

# 1 Grundlagen, Entwicklungslinien, Trends



## Was Sie in diesem Kapitel lernen können

Im Folgenden werden zunächst recht allgemeine Grundlagen für die Soziale Arbeit in der Sozialpsychiatrie dargestellt. Dazu gehört, die jüngere Geschichte der Sozialpsychiatrie in Deutschland (► Kap. 1.1) zu beschreiben, auch um zu verdeutlichen, welchen Weg sie bislang gegangen ist, wie sich die heutige Unterstützung psychisch erkrankter Menschen gestaltet und welche zukünftigen Entwicklungen sich abzeichnen. Des Weiteren werden theoretische Annahmen, Leitprinzipien und Zielsetzungen der Sozialen Arbeit in der Sozialpsychiatrie skizziert (► Kap. 1.2), die den besonderen Zugang und die spezifische Perspektive der Wissenschaft und Profession Sozialer Arbeit charakterisieren. In ähnlicher Weise werden auch die Leitbilder bzw. Leitorientierungen der Sozialpsychiatrie vorgestellt (► Kap. 1.3); es wird dafür argumentiert, dass diese in hohem Maße kompatibel mit den vorher dargestellten Grundannahmen Sozialer Arbeit sind. In einem weiteren Abschnitt wird es dann darum gehen, darzustellen, von welchen Gesundheits- und Krankheitsmodellen (► Kap. 1.4) in der Sozialpsychiatrie sinnvollerweise auszugehen ist. Zum Schluss werden besondere soziale Probleme (► Kap. 1.5) vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Prozesse thematisiert.

## 1.1 Jüngere Geschichte der Sozialpsychiatrie

Über die historische Entwicklung der Psychiatrie hin zu einer sozialen Psychiatrie, Sozialpsychiatrie oder auch Gemeindepsychiatrie ist bereits hinlänglich viel geschrieben worden (vgl. grundlegend u. a. Krumm & Becker 2012; Kumbier, Haack & Hoff 2013; Clausen & Eichenbrenner 2016; Gruber u. a. 2018a und zur Geschichte Sozialer Arbeit in der Psychiatrie: Brückner 2015), weshalb sich hier auf die kursorische Darstellung der jüngeren Geschichte konzentriert wird. Es sei hier nur kurz angemerkt, dass sich die Geschichte der Psychiatrie nicht ohne die Auswirkungen der Aufklärung, der Entwicklung des Bürgertums und die zunehmende Medizinalisierung der Gesellschaft verstehen lässt (vertiefend: Dörner 1995; Blasius 1980, 1995; Foucault 1973; Goffman 1973).

Grundsätzlich ist zu konstatieren, dass sich die soziale Seite der Psychiatrie erst in der Mitte des 20. Jahrhunderts vom bis dahin eher medizinisch dominierten Blick auf psychische Erkrankungen und deren Behandlung emanzipierte, obwohl die erste Verwendung des Begriffs »Sozialpsychiatrie« älteren Datums ist (vgl. Kumbier, Haack & Hoff 2013, 36). Für das unterschiedliche Selbstverständnis sprechen u.a. die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) im Vergleich zur Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) und auch die vielfach vorzufindende Trennung der eher klinisch-medizinisch-naturwissenschaftlichen Psychiatrie (in Kliniken, bei niedergelassenen Neurolog\*innen und Psychiater\*innen) von der eher lebensweltlich-sozialwissenschaftlichen Sozialpsychiatrie (ebenfalls in manchen Kliniken, vor allem aber im Bereich der Eingliederungshilfe).

Die Behandlung und Versorgung bzw. Separation (chronisch) psychisch erkrankter Menschen in »Armen- und Arbeitshäusern«, »Irrenanstalten«, »Heil- und Pflegeanstalten« oder psychiatrischen Großheimen war seit dem Mittelalter bis in das letzte Drittel des 20. Jahrhunderts der Normalfall im gesellschaftlichen Umgang mit dieser Bevölkerungsgruppe, obwohl bereits im 19. Jahrhundert vereinzelte Initiativen der sog. »Offenen Fürsorge für Geistesranke« und wissenschaftliche Theorien eines sozialmedizinischen Verständnisses auch der psychischen Erkrankung zu verzeichnen sind (vgl. Kumbier, Haack & Hoff 2013, 37 f.; Gruber u.a. 2018a, 13 f.). Im Zusammenhang mit dem dann sich aber doch durchsetzenden erbbiologisch-sozialdarwinistischen Verständnisses psychischer Erkrankungen entwickelte die Psychiatrie seit Beginn des 20. Jahrhunderts bis hin zu den Verbrechen in der NS-Zeit ein völlig anderes Verständnis: Psychische Erkrankung wurde als »anormal«, vererbbar und als degenerative, nicht-heilbare Störung verstanden und psychisch erkrankte Menschen zunehmend marginalisiert, diffamiert und schließlich im Rahmen der sog. »T4-Aktion« getötet (vgl. Kumbier, Haack & Hoff 2013, 40; Gruber u.a. 2018a, 15 f.).

