



Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter

Probleme der Versorgung
erwachsener geistig Behinderter

Tagungsbericht

Herausgegeben von

Caspar Kulenkampff

AKTION PSYCHISCH KRANKE

Tagungsberichte,
Band 4

Probleme der Versorgung erwachsener geistig Behinderter

Tagungsbericht

Herausgegeben von Caspar Kulenkampff,
AKTION PSYCHISCH KRANKE

zusammen mit

Martin Geiger,
Verband evangelischer Einrichtungen
für geistig und seelische Behinderte e. V.

Norbert Huber,
Verband katholischer Einrichtungen
für Lern- und Geistigbehinderte e. V.

Tom Mutters,
Bundesvereinigung
„Lebenshilfe für geistig Behinderte“ e. V.

Hergestellt mit Unterstützung der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

ISBN 3-7927-0574-5

© 1980 Rheinland-Verlag GmbH - Köln

Herstellung: Publikationsstelle des Landschaftsverbandes Rheinland

Druck: Ziegler Beckmann • Köln

Inhalt

Vorwort.	7
1. Bedürfnisse und Wünsche geistig behinderter Menschen zu ihrer Lebenssituation	11
<i>I. Thomae</i>	
2. Die Ausgliederung geistig behinderter aus der psychiatrischen Krankenhausversorgung	27
<i>C. Kulenkampff</i>	
3. Die gegenwärtige Situation, besondere Probleme und Entwicklungen in der stationären Versorgung geistig Behinderter außerhalb der psychiatrischen Krankenhausversorgung	33
- Aus der Sicht des Arztes	35
<i>Ch. Gaedt</i>	
- Aus der Sicht des Pädagogen	52
<i>L. Dreyer</i>	
- Aus der Sicht einer anthroposophischen Einrichtung	63
<i>Ch. Rascher</i>	
4. Struktur und Größe der stationären Behinderteneinrichtungen	71
<i>N. Huber</i>	
Koreferat:	
Struktur und Bedeutung sonstiger Wohnformen für geistig Behinderte außerhalb der Familie	79
<i>G. Ennen</i>	
5. Aufbau, Organisation und Regionalisierung der Behindertenversorgung	95
<i>M. Geiger</i>	
Koreferat: H. Burger	101

6. Darstellung der Behindertenpläne	111
- Der Stadt Hannover	113
<i>F. Stöckmann</i>	
- Der Stadt Hagen	121
<i>K. Dernbach</i>	
- Des Landkreises Ortenau	130
<i>St. Karolus</i>	
7. Gekürzte Fassung der Plenumsdiskussion	149
8. Autoren-und Diskussionsteilnehmerverzeichnis	169

Vorwort

Die Hilfen für geistig Behinderte, vor allem für geistig behinderte Erwachsene in der Bundesrepublik Deutschland, sind in der bisherigen Diskussion um eine Reform der Versorgung psychisch Kranker und der Hilfen für seelisch/ geistig Behinderte noch nicht mit der gleichen Aufmerksamkeit und Intensität behandelt worden wie andere Bereiche.

Aus diesem Grunde hat sich die AKTION PSYCHISCH KRANKE e. V. entschlossen, zusammen mit dem „Verband katholischer Einrichtungen für Lern-und Geistig behinderte e. V.“ und dem „Verband evangelischer Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte e. V.“ sowie mit der Bundesvereinigung „Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V.“ das Problem der Hilfen für geistig behinderte Erwachsene zum Gegenstand einer Tagung zu machen.

Dieser Tagungsbericht soll dazu beitragen, daß das begonnene Gespräch zwischen den - für die Hilfen für geistig Behinderte - Zuständigen weitergeführt wird und für die Fülle der anstehenden Probleme und der anzustrebenden weiteren Entwicklung gemeinsam Lösungen gefunden werden. Die interessanten und fruchtbaren Diskussionen sowie das positive Echo auf diese Tagung -sowohl der Vertreter der Versorgung psychisch Kranker als auch der Hilfen für geistig Behinderte - lassen hoffen, daß die Reform der Hilfen für geistig behinderte Erwachsene vorangetrieben wird und auch im politischen Entscheidungsfeld an Bedeutung gewinnt.

Bonn, im August 1980

Die Herausgeber

1. Bedürfnisse und Wünsche geistig behinderter Menschen zu ihrer Lebenssituation

Bedürfnisse und Wünsche geistig behinderter Menschen zu ihrer Lebenssituation

/ I. Thomae

In der Arbeit dieser Tage werden wir uns damit zu beschäftigen haben, wie vor dem Hintergrund der Psychiatrie-Enquete die Ausgliederung geistig Behinderter aus der psychiatrischen Krankenhausversorgung und ihre damit verbundene Eingliederung in das System der offenen Hilfen für Behinderte vor sich gehen soll.

Meine Aufgabe, über „Wünsche und Bedürfnisse geistig behinderter Menschen“ zu sprechen, verstehe ich als den Auftrag, für sie und an ihrer Stelle das zu sagen, was für sie als Menschen besonders wichtig ist.

Ich möchte freilich gleich zu Beginn unterstreichen, daß dieses wirklich nur ein Versuch sein kann: Denn je länger ich mit geistig behinderten Menschen aller Altersstufen lebe und je mehr ich sie kennenlernen, desto schwerer wird es mir, allgemein gültige Aussagen über sie zu machen.

„Geistige Behinderung“ wird vielfach als ein Sammelbegriff gebraucht, in dem unterschiedliche Ausprägungen und Schweregrade zusammengesehen werden und der außerdem auch noch durch wachsende Einsicht in Bildungs- und Förderungsmöglichkeiten sowohl einzelner unter ihnen - als auch ganzer Untergruppen - verändert wird. „Geistig Behinderte“, wie wir sie heute in den offenen Einrichtungen und Heimen treffen, wie sie in ihren Familien leben, in Werkstätten arbeiten und sich teilweise selbständig in der Öffentlichkeit bewegen, unterscheiden sich zudem wiederum von den Menschen, die (vielleicht seit frühester Jugend) in psychiatrischen Krankenhausstationen untergebracht waren. Die Lebensbedingungen weichen hier nicht nur äußerlich voneinander ab - auch ihre persönliche Entwicklung muß zwangsläufig verschieden sein. Doch sie gehören dazu; wir wissen, daß oft nur Zufälle darüber entschieden haben, ob sie den Weg ins LKH gingen oder von ihren Familien getragen werden konnten.

Das, was auf dieser Informationstagung zu beraten sein wird, stellt sicherlich einen entscheidenden Schritt auf dem Weg dar, Lebensumstände und Daseinsformen nun auch für diejenigen geistig Behinderten, die nicht in ihren Familien leben können, so eng wie möglich an der Lebenswirklichkeit zu orientieren. Daß dieser Weg schwer sein wird, ist uns wohl allen klar, er wird vor allem von den geistig behinderten Menschen selbst, die nun aus den „Stationen“ in andere, veränderte, offenere Formen des Wohnens, Lernens und Arbeitens überführt werden sollen, ein großes Maß an Umstellungsfähigkeit und Anpassung verlangen.

Wir können nur wünschen, daß sie noch so viel Spontaneität, Freude am Neubeginn und innere Reserven besitzen, um aus dem Angebot der neuen, stärker

geöffneten Lebensumstände auch einen sinnvollen neuen Anfang für sich selber machen zu können! Mit ihnen, den aus den psychiatrischen Krankenhäusern Ausgegliederten - in weicher Form auch immer - mit diesen früheren „Langzeit-Patienten“ und ihren besonderen Problemen haben wir - im nicht stationären Bereich - noch verhältnismäßig wenig Erfahrung. Sie kommen gelegentlich als „Gäste“ in unsere Schulen und Kindergärten oder auch in die Werkstätten - doch ihr eigentliches Leben hat sich in den Häusern abgespielt. Es war keine Gleichgültigkeit, wenn seitens der Lebenshilfe z. B. nicht mehr für sie getan wurde - wir standen und stehen so stark unter dem Druck, diejenigen mit Werkstatt- und Wohnheimplätzen zu versorgen, die außerhalb der Landeskrankenhäuser leben, daß für diese anderen keine Kraft blieb. Wir haben immer um sie gewußt, doch wir konnten bisher wenig tun.

Wenn ich nun erklären sollte, warum ich mich hier als einen „Anwalt“ für geistig behinderte Menschen eingeführt habe, so liegt das an folgendem:

Alle, die unter dem Sammelbegriff „geistig behindert“ fallen, wurden lange Zeit als ganz und gar Unmündige betrachtet. Da sie kaum gelernt hatten, sich selber auszudrücken und ihre Anliegen in verständliche Worte zu bringen, hielt und hält man sie grundsätzlich für unfähig, sich in eigener Sache zu vertreten.

Auch heute und hier können sie ihre Meldungen und Wünsche noch nicht selber in die Beratungen einbringen - wir werden für sie und über sie verhandeln.

Wir werden sie dabei oft beim Namen nennen und jeder von uns mag dabei auch an bestimmte reale Personen denken - aber selber können sie sich eben doch noch nicht äußern, wir müssen die Entscheidungen für sie fällen.

Abgesehen davon, daß dabei kaum einer von uns in der Lage sein wird, sich in Denkweisen und Wünsche geistig behinderter Menschen einzufühlen, haben wir auch bereits dann Schwierigkeiten, wenn wir sie in ihrer Besonderheit schildern wollten, wenn es um die Definition „geistig Behinderte“ geht. Es kommt dabei nahezu unvermeidbar zur Aufstellung eines „Negativ-Katalogs“ und man wird dabei das zusammentragen, was sie - die geistig Behinderten - im Gegensatz zur Norm nicht können und haben. Selbst wenn wir den IQ zur Hilfe nehmen würden, es blieben Mängelbeschreibungen: Sie können nicht... , Sie werden nicht... erreichen, Sie übersehen nicht... , Sie lernen nicht... z. B. Lesen, Rechnen, Schreiben.

In einer - verhältnismäßig wohlwollend abgefaßten - Definition von geistiger Behinderung heißt es u. a.: „Sie können den Lerninhalten der Schule für Lernbehinderte nicht folgen...“ und in den Empfehlungen der Bildungskommission des Deutschen Bildungsrates steht: „als geistig behindert gilt, der infolge seiner... Schädigung in seiner psychischen Gesamtentwicklung und seiner Lernfähigkeit so sehr beeinträchtigt ist, daß er voraussichtlich lebenslanger sozialer und pädagogischer Hilfen bedarf.“

Ausfälle, Beeinträchtigungen und fehlende Voraussetzungen stehen stets im Vordergrund aller Beschreibungen und es werden ihnen wenig positive Aussa-

gen gegenübergestellt, die außerdem bei der erdrückenden Menge dessen, was nicht gegeben ist, kaum Gewicht haben.

Für Menschen, die derart ungünstig beschrieben und damit auch beurteilt werden, verringert sich nahezu zwangsläufig jedes Bemühen, ihnen die allgemein gültigen Lebensbedingungen zuzugestehen. Da ein positiver Erfolg aus dieser Sicht heraus kaum erwartet wird, scheint es zu genügen, wenn lediglich menschliche Urbedürfnisse, wie Hunger, Durst, Wärme, Schlafen befriedigt werden. „Man muß gut zu ihnen sein und sie sauber und ordentlich halten!“ -war und ist die Meinung von Bürgern, die jedes darüber hinausgehende Bemühen als Verschwendung betrachten. Das verstehen „die“ doch nicht; das brauchen „die“ doch nicht, - wer von uns hat solche Sätze noch nicht gehört!

Die letzten Jahrzehnte haben bereits deutliche Veränderungen im Denken und Handeln von amtlichen und privaten Stellen gebracht; Bürgerinitiativen haben geholfen, Vorurteile zu überwinden und neue Akzente zu setzen.

Doch jede Initiative, ob es sich dabei um die von Eltern, Freunden oder Fachleuten handelt, hat sich zunächst erst einmal mit dem beschriebenen „Negativ-Katalog“ auseinanderzusetzen. Seine Auswirkungen werden z. B. spürbar, wenn er zur Begründung von Rationalisierungsmaßnahmen herangezogen wird: Weil irgend eine Lösung billiger, leichter zu verwalten und weniger personalaufwendig ist, entspricht sie damit automatisch doch auch den - ohnehin nur primitiven - Bedürfnissen der davon betroffenen Menschen.

Vielleicht wurde die Arbeit für geistig Behinderte deshalb für viele von uns zu einer Herausforderung, weil wir gegen die Vorstellungswelt derjenigen, für die „geistig behindert“ nur negative Vergleiche und Beispiele beinhaltet, ankämpfen mußten. Vielleicht haben wir das als Eltern, Lehrer, Ärzte, Sozialarbeiter und Psychologen deshalb so stark empfunden, weil wir hier etwas herauszuhören meinten, das menschliches Dasein in zwei Kategorien unterscheidet, -eines, um das es sich lohnt und ein anderes, das unnütz, unwert ist, um das es sich also nicht lohnt.

So kraß wird heute natürlich niemand mehr formulieren und man wird in diesem Augenblick sogar denken, daß hier unzulässige Unterstellungen ins Spiel gebracht würden.

Doch sollten wir auch ehrlich genug sein, zum mindesten unbewußte Einflüsse aus diesen Denkweisen für möglich zu halten, wenn wir uns manche angebotenen Lösungen anschauen; ob aus Nützlichkeitsdenken oder aus Einfallslosigkeit, aus Hilflosigkeit oder Überzeugung vorgeschlagene und praktizierte Versuche der „Ein“-Gliederung - das Wort kann auch zum bitteren Spott werden! - ehemaliger Insassen von Landeskrankenhäusern bestätigen geradezu das Denkschema, daß geistig Behinderte derart in ihrem intellektuellen und emotionalen Zustand reduziert sind, daß sie irgendwelche Bedürfnisse, die über die Befriedigung einfachster Triebe hinausgehen, gar nicht erst haben!

Diese Tagung, in der wir uns um die besten Lösungsmöglichkeiten bemühen wollen, ist natürlich der klare Beweis dafür, daß allenthalben eine Absage an derart unmenschliche Denkweisen erteilt wird. Aber auch hier sollten wir uns bewußt bleiben: die Gefahr besteht.

In Zeiten wirtschaftlicher Blüte ist es leicht, von seinem Überfluß auch an die Ärmsten einen Teil abzugeben, werden Sparmaßnahmen nötig, so setzen sie wiederum zuerst hier ein, bei den Schwächsten.

Deshalb: Dem kommt entgegen, daß es keine andere Gruppe in der Gesellschaft gibt, die so vollständig dem guten Willen der Außenstehenden ausgeliefert und der Fremdbestimmung unterworfen ist. Andere handeln für sie, andere befinden, was für sie nützlich und richtig ist, sie selber werden nicht gefragt, sie haben sich zu fügen.

Zwar sind Ansätze zu eigener Willensbildung bei geistig Behinderten hier und dort bereits vorhanden. Aber man hat sich von altersher so stark daran gewöhnt, gerade ihnen ihre gesamte Lebensweise vorzuschreiben, daß diese historische Einstellung immer wieder durchschlägt. Sie wird u. a. mit der besonderen Schutzbedürftigkeit des Personenkreises begründet und da geistig Behinderte auf ein Dasein in der Gefährdung des Alltags vielfach nicht vorbereitet wurden - eben weil man ihnen gar nicht zutraute, sich daran unbeschadet zu bewegen - sind diese Menschen auch tatsächlich recht hilflos. Richtiger: sie sind hilflos geblieben, weil man ihnen weder als Kind im Elternhaus noch in der Anstalt alter Prägung Gelegenheit gab, Erfahrungen zu sammeln und Selbständigkeit zu üben. So handeln wir - hier und anderswo - stets für sie und leben in der Hoffnung, daß wir dabei wirklich auch das tun, was sie, die geistig behinderten Menschen, nötig haben, sich wünschen und was ihnen hilft, sich selber zu entwickeln.

Ihnen Chancen zur Weiterentwicklung ihrer Persönlichkeit zu geben, scheint mir das Wichtigste zu sein, das in allen Formen der zukünftigen Versorgung, Förderung und Eingliederung geistig Behinderter angeboten werden sollte. Wir werden uns dabei nicht an den Ausfällen zu orientieren haben, sondern an dem, was auch sie an Gaben und Fähigkeiten besitzen. Sofern diese Anlagen noch nicht sichtbar sind, haben wir sie herauszufinden und zu entfalten.

Mitmenschlichkeit wäre ein weiteres Stichwort. Solange wir in geistig Behinderten „die ganz anderen“, „die Fremden unter uns“, die hoffnungslos Verblödeten sehen, um die sich keine Mühe mehr lohnt und an denen wir mit aller Arbeit doch eines Tages scheitern werden - solange werden wir auch keinen Zugang zu ihnen finden.

Dazu gehört allerdings, daß wir uns von den vorher geschilderten überholten Denkkategorien trennen. Es gibt dann kein „oben“ und „unten“ mehr - oder nur noch als Ordnungsbegriff - nicht eine Trennung nach „Wert“ und „Unwert“, nicht Bessere und Schlechtere, nicht „Fälle“, um die es sich lohnt und andere, die besser gleich abgeschrieben werden!

Es ist dabei unverzichtbar, daß wir- ganz gleich ob Fachleute der verschiedenen Disziplinen, Laien-Eltern oder Mitarbeiter in der Praxis - die wir uns mit der Hilfe für geistig Behinderte auseinandersetzen, zunächst einmal zugeben, daß wir immer noch viel zu wenig über diejenigen und von denjenigen wissen, um die wir uns auch heute vorrangig bemühen: die geistig behinderten Erwachsenen.

Unsere Aussagen über sie sind weitgehend Vermutungen, Rückschlüsse, Eindrücke, die auf dem Vergleich mit „Normal“-Erfahrungen basieren.

Damit möchte ich keineswegs sagen, daß ohne ein exaktes Wissen nichts geschehen könne und daß uns zuerst umfangreiche Forschungen über die Problematik erwachsener geistig Behinderter vorliegen sollten, ehe wir für sie zu handeln beginnen. Ich meine nur, daß es an der Zeit ist, eine saubere Trennung zwischen der klassischen psychiatrischen Wissenschaft und den sich daraus ergebenden Folgerungen und einer fortschreitenden Wissenschaft und Forschung über geistige Behinderung durchzuführen.

Erfahrung und Intuition sind gewiß nicht gering einzuschätzen, aber zu einer Zeit, da immer mehr geistig behinderte Kinder erwachsen werden, müssen wir mehr über sie wissen.

Daß in dem klassischen Wörterbuch, dem Pschyrembel, auch noch 1977 die Behauptung steht, daß Mongolismus mit mongoloider Idiotie synonym sei, daß diese Kinder zu 75 % vor der Pubertät und zu 90 % bis zum 25. Lebensjahr sterben, untermauert diese Forderung ebenso wie Berichte aus England, in dessen Standardwerk für Medizinstudenten alle schauerhaften Vorurteile als Tatsachen verzeichnet sind: „Sie können nicht alleine laufen und sich sauber halten, sie beißen und kratzen sich selbst, sie reißen sich die Haare aus und essen sie ... die Instabilität ihres emotionalen und intellektuellen Gleichgewichts läßt sie katastrophal in ihrem sexuellen und aggressiven Verhalten entgleisen ... usw. usw. . ." Einzelercheinungen, Extremformen, die auch wir aus der Praxis kennen, werden verallgemeinert, die Grenzen von Krankheiten, Behinderungen und Umweltschädigungen nicht mehr gesehen. Während umfangreiche deutsche und internationale Veröffentlichungen über geistig behinderte Kinder vorliegen und sich hier besonders die Pädagogik mit der ganzen Breite der Problematik auseinandersetzt, gibt es kaum nennenswerte Literatur - geschweige denn Forschungsberichte-- über Erwachsene.

Diese werden nur dort erwähnt, wo es sich um Organisation und Konzeption von Arbeit und Wohnen handelt, also um sachliche Fragen. Dabei geht man vielfach auf die Bedürfnisse der Menschen, für die dabei lebensentscheidende Regelungen getroffen werden, gar nicht ein, weil alle Planer ja von vornherein zu wissen glauben, was für geistig Behinderte gut und nützlich ist.

Natürlich gibt es aner kennenswerte Ausnahmen, doch auch bei der Vorbereitung dieses Beitrages war ich in erster Linie auf Tagungsberichte, einzelne Referate, Berichte aus der Praxis, vor allem der des Auslandes, und auf eigene

Erfahrungen angewiesen. Verlässliche Aussagen von wissenschaftlicher Seite gibt es bisher kaum.

Woran liegt das? Muß man annehmen, daß die erwachsen werdenden Behinderten auch in den Augen der Wissenschaft „immer Kinder“ bleiben? Liegt es daran, daß diese Altersklassen - soweit sie überhaupt überlebten - hinter den Wänden von überbehütenden Elternhäusern oder in Landeskrankenhäusern und Heimen leben und dadurch unsichtbar bleiben? Oder steht dahinter nicht vielleicht auch eine gewisse Resignation: „Was kann man da noch viel erforschen, das bringt nichts, ist uninteressant?“

In der Realität müssen wir uns darauf einstellen, daß die Zahl der erwachsenen geistig Behinderten ständig wächst. Noch niemals in der Geschichte haben so viele ihre Eltern überlebt und werden - ohne Hilfe aus ihren Familien - alt werden.

Diese Erwachsenen haben unterschiedliche Biographien: einige von ihnen werden durch fehlende Förderung tatsächlich das Stadium des Kindseins kaum überwinden und auf sie trifft sicherlich auch die Prognose der frühen Vergreisung zu.

Andere sind jedoch schon durch Schule, Berufs-Vorbereitung und Ausbildung gegangen und dadurch wach und lebendig geblieben. Und die heute noch ganz jungen Menschen werden uns vermutlich durch ihre Selbständigkeit und vielfältigen Fähigkeiten sowieso überraschen!

Unter denen, die erwachsen werden, gibt es natürlich auch viele, die auf Grund von Art und Schwere ihrer Behinderung kaum entwicklungsfähig erscheinen und für Schutz und sogar Pflege an erster Stelle stehen. Trotzdem gehören sie dazu, ebenso wie die Problemkinder und Grenzfälle, die ganz in sich Verkrochenen und die Unruhigen und Lauten. Nach unserem Selbstverständnis können wir sie nicht ausklammern und nun etwa noch eine eigene, abgetrennte Gruppe der „Schwerstbehinderten“ schaffen.

Wenn ich im Folgenden meine Beispiele vor allem aus dem sogenannten Mittelbereich hole, dann u. a. auch deshalb, weil er ebenfalls bis vor kurzer Zeit als völlig unbeeinflussbar galt.

Auf der anderen Seite begegnen uns gerade hier immer mehr geistig behinderte Jugendliche und junge Erwachsene, die fähig geworden sind, ihre Wünsche und Fragen bereits in der einen oder anderen Weise zu äußern. Wenn wir richtig zuhören, dann vermitteln sie uns einen Eindruck von dem, was auch ihre Gefährten denken, was viele von ihnen bewegt.

Ehe ich nun näher auf diese besonderen Wünsche und Bedürfnisse eingehe - unterschwellig wurde bereits einiges darüber angedeutet - lassen Sie mich noch auf eine Tatsache hinweisen, die hier vielleicht vorab ausgesprochen werden sollte:

Wir nehmen es inzwischen weitgehend als sehr selbstverständlich hin, daß geistig Behinderte in unser Bildungssystem eingefügt sind und daß sie, ebenso wie alle anderen, nach der Schule in die Arbeitswelt hinüberwechseln werden. Wir sind stolz auf diesen Fortschritt und rechnen ihn uns zur Ehre an und betonen die großen Leistungen, die für Behinderte erbracht werden.

