

Sozialpsychiatrische Arbeit in der Migrationsgesellschaft

- Ein Interview mit Klaus Obert



Dr. Klaus Obert (Jg. 1953), Dipl.-Sozialpädagoge, ist seit 1982 bei der Caritas Stuttgart in den Feldern des Auf- und Ausbaus Sozialpsychiatrischer Dienste sowie weiterer Bausteine des gemeindepsychiatrischen Verbunds und deren Koordination in der Praxis wie in der fachpolitischen Umsetzung tätig. Seit 1998 ist er Bereichsleiter der Sucht- und Sozialpsychiatrischen Hilfen.

Lieber Klaus, zuerst einmal meinen herzlichen Dank, für die Bereitschaft zu diesem Interview! Ich möchte unser Interview gerne in drei Blöcke gliedern: Zuerst würde ich auf die sozialpsychiatrische Arbeit im Allgemeinen eingehen, um daraufhin die Bedeutung von Migration in der sozialpsychiatrischen Arbeit zu beleuchten. Schließlich möchte ich deine Meinung zum Thema Menschenrechte von Psychiatrisierten erfahren.

Zu Beginn also und um dem Leser einen Eindruck sozialpsychiatrischer Arbeit zu verschaffen - kannst du uns bitte einen groben Abriss deiner Aufgaben und Tätigkeitsfelder geben?

Klaus Obert: Meine Brötchen verdiene ich seit über dreißig Jahren beim Caritasverband für Stuttgart e.V. als Abteilungsleiter für den Bereich Sucht- und Sozialpsychiatrische Hilfen. U.a. als Sprecher des Gemeindepsychiatrischen Verbundes Stuttgart bin ich seit jeher fach- und sozialpolitisch in Stuttgart und auch darüber hinaus tätig gemäß dem „Konzept der offensiven Einmischung“ (Thiersch), d.h. sich aktiv und permanent gemeinsam mit den Betroffenen auf allen Ebenen in fach- und sozialpolitische Gestaltungs- und Entscheidungsprozesse einzumischen mit dem Ziel, die Lebenslage der Adressaten zu verbessern und damit auch zu mehr sozialer Gerechtigkeit, mehr Demokratie, letztlich für mehr Humanisierung des gesellschaftlichen Alltags einzutreten und zu kämpfen.

Seit über dreißig Jahren sind wir in Stuttgart dabei, trägerübergreifend (Gemeindepsychiatrischer Verbund) ein verbindlich zusammenarbeitendes Netz an sozialpsychiatrischen Hilfen auf- und auszubauen, welches die regionale Versorgungsverpflichtung und mehr Lebensqualität garantiert. Zusätzliche Schwerpunkte meiner Arbeit sind die Weiterentwicklung der alltags- und lebensweltorientierten Methodik in der Sozialpsychiatrie, die Arbeit mit wohnungslosen psychisch kranken Menschen und die Hilfen für psychisch kranke MigrantInnen.



Vielfalt und Verschiedenheit im weitesten Sinne sind seit jeher Gegenstand sozialpädagogischer Arbeit - genauer im Verhältnis zwischen professionell Tätigen und Adressaten.

Kannst du festmachen, seit wann explizit das Thema Migration bzw. migrantische Adressaten von zentraler Bedeutung für euch wurde? Wie macht sich dieses in der alltäglichen Arbeit bemerkbar?

Klaus Obert: Der Blick auf die Entwicklung des Anteils an MigrantInnen in Stuttgart stellt ohne Zweifel eine dauerhafte Herausforderung für die Sozialpsychiatrischen Hilfen dar - nämlich wie dem Bedarf der psychisch kranken MigrantInnen in angemessener Weise Rechnung getragen werden kann. Gleichzeitig vermittelt die Zunahme des Anteils eine deutliche Änderung in der Struktur und Dynamik der Migration selbst: Von zahlreichen MigrantInnen aus wenigen Herkunftsländern, die an wenigen Orten leben (in den 1960er, 1970er und 1980er Jahren) zu vielen MigrantInnen aus vielen Nationen, die an vielen Orten verstreut vorzufinden sind. Aktuelle Zahlen zeigen, dass die 94 langfristig betreuten psychisch kranken MigrantInnen eines Sozialpsychiatrischen Dienstes in Stuttgart aus 25 verschiedenen Herkunftsländern. Dies bringt veränderte Anforderungen an die sozialpsychiatrisch Tätigen mit sich.