Nach dieser Phase der immer stärker menschenverachtenden Psychiatrie, deren Aufarbeitung erst verzögert im Rahmen der gesellschaftlichen Entwicklungen seit den 1960ern gelang, und der sich in Deutschland erst langsam reformierenden Psychiatrie, fand in Westdeutschland mit dem Einsetzen der Enquete-Kommission zur Untersuchung der Lage der Psychiatrie in Deutschland und deren Bericht (Deutscher Bundestag 1975) ein Durchbruch nicht nur in der gesellschaftlichen Debatte zum Umgang mit psychisch erkrankten Menschen, sondern auch in der Reform der »kustodialen Psychiatrie« statt. In dem Bericht wird u.a. festgehalten, dass die Entwicklung nach dem Zweiten Weltkrieg »in fast allen psychiatrischen Krankenhäusern zu elenden und menschenunwürdigen Lebensbedingungen« führte, »denen vor allem die chronisch Kranken ausgesetzt waren« (Deutscher Bundestag 1975, 62). Zusammenfassend wurden »Mängel in der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter« in folgenden Bereichen gesehen:

1. »Die unzureichende Unterbringung psychisch Kranker und Behinderter in den psychiatrischen Krankenhäusern und das Fehlen alternativer Einrichtungen, welche die stationäre Versorgung im Krankenhaus ergänzen.

2. Der Mangel an Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, für Alkoholranke und Drogenabhängige, für psychisch ranke alte Menschen und erwachsene geistig Behinderte.
3. Die unzureichende Kapazität an Psychotherapie für die große Zahl seelisch bedingter und seelisch mitbedingter Krankheiten.
4. Die mangelhafte Koordination aller an der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter beteiligten Dienste, insbesondere der vielfach unzulänglichen Beratungseinrichtungen und sozialen Dienste.« (Deutscher Bundestag 1975, 4)

Interessant erscheint zudem die Feststellung, dass ein interdisziplinäres Wissen und Können unabdingbar war (und ist), um den

»vielfältigen sowohl biologischen wie psychosozialen Bedingungen psychischer Krankheiten in gleicher Weise gerecht zu werden und die Versorgung von den Auswirkungen organischer Hirnkrankheiten bis zu neurotischen Entwicklungen und psychosomatischen Beeinträchtigungen zu planen.« (Deutscher Bundestag 1975, 5)

Zu den dort aufgeführten Disziplinen gehörte neben der Medizin und Psychologie auch die Sozialarbeit, die im Weiteren an der Entwicklung alternativer Unterstützungsangebote großen Anteil hatte.

Die vorherrschende Institutionalisierung psychisch Erkrankter bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde soziologisch am prägnantesten durch den Begriff der »totalen Institution« gekennzeichnet, die Erving Goffman (1973) für psychiatrische Kliniken mit Langzeitstationen sowie entsprechende Heime und für Gefängnisse prägte:

### **Totale Institution**

»Eine totale Institution lässt sich als Wohn- und Arbeitsstätte einer Vielzahl ähnlich gestellter Individuen definieren, die für längere Zeit von der übrigen Gesellschaft abgeschnitten sind und miteinander ein abgeschlossenes, formal reglementiertes Leben führen« (Goffman 1973, 11).

Das zentrale Merkmal totaler Institutionen besteht darin, dass die Schranken, die normalerweise diese drei Lebensbereiche (Wohnen, Freizeit, Arbeit) voneinander trennen, aufgehoben sind:

1. »Alle Angelegenheiten des Lebens finden an ein und derselben Stelle unter ein und derselben Autorität statt.
2. Die Mitglieder der Institution führen alle Phasen ihrer täglichen Arbeit in unmittelbarer Gesellschaft einer großen Gruppe von Schicksalsgenossen aus, wobei allen die gleiche Behandlung zuteil wird und alle die gleichen Tätigkeiten gemeinsam verrichten müssen.
3. Alle Phasen des Arbeitstages sind exakt geplant, eine geht zu einem vorher bestimmten Zeitpunkt in die nächste über und die ganze Folge der Tätigkeit wird von oben durch ein System expliziter formaler Regeln und durch einen Stab von Funktionären vorgeschrieben.