Denken wir dabei überhaupt noch an diejenigen die die härteste Arbeit in diesem Zusammenhang erbringen müssen nämlich die geistig behinderten Kinder und Jugendliche selbst? Machen wir uns klar, was sie – die Mängelwesen aus dem Negativ-Katalog - an Anstrengungen und selbst überwindender Mühe einsetzen mußten, wie schwer ihnen jeder Lernschritt gefallen ist und wieviel Geduld sie gebraucht haben? Überlegen wir in den Augenblicken mit Genugtuung auf den Fortschritt in der Behindertenarbeit hinweisen gegenseitig versichern, wieviel wir doch auf dem Gebiet geleistet haben, daß dies alles nur möglich war durch die vielen, oft unendlich kleinen Schritte , mit denen unsere Kinder diesen Weg für uns gegangen sind?

Ich frage mich oft, was geistig behinderte Menschen denn noch alles an Anstrengungen auf sich nehmen müssen, um auch nur annähernd als gleichberechtigte Mitglieder unserer Gesellschaft akzeptiert zu werden! Denn was geschieht mit ihnen nach diesen Jahren des Lernens ? Haben sie dann anderen die Wahl, das zu tun, was ihnen Freude macht und wobei sich ihnen auch Gelegenheit zur persönlichen Weiterentwicklung anbietet?

Die Antwort kennen wir. Sie ist unbefriedigend. Hier wird zu oft die Chance vertan, einen hoffnungsvoll begonnenen Weg konsequent weiterzuführen Auch ein geistig behinderter Mensch ist mit 20 oder 25 Jahren genausowenig „fertig “ wie sein nichtbehinderter Altersgefährte, sein Nachholbedarf ist sogar erheblich größer Aber während der eine Gelegenheit erhält, sich weiterzubilden, Kenntnisse zu erwerben und seinen Gesichtskreis zu erweitern scheint es für den anderen, den geistig Behinderten, außer einigen Freizeitangeboten, kaum etwas Vergleichbares zu geben.

Über ihn ist verfügt. Er hat sich anzupassen an die ihm verordnete Regelung; es gibt keinen anderen Weg.

Vor dieser Wirklichkeit - die zuletzt vielleicht etwas überzeichnet wurde - sollen nun Wünsche und Bedürfnisse aufgezeigt werden. Einige davon wurden bereits erwähnt und sollen deshalb hier nur noch einmal unterstrichen werden"

Entwicklung der eigenen Persönlichkeit

- Wie jeder andere Mensch, hat auch der geistig Behinderte das Bedürfnis seine eigene Persönlichkeit zu entwickeln und selbst dann wenn er dieses nicht anmelden könnte, weil ihm die dafür notwendigen Ausdrucksmittel fehlen, besteht auch für ihn dieses menschliche Grundrecht.

Er braucht dazu in aller Regel Anregungen, die von außen her an ihn herangetragen werden; er muß motiviert werden. Doch jeder Schritt nach vorne,

jedes bewußte Aufnehmen neuer Erfahrungen und Kenntnisse, jede Überwindung eigener Schwächen ist ein Stück Entwicklung. Wenn er fähig wird, mit anderen zusammenzuleben, zu geben und zu nehmen, wenn er nicht mehr nur an sich selbst denkt, sondern auch auf seine Umwelt Rücksicht nimmt, wenn er sich über sein eigenes Tun Rechenschaft ablegt (auch wenn dieses nur spurenhaft geschieht), wird er in seiner Entwicklung stetig voranschreiten.

Das Bedürfnis, als Mitmensch angesehen zu werden,

- einfacher gesagt: der geistig behinderte Mensch möchte - weder als Kind noch als Erwachsener - „anders“ sein, er will dazu gehören. Er ist selten von Natur aus zum Einzelgänger geschaffen und viel mehr auf Gemeinschaft mit anderen, auf Anerkennung und Ermunterung durch seine Umwelt angewiesen als viele „Nichtbehinderte“.

Wie kaum ein anderer hat er den Wunsch, angenommen und bejaht zu werden. Immer wieder wird davon berichtet, wie empfänglich gerade geistig behinderte Kinder für Stimmungen und Unterströmungen in ihrer nächsten Umgebung sind und wie sie das Verhalten der Familienmitglieder gleichsam widerspiegeln. Die traurigen, antriebsarmen Kinder ständig klagender Eltern sind dafür ebenso ein Beispiel, wie der junge Mann, der seine Eltern anschreit: „Wenn ihr brüllt, brüll¹ ich auch!“ Hinter diesem - scheinbar schlechten - Benehmen steht die verzweifelte Bitte: „Seid nicht so zu mir, redet freundlich mit mir, seid gut!“

Je älter geistig Behinderte werden, desto mehr suchen sie nicht nur „irgend-eine“ Form von mitmenschlicher Zuwendung, es entsteht der Wunsch nach echten Freunden. Sie möchten den einen Menschen finden, dem sie ganz vertrauen können, der sie versteht, der Halt und Vorbild ist: Ich habe manchmal den Eindruck, daß Freundschaft hier wirklich noch im Sinne des klassischen Idealismus gesehen wird und gleichsam wie eine Beschwörungsformel von ihnen gebraucht wird. In dieser Freundschaft wächst das eigene Selbstwertgefühl, sie geben und nehmen und sind damit wieder ein Stück näher an die Mitmenschlichkeit herangerückt.

Das Bedürfnis nach Liebe und Zuwendung, nach Geborgenheit

- Vielleicht gibt es hier-obwohl es sich um Selbstverständlichkeiten handelt -doch die meisten Mißverständnisse. Wahrscheinlich deshalb, weil gerade hier allzuoft der zweite Schritt vor dem ersten versucht wird und dabei das naheliegende, d. h. der alles tragende Gefühlsbereich zu kurz kommt.

Es gibt Expertenaussagen darüber, daß bei geistig Behinderten in der Regel auch die soziale und emotionale Entwicklung beeinträchtigt sei - doch stellt eine derartige Behauptung die Zusammenhänge nicht auf den Kopf? Kann jemand überhaupt zwischenmenschliche Beziehungen entwickeln, der vielzuwenig davon erfahren hat und der kaum Gelegenheit hatte, sich in ihnen geborgen zu fühlen?

Wenn es jetzt z. B. darum geht, geistig Behinderte aus den Stationen der psychiatrischen Krankenanstalten aus- und in andere Lebensformen einzugliedern, sollte die Reform damit beginnen, daß man Lösungen anbietet die menschlich sind. Statt der „Patienten“ oder „Insassen“¹ gilt es, Einzelgeschöpfe zu begreifen und ihnen das zukommen zu lassen, was jeder Mensch braucht, als Kind, als Jugendlicher, als Erwachsener.

Unter dein Stichwort Liebe sofort an Sexualität in aktiver Form zu denken, liegt zwar nahe, verkennt aber, daß der Gefühlsbereich als „Vorfeld“ überhaupt erst die Voraussetzung dafür schafft, daß mitmenschliche Beziehungen an Tiefe und Intensität gewinnen. Hierauf haben verschiedene Autoren bereits nachdrücklich hingewiesen, -Sporken, Huber, Katz-wie es ja überhaupt für den Bereich der Sexualität kein Literaturdefizit gibt! Deshalb brauche ich wohl nicht weiter darauf einzugehen.

Wir sollten aber trotzdem noch einmal daran erinnern, was über das Handeln und Verfügen von außen her gesagt wurde:

So notwendig es oft ist, Entscheidungen für einzelne Behinderte zu treffen -weil diese selber es wirklich nicht können und ohne solche Entscheidung Schaden erlitten - so behutsam sollte jeder, der Verantwortung für geistig Behinderte trägt, bei Beurteilung, Beratung und Entscheidung auf sexuellem Gebiet vorgehen. Wir wissen noch viel zu wenig und wir sind - in der einen oder der anderen Weise - hier auch besonders befangen.

Betrachten wir das Bedürfnis nach Liebe vor allem niemals isoliert, sondern behalten wir dabei stets den Kontext der gesamten Persönlichkeitsentwicklung im Blick!

Mit dem Wunsch nach Geborgenheit ist das Bedürfnis nach Sicherheit und Verlässlichkeit eng verbunden. In der gelebten Wirklichkeit fließen für die uns anvertrauten Menschen Begriffe wie Sicherheit, Verlässlichkeit, Vertrauen ineinander und haben bei einzelnen geistig behinderten Menschen sicherlich auch ihren ganz bestimmten biographischen Stellenwert:

Wieviele unter ihnen haben seit Kindertagen erleben müssen, daß sie immer wieder an einen anderen Ort und zu anderen Menschen kamen. Sie konnten keine richtigen Beziehungen aufbauen, weil das Heim, in das sie kamen, zu weit entfernt vom Elternhaus lag und die Verbindungen zur Familie immer spärlicher wurden, bis sie eines Tages ganz versickerten. Sie waren niemals sicher, ob man sie nicht bald wieder - wie ein Paket - an eine andere Stelle schicken würde. Sie hatten und haben vielfach wenig eigenen Besitz, „mein“ und „dein“ können manche kaum verstehen.

So haben sie ständig Angst, Furcht vor neuen Verlusten, weiteren Enttäuschungen und geraten in eine Unsicherheit, die alles überschattet. Diese Angst kann kaum jemand nachempfinden, der nicht irgendwann ebenso ausgeliefert und rechtlos war, wie es geistig Behinderte auch heute in vielen Be-

reichen immer noch sind. Angst ist nur schwer zu überwinden. Wen wundert es, daß viele von ihnen niemals wirklich Vertrauen lernen konnten?

Das eben Gesagte gilt leider auch für Behinderte, die in ihren Familien oder Wohnstätten leben: Auch nächste Menschen können zurückweisen, enttäuschen und gleichgültig bleiben. Zusagen werden nicht gehalten, Vertröstungen sind an der Tagesordnung, das eigene Leben muß immer nach den Vorstellungen, Launen und Notwendigkeiten anderer geführt werden. Geistig Behinderte haben nur ungenügende Mittel, um sich gegen eine derartige Behandlung zur Wehr zu setzen.

Selbst in fortschrittlichen Wohnstätten kann es geschehen, daß ein Bewohner sich plötzlich in einem anderen Zimmer oder bei einem anderen Zimmergenossen wiederfindet, weil dieses, nach Ansicht der Verantwortlichen, so besser sein soll. Aber einen Platz haben, der einem selber gehört, ein paar Dinge besitzen, die niemand wegnimmt; alles am Abend wieder vorfinden; wissen, daß man irgendwo „richtig“ hingehört, freundlich begrüßt wird und diese Freundlichkeit als Heimat empfindet, dieses wäre zunächst einmal unter Sicherheit zu verstehen, ist menschliches Grundbedürfnis.

Wer einmal erlebt hat, wie stark selbst ein recht einsichtiger geistig Behinderter unter einem nicht eingehaltenen Versprechen leidet, wie er Vertröstungen als solche erkennt und in Vertrauenskrisen gestürzt wird, der wird in Zukunft nicht zweierlei Maß anlegen, sondern wird im geistig Behinderten den Partner sehen, den er genauso behandelt, wie er selber behandelt werden möchte.

Ich möchte hier nur noch ein Bedürfnis nennen, das die meisten von uns bei Behinderten besonders stark erlebt haben:

Das Bedürfnis nach Freude

- In einer auf Nützlichkeit und Leistung bezogenen Welt wird es in seinem Wert oft verkannt. Erwähnt man es im Zusammenhang mit geistig Behinderten, dann rasten bei einigen Fachleuten sogleich bestimmte Formeln ein, die sie in klassischen Darstellungen über behinderte Menschen gelernt haben. „Sie sind von heiterer Gemütsart, ihr Verhalten ist sehr oft läppisch, sie sind kindisch und einfältig.“ Selbst für Menschen mit Down-Syndrom, auf die derartige Beschreibungen meistens bezogen sind, treffen sie so generell nicht zu. Und je besser geistig Behinderte gefördert werden und damit zur Einsicht in ihren Zustand kamen, desto häufiger lernten sie auch Traurigkeit und Leid kennen. Mit ihren eigenen Fragen nach dem „Warum“ „Warum bin ich behindert“ wurden sie verletzlicher und Verstimmungszuständen stärker ausgeliefert.

Demgegenüber steht jedoch ihre unglaubliche Fähigkeit, sich zu freuen. „Wir wollen uns freuen - Alle Menschen brauchen Freude - Ich bin froh, wenn Ihr euch mit mir freut...“. Das sind Sätze, die in Briefen und Äußerun-

gen erwachsener geistig Behinderter sehr oft wiederkehren. Sicherlich ist damit keine oberflächliche Lustigkeit gemeint, obwohl auch diese mitreißend sein kann. Freude ist der große strahlende Wunsch für sie, denn in der Freude fühlen sie sich ganz angenommen, haben sie keine Angst, werden sie gehalten und getragen.

Heute können es uns erst wenige unter ihnen so klar sagen, doch wir sollten sehr aufmerksam auf sie hören: Freude hat für geistig Behinderte noch den ursprünglichen Sinn, ist gleichbedeutend mit Glück und Zufriedenheit.

Freude steht natürlich auch für Fröhlichkeit - warum wird in der Arbeit für geistig Behinderte eigentlich so selten gelacht?

Ich möchte nun noch - schlaglichtartig - einige „Wünsche“ erwähnen, wie sie mir in dieser oder anderer Form im Laufe der Zeit bei geistig Behinderten begegnet sind. Wünsche, bei denen der Schritt zum Bedürfnis ganz klein ist und die leider viel zu oft von uns überhört werden:

- „Freiheit“, sagt ein Dreißigjähriger zu uns, - „ich will Freiheit!“

Was meint er damit, was versteht er in seiner persönlichen Lage darunter, wie stellt er sich die Erfüllung seines Wunsches vor? Er gehört im Grunde kaum noch zu den „echten“ geistig Behinderten und hat ein großes Maß an Selbständigkeit und Unabhängigkeit erreicht. Er tut vieles, was anderen untersagt wird, - wohin zielt also sein Wunsch?

Meint er vielleicht „mehr Freizeit“? - Will er das Wohnheim verlassen und alleine leben? - Fühlt er sich zu stark gegängelt? Genau dieses letztere stellt sich als Anlaß heraus: er empfindet Hausordnung und Arbeitsanweisungen als Zwang, er möchte selber entscheiden, was er tut und was er nicht tun will.

Aber ich vermute, dieses ist nicht alles. Hinter dem Wunsch nach „Freiheit“ steckt die Unzufriedenheit mit der eigenen Situation als Behinderter. Die „Grundbedürfnisse“ sind ihm, auch wenn er selber das nicht klar erkennt, weitgehend unerfüllt geblieben. Er fühlt, daß ihm vieles fehlt, daß er „anders“ ist, daß er nirgendwo richtig hingehört, - und nennt nun alles, was er sich ersehnt „Freiheit“!

Eine ältere Frau hält meinen Arm fest und klagt: „Warum hast Du keine Zeit für mich? Niemand hört mir zu. Ich will was sagen - aber keiner hört zu!“

Der hier geäußerte Wunsch ist klar: Sie will mit jemandem reden können, will sich mitteilen, will, daß man ihr zuhört. Wie viele Behinderte sehen uns täglich erwartungsvoll an, haben die gleichen Wünsche, möchten endlich einmal reden dürfen - jedoch wir haben keine Zeit für sie. Wir sind ständig geschäftig unterwegs und tun bestimmt viel für sie, -viel - und doch nicht das eine, auf das sie warten: ihnen zuhören und mit ihnen sprechen.

- Die Bewohner einer Wohnstätte sitzen am Feierabend zusammen und genießen das Ausruhen. Sie hören Musik, schwatzen ein bißchen, dösen, lassen sich gehen. Da taucht unangemeldet ein Elternpaar auf, rupft den eigenen Filius aus der Runde der anderen und schimpft sofort über seine Schlampigkeit: „. . . und Du hast Dich wieder nicht rasiert!"

Wir kennen diese Eltern, sie haben stets vorbildlich für den Sohn gesorgt und „alles" für ihn getan. Aber dieser Sohn sagt nun zu ihnen: „Warum könnt Ihr mich nicht endlich in Ruhe lassen? Ich habe Feierabend!... und Ihr braucht so auch gar nicht mehr zu kommen!"

Grundbedürfnisse und Wünsche geistig behinderter Menschen - sind es speziell „Behinderten-Wünsche" oder begegnen uns in ihnen nicht unsere eigenen Vorstellungen? Die Beispiele ließen sich verlängern, jeder Praktiker wird hier seine eigenen dazu beisteuern können und in allen wird uns die gleiche Grundstimmung begegnen: Sie wollen dazu gehören, wollen ernst genommen werden, wollen als Mitmenschen - so wie sie sind - akzeptiert werden.

Diejenigen, von denen ich's erzählte, vermögen sich sprachlich verständlich zu machen; den meisten anderen muß man es an den Augen ablesen, aus ihren Gebärden deuten, muß sie auf den Umwegen ihrer Mitteilungsmöglichkeiten begleiten, ihre Signale erkennen.

Sie brauchen unsere Hilfe - das steht außer Zweifel - und sie werden sie immer brauchen, setzen wir diese Hilfe richtig, d. h. menschlich ein!

Wir müssen jetzt auch für sie denken und entscheiden - uns bleibt gar nichts anderes übrig, denn wir haben einen Auftrag zu erfüllen. Wir werden Wohn-, Lebens- und Arbeitsformen zu beraten haben, in denen sie - die hier nicht dabei sein können - dann später leben sollen:

- Die „Starken" unter ihnen, die sich anstrengen und abmühen,
- die ganz Schwachen, die kaum ein Spielzeug in ihren Händen halten können,
- die Verweigernden, die unsere Zuwendung nicht annehmen,
- die Lauten und Unruhigen, die überall stören und zerstören,
- die Sanften, die alles mit sich geschehen lassen,
- die Zutraulichen und die Groben, die Kleinen und die Großen.

Sie alle schauen uns gleichsam über die Schulter und bitten uns, alles so zu ordnen, daß sie darin in Frieden und Freude leben können.

Ich weiß - dieser Versuch, die Thematik darzustellen, ist ein Stückwerk geblieben. In ein paar Jahren werden wir vielleicht mehr wissen und dann auch mehr aussagen können.

Bis dahin nehmen Sie diesen „Versuch" einer Aussage mit hinein in Ihre Beratungen und verstehen Sie ihn als das, was er allein sein kann und will: ein schmaler Einstieg, um in dem Gewirr von Fachwissen, Organisationsformen,

Planungskonzeptionen und Neustrukturierungen, die Menschen, für die wir tätig sind, in unserer Nähe zu behalten.

Literatur:

Egg, Maria: „Lebensweg der Behinderten“; Freiburg 1975.

CMH-Newsletter (Campaign for the Mentally Handicapped), London 78/79.

Dokumentation Werkstatttag '78, Osnabrück, 1978.

Huber/Katz: „Geschlechtserziehung bei geistig Behinderten“, Freiburg 1975.

Harbauer/Bach: „Soziale Dienste für psychisch auffällige Kinder, Jugendliche und Geistigbehinderte“; Konrad-Adenauer-Stiftung 8.

Hoffmann: „Der erwachsene Behinderte als Ziel von Bemühungen im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpädagogik“.

Klieme: „Der Behinderte als Partner“; Beides in „Zur Orientierung“ 2/79.

Thannhäuser: „Zur Situation geistig behinderter Erwachsener aus der Sicht ihrer Mütter“; Bern, Stuttgart, Wien 1976.

Sporken: „Geistig Behinderte, Erotik, Sexualität“; Düsseldorf 1974.

Vanier: „Der Ruf aus dem Schweigen“; München 1975.

Stafford-Clark and A. C. Smith: „Psychiatry for students“, London 1978.

2. Die Ausgliederung geistig Behinderter aus der psychiatrischen Krankenhausversorgung

Die Ausgliederung geistig Behinderter aus der psychiatrischen Krankenhausversorgung

C. Kulenkampff

Die Tatsache, daß Behinderte, insbesondere geistig Behinderte, in psychiatrischen Krankenhäusern untergebracht sind, hat historische Wurzeln. Die Anstalten alter Art waren als weitgehend autarke Schutzzonen für Hilfsbedürftige jeglicher Art konzipiert. Zwar gab es schon im 19. Jahrhundert bekanntlich Auseinandersetzungen über die angemessene Versorgung der „heilbaren“ und „unheilbaren“ Kranken - ein Problem, das sich bis heute unter modernen Vokabeln im Streit um den Behandlungs- und Pflegefall widerspiegelt. Nachdem allerdings die Entscheidung zugunsten einer institutionell-kombinierten Versorgung Heilbarer und Unheilbarer in den sogenannten Heil- und Pflegeanstalten gefallen war, fanden sich zukünftig nach heutiger Terminologie neben den Kranken immer auch Gruppen von Behinderten in den psychiatrischen Krankenhäusern. 1973 - zum Zeitpunkt der von der Sachverständigen-Kommission vorgenommenen Erhebung - betrug der Anteil geistig Behinderter an der Gesamtzahl hospitalisierter Kranker im Bundesgebiet 18,5 Prozent. Dabei fanden sich besonders hohe Quoten in den Ländern Nordrhein-Westfalen (25,1 Prozent), Hessen (21,3 Prozent), Schleswig-Holstein (21,2 Prozent) und Saarland (20,5 Prozent); besonders niedrige in Baden-Württemberg (9,6 Prozent) und Hamburg (5,4 Prozent). Es ist hier nicht der Ort, diesen durch regionale Strukturbesonderheiten bedingten Differenzen nachzugehen. Auch hat die Gesamtzahl der erwachsenen geistig Behinderten in psychiatrischen Krankenhäusern im Zusammenhang mit den erheblich vermehrten und verbesserten Förderungsangeboten für diese Gruppen außerhalb der Kliniken während der vergangenen Jahre sicher abgenommen. Dennoch ist auch noch in unseren Tagen davon auszugehen, daß der Versorgungsauftrag der psychiatrischen Krankenhäuser einen nicht geringen Anteil geistig Behinderter umfaßt.

In dem Maße, in welchem die Psychiatrie in die Medizin hineindrängte, um dort schließlich ihren Platz zu finden und demzufolge die psychiatrischen Krankenhäuser immer klinischer wurden, gerieten die Behinderten zunehmend in eine durch Vernachlässigung gekennzeichnete Randzone. Dieser augenfällige Mißstand ist der Sachverständigen-Kommission sehr wohl bewußt gewesen, als sie vom überkommenen Typus der Heil- und Pflegeanstalt Abschied nahm und postulierte, daß nur derjenige stationär im Krankenhaus behandelt werden soll, der krankhausbedürftig ist, also des medizinischen, technischen und personellen Aufwandes eines Krankenhausbetriebes bedarf (Enquete-Bericht S. 205). Dementsprechend hat die Sachverständigen-Kommission die Trennung der Versorgung psychisch Kranker von der Versorgung geistig Behinderter gefordert. Sieht man - so heißt es im diesbezüglichen Kapitel des Enquete-Be-

richtes - „von einer Minderzahl eindeutig krankenhausbedürftiger geistig Behinderter ab, ist das psychiatrische Krankenhaus für die Behandlung und Betreuung dieser Personengruppe prinzipiell nicht geeignet. Geistig Behinderte bedürfen in erster Linie einer heilpädagogisch-sozialtherapeutischen Betreuung, die ihnen in der Regel in hierfür geeigneten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses angeboten werden sollte. Der Psychiater, dem keine heilpädagogische Ausbildung zuteil geworden ist, soll im Betreuungsbereich für erwachsene geistig Behinderte lediglich konsiliarische Aufgaben wahrnehmen. Auf- und Ausbau eines eigenständigen Versorgungssystems für erwachsene geistig Behinderte verfolgt das Ziel, die Betroffenen, deren Vernachlässigung nicht länger hingenommen werden kann, einer ihnen gemäßen Betreuung mit hierzu qualifiziertem Personal zuzuleiten. Die damit verbundene Reduktion der Kapazität vieler psychiatrischer Krankenhäuser liegt auf der Linie anzustrebender Reformen" (Enquete-Bericht S. 206).