Über einen längeren Zeitraum hinweg wurde von außen kritisch beobachtet, dass der Anteil an langfristig betreuten psychisch kranken Menschen mit Migrationshintergrund zwischen 15 und 18 Prozent lag. Vor allem von Seiten der Politik wurde immer wieder die legitime Frage an die Sozialpsychiatrischen Dienste (SpDis) gerichtet, warum der Anteil an MigrantInnen in den SpDis im Vergleich zum Anteil in der Bevölkerung so niedrig sei und mit welchen Faktoren dies in Zusammenhang gebracht werden könne. Wir argumentierten damit, dass es von vornherein nicht immer einfach ist, (chronisch) psychisch kranken Menschen zur Inanspruchnahme sozialpsychiatrischer Hilfen zu motivieren. Weitaus schwieriger gestaltet es sich meist, psychisch kranke MigrantInnen mit ihren spezifischen Erfahrungen zu bewegen.

Und doch stellt diese Argumentation nicht zufrieden vor dem Hintergrund der Versorgungsverpflichtung sozialpsychiatrischer Dienste. So sind psychisch kranke MigrantInnen eben auch BürgerInnen Stuttgarts mit den gleichen Rechten und Pflichten. Die Fragen, wie vermehrt psychisch kranke MigrantInnen erreicht werden können, welche besonderen Anstrengungen es dafür bedarf und welche besonderen methodischen Herangehensweisen der Behandlung und Betreuung dieses Personenkreises erforderlich sind, rückte mehr und mehr ins Blickfeld der SpDis. Dadurch kam es auch zu einer kontinuierlichen Zunahme in der Betreuung psychisch kranker MigrantInnen. So hatten 2010

von 1879 langfristig betreuten psychisch kranken Menschen in den acht SpDis Stuttgarts 555 einen Migrationshintergrund, was knapp 30 Prozent entspricht.

In diesem Kontext nicht zu vergessen, ist ein sich derzeit rege entwickelnder Diskurs der transkulturellen Psychiatrie oder auch der Ethnopsychiatrie, welche die kultursensible psychiatrische Versorgung psychisch kranker Menschen verhandelt.

Inwieweit kann die sozialpsychiatrische Praxis theoretische Impulse in ihre alltäglichen Handlungsfeldern aufnehmen und integrieren?



Klaus Obert: Der Umgang mit dem „Andersartigen“, dem Fremden, dem Verunsichernden ist - wie du bereits sagtest - ein grundlegendes Element der sozialpsychiatrischen und sozialpädagogischen Debatte sowie der Praxis. Die Unabdingbarkeit, dabei auch das interkulturelle Paradigma in die sozialpsychiatrische Diskussion zu integrieren, ergibt sich vorrangig aus zwei Gründen:

1. Der Anteil an MigrantInnen in Stuttgart beträgt 38,4 Prozent an der Gesamtbevölkerung. Stuttgart liegt damit unter den bundesdeutschen Großstädten an erster Stelle. Da der Anteil an psychisch kranken Menschen an der Gesamtbevölkerung in allen Gesellschaften wiederum annähernd gleich ist, ist auszugehen sein, dass dieser sich in der Statistik der SpDis niederschlagen und widerspiegeln muss.
2. Zum Zweiten besteht eine grundlegende Nähe zwischen psychischer Erkrankung und anderen Kulturen - genauer in der Wahrnehmung, der Haltung und im Umgang der Mehrheit einer Bevölkerung mit psychisch kranken Menschen und MigrantInnen. Sowohl bei psychisch kranken Menschen als auch bei MigrantInnen geht es um die Auseinandersetzung und um das Arrangement mit Fremdem, Neuem, Nicht-Selbstverständlichem, mit Ungewohntem.



Die eigene Identität definiert sich durch einen nicht unbeträchtlichen Teil über die Abgrenzung und Abschottung des Fremden. Sie schließt sich im Extremfall ein und andere aus. Ganz gleich ob im Makrobereich ganzer Gesellschaften oder im Mikrobereich kleiner Gemeinschaften, geschieht dies häufig über die Bildung und Wirkung von Vorurteilen.