4. Die verschiedenen erzwungenen Tätigkeiten werden in einem einzigen rationalen Plan vereinigt, der angeblich dazu dient, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen« (Goffman 1973, 17).

Das auf die Psychiatrie-Enquete folgende »Modellvorhaben zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich« erzeugte Ende der 1980er Jahre in Deutschland die notwendigen, menschenrechtlich wie fachlich begründeten Reformen (vgl. zu einer Bilanz: Aktion Psychisch Kranke 2006; Armbruster u. a. 2015). Die daraus resultierenden Impulse wurden von der Krankenversicherung, den Sozialhilfeträgern sowie der freien und öffentlichen Wohlfahrtspflege aufgenommen, umgesetzt und weiterentwickelt. Für die DDR sind die sozialpsychiatrischen Reformbestrebungen vor allem mit den sog. Rodevischer und Brandenburger Thesen verbunden:

»In den (Rodewischer; Anm. d. Verf.) Thesen wurde als notwendige Voraussetzung eine »aktive therapeutische Einstellung« gefordert. Im Weiteren wurden die Öffnung der psychiatrischen Anstalten, die soziale Integration psychisch Kranker in die Gesellschaft und damit einhergehend der Aufbau ambulanter und teilstationärer Versorgungsstrukturen angestrebt. Dabei sollte die kontinuierliche Weiterbetreuung in so genannten gemeinschaftsnahen Behandlungszentren eine wichtige Rolle spielen.« (Kumbier, Haack & Hoff 2013, 41)

Anders als in der BRD gelang der Ausbau dieser gemeindepsychiatrischen Infrastruktur nicht derart, lediglich das regionale Angebot von teilstationären oder ambulanten medizinischen Kliniken war mit dem diesbezüglichen Ausbau in der BRD vergleichbar. Die Brandenburger Thesen fokussierten vor allem die Notwendigkeit der therapeutischen Gemeinschaft, einer Reformidee, die sich auch in der BRD zunehmend verbreitete (vgl. Kayser u. a. 1981).

Auf deutlichere Reformen drängte die Antipsychiatrie, die eine Abschaffung der psychiatrischen Institutionen forderte und alternative Formen der psychiatrischen Hilfe hervorbrachte (vgl. Lehmann & Stastny 2002; Gruber u. a. 2018a, 17 f.).

Ab den 1990er Jahren entwickelte sich eine differenzierte gemeindepsychiatrische Unterstützungs- und Versorgungslandschaft mit vielfältigen Angeboten im Bereich der psychiatrisch-neurologischen Medizin in Krankenhäusern, Tageskliniken und Institutsambulanzen, bei niedergelassenen Psychiater\*innen, Neurolog\*innen und Psychotherapeut\*innen auf der einen und mit Tages- und Begegnungsstätten, betreutem Wohnen, diversen Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten, Sozialpsychiatrischen Diensten, psychiatrischer Pflege, Kriseninterventionsdiensten, Integrierter Versorgung und Soziotherapie auf der anderen Seite (vgl. ► Kap. 6; Rössler & Kawohl 2013, 55 ff.). Auch Selbsthilfe, Trialog und die Ausbildung und der Einsatz von Genesungsbegleiter\*innen sind vielerorts bereits feste Bestandteile der Versorgung in Kliniken und Einrichtungen der Eingliederungshilfe (► Kap. 5). Trotz dieser erfolgreichen Ausweitung und Differenzierung des Angebots gelingt es hierüber nicht (vollständig), die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, wie in § 1 SGB IX gefordert, zu garantieren. Auch ein Leben in der Gesellschaft statt in institutionalisierten Formen der Unterstützung kann dementsprechend nicht vollständig gewährleistet werden und so bleibt es vielfach bei einem Leben, das zwar formal in der Gesellschaft und ohne physischen

Ausschluss gelebt werden kann, in dem jedoch die vollständige, vor allem soziale Integration (► Kap. 1.3.3) verfehlt wird.