Diese Empfehlung geht von der grundsätzlich richtigen Vorstellung aus, daß die Versorgung und Förderung insbesondere! erwachsener geistig Behinderter in erster Linie von geeigneten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses übernommen werden sollte, wobei mit der Zielrichtung „außerhalb" zweifellos die auf diesem Gebiet seit langer Zeit vorbildlich arbeitenden freien Verbände angesprochen waren. Der unmittelbaren Umsetzung dieser Forderung im Sinne der Überführung aller erwachsener geistig Behinderter aus den psychiatrischen Krankenhäusern in andere Einrichtungen stehen zunächst Mengenprobleme entgegen. Die Kapazitäten der freien Träger reichen in der Regel nicht aus, um den Mißstand durch Verlagerung gleichsam mit einem Schlage aus der Welt zu schaffen. Aber selbst unter der Voraussetzung einer sich über einen längeren Zeitraum hinziehenden stufenweisen Übernahme kommt eine weitere gravierende Schwierigkeit hinzu. Durch den oft jahrzehntelang anhaltenden Mangel an heilpädagogischen Aktivitäten entwickeln sich bei den Schwer- und Mehrfachbehinderten in psychiatrischen Krankenhäusern Verhaltensanomalien, die von den auf einem höheren Niveau arbeitenden Einrichtungen freier Träger vor allem in größerer Zahl sicher nicht verkraftet werden können. Die Bereinigung der Situation durch Verlegung setzt daher intensive Förderungs- und Bildungsprogramme für das Klientel der geistig Behinderten in den psychiatrischen Krankenhäusern voraus, um diese überhaupt verlegungsfähig zu machen. Die Verwirklichung dieser nach meiner Erfahrung notwendigen Voraussetzung bedeutet aber schon einen ersten Schritt in Richtung der Etablierung von heilpädagogisch orientierten Behindertenbereichen. Denn es erscheint wenig zweckvoll und praktikabel, effektive, personalaufwendige und damit teure Förder- und Bildungsprogramme mit dem Ziel aufzuziehen, sich schließlich selbst überflüssig zu machen.

Überlegungen dieser Art, ein starker, auch politischer Impuls, schnell zu Verbesserungen für eine eindeutig unterprivilegierte Gruppe zu kommen und auf dem Hintergrund der Krankenhausgesetzgebung auch finanziell durchsichtige Strukturen zu schaffen, haben dazu geführt, daß der Landschaftsverband

Rheinland den Beschluß faßte, in seinen größeren psychiatrischen Kliniken die erwachsenen geistig Behinderten in selbständigen heilpädagogischen Einrichtungen zusammenzufassen. Dies bedeutet kurz gesagt: Für in der Regel zwischen 200 bis 300 geistig behinderte Erwachsene werden entsprechende Gebäudekomplexe aus dem Krankenhausbereich herausgeschnitten. Diese Einrichtungen erhalten eine selbständige, nicht ärztliche Leitung, haben nunmehr den Charakter eines Heimes und werden naturgemäß nicht mehr aus KHG-Mitteln gefördert.

ich vermag nicht zu beurteilen, ob Sie diesen zunächst global beschriebenen Modus einer Trennung der Versorgung psychisch Kranker von der Versorgung geistig Behinderter nachzuvollziehen bereit sind. Auf dem Hintergrund der von mir dargelegten Argumente scheint mir allerdings immer dort, wo wir eine größere Anzahl erwachsener geistig Behinderter vor allem mit einem überwiegenden Anteil von Schwer- und Mehrfachbehinderten in psychiatrischen Krankenhäusern vorfinden, dieser Weg der zur Zeit einzig mögliche, wenn wir einen bedrängenden Mißstand relativ kurzfristig beseitigen wollen. Dies ist der Grund, weshalb ich hier über die Erfahrung beim Beschreiten dieses Weges zur Verselbständigung des Behindertenbereichs berichten möchte. Eine Berichterstattung erscheint mir ferner deswegen erforderlich, weil auch von anderen Trägern mit Bezug auf die Empfehlungen des Enquete-Berichtes Versuche dieser Art unternommen werden und weil sich bei der Realisierung des schnell gefaßten Beschlusses in der Tat erhebliche Komplikationen aufürmen.

Es beginnt mit der Abgrenzung des Behindertenbereiches, also der Frage: Wer ist der neuen Einrichtung zuzurechnen und wer nicht? Die Meinungen der Grenzzieher über das hier entscheidende Kriterium der Krankenhauspflegebedürftigkeit gehen weit auseinander. Viele Ärzte möchten gewisse Schwer- und Mehrfachbehinderte von der Sache her in ihrem Verantwortungsbereich belassen. Hinzu kommen die Konsequenzen der höchstrichterlichen Entscheidung des Bundessozialgerichtes über die inhaltliche Bestimmung des Behandlungsfalles mit einer sich allmählich durchsetzenden Tendenz, den Begriff der Behandlung auszuweiten. Hierdurch wird das verständliche Interesse des Sozialhilfeträgers geweckt, möglichst viele Behinderte als Behandlungsfälle zu deklarieren und damit den Krankenkassen anlasten zu können. Da aber Behinderte als Kassenpatienten nicht außerhalb des Krankenhauses in einem Heimbereich unterzubringen sind, kann sich die Grenze zugunsten einer im Krankenhaus verbleibenden Behindertengruppe verschieben. Faktisch besteht dann die Gefahr, daß sich neben dem verselbständigten Behindertenbereich eine Abteilung mit krankenhauspflegebedürftigen schweren Behinderten etabliert. Diese Entwicklung ist umso absurder, als die notwendigen heilpädagogischen Förderangebote für die schweren und Schwerst-Behinderten im Krankenhaus über die mit den Kassen auszuhandelnden Pflegesätze finanziell nicht abzudecken sind. Die Folge wäre, daß diejenigen Behinderten, welche es am nötigsten hätten, am schlechtesten wegkämen.

Zwischen diesen verschiedenen Aspekten und Interessenlagen ist es nicht leicht, einen vernünftigen Kompromiß zu finden. Hat man schließlich die Abgrenzung vollzogen, so steht die Umstrukturierung des nunmehr verfügbaren Areals zu einer behindertengerechten Einrichtung an - ein Vorgang übrigens, das sei vorab gesagt, der nur unter der Leitung eines in der Behindertenarbeit erfahrenen und kompetenten Mitarbeiters gelingen kann. Die einsetzenden Bemühungen um angemessene Lebensbedingungen für die Behinderten gründen auf dem „Normalisierungsprinzip“, d. h.: größtmögliche Gleichstellung des Behinderten mit anderen Bürgern und Angleichung an ihre Lebensweise im Wohn-, Arbeits- und Freizeitbereich; Verwirklichung des Rechts der Behinderten auf eine seinem Behinderungsgrad angemessene Behandlung, Unterrichtung und Ausbildung. Die Umsetzung derartiger Grundforderungen macht ~ um nur einige Beispiele zu nennen - die Bildung kleinerer Wohngruppen von durchschnittlich acht Personen erforderlich. Dabei muß die räumliche Aufteilung so differenziert sein, daß hierdurch lebenspraktisches Lernen unterstützt wird. Hinzu kommt etwa die Schaffung von in ihrem Anforderungsniveau abgestuften Arbeitsplätzen, Schulen und ausreichenden Freizeitangeboten, die außerhalb der Wohnung wahrgenommen werden können. Wer konventionelle psychiatrische Krankenhäuser kennt, weiß, daß sie in der Regel Räumlichkeiten für derartige Programme nicht hergeben. Umbauten und bauliche Ergänzungen sind daher unvermeidlich.

Die Umstrukturierung zu einer heilpädagogischen Einrichtung erfordert ferner eine erhebliche Vermehrung des Personals. Überschlüssig ist nach unseren Erfahrungen bei dem Versuch, sich entsprechenden traditionell vorbildlichen Einrichtungen konfessioneller Träger anzugleichen, mit einer Verdoppelung zu rechnen. Diese Tatsache gibt einen lautstarken Hinweis auf das Ausmaß bisheriger Vernachlässigung und vermittelt die sichere Erkenntnis, daß auf Kosten der Behinderten nicht mehr gespart werden kann: Gute heilpädagogische Einrichtungen sind im Betrieb teuer. Wenn man sie haben will, muß man sich auch entschließen, das Notwendige zu bezahlen.

Entscheidender freilich als diese Fragen sind die Probleme des qualitativen Niveaus der Mitarbeiter. Zunächst stehen ja weitgehend nur Pfleger und Schwestern, also Krankenhauspflegepersonal zur Verfügung. Dieses ist ursprünglich ausgebildet, um Kranke sachgemäß zu pflegen, zu behandeln, nicht aber um Behinderte zu fördern. Die Einstellung des Pflegepersonals kann eher als abwartend, beobachtend gekennzeichnet werden, um dann bei auftretenden Krisen zu intervenieren, weniger dagegen präventiv im Umgang mit dem Behinderten Krisen verhindernd. Obgleich viele Pflegekräfte über jahrelange Erfahrung mit erwachsenen geistig Behinderten verfügen, ist eine intensive praxisbezogene Fortbildung für diesen Personenkreis unerläßlich. Selbstverständlich wird sich daneben die Aufstockung des Personals im wesentlichen auf die Gewinnung pädagogisch versierter Mitarbeiter beziehen müssen. Erzieher gibt es jedoch nicht in Massen und die Ausbildung zum Heilerziehungspfleger ist jedenfalls in Nordrhein-Westfalen bislang staatlich nicht anerkannt. Der Träger

sieht sich so akut veranlaßt, spezielle Schulen einzurichten, um qualifiziertes Personal in ausreichender Anzahl selbst heranzubilden. Dies alles ist natürlich den im Behindertenbereich verbleibenden Pflegern und Schwestern bekannt. Besonders dort, wo sie bereits mit Erziehern zusammenarbeiten, kommt es nicht selten bei ihnen zu Identitätskrisen. Da sie in anderen, gut funktionierenden Behinderteneinrichtungen niemals gearbeitet haben, fällt es ihnen schwer, ihre eigenen Fähigkeiten und Möglichkeiten richtig einzuschätzen. Das erfahrene Krankenhauspersonal ist oft besser, als es selbst meint. Dennoch hat es das verständliche Gefühl, von den hereinströmenden Erziehern an die Wand gedrückt zu werden und keine rechten Zukunftschancen mehr zu besitzen.

Hinzu kommt das Problem der Dienstzeiten. Abgesehen davon, daß sich die Dienstzeit der Pfleger von derjenigen der Erzieher unterscheidet, übernehmen neu eingerichtete Behindertenbereiche einen Regeldienstplan aus dem Krankenhaus, der die Bedürfnisse der Behinderten im allgemeinen völlig unberücksichtigt läßt. Es ist sehr schwierig, hier angesichts überkommener Traditionen, nicht selten auch Privilegien, zu einer flexiblen Anpassung an die berechtigten Belange einer im Aufbau befindlichen Behinderteneinrichtung zu kommen. Veränderungen dieser Art bedeuten für das Krankenpflegepersonal eine erhebliche Umstellung, die Aufgabe oft uralter Gewohnheiten und tragen zur Verunsicherung bei. Von Gewicht ist ferner für das verbleibende Personal die hier im Rheinland vorgesehene vollständige administrative Abnabelung des Behindertenbereichs vom Krankenhaus durch die Bildung einer neuen Dienststelle mit eigener Rechtsform. Konsequenter Weise sind in diesem Zusammenhang die Behindertenbereiche nicht mehr der Gesundheitsabteilung, sondern der Sozialhilfeabteilung - in diesem Falle also dem überörtlichen Sozialhilfeträger - zugeordnet worden. Nach ihrem Selbstverständnis fühlen sich Schwestern und Pfleger im Krankenhaus verwurzelt. Von diesem abgeschnitten, fällt die Entscheidung für die neue Einrichtung auch unter dem schon erwähnten Gesichtspunkt Ungewisser Zukunftsaussichten schwer, wenn nicht für ein Minimum an Durchlässigkeit zwischen beiden Institutionen gesorgt werden kann. Zudem droht den Betroffenen die Psychiatrie-Zulage verlorenzugehen. Schließlich möchte ich darauf hinweisen, daß die organisatorischen Probleme unter der Vorbedingung einer totalen Verselbständigung nicht gering zu veranschlagen sind. So müssen - ohne Sie mit Details langweilen zu wollen - z. B. brenzlige Fragen, wie die Leitungsstruktur der heilpädagogischen Einrichtung aussehen soll, und ob sie eine eigene Verwaltung erhält, oder unter den Fittichen der Krankenhausverwaltung bleibt, geregelt werden.

Der Grundsatz, erwachsene geistig Behinderte aus der Versorgungsstruktur psychiatrischer Krankenhäuser herauszunehmen und einer ihren Bedürfnissen gemäßen heilpädagogischen Förderung zuzuführen, ist meiner Meinung nach unstrittig. Ich habe zu begründen versucht, warum auf dem Hintergrund der großen Zahl die Aussonderung und Verselbständigung des Behindertenbereichs gleichsam im Krankenhausareal selbst ein zweckmäßiger Weg ist. Mein Erfahrungsbericht über eine Strecke dieses Weges sollte Ihnen deutlich ma-

chen, daß die Prozedur schwierig ist und hartnäckige Geduld verlangt. Der Aufbau heilpädagogischer Einrichtungen von der Art, wie ich Sie Ihnen hier dargelegt habe, braucht seine Zeit, braucht kompetente Fachleute vor Ort und einen engagierten Träger. Unter diesen Voraussetzungen hege ich keinen Zweifel, daß etwas Vernünftiges herauskommt.

Dennoch läßt sich wohl nicht leugnen, daß über dem gelungenen Aufbau einer selbständigen heilpädagogischen Einrichtung im Areal des psychiatrischen Krankenhauses der Schatten eines gewissen Zielkonfliktes schweben bleibt. Sicher wäre es im Grunde besser, die Formulierung des Enquete-Berichtes „außerhalb des Krankenhauses“ wörtlicher zu nehmen und auf lange Sicht Behinderteneinrichtungen räumlich getrennt von der psychiatrischen Krankenhaussphäre und ihren spezifischen Besonderheiten zu errichten. Ein wahrscheinlich nicht geringer Teil könnte in kleinere, gemeindenah platzierte Wohnheime verteilt werden und nur den hochgradig Behinderten bliebe nach den Empfehlungen des Enquete-Berichtes ein Behindertenzentrum mit Siedlungscharakter zur Verfügung. Eine solche langfristige Planung bedeutet freilich, daß mit dem Aufbau der neuen heilpädagogischen Einrichtungen zugleich ihr Abbau programmiert würde. Institutionen aber, die mit großem Kraftaufwand in Gang gebracht wurden, in die sehr viel investiert worden ist, die mit einer solchen Anzahl von Fachkräften arbeiten und daher ein sehr differenziertes Funktionsniveau erreichen, entwickeln im allgemeinen ein stabiles Eigenleben. Überdies: Je besser sie sind, um so eher wecken sie Bedarf und sorgen dafür, daß ihr Angebot ausgelastet wird. Wenn wir im Rheinland an vier bis fünf psychiatrischen Kliniken selbständige Behindertenbereiche einrichten, so ist, würde ich vorläufig sagen, damit eine gewisse Festlegung für die Zukunft erfolgt: Der Gesichtspunkt einer relativ rasch zu realisierenden Verbesserung der Situation hat sich unter rationeller Ausnutzung vorhandener Bausubstanz als durchschlagend erwiesen. Die Beantwortung der Frage, wie diese Entwicklung letztlich zu beurteilen sei, möchte ich den hier Versammelten und damit der Diskussion überlassen.

Dies vor allem deswegen, weil ich hier als Psychiater aus zweiter Hand vorgebracht habe und der Sachverstand zweifellos bei Ihnen liegt.

3. Die gegenwärtige Situation, besondere Probleme und Entwicklungen in der stationären Versorgung geistig Behinderter außerhalb der psychiatrischen Krankenhausversorgung

Die gegenwärtige Situation, besondere Probleme und Entwicklungen in der stationären Versorgung geistig Behinderter außerhalb der psychiatrischen Krankenhausversorgung - Aus der Sicht des Arztes

Ch. Gaedt

Zusammenfassung

1. Die Anstalten sind für den geistig Behinderten ein Gesundheitsrisiko in psychischer, physischer und sozialer Hinsicht. Die durchgeführten und geplanten Verbesserungen in baulicher und personeller Hinsicht müssen zwar als uneingeschränkt wichtig anerkannt werden, bleiben aber fragwürdig im Hinblick auf die Stagnation des Ausbaus der ambulanten und teilstationären Einrichtungen, Von den Anstalten selbst könnten wichtige Impulse für eine bessere Verzahnung der ambulanten und stationären Betreuung ausgehen. Eine Voraussetzung wäre hierfür die Gleichstellung der Anstalten mit den psychiatrischen Krankenhäusern hinsichtlich des sogenannten „Ambulanzrechtes“.
2. Die ärztliche Entscheidungskompetenz durchdringt alle Bereiche der Behindertenarbeit. Dabei wird das medizinische Modell überstrapaziert und die Medizin gerät in Gefahr, für nichtmedizinische Zwecke funktionalisiert zu werden. Die Aufgabe des Arztes ist es daher, sich selbst und den anderen die Grenzen des medizinischen Ansatzes deutlich zu machen. Gelingt dies nicht, so wird der ärztliche Dienst zu einem Hemmschuh für die weitere Entwicklung im Behindertenbereich.
3. Mit der Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Anstalten gewinnt „Gesundheit“ immer mehr die Bedeutung als Voraussetzung für erfolgreiche Förderungs- und Entwicklungsprozesse.
Die ärztlichen Aufgaben werden dadurch umfangreicher und vielfältiger. Probleme der allgemeinen Lebensbedingungen und die Prävention rücken in den Vordergrund der ärztlichen Tätigkeit.
4. Die vielfältigen, die geistige Behinderung begleitenden psychiatrischen und neurologischen Störungen erfordern die Mitarbeit von Psychiatern und Neurologen. Psychiater und Neurologen können aus der Konfrontation mit der geistigen Behinderung wesentliche Anregungen für die Weiterentwicklung ihrer theoretischen Grundlagen gewinnen. Dies gilt insbesondere für die Psychiatrie, der eine Persönlichkeitstheorie fehlt, die die psychische Entwicklung und ihre doppelte Abhängigkeit von organischen und sozialen Bedingungen erklärbar macht.

5. Die Ausgliederung der geistig Behinderten aus den psychiatrischen Kliniken ist als Maßnahme zur Entklinifizierung des Behindertenbereiches ein Schritt in die richtige Richtung. Als isolierte Maßnahme jedoch ergeben sich langfristig folgende Risiken für die Behindertenarbeit: Der Ärztemangel wird verschärft, die Tendenzen zur Klinifizierung des Behindertenbereiches werden eher stärker und es droht eine Zweiteilung der Psychiatrie in eine Normal-Psychiatrie und eine Behindertenpsychiatrie als unsinnige Parallelentwicklung. Um diese Fehlentwicklungen zu vermeiden, muß die Kooperation zwischen dem Behindertenbereich und den psychiatrischen Krankenhäusern sichergestellt werden und das Fachgebiet „geistige Behinderung“ muß im Medizinstudium und in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie stärker als bisher berücksichtigt werden.

Das Thema, über das ich sprechen soll, ist trotz der Präzisierungen, die es enthält, noch weitgefaßt. Von den vielen damit angesprochenen Problemen werde ich eines herausgreifen und werde die von der Enquete empfohlene Ausgliederung der geistig Behinderten aus den psychiatrischen Krankenhäusern problematisieren. Diese Empfehlung ist zwar richtig, birgt aber Gefahren. Um dies begründen zu können, werde ich die Position der Ärzte und ihre Aufgaben im Behindertenbereich darstellen und dabei auch Schwierigkeiten aufzeigen, die der ärztliche Dienst für die Behindertenarbeit mit sich bringt. Meine These ist, daß die Enquete-Empfehlung nicht isoliert realisiert werden darf, weil sie sonst ihr Ziel verfehlt.

Anstalten als institutionalisiertes Gesundheitsrisiko

Zunächst muß ich ein Mißverständnis ausräumen, das möglicherweise durch mein Referat geweckt werden konnte. Ich beziehe mich auf Erfahrungen in einer mittelgroßen Anstalt für geistig Behinderte und berücksichtige nicht die Möglichkeiten und Entwicklungen von kleineren heimatigen Einrichtungen. Daraus ergibt sich eine gewisse Einseitigkeit. Wichtiger noch ist aber, daß der von mir gewählte Bezugsrahmen, nämlich die Anstalten, selbst nicht weiter problematisiert wird. Dabei ist es sicher richtig, daß viele Probleme, die ich darstelle und die zu ärztlichen Aufgaben werden, ihren Ursprung in der Anstalt haben und mit ihr verschwinden würden. Ich gehe aber davon aus, daß auch in den nächsten Jahrzehnten die Anstalten einen prägenden Einfluß auf die Arbeit mit geistig Behinderten haben werden. Es ist aus diesem Grunde berechtigt, sich mit der Situation in den Anstalten auseinanderzusetzen und es ist richtig, Entwicklungen voranzutreiben, die die Lebens- und Arbeitsbedingungen in den Anstalten verbessern. Dabei besteht natürlich die Gefahr, daß die Position der Anstalten innerhalb der Behindertenarbeit sich verfestigt.

Anstalten sind aber - und ich glaube, dies kann als gesichertes Erkenntnis gelten - ein unüberwindliches Hindernis für den Versuch, für geistig Behinderte den Zustand der Gesundheit zu erreichen, wie ihn die WHO definiert. Dies gilt in psychischer, physischer und in sozialer Hinsicht. Die mit dem Leben in einer Anstalt verbundenen gesundheitlichen Risiken in allen drei Bereichen können

auch durch einen noch so großen personellen und finanziellen Aufwand nicht ausgeglichen werden. Bei allen Verbesserungen, die stattgefunden haben und bei allen Entwicklungen, die noch möglich sind, bleibt eine Anstalt immer ein Kompromiß, der nur dann verantwortet werden kann, wenn Alternativen nicht realisierbar sind. Für einen großen Teil der Behinderten, die in einer Anstalt leben müssen, gibt es aber nicht nur denkbare, sondern auch realisierbare Alternativen.