Diese Mechanismen und Dynamiken sind stets am Werk - unabhängig davon, ob es sich um eine schizophrene Erkrankung handelt, die beim sogenannten normalen Menschen Verunsicherung und Verstörung hervorruft, oder um eine andere Kultur, deren Haltungen und Handlungen der eigenen fremd sind. Deshalb ist es nur folgerichtig, dass Offenheit, Aufmerksamkeit, Sensibilität, Respekt und Achtung, aber auch eine kritische Haltung ohne Verklärung des Fremden notwendiger Bestandteil von Professionalität sind.

Interkulturelle Öffnung und Kompetenz kommt deshalb in der sozialpsychiatrischen Versorgung eine besondere Bedeutung zu (und dies sicher nicht nur in der Großstadt, sondern auch im ländlichen Bereich): Wie erreichen wir psychisch kranke Menschen aus anderen Gesellschaften? Welche Selbstverständlichkeiten, Deutungen, Haltungen und Umgangsweisen mit dem, was wir als Krankheit sehen, existieren anderswo? Wie definiert man in anderen Kulturkreisen psychische Gesundheit und Krankheit? Wo verlaufen die Grenzlinien zwischen normal und unnormal? Wie wird mit störendem, auffälligem und süchtigem Verhalten umgegangen?

Das Schlagwort „Interkulturelle Öffnung“ hat sich in letzter Zeit zu einem Qualitätsmerkmal von öffentlichen Einrichtungen, Wohlfahrtsverbänden etc. entwickelt. Die Caritas Stuttgart hat auf die veränderten Vorzeichen eines vermehrt kulturell heterogenen Klientel mit einer Initiative zur interkulturellen Öffnung (ikö) des Verbandes reagiert. Was sind die Eckpfeiler dieses Programmes?



Klaus Obert: Der Caritasverband für Stuttgart e.V. hat 2009 das Projekt Interkulturelle Öffnung gestartet, unterstützt aus Mitteln der Europäischen Union. Mit diesem Projekt will der Caritasverband der Lebenssituation in Stuttgart Rechnung tragen und alle seine Dienste und Einrichtungen interkulturell öffnen. Ziel dieses Veränderungsprojektes war es, bis 2011 in allen Geschäftsfeldern die Veränderungsbedarfe zu identifizieren und durch Qualifizierung und modellhafte Teilprojekte die interkulturelle Öffnung praktisch umzusetzen. Das Projekt leistet damit einen wesentlichen Beitrag zur Zukunftssicherung eines Sozialunternehmens. Als Teil des sozialen Hilfenetzes kann der Caritasverband mit der interkulturellen Öffnung auch künftig alle hilfe- und ratsuchenden Bürgerinnen und Bürger mit seinen Diensten unterstützen.

Die dabei wesentliche Frage lautet: Wie kann Interkulturelle Öffnung Teil einer Teamkultur, einer Philosophie werden, die mehr sucht- und psychisch kranke MigrantInnen erreicht, und hilft, sie bedarfsorientiert zu betreuen und zu begleiten? Was benötigen MitarbeiterInnen und Teams zur Umsetzung dieser Aufgabe?

Meines Erachtens kann dies nur gelingen, wenn Interkulturelle Öffnung kontinuierlich thematisiert wird und die ProjektgruppenteilnehmerInnen in ihrer Multiplikatorenfunktion in ihren Teams Unterstützung und Stärkung durch die Leitung erfahren. Immer wieder benötigt die Thematik fall- und nichtfallbezogene Schleifen der Rückmeldung und Weiterentwicklung. Interkulturelle Öffnung ist keine einmalige Angelegenheit sondern verlangt Kontinuität.

Kannst du darstellen, wie sich dieses Programm gestaltete bzw. was es konkret für den sozialpsychiatrischen Bereich bedeutet hat?