## 1.2 Theoretische Annahmen, Leitlinien und Zielsetzungen der Sozialen Arbeit

Der Tatsache, dass die Berufsgruppe der Sozialarbeiter\*innen zu den Professionen gehört, die einen Großteil der sozialpsychiatrischen Unterstützung – zumindest innerhalb der Leistungen der Eingliederungshilfe – erbringen, steht die frappierende theoretisch-konzeptionelle Enthaltbarkeit der Sozialen Arbeit bzgl. der Begründung und damit Legitimation ihres Einsatzes in diesem Feld, aber auch der gesamten Sozialpsychiatrie entgegen. Bis auf wenige Autor\*innen (z. B. Sommerfeld u. a. 2016; Baumeler u. a. 2012) gibt es keine explizite, umfassende und kohärente Theoretisierung der Psychiatrie aus Sicht der Sozialen Arbeit. Vor allem hinsichtlich der theoretischen, ideellen und konzeptionellen Grundlagen, von denen die Soziale Arbeit und die Sozialpsychiatrie ausgehen, ist das überraschend. Bevor in diesem Kapitel ausgewählte Theorien Sozialer Arbeit auf ihre Anwendbarkeit für den sozialpsychiatrischen Sektor überprüft werden, sei darauf verwiesen, dass viele der in den folgenden Kapitel 1.3 und 1.4 aufgenommenen theoretischen Konzepte auch in der Sozialen Arbeit genutzt werden.

Grundsätzlich lassen sich mit Füssenhäuser (2018) folgende drei Theoriepositionen unterscheiden (die von ihr mitbehandelten professionstheoretischen Ansätze werden hier nicht wiedergegeben und bewertet):

### 1.2.1 Bildungstheoretische und diskursanalytische Positionen

Hierzu zählt Füssenhäuser die sozialpädagogische Theoriebildung, wie sie von Klaus Mollenhauer und Michael Winkler vorgenommen wurde.

Mollenhauers Interesse besteht demnach »an der Klärung der Frage der Bildung von Subjektivität, die er als Frage von (Selbst-)Bildungsprozessen formuliert, die Frage nach dem Verhältnis von Individuum und Gesellschaft sowie sein stetes Beharren auf dem Begriff der Generationen.« (Füssenhäuser 2018, 1737) Abgesehen vom typisch erziehungswissenschaftlichen Thema der Sozialisation (über und durch das Verhältnis der Generationen zueinander), ist für eine theoretische Begründung Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie insbesondere der Gedanke der Selbstbildung sowie der Wechselwirkungen von Individuum und Gesellschaft bedeutsam. Winklers Verständnis der Sozialpädagogik charakterisiert Füssenhäuser (2018, 1739) richtigerweise wie folgt: »Zentral für Winklers theoretischen Zugang sind die beiden Begriffe des Subjekts und des Ortes bzw. des Raumes.« Das heißt, dass neben dem

diskurstheoretischen Zugang zur Theorie einer Sozialpädagogik, wie Winkler sie selbst beständig betreibt, er auf der Basis eines subjekttheoretischen Zugangs zwei konstitutive Elemente, den Ort und das Subjekt, erarbeitet. Sein Ortsverständnis ist für die Sozial- bzw. Gemeindepsychiatrie instruktiv, da er hier verschiedene Funktionen anbietet, entlang derer eine Ortsgestaltung vollzogen werden kann.

In seinem Sinne »pädagogische Orte« (oder besser: pädagogisch oder eben auch sozialtherapeutisch wertvolle Orte) sollten

- »Schutz und existenzielle Sicherheit, Geborgenheit und Versorgung bieten,
- »fehlerfreundlich« sein (also angstfreies Lernen mit Rückschritten oder Umwegen ermöglichen),
- Ruhezonen sein, die einen Aufforderungscharakter zur Entwicklung enthalten,
- offen sein für Aneignungsprozesse,
- der Ausgangspunkt zur Erreichung weiterer Orte sein,
- soziales Leben ermöglichen und
- zudem eine Mischung aus Gewohntem und Neuem aufweisen.« (Röh & Meins 2021, 42)

Der Begriff »Subjekt« verdeutlicht Winkler zufolge, dass es die Sozialpädagogik stets mit Menschen zu tun hat, die in einer »selbsttätig hergestellten, durch Handlungen verwirklichten Beziehung zu ihrer Umwelt stehen und sich in dieser Beziehung verändern können.« (Winkler 1995a, 114 zit. nach Füssenhäuser 2018, 1739) Für die Sozialpsychiatrie ist hieran entscheidend, dass sich – ähnlich wie bei Mollenhauer – die Subjekthaftigkeit oder auch die Subjektivierung als wichtiges, letztlich heilsames Kriterium für professionelle Unterstützung herausstellen lässt. Damit ist eine direkte Parallele zur »subjektiven Seite der Psychiatrie« und des daran anschließenden Verständnisses psychischer Erkrankungen zu sehen.