Die Enquete-Kommission hat die Mißstände bei der Versorgung von geistig Behinderten analysiert. Sie betont dabei insbesondere den Mangel an ambulanten und teilstationären Hilfen, die unzureichenden Möglichkeiten für berufliche Ausbildung und berufliche Tätigkeit und das Fehlen eines zusammenhängenden Systems kooperierender Einrichtungen. Auf Grund dieser Mängelanalyse hat die Enquete-Kommission differenzierte Reformvorschläge erarbeitet¹⁾. Von diesen Vorschlägen findet sich in der Stellungnahme der Bundesregierung²⁾ nur die vage Empfehlung zum Ausbau gestufter stationärer und teilstationärer Einrichtungen, sowie zur Erprobung unkonventioneller Unterbringungs- und Betreuungsmöglichkeiten. Ich glaube nicht, daß durch diese müden Empfehlungen der stagnierende Reformprozeß in der notwendigen Weise beschleunigt wird und die richtige Richtung erhält. Ungenügende Absprachen in bezug auf Aufgabenverteilung und Planung lassen die hemmenden Partialinteressen der Trägerverbände wuchern. Unklare Finanzierungsverpflichtungen eröffnen den Kostenträgern immer wieder neue Hintertüren. Beides zusammen bringt Reforminitiativen zum Erliegen. In dieser Situation könnten von den Anstalten selbst wichtige Impulse zu einer Auflockerung der starren Grenzen ausgehen.

Sie könnten für eine stärkere Differenzierung ihres eigenen Angebotes zu einer besseren Verzahnung des stationären, teilstationären und ambulanten Bereiches beitragen. Dabei könnte man auf die Erfahrungen der psychiatrischen Kliniken bezüglich des „Ambulanzrechtes“³⁾ zurückgreifen.

Die konflikträchtige Sonderstellung des Arztes

Die Arbeitsbedingungen in den Anstalten haben sich in den letzten Jahren gewandelt. Dieser Wandel hat Probleme aktualisiert, die vorher nicht, bzw. nur latent vorhanden waren. Dies gilt insbesondere auch für die Position des ärztlichen Dienstes. Lassen Sie mich zunächst die veränderten Arbeitsbedingungen anhand von einigen Zahlen belegen. Die Zahlen betreffen die Neuerkeröder Anstalten; sie haben aber, was die Tendenz betrifft, eine allgemeine Gültigkeit.

Noch 1970 wurden ca. 860 Behinderte von 172 Mitarbeitern betreut (Abb. 1), davon waren 93 im Pflege- und Erziehungsdienst tätig, 18 hatten einen Fachschulabschluß, 6 eine Universitätsausbildung (Abb. 2). Der Pflegesatz betrug damals DM 18,20 (Abb. 3). Dramatisch änderte sich die Situation erst in den folgenden Jahren. Heute beschäftigen die Neuerkeröder Anstalten bei 842 Behinderten 648 Mitarbeiter. 362 arbeiten im Pflege- und Erziehungsdienst, 91 haben einen Fachschulabschluß, 54 eine Fachhochschul- bzw. eine Universitätsausbildung. Der beantragte Pflegesatz beträgt ca. DM 100,00.

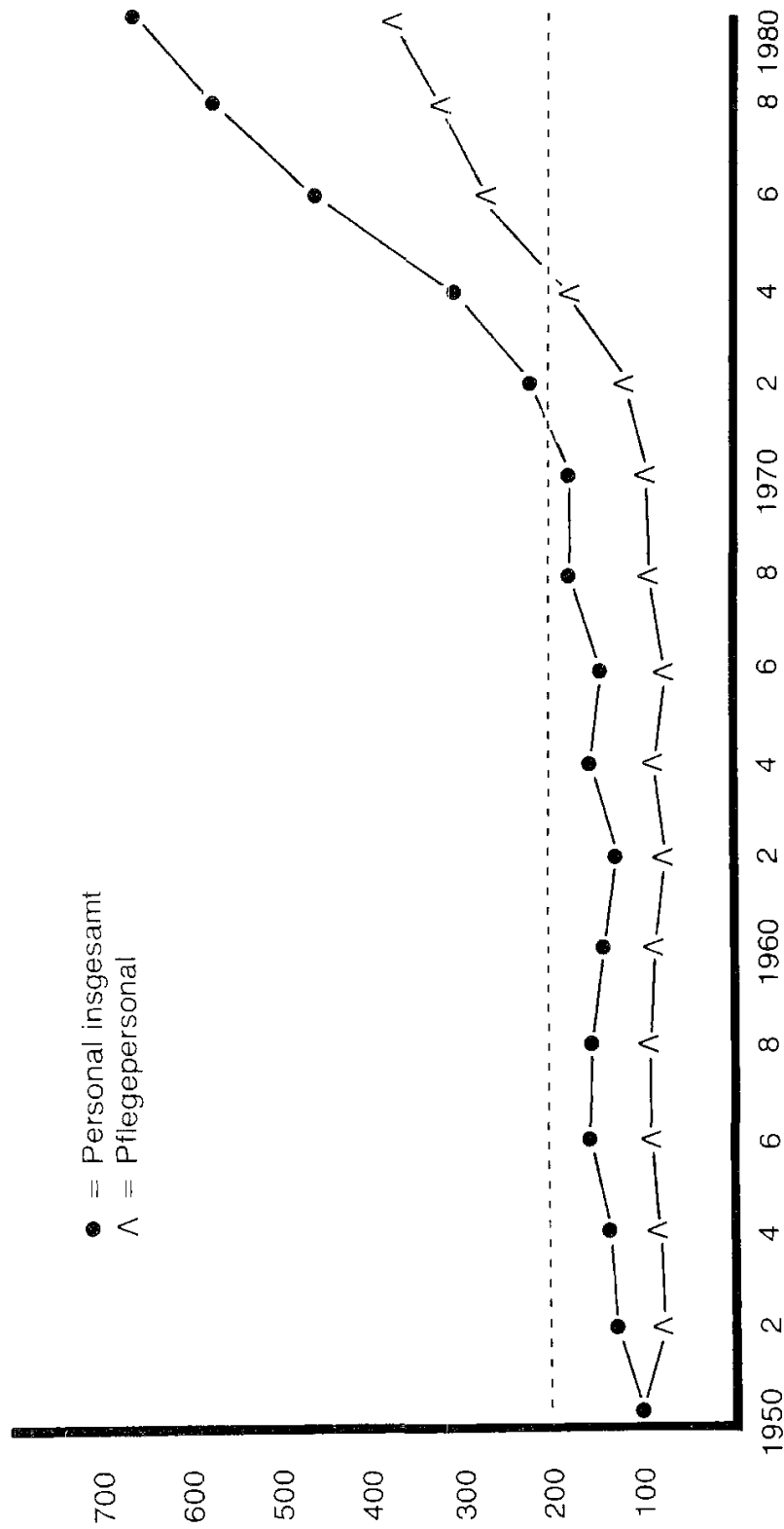


Abbildung 1:
Übersicht über die Personalentwicklung in den Neuerkeröder Anstalten seit 1950. Bis etwa 1972 war die Anzahl der Mitarbeiter kleiner als 200. Danach ergibt sich ein steiler Anstieg.

	Mitarbeiter		Fachschule	Fachober- schule Univ.	Behinderte
	insgesamt	Pflege- dienst			
1950:	130	67	12	5	749
1970:	172	92	18	6	863
1979:	648	362	91	54	842

Abbildung 2:

Übersicht über die Änderung der Qualifikation der Mitarbeiter seit 1950.

Beeindruckend ist auch die Vielfalt der Berufe. In Neuerkerode sind zur Zeit 40 Berufe vertreten. So arbeiten mit den Behinderten z. B. Heilerziehungspfleger, Krankenschwestern, Erzieher, Sozialpädagogen, Arbeitserzieher, Sozialarbeiter, Diplom-Pädagogen, Psychologen, Ärzte, Pastoren, Krankengymnasten, Beschäftigungstherapeuten usw.

In bezug auf die Anzahl der Mitarbeiter und deren Qualifikation haben sich also eindrucksvolle Verbesserungen ergeben, die nicht ohne Einfluß auf die Arbeitsweise der Ärzte bleiben können. Viele Vorurteile der Ärzte gegenüber der Arbeit in Anstalten gehen an dieser Entwicklung vorbei, die in vielerlei Hinsicht ärztliches Handeln erst möglich und sinnvoll gemacht hat. Auf der anderen Seite gerät die traditionelle Position des Arztes und das damit verbundene arztzentrierte Denken in einen zunehmenden Widerspruch zu der mit dieser Entwicklung verbundenen Tendenz der kooperativen Arbeit.

Der Arzt nimmt unter den verschiedenen Berufsgruppen eine Sonderstellung ein. Er genießt traditionsgemäß ein hohes Prestige, das sich schließlich in seiner Stellung in der Hierarchie niederschlägt. Dazu kommt, daß er als allein-kompetenter Fachmann für Gesundheitsfragen gilt; und da es praktisch keine Entscheidung gibt, die nichts mit Gesundheit zu tun hat und Gesundheitsfragen auf medizinische Fragen reduziert werden, hat dies dazu geführt, daß der Arzt eine Schlüsselposition bei allen relevanten juristischen und verwaltungstechnischen Entscheidungen hat. Er steuert damit die Rahmenbedingungen für die Betreuung der Behinderten. Dies wird klar, wenn man sich die alltäglichen Routineentscheidungen eines Arztes vor Augen führt: z. B. die Beurteilung sozial-rechtlicher Ansprüche gegenüber dem BSHG oder dem AfG, gegenüber der Krankenkasse oder der Rentenversicherung; Beurteilung der Notwendigkeit einer Entmündigung oder Pflegschaft; Krankschreibungen; Einsatzfähigkeit in der Arbeitstherapie; Schwerbehindertenausweis; Teilnahme an Ferienmaßnahmen; Schwimmerlaubnis; Verordnung von Konzeptionsverhütungsmitteln usw. Die Liste ließe sich ohne Schwierigkeiten verlängern. Ohne Zweifel betreffen diese Entscheidungen ärztlich-medizinische Probleme. Auf der anderen Seite kann nicht eine einzige der aufgezählten Entscheidungen allein mit medizinischen Argumenten begründet werden.

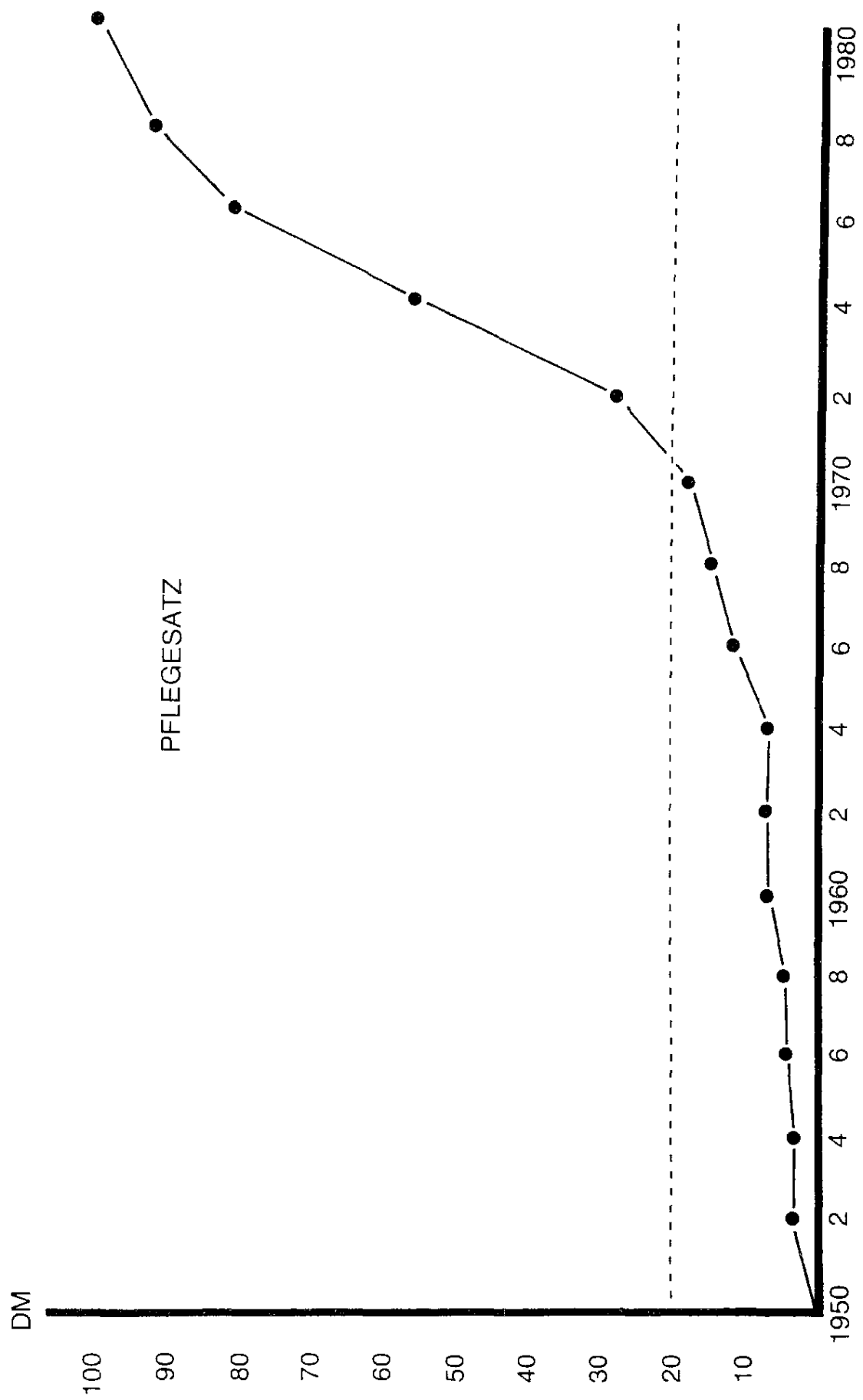


Abbildung 3: Entwicklung des Pflegesatzes seit 1950. Bis etwa 1970 blieb der Pflegesatz unter DM 20,-.

Damit ist jedoch die Sonderrolle des Arztes noch nicht ausreichend beschrieben, denn sie durchdringt auch die alltäglichen Therapie- und Förderungsmaßnahmen. Auf Grund seines hohen Prestiges kann er ohne Schwierigkeiten Entscheidungen aus der allgemeinen Verantwortlichkeit herausnehmen und sie als ärztliche Entscheidungen definieren. Dieses Problem wird noch dadurch verschärft, daß er von den nichtärztlichen Mitarbeitern geradezu in eine omnipotente Expertenrolle gedrängt wird. Indem sie ihre Hoffnungen auf den Arzt projizieren und ihm gleichzeitig die Verantwortung zuschieben, gewinnen sie Entlastung in den häufig auftretenden Situationen der Rat- und Hilflosigkeit. Der Arzt muß also die Umdefinierung etwa von pädagogischen oder psychologischen Problemen nicht selbst in einem Akt autoritärer Anmaßung durchführen, sie wird ihm vielmehr nahegelegt, wobei eine oft einseitige Information ihm gar keine andere Möglichkeit mehr läßt. Verweigert er diese Rolle, dann läßt er sich und die Mitarbeiter in einer unbequemen Situation und er geht das Risiko ein, daß man ihm dies als Schwäche, mangelnde Kenntnisse oder gar fehlende Motivation auslegt. Geht er aber darauf ein, dann entlastet er die Mitarbeiter und sichert seine Position ab. Im gleichen Moment aber schaltet er durch die Übernahme der Verantwortlichkeit die Mitarbeiter aus dem Prozeß des Mitdenkens und der aktiven Bewältigung des aktuellen Problems aus. Ihre Fähigkeiten und Qualifikationen werden an der Peripherie des diagnostisch-therapeutischen Prozesses gedrängt und für die Lösung des Problems wesentliche Beobachtungen, Überlegungen und Zusammenhänge ausgeblendet. Gesundheit - das ist richtig verstanden das Resultat der Gesamtheit aller Lebensbedingungen - wird auf ein medizinisches Modell reduziert und dem Arzt als Aufgabe zugeschoben. Dabei wird übersehen, daß der Arzt nur einen kleinen Teil der komplexen Bedingungen erkennen, kontrollieren und verändern kann.

Allgemein-ärztliche Aufgaben

Mit der Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen in den Anstalten haben sich auch die Ziele und Aufgaben der ärztlichen Tätigkeit verändert. Ich will dies zunächst für den Bereich der allgemein-ärztlichen Versorgung aufzeigen. Im Zusammenhang mit der qualitativen und quantitativen Verbesserung der Personalsituation sind die Fördermaßnahmen sinnvoll geworden, die früher als völlig unrealistisch angesehen werden mußten. In zunehmendem Maße werden auch schwerer Behinderte einbezogen.

„Gesundheit“ hat als notwendige Bedingung für Entwicklungsprozesse für den Behinderten eine andere Bedeutung bekommen. Gesundheitsstörungen werden nicht erst als akute oder chronische Lebensbedrohung wichtig, sondern bereits in ihrer Auswirkung als entwicklungs- und lernhemmende Faktoren⁵). Schon, rein medizinisch gesehen, unbedeutende Symptome, wie andauernde leichte Schmerzen, Unwohlsein, Mattigkeit, Begleitsymptome also von Bagatellerkrankungen, beeinträchtigen die Förderfähigkeit in starkem Maße und verhindern als Dauersymptome mögliche Entwicklungsschritte. Die Schwelle zu ärztlichem Handeln ist im Vergleich zu früher also niedriger geworden. Die all-

gemein-ärztlichen Aufgaben werden vielfältiger und müssen einen mehr präventiven Charakter bekommen. Es gilt, das vielfältige Gesundheitsrisiko, das die geistige Behinderung einerseits und die Lebensbedingungen in einer Anstalt andererseits mit sich bringen, zu erkennen und abzuschwächen. Das erhöhte Gesundheitsrisiko für Behinderte in einer Anstalt läßt sich an einigen Daten aufzeigen. Es sind Ergebnisse einer im letzten Jahr in unserer Einrichtung durchgeführten Reihenuntersuchung⁴).

Zunächst ein auf den ersten Blick nicht überraschendes Ergebnis: Geistig Behinderte sind kleiner als die Normalbevölkerung. Die durchschnittliche Abweichung von der Normalgröße beträgt 28 cm. Da auch die Gruppe der nicht körperlich und nur leicht geistig Behinderten deutlich kleiner ist als nach den Normaltabellen zu erwarten wäre, - die durchschnittliche Abweichung beträgt hier 22 cm - kann die geringe Körpergröße also nicht nur auf körperliche Mißbildungen zurückgeführt werden. Der Wachstumsrückstand muß vielmehr als ein Indikator für Entwicklungshemmung betrachtet werden, als Indikator also für schlechte Lebensbedingungen.

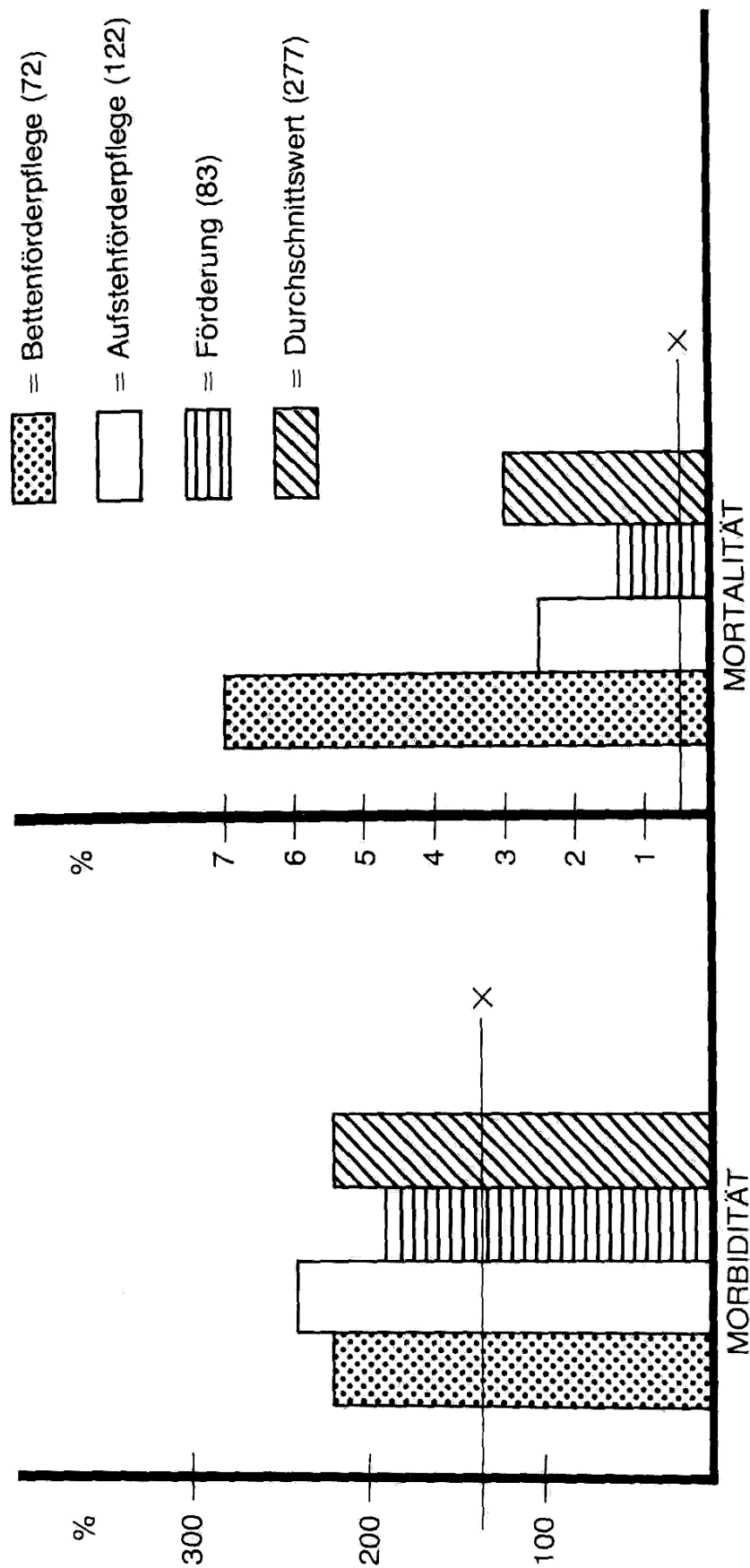
Aus der Akzelerationsforschung weiß man, daß die Ernährung für die beobachteten Größenunterschiede nicht allein verantwortlich gemacht werden kann. So ist dieses Ergebnis ein Anlaß, über die Lebensbedingungen von Behinderten in den Anstalten nachzudenken.

Das Körpergewicht zeigt insgesamt eine Tendenz zur Übergewichtigkeit. Die durchschnittliche Abweichung von den auf die Körpergröße bezogenen Normalwert beträgt ca. 10 kg. insgesamt haben 27 % der Behinderten ein pathologisches Übergewicht. Dies kann einmal in einer zu kalorienreichen Ernährung begründet sein, dann wäre es ein Problem der Essenszubereitung und der Verteilung. Es kann aber auch ein Zeichen von psychischer Fehlentwicklung sein, die wiederum auf ungünstige Lebensbedingungen verweist.

