basteln und ähnlichem	Voraussichtlich immer Mittwoch oder Freitag Nachmittag
01. November	19.00	noch mehr freiraum26 Burgstr. 1	Entspannungsabend	Ein Abend rund um´s Thema Entspannung mit Gabriele Dziemba (Physiotherapeutin und Jin Shin Do-Praktikerin)
November		freiraum26 Münzstr. 26	Verkaufsausstellung „verrückte Weihnacht“	Unterschiedliche Künstler/ Vorweihnachtsmarkt



## Veranstaltungskalender 2012

13. November	Uhrzeit wird noch bekannt gegeben	freiraum26 Münzstr. 26 und Burgstr.1	Eine Straße liest	Lesen für den guten Zweck, Erlöse dieser Veranstaltung z. Bsp. für Unicef oder Schweriner Tafel
1. Dezember	18.00 – 23.00	Freiraum26 Münzstr. 26	Mitternachtsshopping	shoppen im vorweihnachtlichen Flair
5. Dezember	14.00 – 16.00	Sacktannen 12 Halle 5	Adventsingen gemeinsame Veranstaltung der ISA und Anker Sozialarbeit	Gemütlichkeit und gemeinsames Singen bei Kaffee und Kuchen
06. Dezember	19.00	noch mehr freiraum26 Burgstr. 1	Nikolausüberraschung mit Andreas Lembcke (Schauspieler am Mecklenburgischen Staatstheater Schwerin)	Überraschung, nur soviel... Andreas Lembcke „Lemmi“ ist ein Garant für Spaß und gute Laune
12. Dezember	17.00 – 19.00	Stadthaus	Psychoseseminar	Gesundheit oder Krankheit? „entweder – oder“ oder „sowohl – als auch“
Dezember		noch mehr freiraum26 Burgstr. 1	Weihnachtsfeier	Für alle Teilnehmer und Freunde des freiraums  genauer Termin wird noch bekannt gegeben

**Weitere Informationen und Kontakt:**

Initiativgruppe Sozialarbeit Schwerin, Rogahnerstr. 4, Schwerin,

HerrKarl Heinz Kriegelstein, 0385 202260

# Einführung: „Motivational Interviewing“ in der Sozialpsychiatrie

Mangelnde Behandlungsmotivation ist eine alltägliche Erfahrung im Umgang mit psychiatrisch auffälligen Menschen. Therapeutische Vereinbarungen werden nicht eingehalten oder durch ausweichende Verhaltensweisen unterlaufen. Es ist eine alltägliche Erfahrung, dass Klienten die vereinbarten therapeutischen Maßnahmen nicht oder nur unzureichend umsetzen. Das gilt etwa für die Bereitschaft, vereinbarte Ziele im Betreuungs- und Behandlungsprozess umzusetzen aber auch für den Umgang mit Medikamenten. Die „Motivierenden Gesprächsführung“ zeigt, wie in solchen Situationen Widerstände konstruktiv aufgegriffen und - gemeinsam mit dem Klienten - lösungsorientiert bearbeitet werden können.

Die Veranstaltung ist eine Einführung in die Theorie und Praxis der Motivationalen Gesprächsführung. Der inhaltliche Schwerpunkt Fokus liegt auf klassische akuten psychiatrischen Situationen vor dem Hintergrund unterschiedlicher Störungsbilder.

## Referent:

Hr. PD Dr. rer.nat. Ralf Demmel, Dipl.Psychologe,  
Psychologischer Psychotherapeut, Münster

## Termin:

12.10.2012  
9.00 Uhr bis 16.00 Uhr

## Informationen:

Geschäftsstelle des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV e.V.  
Frau Borrach, 0381 1237181

---

**Einladung**

zur Fortbildungsveranstaltung  
**Einführung Motivational Interviewing in der Sozialpsychiatrie**  
am 12.10.2012 von 09.30 - 16.30 Uhr



ANKER Sozialarbeit gGmbH  
- Weiterbildungsakademie -  
Seminarraum Halle 5  
Sackannen 12  
19057 Schwern

---

**ANKER SOZIALARBEIT**   
Sozialpsychiatrie GmbH




## „BLACK SWAN“

Film von Darren Aronofsky

**Mittwoch 19.09.2012**

**18.00 – 21.00 Uhr**

**Ort: Bio-Bistro „Alte Sternwarte“, Martin-Luther-Str. 10, 17489 Greifswald**

Film – Vortrag – Diskussion

## Black Swan

### Vortrag zum Film

**Ingrid Hacker-Vosen, Regionalleitung Sozialpsychiatrie Pommerscher Diakonieverein e.V.**

„Schwanensee“ als Oberfläche für ein grausames Spiel zwischen Ehrgeiz und dunkler Mütterlichkeit, zwischen Wahn und Wirklichkeit.