### 1.2.2 Lebenswelt- und bewältigungsorientierte Positionen

Hierzu zählen laut Füssenhäuser die Arbeiten von Hans Thiersch (Alltags- und Lebensweltorientierung) und Lothar Böhnisch (Lebensbewältigung). Zu Böhnischs Verständnis schreibt sie, dass Soziale Arbeit darauf abziele, »Menschen in kritischen Lebenslagen darin zu unterstützen, dass sie Anerkennung erfahren, psychosoziale Handlungsfähigkeit und soziale Orientierung (wieder) erlangen und (neue) soziale Bezüge aufbauen können« (Füssenhäuser 2018, 1740). In Zeiten einer »sozialstrukturellen Dauerkrise«, die für Böhnisch als Ursache der »Bewältigungstatsache« gilt, ist das Subjekt dauerhaft aufgefordert, nach »Wiedererlangung psychosozialer Handlungsfähigkeit« zu streben.

»In diesem Zusammenhang verweist Böhnisch auf vier miteinander verknüpfte Grunddimensionen psychosozialer Handlungsfähigkeit: die Erfahrung des Selbstwertverlustes, die Erfahrung sozialer Orientierungslosigkeit, die Erfahrung des fehlenden sozialen Rückhalts sowie die Sehnsucht nach Normalisierung bzw. die Suche nach Handlungsfähigkeit und Integration.« (Füssenhäuser 2018, 1740)

In seiner »Sozialpädagogik der Lebensalter« (Böhnisch 2017a) zeichnet Böhnisch nach, wie diese Anforderungen zwar variieren, jedoch in ihrer Grundfigur konstant bleiben. Von einer Auseinandersetzung mit Phänomenen abweichenden Verhaltens kommend (Böhnisch 2017b), besteht die Aufgabe Sozialer Arbeit seiner Ansicht nach u. a. im Angebot »funktionaler Äquivalente«, »mit diesem werden Räume bzw. Beziehungen bezeichnet, die es ermöglichen, alternative Erfahrungen in und mit Beziehungen zu machen und so Anerkennung zu erfahren, Vertrauen zu entwickeln und darüber Selbstwert zu stabilisieren.« (Füssenhäuser 2018, 1741) Für die Soziale Arbeit in der Sozialpsychiatrie interessant sind zum einen die Idee einer dauerhaft-kritischen Gesellschaftskonstellation mit der Tendenz zur Prekarisierung von Lebenslagen und die daraus erwachsenden dauerhaft-kritischen Bewältigungsanforderungen an das Subjekt. Hier zeigen sich deutliche Parallelen zu manchen ätiologischen Verständnissen psychischer Erkrankung, insofern diese als in gewisser Weise gesellschaftlich »produziert« oder doch in erheblichem Maße mit hervorgebracht verstanden werden (vgl. z. B. Ehrenberg 2004; Finzen 2013).

Die Alltags- und Lebensweltorientierung, ursprünglich aus der Sozialpädagogik heraus bzw. für die Jugendhilfe entwickelt, geht davon aus, dass sich im Alltag von Menschen deren Anstrengungen zeigen, mit den Anforderungen aus ihrer Lebenswelt zurecht zu kommen. Sie ist stark geprägt von einem verstehenden Ansatz, versucht dabei zu ergründen, wie Menschen ihre Zeit, ihren Raum und ihre sozialen Beziehungen erfahren, welche Routinen sie entwickelt haben, um zurecht zu kommen, und welchen Gefährdungen sie ausgesetzt sind bzw. wie sie sich selbst in ihrem Alltag verstrickt haben. Professionelles Handeln ist in diesem Zusammenhang vor allem von einer »strukturierten Offenheit« und hoher Reflexionskompetenz geprägt (vgl. Thiersch 2015). Zur Anwendung schlägt Thiersch seit langem folgende Struktur- und Handlungsmaximen vor: Prävention, Alltagsnähe, Regionalisierung, Niedrigschwelligkeit, Integration und Partizipation sowie Vernetzen, Planen, Einmischen, Aushandeln und Reflektieren. In einer neueren Veröffentlichung (Thiersch 2020) werden diese wie folgt benannt: Alltagsnähe, Regionalisierung/Sozialraumorientierung, Prävention, Integration/Inklusion, Partizipation.