Rund 30 % der Behinderten haben einen behandlungs- oder betreuungsbedürftigen internistischen Befund. Am häufigsten sind dabei Herz-Kreislaufstörungen und urologische Erkrankungen. 13 % hatten bei der Reihenuntersuchung einen zu hohen Blutdruck. Dabei ist interessant, daß die „Hochdruckpatienten“ sich hauptsächlich in der Gruppe der leicht geistig und körperlich schwer Behinderten befinden. Diese Gruppe neigt auch zu Übergewicht, so daß man sie als eine psychosomatische Risikogruppe bezeichnen kann, die einer besonders intensiven psychologisch-pädagogischen Betreuung bedarf.

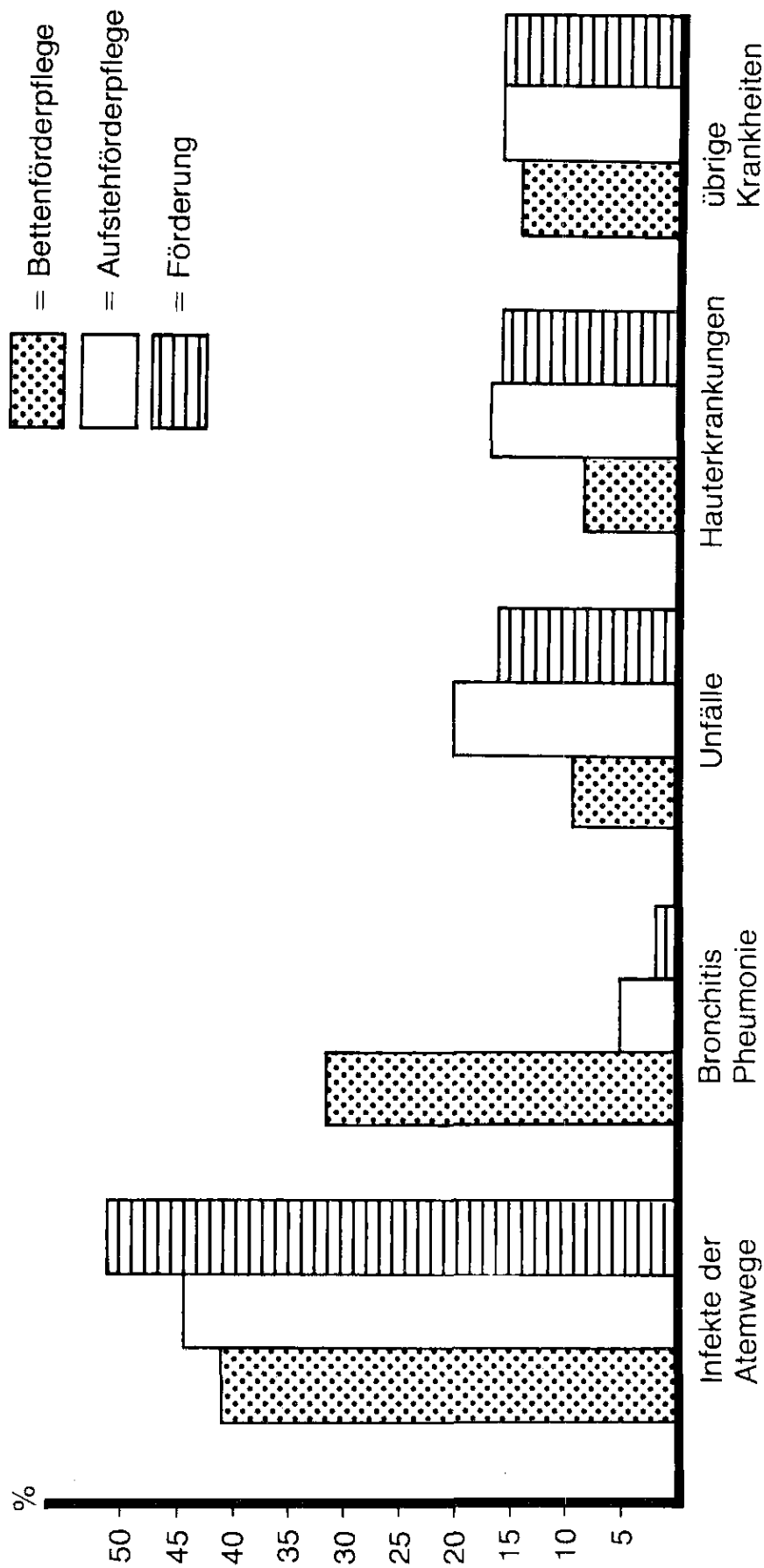
Pathologische Urinbefunde finden sich gehäuft in der Gruppe der schwer körperlich und schwer geistig Behinderten. Dies verweist einmal auf eine gesteigerte Infektanfälligkeit, zum anderen auf die Schwierigkeiten bei der Pflege der häufig chronisch liegenden Behinderten.

Aufschlußreich hinsichtlich der unterschiedlichen Infekteresistenz und damit hinsichtlich der Notwendigkeit einer Infektprophylaxe sind auch die unterschiedlichen Häufigkeiten von Krankmeldungen in den einzelnen Wohngruppen. Es



Von den 277 0-20jährigen geistig Behinderten im Katharinenhof (1974/75) im Vergleich zur gleichaltrigen Bevölkerung in Zittau (1962/63) (nach Trogisch, 1979).

Abbildung 4: Morbidität und Mortalität von den 277 0-20jährigen im Katharinenhof betreuten geistig schwer Behinderten in den Jahren 1974/75. Die mit dem X gekennzeichnete Linie gibt die Morbidität und Mortalität der gleichaltrigen Bevölkerung in Zittau wieder (nach Trogisch, 1979).



Anteil der einzelnen Krankheitsgruppen an der Gesamtzahl der Erkrankungen in % gegliedert nach Behinderungsgrad
 – a = 277. Zeitraum: 1. 8. 1974 – 31. 7. 1975 (nach Trogisch, 1979).

Abbildung 5:

Anteil der einzelnen Krankheitsgruppen an der Gesamtzahl der Erkrankungen in Prozent. Aufgegliedert nach dem Behinderungsgrad (nach Trogisch, 1979).

Suchtest auf Störungen des Eisenstoffwechsels

bei 63 geistig schwerstbehinderten, ständig bettlägerigen Kindern und Jugendlichen (nach Trogisch, 1979).

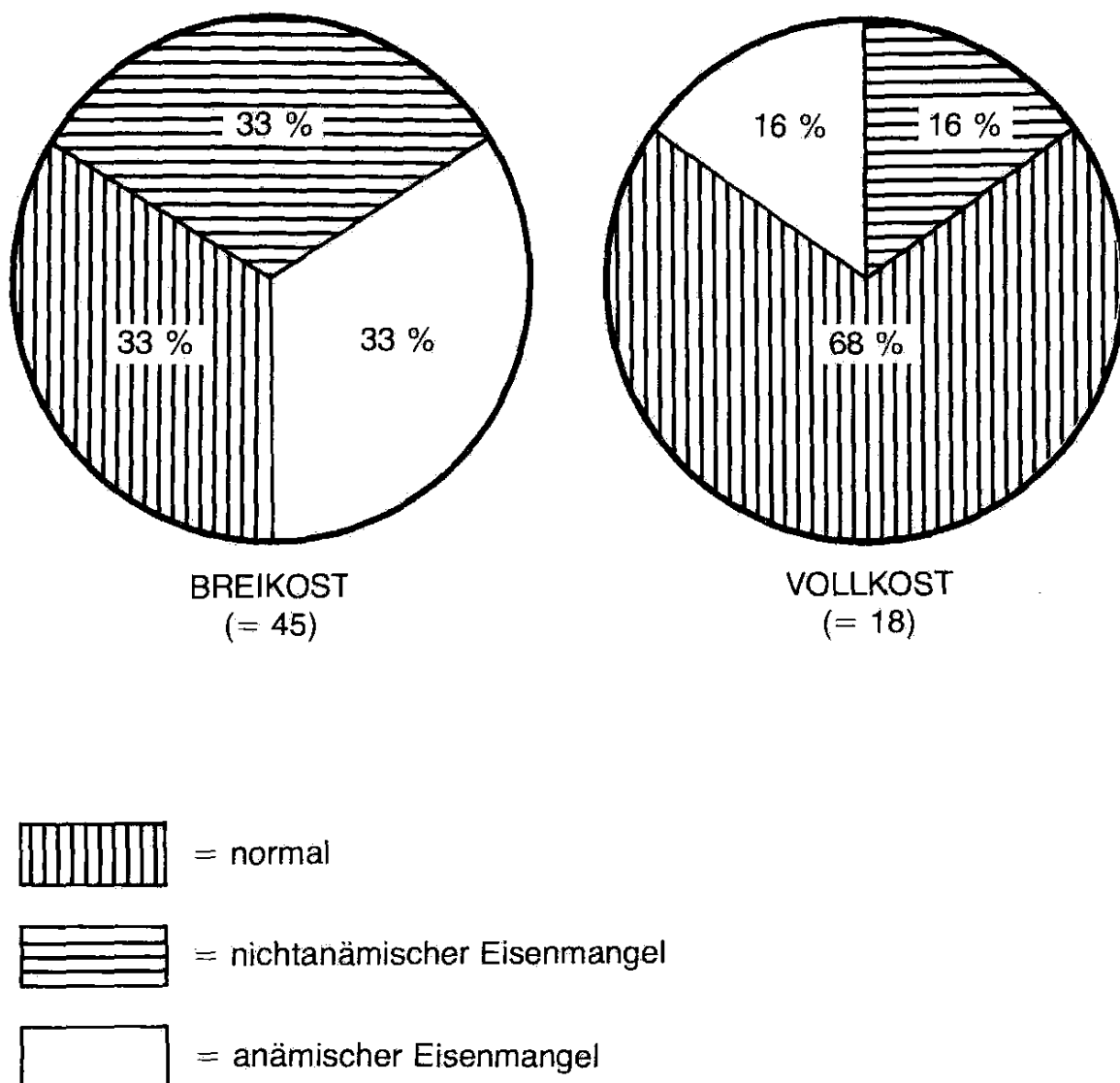


Abbildung 6:

Ergebnisse einer Untersuchung auf Störungen des Eisenstoffwechsels bei 63 geistig Schwerstbehinderten, ständig bettlägerigen Kindern und Jugendlichen (nach Trogisch, 1979).

zeigt sich hier in der Tendenz, daß die Häufigkeit von Erkrankungen gemessen an der Anzahl der Krankentage pro Kopf in Schwerbehindertengruppen größer ist als in Leichtbehindertengruppen. Diese Unterschiede geben Anlaß, die Lebensbedingungen in einzelnen Gruppen zu überprüfen. Hier finden sich dann Unterschiede bezüglich der Luftfeuchtigkeit, der Regulierungsmöglichkeiten der Heizung, der Belüftungsmöglichkeiten, aber auch unterschiedliche Häufigkeiten von Spaziergängen, von Duschen und Baden und unterschiedliche Bekleidungsgehnheiten.

Die Notwendigkeit der Infektionsprophylaxe zeigen auch Befunde, die ich in einem Vortrag von Herrn Dr. Trogisch, dem Leitenden Arzt des Katharinenhospitals in Großhenndorf (DDR) entnommen habe⁵). Seine Befunde zeigen, daß die Lebenserhaltung und Verlängerung der Lebenserwartung nach wie vor eine vordringliche Aufgabe bleibt (Abb. 4). Die Morbidität und Mortalität für die in der Untersuchung erfaßten 277 bis zu 20jährigen geistig schwer Behinderten liegt weit über dem Durchschnitt der Bevölkerung. Es zeigt sich auch, daß die schwerst geistig Behinderten eine höhere Mortalität haben als die leichter Behinderten.

Die Richtigkeit der Infektionsprophylaxe gerade für die Gruppe der schwerer Behinderten zeigt sich auch an der Häufigkeit von Infekten der oberen Atemwege (Abb. 5). Banale Infekte der Atemwege machen, zusammen mit Bronchitiden und Pneumonien, den Hauptteil der Akuterkrankungen aus. Dabei wird deutlich, daß schwerer Behinderte weniger an banalen Infekten, dafür mehr an Bronchitiden und Pneumonien erkranken.

Ein weiteres Risiko, das sich aus den Lebensbedingungen ergibt, ist der Eisenmangel. Trogisch konnte feststellen, daß insbesondere Behinderte, die mit breiiger Kost ernährt werden, davon betroffen sind. Er fand Eisenmangel aber auch bei 32 % der schwer Behinderten mit Vollkost (Abb. 6). Bedenkt man, daß Eisenmangel zu Symptomen wie Müdigkeit, leichter Erschöpfbarkeit, Konzentrationsstörungen, Appetitlosigkeit usw. führt, so kann man in der Behebung dieses Mangels einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der Förderungsbedingungen sehen. Diese Ergebnisse könnte man ergänzen durch Befunde bezüglich der Häufigkeit von Rachitis, von Gebißschäden, von Hauterkrankungen, von Obstipation usw. Diese leichten gesundheitlichen Störungen steilen keine unmittelbare Gefahr für die Behinderten dar, sie sind nicht lebensbedrohlich, vermindern aber ihre Entwicklungschancen und beeinträchtigen ihre Lebensqualität.

Neurologisch-psychiatrische Aufgaben

Ich habe die allgemein-ärztlichen Aufgaben besprochen und ich komme jetzt zur fachärztlichen, psychiatrisch-neurologischen Betreuung. Hier zunächst einige Zahlen aus der Reihenuntersuchung in unserer Einrichtung:

6 % der Behinderten leiden ständig oder zeitweise an einer psychotischen Störung.

- 36 % haben eine behandlungsbedürftige Verhaltensstörung.
- 15 % werden mit Psychopharmaka behandelt.
- 34 % zeigen einen pathologischen behandlungsbedürftigen neurologischen Befund.
- 68 % haben eine Sprachstörung.
- 14 % leiden an einer Epilepsie.
- 3 % sind schwer einstellbare Epileptiker.

Die Häufigkeiten der die geistige Behinderung begleitenden psychiatrischen und neurologischen Störungen begründen die Notwendigkeit einer intensiven fachärztlichen Betreuung. Dabei dürften keine Unterschiede zu den Anforderungen bestehen, die an eine neurologisch-psychiatrische Versorgung der Normalbevölkerung gestellt werden. Allerdings werden in der Arbeit mit geistig Behinderten einige Charakteristika der neurologisch-psychiatrischen Arbeit deutlicher; ihre Beachtung wird zur notwendigen Bedingung einer erfolgreichen Betreuung:

1. Diagnostik und Therapie können nur in Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften und insbesondere mit den Wohngruppenmitarbeitern durchgeführt werden.
2. Heilung im engeren Sinne kann nur in Ausnahmefällen ein erreichbares Ziel sein. Es geht vielmehr um eine lebenslange ärztliche Betreuung. Oft muß man sich darauf beschränken, Beschwerden zu lindern und das Leben für den Erkrankten und seine Mitbewohner erträglicher zu machen.
3. Insbesondere für die psychiatrischen Störungen ergibt sich ein unübersehbarer Zusammenhang mit früheren und aktuellen Lebensbedingungen, die in Diagnostik und Therapie berücksichtigt werden müssen.
4. Die psychiatrische, aber auch die neurologische Symptomatik ist untrennbar verbunden mit den bestehenden Entwicklungsstörungen und Entwicklungshemmungen. Die Diagnostik muß auf den Entwicklungsstand bezogen werden. Therapie kann nur im Rahmen einer allgemeinen Förderung sinnvoll werden.

Diese vier Prinzipien erklären mögliche Schwierigkeiten, die sich für den Psychiater ergeben, wenn er mit geistig Behinderten arbeitet und sie erklären auch die Schwierigkeiten, die andere Berufsgruppen mit dem Psychiater haben. In seiner Ausbildung und in seiner Berufspraxis haben diese Prinzipien keine Priorität. Ein an deutschen Universitäten ausgebildeter Arzt hat eine andere Orientierung. Dies gilt für den autoritär-partriarchalischen Arbeitsstil, dies gilt für die Überbetonung der kurativen Medizin und damit der Akuttherapie und die Akutdiagnostik, für die Überbetonung der apparativen Medizin und der medikamentösen Therapie. Dies gilt insbesondere für den auch von den Psychiatern übernommenen naturwissenschaftlichen-organischen Krankheitsbegriff und der Vorstellung von der überwiegend biologischen Determiniertheit psychischer Entwicklung, von der sich die Schulpsychiatrie noch nicht völlig lösen konnte.

Soll die Psychiatrie - für die Neurologie gilt im Prinzip das gleiche - die Aufgaben, die ihr in der Arbeit mit geistig Behinderten zufallen, befriedigend lösen, so muß sie sich für die vielfältigen Anregungen öffnen, die sich dabei ergeben und sie muß Anschluß finden an die Entwicklung der theoretischen Grundlagen, die zur Zeit mehr von den Pädagogen und Psychologen als von den Ärzten vorangetrieben wird. Dabei kann es nicht darum gehen, daß der Mediziner sein Wissen über biologische Grundlagen vernachlässigt. Es geht vielmehr darum, diese biologischen Erkenntnisse zu erweitern, zu differenzieren und wirksam einzubringen. Psychische Entwicklungen und psychische Leistungen sind stets an ein somatisches Substrat gebunden. Biologische Kenntnisse über Organisation und Funktion des ZNS und seiner Störungen bleiben als fundamentale Voraussetzung für das Verständnis von geistiger Behinderung. Man darf jedoch die Grenzen dieses Ansatzes nicht aus dem Auge verlieren. Es gibt keine einfachen Beziehungen zwischen den mit naturwissenschaftlichen Methoden faßbaren Prozessen und psychischen Phänomenen, die das Resultat der funktionellen Wechselbeziehung zwischen dem ZNS und der jeweiligen Umwelt sind. Es muß also die relative Unabhängigkeit des „Psychischen“ vom „Somatischen“ beachtet werden, also relative Eigenständigkeit der psychischen Entwicklung und Fehlentwicklung. Dies ist das zentrale Problem bei der Diagnostik, Therapie und Förderung von geistig Behinderten. Der organisch orientierte Arzt kann zur Klärung der dabei wichtigen Zusammenhänge nur einen bescheidenen Beitrag liefern.

Unbeabsichtigte Folgen der Ausgliederung der geistig Behinderten aus den psychiatrischen Kliniken

Die Position der Ärzte und der Medizin überhaupt ist - ich hoffe, daß ich dies deutlich machen konnte - in der Behindertenarbeit fest verankert. Der Umfang der Aufgaben wird größer, die Anforderungen differenzierter. Die weiteren Verbesserungen der Lebensbedingungen für geistig Behinderte hängen in entscheidendem Maße auch von der Qualität der ärztlichen Versorgung und damit von der Frage ab, wie man ausreichend viele und ausreichend qualifizierte Ärzte und Fachärzte für die Mitarbeit gewinnen kann. Und dies gilt nicht nur für den stationären Sektor, also für die Anstalten, sondern in gleichem Maße auch für die ambulante und teilstationäre Betreuung, deren Ausbau immer dringender wird. Zur Zeit kann diese Frage als ungelöst betrachtet werden. Auch in Zeiten der beginnenden Ärzteschwemme bleiben Arzt- und Facharztstellen in Einrichtungen für geistig Behinderte oft jahrelang unbesetzt. Die Ursachen für diese Schwierigkeiten sind sicherlich vielfältig. Ein wichtiger Grund ist, daß Ärzte und Fachärzte von den ärztlichen Möglichkeiten und Aufgaben in der Behindertenarbeit keine oder eine falsche Vorstellung haben. Die geistige Behinderung gehört zwar als eine der häufigsten psychischen Störungen überhaupt traditionell zu dem Aufgabengebiet der Psychiatrie, also der Medizin. Sie war jedoch schon immer ein Stiefkind. Dies schlägt sich auch in der Ausbildung der Medizinstudenten nieder, so z. B. in den psychiatrischen Lehrbüchern.

Im Vordergrund stehen hier gewöhnlich Diskussionen der Ursachen und vor allem der biochemischen und genetischen Zusammenhänge. Im übrigen wird eine psychopathologische Begrifflichkeit vermittelt, mit der man später zwar wissenschaftlich klingende Atteste und Gutachten verfassen kann, die aber an einem Verständnis der geistigen Behinderung und an den Möglichkeiten der Förderung und Rehabilitation vorbeiführen. Vermittelt wird also das Bild des geistig Behinderten als eines organisch Geschädigten, der als Objekt naturwissenschaftlich orientierter diagnostischer Verfahren interessant ist, dessen Betreuung jedoch außerhalb der eigentlichen Aufgaben der Medizin liegt. Durch diese einseitige Darstellung werden bestenfalls Doktorarbeiten über genetische und biochemische Grundlagen motiviert. Auch später hat der werdende Facharzt für Neurologie und Psychiatrie kaum Gelegenheit, sein Bild vom geistig Behinderten zu revidieren und zu ergänzen. Während nämlich z. B. eine Tätigkeit in einem neurophysiologischen Labor oder in der Neuropathologie ohne Schwierigkeit als Ausbildungszeit angerechnet werden kann, gilt dies für die Arbeit in Anstalten nur als Ausnahme. Die Weiterbildungsrichtlinien bevorzugen ganz eindeutig die Akutdiagnostik und die Akuttherapie mit dem ganzen technischen apparativen Aufwand, der für die Betreuung von geistig Behinderten unwesentlich ist.

Vor diesem Hintergrund muß der Vorschlag der Enquete beurteilt werden. Die Behinderten sollen danach aus den psychiatrischen Kliniken ausgegliedert werden; die ärztliche Versorgung soll über Consiliarii laufen. Als Schritt zur Entklinifizierung des Behindertenbereichs ist diese Empfehlung uneingeschränkt zu unterstützen. Sie hat aber Konsequenzen, die sich nachteilig auf die weitere Entwicklung der Behindertenarbeit auswirken können und die ergänzende Maßnahmen erforderlich machen.

Ich sehe dabei folgende Probleme:

1. Bei der alles durchdringenden Entscheidungskompetenz der Ärzte - daran wird die Empfehlung nichts ändern - kommt es darauf an, den Arzt in die Behindertenarbeit fest einzubinden, damit er in der Auseinandersetzung mit anderen Berufsgruppen lernt, den medizinischen Standpunkt zu relativieren. Für einen Consiliararzt ergeben sich daher große Integrationsschwierigkeiten. Es besteht die Gefahr, daß er Fremdkörper ist und bleibt und eventuell sogar zu einem Hemmschuh wird.
2. Mit der Ausgliederung der geistig Behinderten aus den psychiatrischen Kliniken verliert dieses Fachgebiet seine Verankerung in den medizinisch-psychiatrischen Ausbildungs- und Forschungsstätten. Der Problembereich „geistige Behinderung“ gerät völlig aus dem Blickfeld der Mediziner. Dies muß langfristig zu einer Verschärfung der schon bestehenden ärztlichen Unterversorgung führen. Um den Ärztemangel zu beheben, werden die Anstalten bestrebt sein, verstärkt selbst Ärzte auszubilden und werden dadurch in Richtung Klinikalisierung gedrängt, denn nur so können sie den Normen der Weiterbildungsrichtlinien entsprechen. Auf diese Weise würde der angestrebte Effekt der Enquete-Empfehlung zunichte gemacht.