Klaus Obert: In allen Bereichen des Verbandes wurden Arbeitsgruppen zur Interkulturellen Öffnung und Förderung der Interkulturellen Kompetenz unter der Moderation von Experten eingerichtet. Mit großem Engagement bildeten MitarbeiterInnen aus allen Fachdiensten des Bereiches Sucht- und Sozialpsychiatrische Hilfen eine Arbeitsgruppe, die beeindruckende Ergebnisse erarbeitet hat. Von Vorteil war die Beteiligung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund. Die Arbeitsgruppe arbeitete konsequent praxisbezogen. Theoretische Hintergründe flossen regelmäßig in die Praxisreflexionen ein. Fallkonferenzen wechselten sich ab mit Vorträgen von Experten und dem Besuch einer islamischen Gemeinde, immer gekoppelt mit der Frage: Was bedarf es für spezifische interkulturelle Kompetenzen mit psychisch und suchtkranken Menschen mit Migrationshintergrund.

Die Arbeitsgruppe erstellte als wesentliches Ergebnis ihrer Arbeit ein „Handbuch für kultursensible Beratung“, das Tipps und Orientierungshilfen für die praktische Arbeit vermittelt.

Neben anderen vielen Aspekten geht aus dem Prozess deutlich hervor, dass Interkulturelle Öffnung, Interkulturelle Kompetenz oder auch kultursensible Beratung nicht nur ein wichtiger, sondern auch ein intrinsischer Bestandteil sozialpsychiatrischen Handelns sind. Es handelt sich bei kultursensibler Beratung nicht um eine eigenständige Methode, auch wenn z.B. in der sozialpsychiatrischen Alltagspraxis das Augenmerk darauf gerichtet werden sollte, in der Einzelfallarbeit zu verstehen, was jeweils Ergebnis der kulturellen Herkunft, der psychischen Erkrankung und von Migrationserfahrungen ist und wie diese drei Dimensionen miteinander verbunden und verflochten sind. Eine interkulturelle Haltung korrespondiert vielmehr mit den niederschweligen, flexiblen, an der Lebenslage und der Lebenswelt orientierten Grundlagen sozialpsychiatrischen Handelns. So bilden die Kategorien gemeindenaher, sozialpsychiatrischer Arbeit eine solide und valide Grundlage für die Entwicklung Interkultureller Kompetenz. Die niederschwellige, flexible, umfassende, ganzheitliche, ambulant-aufsuchende Methode bedeutet notwendigerweise die Integration kultursensibler Beratung in den Arbeitsalltag. Es wäre schließlich zu überlegen, ob die Dienste für sich Indikatoren formulieren, an denen sie erkennen können, ob und wie kultursensible Beratung und Kompetenz zu einem wichtigen Bestandteil ihres methodischen Repertoires wird. Solche Indikatoren sind z.B. die Zahl der betreuten MigrantInnen, die Kooperation mit verschiedenen kulturellen Vereinen und Organisationen,



die Zahl der Fortbildungen für die MitarbeiterInnen mit migrationsspezifischem Inhalt, die Einstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund etc.

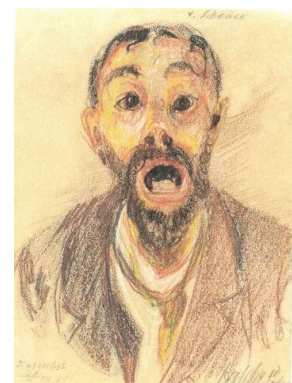
Vielleicht kann dann von effektiver und erfolgreicher Interkultureller Öffnung gesprochen werden, wenn nicht mehr kontinuierlich danach gefragt, dafür geworben und motiviert werden muss. Letztlich genügt nicht der Spezialist für Migration in einem Team. Vielmehr ist die Bereitschaft, die Aufmerksamkeit, die Offenheit aller MitarbeiterInnen eines Teams und der Träger gefragt und zu fördern, um psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund zu erreichen und angemessen zu betreuen.

Kannst du uns konkrete Beispiele eines interkulturellen Öffnungsprozesses aus dem gerade von dir genannten Handbuch „Kultursensible Beratung“ geben?

Klaus Obert: Am Anfang stehen Fragen an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Stand des Öffnungsprozesses. Abgefragt werden ganz einfache, aber grundlegende Dinge: Wie viele der Nutzerinnen und Nutzer sind MigrantInnen? Glauben die MitarbeiterInnen, dass die speziellen Bedürfnisse dieser Menschen immer berücksichtigt werden und weiß man über Kontakte zu Gruppen und Vereinen?