Systemtheoretische und system(ist)ische Zugänge: Aus der weit gefächerten Theorielandschaft entlang des systemischen Paradigmas sind mit Füssenhäuser (2018, 1741) drei Richtungen zu berücksichtigen: Erstens das systemtheoretische Paradigma Sozialer Arbeit nach Werner Obrecht und Silvia Staub-Bernasconi, zweitens eine Konzeptionierung Sozialer Arbeit im Anschluss an die funktionale Systemtheorie Niklas Luhmanns, wie bei Michael Bommers und Albert Scherr oder auch Frank Hillebrandt, sowie drittens der Versuch, Soziale Arbeit durch den Radikalen Konstruktivismus zu verstehen bzw. sie als postmoderne Soziale Arbeit, wie durch Heiko Kleve geschehen, zu charakterisieren.

Die systemistisch-prozessuale Soziale Arbeit zielt

»sowohl auf eine Beschreibung sozialer Problemdimensionen als auch auf deren Verknüpfung mit spezifischen Wissensbeständen und problembezogenen Arbeitsweisen – Ressourcenerschließung, Bewusstseinsbildung, Modell-, Identitäts- und Kulturveränderung, Handlungskompetenz-Training, Soziale Vernetzung, Umgang mit Machtquellen und -strukturen, Kriterien und Öffentlichkeitsarbeit und Sozialmanagement.« (Füssenhäuser 2018, 1742)



Soziale Probleme entstehen aus veränderter oder stark reduzierter Bedürfnisbefriedigung aufgrund von miteinander verschränkten bzw. einander bedingenden Ausstattungsproblemen (u.a. Krankheit, Behinderung, sozioökonomische Ausstattung, Erkenntnis Kompetenzen), Austauschproblemen (u.a. unfairer Tausch von Gütern, Verständigungsbarrieren) sowie Machtproblemen (Staub-Bernasconi 2018, 211 ff.). Den Zusammenhang zur Psychiatrie verdeutlichen Staub-Bernasconi u.a. (2012) in Zusammenarbeit mit anderen in einem »Positionspapier zum professionellen Beitrag der Sozialen Arbeit bei Menschen mit psychischen Störungen und Erkrankungen im stationären, teilstationären und ambulanten Gesundheitsbereich«. Wie andere auch (Sommerfeld u.a. 2016; Walther und Deimel 2017), verorten die Autor\*innen die Soziale Arbeit in der Psychiatrie als Klinische Sozialarbeit und verweisen auf ein »bio-psycho-sozial-kulturelles Modell des Menschen« (Staub-Bernasconi u.a. 2012, 10 ff.).

In einer anderen Richtung und damit Niklas Luhmanns Gesellschaftstheorie folgend, verstehen Bommes und Scherr die Funktion Sozialer Arbeit als »Inklusionsvermittlung, Exklusionsvermeidung und Exklusionsverwaltung« (Scherr & Bommes 2012, 144), wobei Inklusion zu verstehen ist als von Funktionssystemen, z. B. dem Bildungssystem oder dem Wirtschaftssystem, gesteuerte Berücksichtigung von Personen, insofern diese die Anforderungen des jeweiligen Systems erfüllen.

»Hierbei ist jedoch zu beachten, dass mit Luhmann die Exklusionskraft der Teilsysteme (z. B. vermittelt über die von ihnen formulierten Rollenerwartungen) als sehr stark eingeschätzt werden kann, und umgekehrt die Inklusion eher eine Bemühung des Einzelnen um Anpassung an diese Erwartungen verstanden werden muss.« (Röh 2018a, 83 f.)