3. Durch die Enquete-Empfehlung wird die Erwartung geweckt, daß die Anstalten in zunehmendem Maße auch für akut-psychiatrische Problemfälle, soweit sie geistig Behinderte betreffen, zuständig sind. Solange sich diese Erwartung darauf beschränkt, daß die Schwelle für Verlegungen in eine psychiatrische Klinik möglichst hoch sein soll, entspricht dies einem allgemeinen sozialpsychiatrischen Prinzip, das natürlich auch für geistig Behinderte gelten muß. Tendenziell wird hierdurch aber der Druck zur Klinifizierung der Anstalten verstärkt. Wenn dann noch der Ehrgeiz der Anstalten geweckt wird, etwa durch die Bereitstellung öffentlicher Mittel, dann besteht die Gefahr, daß die Entwicklung zu einer zweigeteilten Psychiatrie gebahnt wird, wobei der IQ zum Verteilungskriterium werden würde. Die „Normalpsychiatrie“ würde um den Preis der Einengung ihres Aufgabenspektrums ihr Betreuungsangebot möglicherweise qualitativ verbessern können. Für die „Behindertenpsychiatrie“¹ aber wäre es nicht vorstellbar, daß sie in absehbarer Zeit ein entsprechendes Niveau erreichen könnte.

Diese Entwicklung ist insbesondere im Hinblick auf die große Gruppe verhaltensgestörter und psychiatrisch auffälliger Minderbegabter zu kritisieren, für deren Betreuung sich zur Zeit keine Einrichtung zuständig oder kompetent fühlt. Unabhängig aber von der inhaltlichen Konzeption, die ich für verfehlt halte, würde diese Entwicklung zu kostspieligen Parallelentwicklungen führen müssen.

Wenn also die Enquete-Empfehlung nicht ihr Ziel verfehlen bzw. zu Fehlentwicklungen führen soll, darf sie nicht als isolierte Maßnahme realisiert werden. Bei den sich in vielfacher Weise überschneidenden Aufgabengebieten darf das Verhältnis zwischen den Einrichtungen zur Betreuung von geistig Behinderten und den psychiatrischen Kliniken nicht durch Abgrenzung gekennzeichnet sein. Notwendig ist vielmehr eine enge Zusammenarbeit, die differenziertere Absprachen über die Aufgabenverteilung voraussetzen, als sie in der Enquete niedergeschrieben sind. Für die Anstalten ist es insbesondere wichtig, daß die Kooperation im Akutbereich sichergestellt wird.

Die Kooperationsmöglichkeiten und -notwendigkeiten gehen aber über den Bereich der Akutpsychiatrie hinaus. Das in der Reformdiskussion der letzten Jahre hinreichend bekannte und kritisierte ineffektive Nebeneinander von isolierten Betreuungseinrichtungen zeigt sich auch hier. Die Enquete hat diesem Wirrwarr das Modell eines Verbundsystems entgegengesetzt. In dieses Verbundsystem müssen die Behinderteneinrichtungen -bei aller Eigenständigkeit - integriert werden.

Die zweite Konsequenz, die sich aus der Enquete-Empfehlung ergibt, ist, daß dafür Sorge getragen werden muß, daß das Fachgebiet „geistige Behinderung“ besser als bisher in den Ausbildungsgang der Medizinstudenten und in die Weiterbildung der Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie verankert wird. Dieses Fachgebiet muß eine stärkere Berücksichtigung in der Ausbildung erhalten. Nur so wird es gelingen, ausreichend viele und ausreichend qualifizierte

Ärzte für die Mitarbeit zu gewinnen. Für die Facharztweiterbildung muß gefordert werden, daß die fachärztlichen Aufgaben bei der Betreuung von geistig Behinderten als Ausbildungsinhalte für die Fachrichtung Psychiatrie und Neurologie anerkannt werden, also die Ermächtigung zur Weiterbildung in Anstalten nicht von einer aufgepfropften Klinifizierung abhängig gemacht wird. Hier sehe ich eine Aufgabe der Gesundheitspolitiker auf Bundes- bzw. Länderebene, die Einfluß nehmen können auf die Schwerpunktsetzung des Medizinstudiums und auf Richtlinien der Facharztweiterbildung.

- ¹⁾ Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit vom 25. November 1975; Drucksache 7/4200.
„Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung -" Seite 260 - 265.
- ²⁾ Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit vom 7. Februar 1979; Drucksache 8/2565,
„Stellungnahme der Bundesregierung zum Bericht der Sachverständigen-Kommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung - unter Berücksichtigung der inzwischen eingetretenen Veränderungen" Seite 39/40.
- ³⁾ Nach dem Krankenversicherungsweiterentwicklungsgesetz (§ 368 n Abs. 6 S. 2 RVO) haben psychiatrische Krankenhauseinrichtungen das Recht, ambulante Dienste einzurichten.
- ⁴⁾ Ch. Gaedt: „Bericht zur Entwicklung des Ärztlichen Dienstes 1978", Neuerkeröder Anstalten.
- ⁵⁾ J. Trogisch: „Ärztliche Aufgaben bei der Rehabilitation geistig Schwerstbehinderter". Vortrag auf der Tagung des Fachbereiches III des Verbandes evangelischer Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte vom 11. bis 13. 6. 1979 im Wittekindshof (Bad Qeynhausen).

Die gegenwärtige Situation, besondere Probleme Entwicklungen in der stationären Versorgung Geistigbehinderter außerhalb der psychiatrischen Krankenhausversorgung - Aus der Sicht eines Heimleiters

L Dreyer

Die Arbeit mit geistigbehinderten Erwachsenen befindet sich in einer Phase des Ausbaues und des Umbruchs. Der Ausbau der Hilfen für behinderte Kinder und Jugendliche hat lange Zeit Priorität gehabt.

Während die Anfragen nach Heimaufnahmen für Kinder zurückgehen, ist es, so höre ich es jedenfalls immer wieder von Eltern, noch immer sehr schwierig, für geistigbehinderte Erwachsene einen Heimplatz zu finden. Für schwer behinderte Erwachsene oder Mehrfachbehinderte bleibt auch heute noch das Landeskrankenhaus oft die einzige Möglichkeit der Unterbringung. Behinderte Erwachsene werden in der Regel langfristig in unseren Einrichtungen betreut. Dem Wohnangebot kommt daher eine zentrale Bedeutung zu. Dieses Wohnen oder zeitweise Zuhause sein unterscheidet uns wesentlich von den Krankenhäusern.

Wohnen ist für den Behinderten wie für den Nichtbehinderten in erster Linie Raum zum Essen zu haben, zum Schlafen, zum Unterkommen. Der eigene Bereich ist hier gemeint mit Tisch, Bett, Radio und persönlichem Besitz. Es kommt nicht in erster Linie darauf an, daß der Behinderte einen hygienisch einwandfreien Raum hat, sondern eine Gruppenwohnung, in welcher er sich wohlfühlen kann, die er bewältigen kann.

Nach den verschiedenen Bedürfnissen der Behinderten wird der Wohnraum zugeschnitten sein müssen in seiner Größe und Überschaubarkeit, in seiner funktionalen Zuordnung, in seiner räumlichen Anordnung und Ausgestaltung. Formen und Dimensionen des häuslichen Wohnens sollten in unseren Gruppenwohnungen wiedererkennbar sein. Die Umgebung wird von geistigbehinderten Menschen vielfach stark gefühlsmäßig erlebt. Die Umgebung muß das Gefühl von Geborgenheit vermitteln, das beinhaltet die Vorstellung: da gehöre ich hin. In unseren Gruppen müssen die Bewohner Gelegenheit haben, ihren Raum zu gestalten oder mitzugestalten. Nur so kann ein Raum in Besitz genommen werden, ein Zuhause erlebbar werden.

Neben dieser Art von Selbstverwirklichung muß dem einzelnen in der Gruppe Gelegenheit gegeben werden, Zeit für sich selbst zu haben, sich selbst soweit als möglich zu bestimmen. Zu dieser Selbstverwirklichung gehört auch der so-

ziale Kontakt. Die Möglichkeit, mit anderen zu sprechen, Freizeit zu verbringen, miteinander freundlich oder böse zu sein, liebevoll und zärtlich sein zu können.

„In meinem Haus,
da wohne ich,
da schlafe ich,
da esse ich.

Und wenn du willst,
dann öffne ich
die Tür
und laß dich ein.

In meinem Haus,
da lache ich,
da weine ich,
da träume ich.

Und wenn ich will,
dann schließe ich
die Tür und bin
allein.“¹⁾

Auch Wohnen im Heim muß für geistigbehinderte Erwachsene bedeuten, im lebenspraktischen Bereich relativ selbständig zu bleiben oder aber dies zu werden. Hierzu gehört selbständiges Waschen, Essen, Reinigen, Verrichten von Notdurft, Bekleidung versorgen, Teilnahme an Freizeitangeboten, Gang zur Arbeit, Einteilung des Taschengeldes etc.. Wohnen in der Gruppe, Wohnen im Heim kann nicht bedeuten, daß all diese Tätigkeiten von den Mitarbeitern übernommen werden, damit nur ja alles reibungslos und störungsfrei verläuft.

Die Bemühungen um Bewältigung des Lebens setzen in der Gruppe, am Alltag des Heimlebens an. Das durch das tägliche Leben gegebene Übungsfeld wird ausgenutzt. Der Verlauf des Tages mit seinen Verrichtungen, das Zusammenwohnen mit anderen, welches gegenseitiges Helfen ermöglicht und herausfordert, die Atmosphäre in der Gruppengemeinschaft, der Ablauf der Woche, die Feste und Feiern sind natürliche Anregungen und Aufforderungen, die der geistigbehinderte Mensch soweit wie möglich zu bewältigen und zu erfüllen lernt. In dieses tägliche Leben werden die Erfahrungen aus anderen Bereichen (z. B. Elternhaus oder WfB) von den Behinderten miteingebracht und mehr oder weniger in Lebensvollzug umgesetzt.

Die Befriedigung der Grundbedürfnisse ist nicht bloße Voraussetzung für erzieherisches Tun, sondern durch die Vermittlerrolle des Erziehers selbst schon Erziehung: Einem Menschen zu essen und zu trinken zu geben, für seine Kleidung zu sorgen, ihn sauber zu machen, ihn zu Bett zu bringen oder dies gemeinsam mit ihm zu tun, sind Möglichkeiten, die z. B. Arbeitserzieher nicht haben. Die unmittelbare Nähe zum Behinderten und die Verbindung mit der Befriedigung der Grundbedürfnisse ist erzieherisch sehr wirksam. Während viele

Geistigbehinderte von diesen erzieherischen Bemühungen unabhängig werden, bleiben Schwerstbehinderte vielfach auf die Dienste angewiesen. In der Pflege soll sich Partnerschaft, Annahme und Eingehen auf die Person des anderen und nicht bloße Beschäftigung mit dem Körper zeigen.

Einrichtung und Gestaltung einer Gruppenwohnung stehen in Wechselbeziehung zu deren Bewohnern. Zum einen prägen die Behinderten den Raum durch die Auswahl von Formen und Farben. Zum anderen werden sie durch den gestalteten Raum in ihrem Verhalten und Befinden beeinflusst.

Die Einrichtung und Gestaltung unserer Gruppenwohnungen muß gewährleisten, daß die Bewohner sich darin wohlfühlen, daß sie darin Anregung erfahren und daß sie diese Räume unverwechselbar als „ihre Wohnung“ erleben können. Dies heißt, daß es z. B. keine uniforme Möblierung, Farben oder Gardinen geben darf, d. h. jede Gruppe wird sich von der anderen unterscheiden.

Neben den sonst üblichen Funktionalitäts- und Haltbarkeitsanforderungen ist zwingend darauf zu achten, daß Möbel und sonstige Einrichtungsgegenstände so beschaffen sind, daß der Behinderte lernen kann, damit sinnvoll umzugehen.

Einrichtung und Gestaltung der Wohnung, Grundrißlösungen, Zuordnung der einzelnen Wohnungen zueinander, dies alles können Elemente sein, die passive Förderung ermöglichen, die helfen, das Gefühl von Geborgenheit zu vermitteln, die Zuordnungen möglich machen, die es dem Behinderten erleichtern, sich zurechtzufinden.

Bei Planungen für neue Wohngruppen oder Wohnheime wird überlegt werden müssen, ob Wohnungen von geschlechtsgemischten Gruppen und/oder Zusammenwohnen von einzelnen Paaren möglich sein soll.

Genau so wenig wie es „den Behinderten“ gibt, kann es „die Wohnform“ für eine ganz bestimmte Gruppe von Behinderten geben. In unseren Diskussionen und in ähnlicher Form in unseren Einrichtungen gibt es heute folgende Wohnformen:

- Intensivgruppe
- heiminterne Wohngruppe
- halboffene Gruppe
- offene Wohngruppe.

Intensivgruppe

In der Intensivgruppe leben Mehrfach- oder Schwerstbehinderte. Die Gruppenmitglieder sind auf permanente Betreuung und ständige Hilfestellung durch die Mitarbeiter angewiesen. Sie können nicht ohne ständigen Schutz, ohne Anleitung und Führung leben.

Die Intensivgruppe ist geprägt durch überwiegend gruppeninterne Gruppenaktivitäten mit relativ wenig Außenkontakten. Sie wird voll durch die Einrichtung

versorgt. In solchen Gruppen sollten etwa acht bis zehn Gruppenmitglieder leben. Die Zahl der Mitarbeiter ist sehr hoch. Sie sollten eine krankenpflegerische/sonderpädagogische Ausbildung haben.

Heiminterne Wohngruppe

in solchen Gruppen werden Geistigbehinderte betreut, die innerhalb eines geschützten Raumes eine relative Selbständigkeit erreicht haben. Die Gruppenmitglieder wohnen in der Gruppe oder verbringen dort ihre Freizeit, während sie tagsüber zur Arbeitsstelle gehen oder die Werkstatt für Behinderte besuchen. Die Behinderten in diesen Gruppen müssen in lebenspraktischer Hinsicht intensiv angeleitet werden. Die Bezüge innerhalb der Lebensgruppe sind größer als die nach außen.

Die Bewohner können an gruppenübergreifenden Freizeitveranstaltungen teilnehmen. Ein zeitweiliger Aufenthalt außerhalb der Gruppe ist möglich bei Ferienmaßnahmen oder aber Familienbesuchen. Auch diese Gruppenform wird durch die Einrichtung voll versorgt. Nach unseren Vorstellungen sollten etwa acht Behinderte in der Gruppe leben. Die Zahl der Erzieher ist nicht so hoch wie in der Intensivgruppe.

Halboffene Gruppe

In dieser Wohnform wohnen Geistigbehinderte mit weitgehender Selbständigkeit innerhalb eines geschützten Raumes. Die Mitglieder sind im Bereich des Heimes völlig selbständig, sie suchen verstärkt Kontakte zu Menschen außerhalb ihrer Gruppe, z. B. im Rahmen von Freizeitveranstaltungen. Nach unseren Vorstellungen sind diese Gruppenmitglieder innerhalb ihrer Gemeinde verkehrssicher. Sie können allein Einkäufe erledigen, sind bei bestimmten Außenkontakten jedoch auf Hilfestellung angewiesen. Im Gegensatz zu den vorgenannten Gruppen können die Bewohner sich gelegentlich selbständig versorgen.

Diese Gemeinschaften sollten auch nicht größer sein als acht bis zehn Personen. Vorstellbar ist auch, daß je drei Gruppen zu einem Gruppenverband zusammengeschlossen werden, wobei die einzelnen Untergruppen nicht mehr als vier bis sechs Personen umfassen sollten.

Offene Wohngruppe

Diese Wohnform ist gedacht für geistigbehinderte [Erwachsene, die im normalen Gemeinwesen mit einer relativ losen Betreuung leben können. Eine solche Gruppe kann in einer normalen Wohnung oder in einem angemieteten Haus untergebracht sein. Die Gruppenmitglieder sind in der Bewältigung des Lebens fast völlig selbständig. Sofern nötig, wird eine teilweise Versorgung von der Einrichtung übernommen. Die einzelnen Behinderten nehmen an Freizeitangeboten innerhalb und außerhalb der Einrichtung teil. Sie sind verkehrssicher.

Die einzelnen Wohnformen sind untereinander durchlässig, d. h. ein Wechsel von einer Wohnform zur anderen ist in beiden Richtungen möglich.

Mir ist bewußt, daß ich bei der Darstellung dieser Wohnformen und bei der Zahl der Gruppenmitglieder nicht die heutigen Verhältnisse beschrieben habe. Tatsache ist aber, daß es zumindest einige Gruppen in ähnlicher Weise und in ähnlicher Größe gibt, in denen so gearbeitet wird. Viele unserer Einrichtungen sind ernsthaft bemüht, die Wohnsituation zu verbessern. Gerade in diesem Bereich haben sich in den letzten Jahren die größten Veränderungen ergeben.

Die pädagogische Arbeit in der Gruppe

In der Wohngruppe arbeiten die Erzieher im Team. Sie sind bemüht, den Behinderten Möglichkeiten der Entfaltung anzubieten und anzuregen. Beim einzelnen Behinderten müssen Ansätze aufgespürt, Entwicklungsmöglichkeiten gesucht, Förderung und, soweit notwendig, Erhaltung des Wissens betrieben werden. Voraussetzung für Förderung, für positive Beeinflussung ist Vertrauen, Lebenszutrauen²). Der berufsmäßig handelnde Erzieher vermag zu beobachten, er kann Förderprogramme zusammenstellen, durchführen und hierüber reflektieren. Er ist in der Lage, Freizeitangebote anzubieten etc. . .

In unserer Einrichtung versuchen wir seit einiger Zeit, die Arbeit in den einzelnen Gruppenteams zu unterstützen durch Beratung, Beobachtungshilfen, Einschaltung von anderen Fachdisziplinen. Hervorgehoben werden soll in diesem Zusammenhang die Zusammenarbeit mit der Abteilung Psychologie, die bei uns ähnlich einer Erziehungsberatungsstelle arbeitet. Bestimmte Verhaltensauffälligkeiten werden in enger Absprache zwischen Erzieherteam und der Psychologin unter Berücksichtigung lerntheoretischer Prinzipien von den Erziehern im sozialen Umfeld „Gruppe“ angegangen. Neben der Beratung sind Schwerpunkte der Abteilung Psychologie, Diagnostik und einzeltherapeutische Maßnahmen.

Arbeit

Zu dem Wohnangebot gehört ein Arbeitsangebot. Der geistigbehinderte Erwachsene hat ein Recht auf Arbeit. Sie stärkt sein Selbstwertgefühl; mit seiner Arbeit trägt der Behinderte im Rahmen seiner Möglichkeiten zu seinem Lebensunterhalt bei.

Wohnen und Arbeiten sollen voneinander getrennt sein. Arbeitserzieher und Gruppenerzieher sollen sich austauschen, sofern dies erforderlich ist.

Die Werkstatt für Behinderte wird als Regelarbeitsplatz für den Geistigbehinderten in Betracht kommen.

Gerade größere Einrichtungen bieten in den Versorgungs- und Regiebetrieben zusätzlich ein vielfältiges Arbeitsangebot, welches erfahrungsgemäß sehr gern angenommen wird.

Grundsätzlich muß der Weg auf den freien Arbeitsmarkt dem Geistigbehinderten offenstehen. Entsprechende Vorbereitung und Eßbegleitung sind hierbei unabdingbar. ,

Der Ausbau von Frühförderung, Sonderkindergarten und Schule für Geistigbehinderte und die damit verbundene Möglichkeit, im Regelfall eine umfassendere Ausbildung und Förderung zu gewährleisten, entläßt eine neue bewußtere Generation von Behinderten in das Arbeitsleben. Dies hat zwangsläufig Auswirkungen auf die Arbeitsangebote und auf die Freizeitangebote, ja auf die gesamte Arbeit in unseren stationären Einrichtungen, d. h. mehr Freizügigkeit, mehr Möglichkeiten, die erworbenen Fähigkeiten anzuwenden.

Freizeit

Behinderte Erwachsene in unseren Einrichtungen verfügen über ein hohes Maß an Freizeit. Unsere Vorstellungen gehen dahin, pädagogische Hilfen anzubieten, die Freizeitgestaltung möglich machen. Gestaltung im Gegensatz zu passivem Konsum, abrufbarer Unterhaltung oder Dahindämmern.

Ziel ist es, Offenheit zu schaffen, damit die Entwicklung von eigenen Interessen möglich wird, um Aktivitäten und Selbständigkeit zu fördern³). Im Lebensraum der Gruppe wird versucht, den einzelnen für ein Hobby zu interessieren, ggf. die Voraussetzungen hierfür zu schaffen und ihn möglichst in diesem Bereich unabhängig von anderen zu machen.

Im „Freizeitkeller“ der Einrichtung werden offene und geschlossene Angebote vorgehalten. Offene Angebote richten sich an alle oder aber umgrenzte Untergruppen. Der Besuch ist freiwillig. Solche Veranstaltungen sind z. B. Disco, Sonntagstreff, „Mensch-ärgere-Dich-nicht“-Meisterschaften, Fahrten zu öffentlichen Veranstaltungen, Jahresfeste.

Geschlossene Angebote sind thematisch festgelegt, richten sich an umschriebene Kleingruppen. Interessierte werden über den Inhalt des Kurses informiert und können sich dann anmelden. Die Anmeldung ist verpflichtend, d. h., daß der einzelne zur Teilnahme angehalten wird. Kursgebühren sind ggf. von den Teilnehmern zu übernehmen („was nichts kostet, ist nichts“). Solche Freizeitangebote sind beispielsweise Gitarren-, Ton-, Tanz-, Email-, Judo-, Tischtennis-, Handarbeitskurse.

Zu diesen Angeboten kommen Sportgruppen, Fußballverein (Ausweis, Vereinsbeitrag!), Fahrten zu Pokalturnieren etc. Überhaupt wird der sportlichen Begegnung mit anderen Behinderteneinrichtungen und Nichtbehindertengruppen viel Aufmerksamkeit gewidmet. Die Erfahrung hat gezeigt, daß solche Aktivitäten in hohem Maß abhängig sind von der initiative einzelner Mitarbeiter oder kleinerer Mitarbeitergruppen.

Ferien- und Urlaubsmaßnahmen sind inzwischen zu einem festen Bestandteil unserer Einrichtung geworden. Die einzelnen Maßnahmen sind unterschiedlich:

Kleingruppen fahren in Ferienhäuser, ältere Damen und Herren verbringen ihren Urlaub in Pensionen, Kinder aus mehreren Gruppen und Kinder aus der Stadt verbringen ihre Ferien in einem gemeinsamen Ferienlager. Jugendliche und junge Erwachsene treffen in einer Jugendherberge auf andere Menschen usw.

Neben dem Kennenlernen anderer Gegenden, neben der Bewältigung des Lebens in einer fremden Umgebung ist für viele immer wieder die Begegnung mit anderen Menschen von besonderem Reiz.

Freizeitgestaltung kann nicht heißen Verplanung des Behinderten durch Freizeitexperten. Freizeit muß dem einzelnen Raum lassen für Entscheidungen, gleichwohl den Passiven animieren, sich an Veranstaltungen, die Mitun erfordern, zu beteiligen. Neben der Freizeit, die in der Gruppe verbracht wird, muß ein gruppenübergreifendes Angebot stehen. Dieses bietet die Chance zu neuen Begegnungen, Erfahrungen und zu Austausch.

Der Begegnung von Frauen und Männern kommt im Freizeitbereich Bedeutung zu. Verschiedene Angebote müssen Möglichkeiten zur Begegnung und Möglichkeiten gemeinsamen Tuns eröffnen.