Die Autoren fragen, ob Migrantinnen und Migranten besondere Anforderungen an die Hilfesysteme haben und weshalb im Vergleich wenig Menschen mit Migrationshintergrund die Hilfsangebote in Anspruch nehmen. Ganz oben steht da zum Beispiel das Fehlen niederschwelliger Angebote, aber auch Scham und Angst bei den potentiellen Nutzerinnen und Nutzern. Aus den Problem- und Konfliktfeldern ergeben sich im Handbuch dann die Handlungsfelder und Lösungsansätze. Und Lösungen finden sich auch hier wieder in der Besinnung auf einfache Verhaltensweisen: Eine freundliche Begrüßung hilft über manche Hemmschwelle hinweg. Fragen nach dem kulturellen Hintergrund können ein Gespräch eröffnen.

Um nun auf eine etwas kritischere Perspektive zu kommen bzw. um den Bogen zu unserem zentralen Thema der Menschenrechte zu schlagen: Psychiatrisierte waren und sind zwischenmenschlicher, gesellschaftlicher und struktureller Diskriminierung ausgesetzt. Den Höhepunkt fand diese sicherlich in der Zeit des Nationalsozialismus mit der systematischen Tötung psychisch Kranker, der sogenannten Euthanasie, wie zum Beispiel in der psychiatrischen Anstalt Grafeneck in Baden-Württemberg, aber auch in Konzentrationslagern.



Sammlung Prinzhorn

Sozialpsychiatrische Arbeit war und ist daher auch eine Arbeit für die Menschenrechte und gegen Ungleichheit und Diskriminierung. Was hat sich in diesem Kontext seit dem Beginn deiner Arbeit im Vergleich zu heute verändert?

Klaus Obert: Mit Sicherheit hat sich sehr viel verändert. Insgesamt kann mit aller Vorsicht und Zurückhaltung festgehalten werden, dass sich die Lebenslage der psychisch kranken Menschen und ihrer Angehörigen wie auch die Haltung und Stimmung im gesellschaftlichen Alltag in Richtung mehr Verständnis, mehr Normalität, mehr Akzeptanz positiv verändert. Es sind bundesweit regional arbeitende Netze an Hilfen für psychisch kranke Menschen entstanden, wenn auch teilweise noch auf unterschiedlichem Niveau.

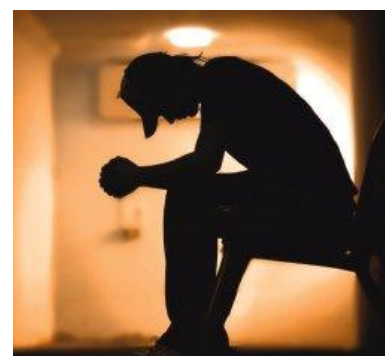
Trotz aller Fortschritte leben psychisch kranke Menschen und auch ihre Angehörigen häufig noch unter sich mit eindeutigen Defiziten hinsichtlich Teilnahme am gesellschaftlichen Alltag und der Öffentlichkeit. Ein eindeutiger Lichtblick und ein Indiz für die Fortschritte in Richtung Teilnahme und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist die bundesweite wie regionale Bedeutung und Funktion der Selbsthilfeorganisationen. Während die Selbsthilfe vor 30 Jahren noch in den Anfängen steckte, hat sie sich zwischenzeitlich zu einem anerkannten Akteur in der fachlichen wie politischen Diskussion entwickelt. Die Selbsthilfe ist de facto zu einer starken externen Qualitätskontrolle und Mitdenker und Mitplaner der professionellen Hilfe geworden, ganz abgesehen davon, welche wichtige Bedeutung sie einnimmt in Richtung Verringerung von Ressentiments und Voreingenommenheiten gegenüber dem Personenkreis der psychisch kranken Menschen.

Wo siehst du noch heute eine Verletzung der Menschenrechte in diesem Bereich?

Und hat sich durch die veränderten Voraussetzungen sozialpsychiatrischer Arbeit in der Migrationsgesellschaft möglicherweise eine weitere Diskriminierungsdimension aufgetan?

Klaus Obert: Psychiatrisches Handeln heißt (wie übrigens in anderen Feldern der Sozialarbeit auch) immer, sich im Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle zu bewegen, das Individuum auf der einen Seite in Vordergrund zu stellen und auf der anderen Seite im gesellschaftlichen Auftrag zu handeln. Dabei lehrt uns die Geschichte der Psychiatrie mit dem Euthanasieprogramm der Nazis als ihrem unsäglichen Höhepunkt wachsam zu sein. Zwang und Gewalt, Ausgrenzung und Aussonderung bis hin zur Tötung vollzogen sich im staatlichen Auftrag.