Interessant an dieser Sichtweise ist zudem die von Luhmann angenommene »Exklusionsindividualität«, die er als Freiheit der Personen versteht, weil sie eben gerade nicht automatisch in (alle) Funktionssysteme oder in die (ganze) Gesellschaft inkludiert sind. Für die Sozialpsychiatrie ist dieser Ansatz insofern zu berücksichtigen, als damit verstanden werden kann, woran in diesem Sinne Inklusion scheitern kann oder was Inklusion erfordert. Chronisch psychisch kranke Menschen können häufig die zu leistende Anpassung an systemische Anforderungen oder die Übernahme entsprechender Rollen nicht vollziehen, weshalb einerseits an dieser »Inklusionsfähigkeit« auf Seiten der betroffenen Personen selbst bzw. andererseits an der »Inklusionsfähigkeit« der Funktionssysteme, z. B. einem Betrieb auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt als Teil des Wirtschaftssystems, gearbeitet werden kann. Häufig handelt es sich bislang in vielen Lebensfeldern jedoch eher um etwas, das als »stellvertretende Inklusion« (Becker 2000) bezeichnet werden kann, also als eine Einbeziehung in Bereiche, die ähnlich wie reguläre Funktionssysteme organisiert sind, wie z. B. eine Werkstatt für behinderte Menschen oder ein Inklusionsbetrieb.

Wie bereits oben angedeutet sind die theoretischen Bezüge oder Anwendungen von Theorien der Sozialen Arbeit auf das sozialpsychiatrische Arbeitsfeld eher selten. Eine dezidierte Ausnahme bildet der Versuch Oberts, den alltags- und lebensweltorientierten Ansatz von Thiersch u. a. auf sozialpsychiatrisches Handeln zu beziehen. Dies geschieht im Rahmen seiner Dissertation am Beispiel eines Sozialpsychiatrischen Dienstes, den er mittels der Theorie hinsichtlich seiner Funktion innerhalb



des Versorgungsrahmens untersucht, um daraus methodische Schlussfolgerungen abzuleiten (Obert 2001, 19). Auch in einer jüngeren Publikation stellt er dazu fest:

»Die Leitlinien sozialpsychiatrischer Arbeit, ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit mit dem damit verbundenen Menschenbild, ihre Handlungsweise und Methodik sowie ihre politischen Implikationen decken sich de facto mit den Leitlinien und Maximen des Alltags- und Lebensweltorientierten Ansatzes.« (Obert 2015, 50)

Von Interesse für eine theoretische Begründung sozialpsychiatrischen Handelns dürften nicht nur die von ihm daraus abgeleiteten sozialpsychiatrischen Handlungsmaximen sein, die sich eng an den oben bereits benannten Struktur- und Handlungsmaximen orientieren, sondern zudem die Überlegung, ob es sich dabei auch um eine Form der Therapie handle (Obert 2015, 57 ff.).

Zusätzlich zur Möglichkeit, diese Theorien als Ausgangspunkt zu nehmen, wird hier vorgeschlagen, eine Theorie der daseinsmächtigen Lebensführung auf das sozialpsychiatrische Handlungsfeld zu beziehen, die wiederum auf den Capabilities Approach rekurriert.

### Capability/Capabilities Approach

Der Capability/Capabilities Approach wird seit seiner Begründung Ende der 1980er Jahre als *die* Alternative zu utilitaristischen, deontologischen oder kontraktualistischen Ethiken und Gerechtigkeitstheorien gehandelt und findet (inter-)national Verwendung (vgl. Röh 2016). Er wurde zunächst als wohlfahrts-theoretische Alternative zu bisherigen, vor allem nationalökonomischen oder utilitaristischen Theorien vom indisch stämmigen, amerikanischen Ökonomen und Nobelpreisträger für Wirtschaftswissenschaften Amartya Sen (zuletzt 2010) entwickelt und in seiner philosophischen Ausprägung von Martha Nussbaum (zuletzt 2010 und 2015) in einer spezifischen Richtung ausgearbeitet. Sen und diejenigen, die eher ihm folgen, nutzen den Begriff Capability Approach, und Nussbaum ihre Anhänger den Begriff des Capabilities Approach. Sie begründet die etwas andere Begriffsnutzung mit der von ihr vorgeschlagenen Liste an Capabilities (vgl. Nussbaum 2015, 28).

Der Capabilities Approach wird von Nussbaum seit langem mit der folgenden Frage charakterisiert bzw. eingeleitet: »Was sind Fähigkeiten? Sie sind Antworten auf die Frage: »Was ist diese Person befähigt zu tun und zu sein?«« (Nussbaum 2015, 29) bzw. »Was sind die Menschen wirklich befähigt zu tun und zu sein? Welche tatsächlich gegebenen Möglichkeiten stehen ihnen zur Verfügung?« (Nussbaum 2015, 8). Die oben bereits erwähnte Liste stellt für sie eine Antwort darauf dar und von den Regierungen fordert sie, die Capabilities auf dieser Liste mindestens auf einem nicht zu niedrig anzusetzenden Schwellenwert zu gewährleisten.