Die Angebote im Rahmen von Freizeit, Freizeiteinrichtungen und die dazu notwendigen Mitarbeiter reichen heute noch nicht aus. Hier ist unbedingt ein weiterer Ausbau erforderlich.

Durchgängig für Wohnen, Arbeiten und Freizeit gut, daß auch der erwachsene Geistigbehinderte Anleitung erfahren muß. Bei den Bemühungen um pädagogische Führung ist allerdings zu vermeiden, daß der erwachsene Behinderte „lebenslänglich“ erzogen wird. Wie normale Erwachsene auch, hat er das Recht auf Eigenständigkeit und auf Eigenarten. Die Grenze für solcherlei Eigenarten ist dort zu suchen, wo sie die Gemeinschaft über Gebühr stören.⁴⁾

Miteinander in der Einrichtung

Unsere Einrichtung ist offen. Wege und Straßen führen durch sie hindurch. Sie verbinden die Heimgruppe und die Schule oder den Arbeitsplatz. Darüber hinaus führen sie in die Gemeinde.

Das Gelände der Einrichtung ist trotz der Öffnungen nach mehreren Seiten Schutzraum für all diejenigen, die nur innerhalb eines geschützten Raumes leben können, die sich außerhalb selbst oder auch andere gefährden würden.

Bei uns herrscht mannigfaches Leben:

Der Verkehr, die ankommenden Mitarbeiter, die ankommenden Externen, die Anlieferung von Waren, Um- und Neubauten, Besucher usw.

Dies sind Begebenheiten, die oft von den Bewohnern der Einrichtung beachtet werden, die das Bild „ihrer“ Einrichtung mitbestimmen oder verändern. Die Wege innerhalb der Einrichtung, der soziale Kontakt, die Versorgung, die Ab-

laufe bei Festen und Feiern, alles zusammen bietet Übungsfelder innerhalb eines überschaubaren Lebensraumes, die auch von schwerer Behinderten genutzt werden können. Es kann also im natürlichen Lebensvollzug gelernt werden.

Das Leben in einer Einrichtung hängt entscheidend mit von den behinderten Bewohnern ab.

Wenn die vielfältigen Aufgaben einer Anstalt erfüllt werden sollen, muß in einem solchen Gemeinwesen auch das „Leben“ gezeigt werden: Beide Geschlechter, alle Altersstufen, unterschiedliche Grade der geistigen Behinderung. In besonderer Weise gehört es zu den Aufgaben: Schwer- und Mehrfachbehinderte zu betreuen, Behinderte aufzunehmen, die in der teilstationären Betreuung wegen besonderer Schwierigkeiten nicht weiter verbleiben können und ähnliche. . .

Ein entsprechendes Hilfsangebot für diesen Personenkreis scheint wegen der Notwendigkeit der inneren Integration nur in einem Umfeld möglich, in dem auch leichter Behinderte leben. Einrichtungen, die nur Schwerbehinderte betreuen, laufen meines Erachtens Gefahr, in die Isolation zu geraten.

Dieses Miteinander fordert selbstverständlich zwingend differenzierte Hilfsangebote besonders für die Bereiche Wohnen und Arbeiten.⁵⁾

Medizinische Betreuung

Die Betreuung von Schwerst- und Mehrfachbehinderten erfordert intensive Zusammenarbeit der verschiedensten Fachdisziplinen. Ich möchte hier hinweisen auf die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Erzieher. Größere stationäre Einrichtungen müssen einen oder mehrere hauptamtliche Ärzte haben. Es ist erforderlich, daß der Arzt die Behinderten persönlich kennt und angemessen auf sie eingehen kann. Arzt und Erzieher müssen sich ebenfalls kennen, damit eine Basis für gegenseitiges Vertrauen da ist. Der Arzt steht als Fachmann dem fachlich ebenfalls qualifizierten Erzieher gegenüber, der tagtäglich mit dem Behinderten zusammenlebt und sich oft als Elternvertreter sieht. Aus diesem Rollenverständnis heraus werden Maßnahmen gegenüber dem Anvertrauten kritisch gewürdigt und oft hinterfragt. Dies gilt ebenfalls für psychologische und medizinische Maßnahmen (hier besonders bei der Verabreichung von sedierenden Medikamenten).

Vom Arzt wird gefordert, den Erzieher als Partner anzuerkennen im Sinne sich ergänzender Partner. Der Erzieher muß als Bezugsperson des Behinderten gesehen werden, der Informationen geben kann; oft für den Schwerbehinderten sprechen muß, damit Untersuchungen möglich werden.

Der Arzt seinerseits sollte den Erzieher mit Hintergrundinformationen versorgen, die Maßnahmen erklären, sofern notwendig, von der Verabreichung bestimmter Medikamente überzeugen und sich auch einbeziehen lassen in pädagogische Überlegungen und Planungen. Konkret ist die Teilnahme des Arztes

an Fallbesprechungen erwünscht. Den Erziehern, Lehrern, Psychologen soll er dabei die medizinische Sicht des anstehenden Problems und seine Hilfsmöglichkeiten anbieten können.

Damit kein Mißverständnis aufkommt, der Arzt verantwortet seine Anordnungen, er muß sich zwingend darauf verlassen können, daß diese genau befolgt werden. Die Erzieher haben nicht das Recht wie die Eltern, Behandlungen einseitig abubrechen oder verordnete Medikamente nicht zu geben. Nur die Erzieher erwarten meines Erachtens zu recht, daß ihre Kompetenz ernst genommen wird, daß sie Anweisungen hinterfragen und unter Umständen auch ihrerseits Lösungsmöglichkeiten aufzeigen können.

Meine konkreten Erfahrungen lassen mich vermuten, daß bei guter medizinischer Betreuung, das heißt ausreichend Ärzte und Zusammenarbeit, kaum Bewohner aus der Einrichtung in Landeskrankenhäuser verlegt werden müssen. Heute ist dies manchmal notwendig, z. B. bei besonders erethischen, aggressiven, autoaggressiven Klienten oder aber Epileptikern mit psychischen Erscheinungen, die eine geschlossene Unterbringung erfordern. In diesem Zusammenhang muß dann allerdings auch überlegt werden, ob in Einrichtungen wie der unseren geschlossene Gruppen eingerichtet werden müssen.

Mitarbeiter

Behinderte Menschen brauchen ein Umfeld, welches Sicherheit und Geborgenheit vermittelt. Nur so kann sich Vertrauen, Lebenszutrauen entwickeln, nur so wird Förderung ermöglicht.

Der Erzieher muß nicht nur qualifiziert sein, er muß möglichst dauerhaft seine Beziehung zum behinderten Erwachsenen aufrechterhalten können. Ein möglichst hohes Maß an Kontinuität, sowohl im Erziehungsstil als auch in der Bezugsperson, ist eine grundlegende Forderung in der stationären Behindertenhilfe.⁶⁾

Der erwachsene Behinderte soll soweit als möglich zu einer selbständigen Bewältigung seines Lebens geführt werden. Hilfestellung, die dieses Ziel im Auge hat, kann nur geleistet werden vom mündigen Erzieher. Der von der Institution total abhängige Erzieher wird Behinderte nicht zur Mündigkeit beeinflussen können. Die Leitung einer Einrichtung muß diesen Zusammenhang im Auge haben. Die Mitarbeiter müssen soweit als möglich an den Entscheidungen beteiligt werden, wo dies nicht möglich ist, müssen Entscheidungen und Hintergründe transparent gemacht werden. Der Erzieher muß für sein Arbeitsfeld klare Entscheidungskompetenzen haben. Er muß Informationen erhalten und über den Einsatz von Mitteln (Geld) mitbestimmen können.

Mitarbeiter, die die Geschicke ihrer Einrichtung mit beeinflussen, werden sich wahrscheinlich auch für diese einsetzen, werden sich verbunden fühlen. Ein solcher Weg kostet Zeit, veranlaßt zu mancherlei Kritik, schafft aber auch Voraussetzungen für kritische Identifikation und für Engagement.

Im Vergleich zur jüngeren Vergangenheit gibt es heute viele Erzieherinnen, die sich um Anstellung bewerben. Es gibt immer noch nicht ausreichend männliche Erzieher, vor allen Dingen aber Erzieher und Erzieherinnen mit Berufserfahrung. Gleiches gilt zumindest in unserer Region für krankenpflegerische Berufe, Spezialisten wie Ärzte, Sprachheillehrer oder Erzieher, die befähigt wären, mit älteren Behinderten zu arbeiten. Diese Mitarbeiter sind nach wie vor kaum zu finden.

Öffnung - Gemeinde

Unsere Einrichtungen müssen offen sein. Wir müssen eingebettet sein in und getragen werden von Gemeinden. Gemeint sind hier politische und kirchliche Gemeinden, besonders aber die Gemeinde der Eltern und Freunde einer Einrichtung.

Von den Gliedern solcher Gemeinden brauchen wir ganz konkrete Hilfestellung zur Bewältigung unserer Aufgaben; Hilfen für die Freizeit, Begegnungsmöglichkeiten, Freunde oder Patenfamilien, Menschen, die Vormundschaften übernehmen. Wir brauchen Freunde, die über den Kontakt mit den Behinderten zu deren Fürsprecher werden, die Mittlerrolle zur Gesellschaft hin übernehmen.

Es muß daran gearbeitet werden, daß der Behinderte Glied seiner Heimatgemeinde bleibt, daß diese sich mitverantwortlich für dieses Gemeindemitglied fühlt.

In diesem Zusammenhang muß die Notwendigkeit zur Elternarbeit erwähnt werden. Elternarbeit, deren Ziel es ist, die mit der Behinderung verbundenen Probleme aufzuarbeiten oder aber auch Voraussetzungen für eine Beibehaltung des Kontaktes zu dem in der Einrichtung wohnenden Behinderten zu schaffen.

Gemeinwesenarbeit kann in einem größeren Rahmen Voraussetzungen schaffen zu einem besseren Verständnis füreinander.

Ich habe versucht, Aspekte aus der stationären Behindertenhilfe aufzuzeigen. Wohnen und Leben in einer Anstalt ist eine Lebensmöglichkeit für Behinderte. Es gibt mancherlei andere Lebensmöglichkeiten, weitere müssen entwickelt werden.

Ich habe an anderer Stelle von der neuen bewußteren Generation geistigbehinderter Erwachsener gesprochen. Ich wünsche mir, daß diese neue Generation mich zwingt, sorgfältiger und intensiver zu hören und zu erfühlen, welches die Bedürfnisse der Behinderten sind.

Ich wünsche mir, uns allen, hierfür Zeit, Gelassenheit und die nötige Aufgeschlossenheit.

¹⁾ Gina Ruck-Pauquet, Hausspruch, aus: M. Ripkens, U. Enders, H. Stempel, Purzelbaum, Verlag Schwann, Düsseldorf 1973.

²⁾ bis ⁶⁾ Verband Kath. Einrichtungen für Lern- und Geistigbehinderte „Hilfe für geistig Behinderte“ - Begründungen und Empfehlungen -; im Konzept gedruckt, Freiburg 1979, Auslieferung VKELG, Postfach 420, 7800 Freiburg.

²⁾> ³⁾, ⁴⁾, vgl. 3.1 Pädagogik.

⁵⁾ vgl. 4.9 Anstalten.

⁶⁾ vgl. 3.1 Pädagogik und 6. Mitarbeiter.

Die gegenwärtige Situation, besondere Probleme und Entwicklungen in der stationären Versorgung geistig Behinderter außerhalb der psychiatrischen Krankenhausversorgung

- Aus der Sicht einer antroposophischen Einrichtung

Ch. Rascher

Ich möchte mich heute in meinem Koreferat auf die Beschreibung unserer Situation in der Camphill Dorfgemeinschaft Lehenhof beschränken, mit einer Einführung, aus welchen Zusammenhängen diese Gemeinschaft entstanden ist und auf welchem geistigen Boden sie steht.

Ich werde versuchen, diese Einführung an Hand des Namens zu machen, den wir uns gegeben haben:

Camphill Dorfgemeinschaft Lehenhof
Einrichtung mit seelenpflegebedürftigen Erwachsenen.

1. Camphill

Der Wiener Arzt und Heilpädagoge Dr. Karl König hatte seit 1927 in der anthroposophischen Heilpädagogik gearbeitet. Durch seine Einstellung zum Nationalsozialismus und seine jüdische Abkunft war er gezwungen auszuwandern. 1939 konnte er mit einer Gruppe von Ärzten und Lehrern ein Heim in Schottland gründen. Dieses Heim hatte den Namen Camphill. Aus diesem kleinen Anfang erwuchs im Laufe der Jahre die Camphill-Bewegung. Zu ihr gehören Plätze in Großbritannien, Irland, Norwegen, Finnland, Holland, Deutschland, Schweiz, Österreich, Frankreich, USA, Südafrika und Botswana. Alle diese Plätze, es sind im ganzen mehr als 60, sind auf Wunsch und der Trägerschaft von Elternvereinigungen entstanden. Dr. König kennzeichnete die Camphill-Bewegung folgendermaßen: „Sie hat sich zu einer Werkgemeinschaft entwickelt, die es sich zur Aufgabe macht, seelenpflegebedürftigen Kindern und Jugendlichen die ihnen entsprechende Erziehung, Pflege und Behandlung zu geben. Die methodischen Grundlagen liegen in dem umfassenden Werk R. Steiners. Seine Bücher und Vorträge über Menschenkunde, Pädagogik, Heilpädagogik, Medizin und Landwirtschaft und die von seiner Wirksamkeit ausgehende Erneuerung des Menschenbildes sind ihre innere Voraussetzung.“

Eine Frage ist nun, was verstehen wir mit „Erneuerung des Menschenbildes“? Die Frage ist so umfassend, daß ich sie nur am Beispiel einer Wortwahl erläutern möchte:

Wir versuchen den Ausdruck „der Behinderte“ zu vermeiden und sprechen lieber von „Menschen mit Behinderungen“. Mensch mit Behinderungen sagt kla-

rer aus, daß nicht der Mensch als Ganzer klassifiziert wird, sondern daß seine Behinderungen in einzelnen Bereichen seines Wesens liegen. Wir sind überzeugt, daß der eigentliche Kern des menschlichen Wesens, seine Geistgestalt, seine Entelechie, auch bei den schwersten Behinderungen unangetastet ist, da der Geist nicht erkranken kann. Erkranken können die beiden anderen Glieder des Menschen, der Leib, der das irdische Gefäß für den Geist, den göttlichen Funken bildet, und die Seele, die zwischen diesen beiden Gliedern schwingt

„Geistig behindert“ würden wir also so interpretieren: Der Geist wird durch die Erkrankung des Leibes und die Undurchlässigkeit oder Einseitigkeit der Seele gehindert, sich zu offenbaren. Die volle Offenbarung des Geistes in einem menschlichen Leib hat es in der ganzen Menschheitsgeschichte nur einmal gegeben. Daher sind die Evangelien ein unausschöpflicher Quell. Diese kurzen Andeutungen zu einem Menschenbild aus anthroposophischer Sicht.

Schauen wir uns einen anderen Teil unseres Namens an:

2. Einrichtung mit oder Einrichtung für?

Warum nennen wir uns „Dorfgemeinschaft mit seelen-pflegebedürftigen Erwachsenen¹¹“?

Wenn ein Mensch krank ist, dann sollten andere Menschen für ihn da sein, der Arzt, die Schwester, der Therapeut, unter Umständen muß auch eine Einrichtung für ihn da sein, eine Klinik, ein Fachkrankenhaus usw. Er ist Patient und als kranker Mensch hat er ein Recht auf das Patient-sein. Entscheidungen müssen ihm abgenommen werden, usw. Selbst Menschen mit ausgesprochenem Freiheitsgefühl sind dankbar, Patient sein zu dürfen, solange es ihnen wirklich schlecht geht. (Patient kommt ja wohl von geduldig sein; in dem Maße, in dem er ungeduldig wird, möchte er aus der Rolle des Patienten heraus).

Will ich dieses Patient-Sein überwinden, so kommt es darauf an, daß ich diesen Schritt schaffe, nicht mehr zu erwarten: die anderen sind für mich da, sie werden für mich sorgen, sie werden mich betreuen (oder auch Einrichtungen sind für mich da), sondern zu der Haltung finden: Ich möchte mit anderen Menschen mein Leben gestalten. Dies zu dem kleinen Wörtchen „mit“.

3. Nun zu dem Teil: Dorfgemeinschaft

„Mit anderen Menschen sein Leben zu gestalten“, dies wurde von den Griechen als so bezeichnend für das Menschsein gesehen, daß sie den Menschen *zoon politikon* nannten.

Die Möglichkeit, Gemeinschaft bewußt zu gestalten, ist nur den Menschen gegeben. Tierherden sind aufeinander angewiesen. Tierstaaten leben nach unumstößlichen Gesetzen, aber als Einzelner die Gemeinschaft mitzugestalten, ist absolut menschlich.

Das 40jährige Bemühen in der Camphill-Bewegung um bewußte Gestaltung des Gemeinschaftslebens hat uns gezeigt, daß wir nie zu einem endgültigen Ergebnis kommen können, daß es nicht der Sache gemäß ist, dies überhaupt zu wollen.

Was Goethe für den einzelnen Menschen sagt: „Geprägte Form, die lebend sich entwickelt“, gilt auch für die Gemeinschaft von Individualitäten.

(Todesforschung: Entwicklung noch im letzten verfolgbaren Augenblick).

In unserem Entwurf einer neuen Satzung der Dorfgemeinschaften eV. hat sich vieles des Gesagten so niedergeschlagen.

„Sie haben sich die Aufgabe gestellt, in ihrer gemeinsamen Entwicklung solche sozialen Lebensformen zu gestalten, die in gleicher Weise dem gemeinsamen Wohl aller, als auch den Schicksalsgegebenheiten des Einzelnen Rechnung tragen können, in ihnen leben Menschen mit den verschiedensten Fähigkeiten und auch Behinderungen. Jeder soll in seinem bestimmten Wesen und mit seiner Befähigung an dem gemeinsamen Leben teilnehmen können. Die Begriffe „normal“ und „nicht normal“ finden dabei keine Anwendung. Aufgabe der sozialen Gestaltung soll es sein, immer wieder den Ausgleich zwischen entwicklungshemmenden Festlegungen und gemeinschaftsstörender Formlosigkeit zu finden.“

Was haben diese Gemeinschaftsideen oder besser Erfahrungen mit unserem Thema „Die stationäre Versorgung geistig Behinderter“ zu tun?

Dr. König sprach vor 25 Jahren, vor der Begründung der ersten Dorfgemeinschaft für Erwachsene in Botton Village Community, Yorkshire davon, daß das Heilendste für einen Menschen ist, sich als Glied einer Gemeinschaft akzeptiert zu wissen.

Ich möchte dazufügen: Ungesunde soziale Verhältnisse sind auch für gesunde Menschen krankmachend. Alles wirklich Soziale ist heilend. Wir sprechen daher von sozial-therapeutischen Einrichtungen.

Die in diesen Einrichtungen Tätigen können sich aber eigentlich nicht als Sozialtherapeuten bezeichnen, weil wir die Gemeinschaft nicht als Therapeut verschreiben oder anwenden können. Sie ist nur soweit therapeutisch, als sich der Einzelne, seinen Möglichkeiten entsprechend, voll einbringt: mag es nun ein Betreuer oder ein Betreuer sein. Der Therapeut ist also nicht der Einzelne, sondern die Gemeinschaft, die alle am Platz Lebenden umfassen sollte.

4. Warum Dorfgemeinschaft

Das Dorf, als es vor ein paar Generationen noch intakt war, war eine Lebensgemeinschaft. Die Dorfeinwohner brauchten einander. Was heute die Versicherungen für den Einzelnen tun oder bedeuten, mußten früher die Dorfbewohner füreinander tun. (Sicher oft so, daß Elend nicht vermieden werden konnte, aber doch nicht anonym).

Wir am Lehenhof wollen nicht zurück in frühere Zeiten oder Zustände, aber wir wollen etwas von dieser gegenseitigen Abhängigkeit, von dem „Aufeinander-angewiesen-sein“, das nur auf der Grundlage gegenseitigen Vertrauens möglich ist, in unserer heutigen Zeit leben. Das heutige Dorf hat oft noch den Vorteil gewachsener Beziehungen zum behinderten Menschen, doch es bietet zu wenig abgestimmte Arbeitsmöglichkeiten und zu wenig eigenständig kulturelles Leben.

Für die bewußt gestaltete Dorfgemeinschaft, die wir sein wollen, sehen wir daher eine Gliederung in diese drei Bereiche:

Hausgemeinschaft Wahlfamilie
Arbeitsbereich
Kulturleben

Der Arbeitsbereich:

Wir beschäftigen zur Zeit 102 Behinderte, von denen 94 ihre Heimat am Lehenhof haben.

Arbeitsplätze sind in drei Werkstätten, die mit Schafwolle arbeiten, in einer Obstkistenfabrik, in Bäckerei, Gärtnerei und zwei Bauernhöfen, außerdem Dorfmeisterei und Dorfladen und in den 15 Haushalten. Die Knüpferei und Weberei sind sehr handwerklich ausgerichtet. Die Dörfler arbeiten an ihrem Stück, das sie mit gradueller Hilfestellung selbst fertigstellen können.

Theodor Litt beschrieb den Handwerker als: „Der Ganze, seine leiblich seelische Einheit zum Einsatz bringende, Tun und Denken vereinende Mensch, der ein Ganzes schaffte, das er ohne Abzug sich selbst zurechnen durfte und in dem er sich wiederfand.“

Wer einmal handwerklich gearbeitet hat, wird dieses beglückende Erlebnis kennen, daß man sich in dem Werkstück wiederfinden kann.

Natürlich kann dies in unserer Arbeit mit Behinderten nur Idealbild sein und doch ist für alle Besucher dieser Werkstätten das große Erlebnis: Die Freude an der Arbeit, die Befriedigung über das fertige Stück, die Art, wie ausgesprochen wird: das habe ich gemacht, ich kann das.

Anders ist das in der Kistenfabrik.

Die Obstkistenfabrik liegt unten im Tal. Sie ist unsere größte Werkstatt mit 24 bis 30 Mitarbeitern. Nur durch die abgestimmte Zusammenarbeit der Menschen und der Maschinen kann die Obstkiste entstehen. Nicht jeder kann die verschiedenen Arbeitsgänge verrichten. Manche sind auf dieselbe Tätigkeit festgelegt, aber alle können die Arbeitsgänge überschauen: Vom Hereinholen des Baumstamms bis zum Stapeln der fertigen Kiste. Die Dörfler haben Kontakt zum Holzhändler und zu den Bauern, die die Kisten abholen. Umgekehrt sehen die Bauern: „Die machen gute Arbeit, auch sie sind Glied in der Arbeitswelt.“ In der technischen Arbeit kann sich der Mensch im Werkstück nicht wiederfinden,

aber er hat einen historischen Schritt gemacht, über „Ich kann das“ hinaus zu dem „Wir zusammen haben das geschafft“.

Auch in den genannten Wollwerkstätten ist der direkte Kontakt zum Kunden gegeben. Der Kunde kommt in die Werkstatt, kauft ein oder bestellt. Viele haben an ihrem Web- oder Knüpfrahmen eine Bestelliste hängen mit den Namen und Wünschen der Kunden. Die Dörfler erfahren, unsere Ware wird gebraucht, sie wird geschätzt.