### Moderation: Frau Dr. Meyer-Klette, Bürgerhafen

Weitere Informationen:

Herr Jens Tode

Pommerscher Diakonieverein e.V.

Gützkower Landstraße 32

17489 Greifswald

## Arbeitsgruppentermine 2012

<b>LAG</b> <b>Wohnen und Selbstversorgung</b> - Frau Kathrin Tampe- Tel.:0381/1237712	<b>23.05.2012</b> Rostock	<b>24.08.2012</b> Rostock		
<b>UAG Pflege</b> - Frau Thea Freitag Tel.:038758/ 30223	<b>22.03.2012</b> Matgendorf	<b>14.06.2012</b> Groß Lehmha- gen	<b>20.09.2012</b> Rostock	
<b>UAG Geschlossene Wohnformen</b> - Herr Steffen Brandt Tel.:03998/360680	<b>13.03.2012</b> Demmin	<b>07.06.2012</b> <b>08.06.2012</b> Neu Kaliß	<b>30.10.2012</b> Matgendorf	
<b>UAG Leiter PSW</b> - Frau Köpke Tel.:0385/ 591110	<b>19.04.2012/</b> <b>20.04.2012</b> Grevesmühlen		<b>18.10.2012/</b> <b>19.10.2012</b> Waren	
<b>UAG Betreute WF</b> - Frau Heike Nitzke Tel: 039741/80400	<b>28.03.2012</b> Rostock			
<b>LAG</b> <b>Tages und Kontaktge- staltung</b>	<b>14.05.2012</b> Rostock	<b>22.08.2012</b> Rostock	<b>14.11.2012</b> Rostock	
<b>UAG Tagesstrukturie- rung OST</b> - Frau Mirka Wiebke Tel.: 03971/2905490	<b>22.03.2012</b> Neubranden- burg	<b>28.06.2012</b> Anklam	<b>25.10.2012</b> Greifswald	
<b>UAG Tagesstrukturie- rung WEST</b> - Herr Sigmar Johnson Tel.: 038203/ 63989	<b>03.04.2012</b> Rostock			
<b>LAG Teilhabe an Ar- beit, Beschäftigung und Ausbildung</b>	<b>14.05.2012</b> Rostock	<b>22.08.2012</b> Rostock	<b>14.11.2012</b> Rostock	
<b>UAG Reha und Arbeit</b> - Frau Pagels Tel.:	<b>15.03.2012</b> Schwein		<b>11.10.2012</b> Ahlbeck	
<b>AG Geschäftsführ.</b> Frau Sandra Rieck Tel.: 03841 / 20 04 27	<b>15.03.2012</b> Matgendorf		<b>13.09.2012</b> Matgendorf	
<b>AG HP/HPK</b> Fr. Niebergall-Sippel Tel.: 0385 / 6 17 32 56 Fr. Dr. Wrociszewski Tel.: 0381 / 3 81 43 46	<b>20.04.2012</b> Rostock			
<b>AG Forens. Psych.</b> Hr. Leeder Tel.:03831 / 45 30 74	<b>01.06.2012</b>		<b>11.10.2012 oder</b> <b>12.10.2012</b> Stralsund	

**Termine des Landesverbandes Sozialpsychiatrie Mecklenburg Vorpommern e.V.:**

<b>AG Länger leben in MV</b> Frau Fischer Tel.:0151/ 11339345			<b>12.09.2012</b> Rostock	
<b>AG Kinder- u. Jugend- psychiatrie</b> Frau Bertold 0381 / 123 71 24	<b>02.03.12</b> Greifswald			
<b>UAG Ergotherapie</b> Frau Synwoldt 039976/54072	<b>15.03.2012</b> Matgendorf	<b>07.06.2012</b> Neubrandenburg	<b>11.10.2012</b> Waren	

Impressum:  
Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V.  
Andreas Speck  
Doberanerstraße 47  
18057 Rostock  
Tel. 0381 / 123 7113  
Fax: 0381 / 123 7126  
Www.sozialpsychiatrie-mv.de