Tetzer (2012, 69) spricht dem Capability/Capabilities Approach die Möglichkeit zu, mittels der darin vertretenen Konzeption eines guten Lebens der Sozialpsychiatrie eine normative Orientierung zu geben, ihn mit den dahinterliegenden Kriterien als

evaluatives Instrument zu nutzen sowie zur »Legitimation und sozialwissenschaftlichen Konkretisierung der Forderung nach Interdisziplinarität und Kooperation von Sozialpädagogik und Psychiatrie« (ebd.). Unter Nutzung des Konzepts der »Befähigungen« wird formuliert:

»Eine gerechte Gesellschaft ist demnach daran zu erkennen, dass sie Personen die Entwicklung von Befähigungen nicht nur durch individuelle Förderung ermöglicht, sondern darüber hinaus Kontextfaktoren schafft, welche die Entwicklung von Befähigungen generell befördern.« (Tetzer 2012, 70)

In weitgehender Übereinstimmung mit der eher proklamatorischen Zusammenschau von Capabilities Approach und Sozialpsychiatrie soll hier eine etwas anders nuancierte Nutzung erfolgen. Wie bereits an anderer Stelle für die sog. Behindertenhilfe festgehalten, erklärt eine Theorie der daseinsmächtigen Lebensführung (Röh 2013a) auch für die Sozialpsychiatrie, warum und wie Soziale Arbeit dabei unterstützen kann, das Ziel eines guten Lebens – hier eben verstanden als daseinsmächtige Lebensführung – zu erreichen.

»Statt die Terminologie des Capabilities Approach, der im Deutschen auch als Ansatz der Verwirklichungschancen oder Fähigkeitenansatz bezeichnet wird, zu übernehmen, definiere ich die dort bezeichneten internen Fähigkeiten (internal capabilities) als persönliche und die externen Fähigkeiten (external capabilities) als gesellschaftliche Möglichkeiten bzw. entsprechenden Möglichkeitsräume.« (Röh 2018a, 185)

Den persönlichen Möglichkeitsraum macht aus, dass ich als handelndes Subjekt über Kompetenzen verfüge, die mir zur Verfügung stehenden Ressourcen innerhalb meiner Lebensführung so zu nutzen, dass es mir gelingt, ein gutes Leben zu führen. Hierbei sind jedoch hinsichtlich des Kompetenzerwerbs wie auch der performativen Kompetenznutzung diverse Beschränkungen zu berücksichtigen, u. a. das Problem adaptiver Präferenzen oder die erlernte Hilflosigkeit (vgl. Röh 2013a, 182 ff.).

Mit dem gesellschaftlichen Möglichkeitsraum wird das gemeint, was von Nussbaum (1999, 107) als external capabilities bezeichnet ist bzw. war (vgl. zu einer ausführlicheren Begründung Röh 2013a). Er besteht einerseits aus Möglichkeiten der Weltaneignung, indem externe Ressourcen für die eigene Lebensführung genutzt werden können, und andererseits kann er im restriktiven Sinne auch Weltaneignungsbarrieren enthalten, also die eigene Lebensführung begrenzen. Weltaneignungsmöglichkeiten bestehen etwa in einer ausreichenden Ressourcenausstattung: Genügend Einkommen, sichere und gute Wohnverhältnisse, ein barrierefreier Zugang zum Bildungssystem und ein bedarfsgerechter Zugang zu Gesundheits- und Sozialdiensten, gleiche Rechtsansprüche, interpersonelle und staatliche Anerkennung und viele andere Ressourcen dienen der daseinsmächtigen Lebensführung.

Aus der Theorie der daseinsmächtigen Lebensführung ergeben sich zwei Handlungsaufträge, nämlich zum einen, Menschen darin zu unterstützen, handlungsfähig zu bleiben oder zu werden, und zum anderen, Kritik an nicht auskömmlichen oder restriktiven Lebensverhältnissen zu formulieren.

»Die daraus sich ergebende Funktionsbestimmung Sozialer Arbeit kann folgerichtig als die bifokale Unterstützung der daseinsmächtigen Lebensführung durch Stärkung subjektiver Handlungsfähigkeit und Bildung befähigender Strukturen charakterisiert werden. Mit ihrer