Zwang und Gewalt sind auch heute noch - wenn auch seit den Anfängen der Sozialpsychiatrie vor über 40 Jahren grundlegend hinterfragt und mit vielen positiven Veränderungen - immer noch Bestandteil des psychiatrischen Alltags. Bei Zwang und Gewalt - ob direkt sichtbar oder eher versteckt und ganz gleich ob in der Psychiatrie oder im gesellschaftlichen Alltag - stellt sich immer die Frage nach den Menschenrechten.



Das Grundgesetz wie auch die UN Behindertenrechtskonvention (2009) sichern die Menschenrechte ab und fordern sie ein. Jedoch können immer wieder Situationen bei akuter

Selbst- und Fremdgefährdung auftreten, bei denen Menschen gegen ihren Willen zwangsuntergebracht werden. Wenn in Folge der Urteile des Bundesverfassungsgerichtes aus dem letzten Jahr die Möglichkeit der Zwangsunterbringung und der Zwangsbehandlung eindeutig eingegrenzt wurden, auf ein Mindestmaß und nur noch als ultima ratio praktiziert werden können, entspricht die tägliche Praxis leider nicht immer der Rechtslage. Es sind häufig die fehlenden Ressourcen und die ungenügende Ausstattung der ambulanten Einrichtungen und Dienste, die zu Zwangsmaßnahmen führen, unabhängig davon, ob es sich um deutsche Staatsbürger oder Menschen mit Migrationshintergrund handelt. Vorrangiges Ziel der professionell Tätigen ist die kontinuierliche Verringerung dieser Extremsituationen, die für alle Beteiligten einfach schlimm sind.



Sammlung Prinzhorn

Ich kann allerdings keine signifikanten Unterschiede derart feststellen, dass psychisch kranke Menschen mit Migrationshintergrund einer zusätzlichen Diskriminierung ausgesetzt sind. Allerdings ist zu beobachten, dass diese Menschen noch mehr von ihren Familien aus unterschiedlichen Gründen (Angst vor Behörden, Scham- und Schuldgefühle etc.) mehr abgeschottet werden als deutsche Staatsbürger, die psychisch erkranken. Umso wichtiger ist es deshalb, dass die ambulanten sozialpsychiatrischen Dienste und Einrichtungen kultursensibel arbeiten und eng mit VertreterInnen und MultiplikatorInnen mit anderem kulturellen Background zusammenarbeiten.

Vielen Dank, dass du dir die Zeit für meine Fragen genommen hast!

***Hanna Obert
Projekt „Erinnern und Handeln für die Menschenrechte
Allerweltshaus Köln e.V.
Januar 2013***

Für an dem Thema Interessierte hier noch einige Tipps zum Weiter-Informieren:

- Assion, Hans-Jörg (Hg.) (2005): *Migration und seelische Gesundheit*. Heidelberg.
- Caritasverband Stuttgart e.V. (2011): *Handbuch: Kultursensible Beratung*. In: <http://www.ekiba.de/download/Handbuch.Kultursensible.Beratung.Caritas.pdf> [12.01.13].
- Die Kerbe - Forum für soziale Psychiatrie: Themenschwerpunkt *Psychisch krank in der Fremde*. Heft 1/2011.
- Gedenkstätte Grafeneck. <http://www.gedenkstaette-grafeneck.de/> [12.01.2013].
- Hegemann, Thomas (Hg.) (2010): *Handbuch transkulturelle Psychiatrie*. Bonn.
- Machleidt, Wieland/Heinz, Andreas (2011): *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*. München.
- Obert, Klaus (2000): *Alltags- und lebensweltorientierte Ansätze als Grundlage sozialpädagogischen Handelns*. Bonn.
- Sammlung Prinzhorn. Heidelberg. <http://prinzhorn.ukl-hd.de/> [14.01.2013].
- *Sozialpsychiatrische Informationen (Fachzeitschrift)* (2010): *Der Stachel des Fremden - Interkulturelle Psychiatrie*. Heft 4/2010.