Wir haben noch ein Arbeitsgebiet, das eine große Rolle spielt: Die Arbeit als Dienstleistung, in den 15 Einzelhaushalten, im Dorfladen, beim Telefondienst und in der Verwaltung.

Allen Bereichen der Arbeit ist es gemeinsam, daß die Arbeitsvorgänge überschaubar sind, dadurch können die Dörfler über die Produktion mitberaten. Es ist allen gemeinsam, daß die Ware nicht anonym verschwindet, sondern daß die Dörfler das Erlebnis haben, der Käufer schätzt unsere Arbeit. Ja, er kann sogar wahrnehmen, soweit es in seinen Möglichkeiten liegt, was für Erlöse durch den Verkauf hereinkommen.

Die Dörfler haben uns gezeigt, daß diese genannten Faktoren bei uns die wesentlichste Motivation zur Arbeit darstellen. Die Motivation kommt also nicht aus der Entlohnung.

Sicher spielt es eine Rolle, daß unsere Dörfler wissen, daß wir ständigen Mitarbeiter keine separaten Einkommen haben, sondern, daß wir unsere Bedürfnisse aus einer gemeinsamen Kasse decken. Diese gemeinsame Kasse, die für viele, die davon hören, so ein Rätsel ist, ist aber nur ein Ausdruck unseres Gemeinschaftsbemühens.

Die Hausgemeinschaft:

Zur Zeit haben wir am Lehenhof 15 Hausgemeinschaften. Den Kern einer Hausgemeinschaft bildet in fast allen Fällen ein Ehepaar mit Kindern, drei bis neun Betreute gruppieren sich dazu, außerdem Helfer und Praktikanten. Die gesamte Hausgemeinschaft umfaßt dann eventuell bis zu 20 Personen. Alle Mitarbeiter wohnen in diesen Hausgemeinschaften, keiner führt einen separaten Haushalt. Der sogenannte Hausvater ist außerdem Werkstattleiter, Gärtner oder Bauer usw. Dies ist kein Prinzip, ist aber in der Tat so. Es hat sich auch als vorteilhaft erwiesen, daß er dadurch beide Problematiken kennt, die des Wohnbereichs und die des Arbeitsbereichs.

An den Hausgemeinschaften kann unser Prinzip der Dezentralisation am besten gesehen werden. Jede Hausgemeinschaft wirtschaftet selbständig. Sie kauft ein, entweder im Dorfladen, der von einem Behinderten betreut wird oder in anderen Läden ihrer Wahl. Kochen, Waschen, Bügeln geschieht in jedem Haushalt separat. Es hat sich gezeigt, daß wir um so ökonomischer arbeiten, je mehr wir den Mut haben zu dezentralisieren.

Während wir in unserem Arbeitsbereich die Orientierung nach außen, auf die Umwelt des Dorfes, auf den Markt, als das Maßgebende empfinden, sehen wir, daß das Wichtigste in der Hausgemeinschaft das gegenseitige Wahrnehmen ist. Eine Orientierung der Gemeinschaftsmitglieder aufeinanderzu ergibt sich. Wir müssen lernen, einander zu ertragen, wenn wir einander ertragen, können wir gemeinsam tragen. Wir können keinem die Schicksalslast der Behinderung abnehmen, aber wir können einander helfen, indem wir uns alle als Menschen mit Behinderungen erkennen. Nur wenn wir einander behutsam helfen, unsere Behinderungen zu erkennen, können wir miteinander leben.

Im Arbeitsbereich besteht die Möglichkeit, die Behinderung zu vergessen, sie zu überspielen durch die Hingabe an die Arbeit.

Die Hausgemeinschaft bildet den Gegenpol des Verarbeitens der Behinderung. Wenn dies geschieht, kann aus einer Hausgemeinschaft, die zu einer Lebensgemeinschaft geworden ist, auch eine Schicksalsgemeinschaft werden.

Das kulturelle Leben:

Sie ist die dritte Säule unserer Dorfgemeinschaft. Wenn ich am Samstagmorgen wieder am Lehenhof ankomme, findet dort eine Elterntagung statt. Das Thema lautet: „Dienen und verdienen“. Das Thema wurde von dem Vater einer Behinderten vorgeschlagen. Unsere Dörfler werden daran teilnehmen. Wir haben immer wieder die Erfahrung gemacht, daß wir unser Kulturleben nicht auf den Behinderten zurechtstutzen müssen, sondern, daß die Gesprächsbeteiligung am größten ist, wenn es Themen sind, die auch uns sogenannten Normalen am Herzen brennen.

Die wöchentlichen Bibelabende und Sonntagshandlungen, der Jahreskreislauf mit seinen christlichen Festen sind die kraftgebende Essenz unseres Kulturlebens.

Vieles habe ich nur angedeutet, vieles gar nicht ausgesprochen, aber vielleicht konnte ich Ihnen einen kleinen Eindruck unserer Dorfgemeinschaft vermitteln.

Als Abschluß möchte ich ein paar Sätze aus der Ansprache vorlesen, die Dr. König bei der Eröffnung des Lehenhofes vor 14 Jahren hielt. Sie gibt uns Lehenhöflern auch für die kommenden Jahre Aufgaben auf.

„ . . . denn, verehrte Anwesende, in diesen sogenannten Zurückgebliebenen, da lebt ja meistens viel mehr Menschlichkeit und wird offenbar, als sie in uns, den Werkenden und Wirkenden, zum Vorschein kommt. Und es ist ja nicht so, daß diese Kinder und diese Erwachsenen, die sich ja ständig in der heutigen Zeit vermehren und vermehren müssen, hier unter uns als eine Bürde leben. In kommenden Zeiten wird man auf unser Jahrhundert zurückschauen und sagen, das sind die Menschen, die allmählich lernen mußten, daß die Außenseiter diejenigen sind, die uns wieder zurückzuführen begonnen haben zum Pfad der Redlichkeit. Denn es ist ja so, daß die, die wir als die Letzten betrachten, im Grunde genommen diejenigen sind, die die Ersten sein werden.“

4. Struktur und Größe der Stationären Behinderteneinrichtungen

Struktur und Größe stationärer Behinderteneinrichtungen

M Huber

Die Hilfen für geistig behinderte Menschen zu ihrer Förderung, Bildung, Versorgung und umfassenden Betreuung werden heute in unterschiedlichen Formen angeboten. Sie sind in bestimmten geschichtlichen Situationen entstanden und aufgrund der jeweils vorhandenen Erkenntnisse und Möglichkeiten gestaltet worden. Deshalb finden wir heute neben den Anstalten für geistig Behinderte und den Sonderschulen für geistig Behinderte - beide haben die längste eigenständige Entwicklung - Abteilungen für Oligophrene in psychiatrischen Krankenhäusern, sodann die Werkstätten für Behinderte, Tagesstätten und unterschiedliche Wohnformen, für die die räumliche und organisatorische Nähe zur Familie des Behinderten kennzeichnend sind. Zu beachten sind noch jene Initiativen, welche der Unterstützung der Familien Behinderter unmittelbar dienen, wie die Einrichtungen zur Frühförderung, die diversen Beratungsstellen und die Freizeitclubs für Behinderte.

Die Diskussion, welche dieser Einrichtungen die beste Hilfe darstelle, ist noch nicht beendet. Dennoch zeigt sich bei näherer Betrachtung, daß die verschiedenen Formen der Hilfen für geistig Behinderte heute schon ein beachtliches System für eine umfassende lückenlose Förderung ergeben. Es ist nur örtlich verschieden hinsichtlich der Vollständigkeit und Dichte und es mangelt vor allem an der Zusammenarbeit und gegenseitigen Anerkennung der verschiedenen Einrichtungen. In einem System der Hilfen für geistig Behinderte stellt sich nicht die Alternative zwischen Tageseinrichtungen und stationären Einrichtungen, sondern die stationären Einrichtungen sind wie die Tageseinrichtungen Bestandteil der Gesamtversorgung Behinderter und in gleicher Weise notwendig.

Ein System lückenloser und umfassender Förderung [Behinderter ergibt sich gerade aus der Zuordnung und Zusammenarbeit verschiedener Einrichtungen mit unterschiedlichen Aufgabenfeldern, Dieses System bildet eine Rehabilitationskette, die sich am Regelfall orientiert und dabei der familien- und gemeindenahen Tageseinrichtung den Vorrang gibt. Die stationäre Einrichtung bildet in dieser Rehabilitationskette den Rückhalt, gleichsam das offene Netz, welches garantiert, daß jede Hilfe für alle Behinderten zu jeder Zeit vorhanden ist. Die große stationäre Behinderteneinrichtung ist das regionale Zentrum für die Rehabilitation geistig Behinderter.

Der Hilfe einer stationären Einrichtung bedürfen Behinderte zunächst dann, wenn sie am Wohnort oder in erreichbarer Entfernung keine Tageseinrichtungen finden bzw. die Größe des Einzugsgebietes und die Verkehrsverhältnisse eine internatsmäßige Unterbringung des Behinderten erforderlich machen, um

seine Förderung oder Beschäftigung sicherzustellen. Die Voraussetzungen für die Förderung in einer Tageseinrichtung sind auch dort nicht gegeben, wo die Familie eines Behinderten für seine Betreuung ausfällt oder auf die Dauer überfordert ist. Der Grund hierfür kann die Struktur der Familie (z. B. Stellung der Geschwister) oder die an sich ungünstigen Familienverhältnisse (z. B. sozial schwache Familien) sein. Erfahrungsgemäß befinden sich in den Anstalten eine größere Zahl von Behinderten aus diesen Familiensituationen.

Die häufigste Ursache für eine stationäre Versorgung eines geistig Behinderten ist aber die Schwere, der Grad und die Art seiner Behinderung, die ihn nicht nur für die Familie, sondern auch für eine Tageseinrichtung untragbar machen. Dazu zählen insbesondere Behinderte, zu deren Betreuung ein hoher Pflegeaufwand gehört und solche mit schweren sozialen Fehlhaltungen oder Verhaltensstörungen (wie z. B. Aggressionen oder Autoaggressionen, Hyperaktivität usw.). Eine weitere Gruppe von Behinderten, die der intensiven Betreuung in einer stationären Einrichtung bedürfen, sind jene, die im Alter keine betreuende Familie mehr haben und wegen ihres fortgeschrittenen Alters besonders pflegebedürftig geworden sind oder wegen ihrer sozialen Auffälligkeiten in den allgemeinen Altenheimen keine Aufnahme finden.

Da die genannten geistig Behinderten recht unterschiedlichen Alters sein können, betreuen die Anstalten einen Personenkreis, der meist alle Altersstufen und fast alle Behinderungsgrade umfaßt. Jedoch überwiegt der Anteil erwachsener Behinderter in den Anstalten ebenso wie die Anzahl der schwer geistig Behinderten und der mehrfach Behinderten.

Unter Berücksichtigung dieser Behinderten, die heute in den Anstalten betreut werden und wohl auch künftig stationäre Einrichtungen erforderlich machen, ist der Begriff „stationär“ zu klären. Er darf zunächst nicht mit dem Verständnis einer „geschlossenen“ Einrichtung gleichgesetzt werden, in die Personen aufgrund richterlichen Beschlusses eingewiesen sind.

Stationäre Einrichtungen für geistig Behinderte nehmen diese grundsätzlich auf eigenen Wunsch bzw. ihrer gesetzlichen Vertreter auf. Ausdruck dessen ist heute der Heimvertrag und die zunehmend eingerichteten Mitwirkungsmöglichkeiten für die Behinderten selbst oder deren Angehörige.

Das Verständnis einer geschlossenen Einrichtung widerspräche auch der grundsätzlich „pädagogischen“ Orientierung einer Behinderteneinrichtung, die auf die Verselbständigung des Behinderten, wenn auch in einem beschützenden Rahmen, ausgerichtet ist. Diese kann in manchen Fällen zu einer Eingliederung in eine Tageseinrichtung führen. Häufig wird man aber mit einer „inneren Integration“, einer sozialen Eingliederung in der Anstalt, zufrieden sein müssen.

Daraus ergibt sich allerdings die Konsequenz, daß geistig Behinderte, bei denen aus welchen Gründen immer eine Einweisung durch den Richter notwendig wird, nicht in stationären Behinderteneinrichtungen untergebracht werden können. Die Unterbringung dieses vermutlich kleinen Personenkreises wird zu

diskutieren sein, wenn er nicht wie bisher in den geschlossenen Abteilungen der psychiatrischen Krankenhäuser aufgenommen werden kann.

Wenn der Begriff „stationär“ im Zusammenhang mit einer Behinderteneinrichtung gebraucht wird, soll er darauf hinweisen, daß in dieser Einrichtung der Behinderte gegebenenfalls lebenslang wohnen und versorgt werden kann. Daher schließt dieser Begriff auch die Versorgung des Behinderten mit allem Nötigen in gesunden und kranken Tagen ein, unabhängig vom Ausmaß seiner Selbständigkeit oder Hilfsbedürftigkeit. Grundsätzlich könnte daher ein kleines Wohnheim, in dem Behinderte auf Dauer leben, ebenfalls als stationäre Einrichtung bezeichnet werden. Für gewöhnlich wird dieser Begriff aber auf größere Einrichtungen angewandt, welche neben der Wohnung für den Behinderten diesem auch entsprechende Arbeitsmöglichkeiten, therapeutische Dienste und erforderlichenfalls eine umfassende und intensive Betreuung und Pflege gewährleisten.

Diese stationären Behinderteneinrichtungen dürfen keinesfalls den Charakter eines Krankenhauses haben. Die seit Gründung der Anstalten für Schwachsinnige währende Auseinandersetzung, ob der Leiter der Einrichtung ein Arzt sein müsse oder ein Pädagoge oder auch Theologe sein könne, ist für diese Problematik kennzeichnend. Die ärztlichen Aufgaben haben in den Behinderteneinrichtungen eine sekundäre, die pädagogischen Aufgaben stützende Funktion. Primär sind die heilpädagogischen Hilfen zur Förderung und Stützung der begrenzten Eigenständigkeit des Behinderten. Die stationäre Behinderteneinrichtung ist ein Gemeinwesen, das dem Behinderten einen überschaubaren und dauerhaften Lebensraum, eine gestufte soziale Integration und eine tragende Lebensgemeinschaft bietet und dies auch für die schwächsten Behinderten.

Die stationäre Behinderteneinrichtung verfügt daher über unterschiedliche Wohnformen. Diese orientieren sich zunächst an der notwendigen Betreuung bzw. an der erreichten Selbständigkeit des Behinderten. Grundsätzlich wird die Anzahl der gemeinsam wohnenden Behinderten klein sein müssen, wenn diese selbständig sind und mit geringer Betreuung leben sollen. Ihre Anzahl wird größer sein können, wenn ihre Betreuung intensiver sein muß. Für diesen Personenkreis erweisen sich heute Wohngruppen mit acht bis zehn Personen als günstig.

Für die Struktur einer stationären Behinderteneinrichtung ist es vorteilhaft, einige kleine Wohneinheiten bzw. -gruppen zu einem Wohnheim zusammenzufassen, das vor allem in pädagogischer Hinsicht eigenständig geführt werden kann. In einem solchen Heim dürfen aus Gründen der Überschaubarkeit nicht mehr als 80 Behinderte leben. In den Heimen sollten Personen beider Geschlechter und mit unterschiedlichem Grad der Behinderung zusammenleben.

Daneben muß es in einer Anstalt auch Platz und eine Wohnmöglichkeit für jene geistig behinderten Einzelgänger und Originale geben, die wegen ihrer Besonderheit in keine Gemeinschaft einzugliedern sind. Irgendwo muß für sie ein Zimmer sein, das für sich, aber doch nicht vergessen und isoliert ist.

Der Versuch, stationäre Einrichtungen komplett zu planen und in einem Zug zu erstellen, trägt gerade im Wohnbereich die Gefahr der Uniformität und Seelenlosigkeit in sich. Nicht die auf dem Reißbrett geplante Siedlung oder Trabantenstadt kann das Vorbild sein, sondern eher die alte, in 100 Jahren gewachsene Anstalt für Schwachsinnige. Die Ausgliederung geistig Behinderter aus den psychiatrischen Krankenhäusern braucht gerade aus diesem Grund viel Zeit.

Neben dem Wohnbereich benötigt die stationäre Behinderteneinrichtung eine möglichst umfangreiche und differenzierte Werkstatt für Behinderte. Dabei wird die übliche Werkstatt sicher das Kernstück sein. Darüber hinaus wird sie aber Arbeitsplätze haben müssen, die nicht im industriellen Bereich, sondern mehr im handwerklichen liegen und vor allem auch die Möglichkeit einer Beschäftigung im Freien bieten. Die Werkstatt für Behinderte in der stationären Einrichtung kann auf die Eingliederung schwer geistig Behinderter keinesfalls verzichten, sondern muß gerade hierin ihre wichtigste Aufgabe sehen. Daher muß sie hinsichtlich des Arbeitsplatzes, der Arbeitszeit sowie der Beschäftigungen und Tätigkeiten sehr flexibel sein und sich an den Fähigkeiten und Bedürfnissen der schwer Behinderten orientieren.

Nur in größeren stationären Behinderteneinrichtungen wird es möglich sein, verschiedene Arbeitsplätze in handwerklichen Betrieben, Gärtnerei, Landwirtschaft und in der Hauswirtschaft zur Verfügung zu stellen. Wo immer dies möglich ist, sollten derartige Arbeitsplätze geplant und eingerichtet werden, da sie größere Abwechslung bieten und für manchen Behinderten eine bessere körperliche Auslastung bringen, als die vielfach sitzende Tätigkeit in der industriellen Fertigung.

Die Struktur einer stationären Einrichtung wird von dem, was heute unter „Freizeit“ verstanden wird, erheblich beeinflußt. Sie ist der Bereich, welcher die Entfaltung der Individualität ermöglicht, beim geistig Behinderten aber zugleich durch seine Passivität bedroht ist. Die Gestaltung der Freizeit erfordert zunächst keine eigene Institution innerhalb der Einrichtung, sondern ist eine Aufgabe der Wohngruppen bzw. -heime. Von hier müssen die Angebote adäquater gemeinsamer Aktivitäten für die Freizeit (z. B. Feste feiern, Ferienmaßnahmen, Sport und Spiel) ausgehen und zugleich für die individuelle Gestaltung und Nutzung der freien Zeit die Anregungen gegeben sowie Raum und Zeit zur Verfügung gestellt werden.

Für den Wohnbereich bedeutet dies erhöhte personelle Anforderungen, die ihren Schwerpunkt an den Abenden, den Wochenenden und Feiertagen haben. Die Freizeit des geistig Behinderten läßt sich weder mit einem Freizeitpädagogen noch mit einem Clubhaus gestalten, sondern nur durch eine entsprechende Personalstruktur, deren Schwerpunkt im Wohnbereich liegt. Der Freizeitpädagoge, das Clubhaus und die Freizeitangebote in der Öffentlichkeit haben unterstützenden Charakter. Ihre Nutzung hängt wesentlich vom Einfallsreichtum der Mitarbeiter ab, die den Behinderten animieren und ihm die Angebote erschließen.

Die Förderung Behinderter, insbesondere schwer geistig Behinderter und mehrfach Behinderter, erfordert eine Reihe qualifizierter Fachdienste. Nicht jede kleine Einrichtung kann sich den erforderlichen Stab qualifizierter Fachleute halten und die erforderlichen Institutionen anbieten. Die stationären Einrichtungen müssen diese Fachdienste unterhalten und sie über ihren eigenen Bedarf hinaus der umgebenden Region und den benachbarten kleinen Einrichtungen zur Verfügung stellen. Dies kann im Sinne der Beratung, ambulanten und mobilen Hilfe und auch durch gegenseitige Übernahme von Behinderten erfolgen.

Zu den Fachdiensten gehört zunächst die Beratungsstelle, die unter Nutzung der verschiedenen Fachleute einer Anstalt eine umfassende und kontinuierliche Beratung der Behinderten und ihrer Angehörigen garantiert. Diese Beratung wird rechtliche und finanzielle Fragen ebenso umfassen wie Probleme der beruflichen Rehabilitation oder der Diagnostik und Förderung.

Die Aufgabe der pädagogischen und psychologischen Fachdienste wird vor allem in der Förderung der schwer geistig Behinderten und der Behinderten mit Verhaltensauffälligkeiten bestehen. Die schwer geistig Behinderten bedürfen auch im Erwachsenenalter einer kontinuierlichen, lebenspraktischen Bildung. Auch heute noch ist bei ihnen eine grundlegende Erstförderung nötig, um ihnen erste Schritte zur Selbständigkeit und später eine Eingliederung in die Werkstatt für Behinderte zu ermöglichen. Daneben wird künftig der kontinuierlichen Weiterbildung aller Behinderten und damit der Erhaltung erlernter Fähigkeiten besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden müssen.

Eine besonders schwierige Aufgabe wird die Therapie und soziale Eingliederung verhaltensauffälliger geistig Behinderter bleiben. Sofern sie nicht in den Psychiatrischen Krankenhäusern bleiben sollen, wird ihre Betreuung und Behandlung als Struktur stationärer Behinderteneinrichtungen erheblich beeinflussen. Gerade sie erfordern die Einrichtung von Fachdiensten und die Zusammenarbeit von Pädagogen, Psychologen und Ärzten. Dabei zeigt sich immer mehr, daß das Problem letztlich nicht mit der Einrichtung von therapeutischen Stationen zu lösen ist.

Diese führen nur dazu, daß der Behinderte ständig zwischen der Wohngruppe und der therapeutischen Station hin und her pendelt. Die Fachdienste werden zunehmend ihre Aufmerksamkeit der Wohngruppe des Behinderten und der dortigen Situation zuwenden müssen und sollten sich in enger Zusammenarbeit mit den dort tätigen Mitarbeitern um den Aufbau eines „therapeutischen Milieus“ bemühen.

Beim Aufbau des ärztlichen Dienstes ist vor allem auch an die allgemeinärztliche Versorgung geistig Behinderter zu denken. Erfahrungsgemäß stellt der Umgang mit schwer geistig Behinderten die niedergelassenen Ärzte vor einige Probleme. Außerdem erfordert ihre Behandlung häufig eine genaue Beobachtung, Beaufsichtigung und entsprechende Pflege. Dies erfordert häufiger eine stationäre Behandlung als bei anderen Patienten. Eine stationäre Behinderteneinrichtung sollte daher nach Möglichkeit über eine entsprechende Kranken-

Station oder ein kleines Fachkrankenhaus verfügen, das diese Aufgaben übernehmen kann. Nicht vergessen werden darf in diesem Zusammenhang eine Einrichtung für die Zahnbehandlung, die bei vielen Behinderten eine Sedierung oder sogar eine Narkose erforderlich macht.

Die Zusammenfassung verschiedener Fachdienste sowie unterschiedlicher Wohnformen und verschiedener Beschäftigungsbereiche in einer Einrichtung darf nicht in additiver Form erfolgen, sondern muß durch eine enge Zusammenarbeit die innere Durchlässigkeit der verschiedenen Hilfen und Förderungsmöglichkeiten sicherstellen. Allein diese Durchlässigkeit gewährleistet, daß die einzelnen Hilfen dem Behinderten dann gegeben werden, wenn er für sie aufnahmefähig ist und diese für seine Entwicklung förderlich sind.

Die Gewähr für diese Durchlässigkeit bietet die Zusammenfassung der verschiedenen genannten Einrichtungen in einer übergreifenden Organisationseinheit, welche die Zusammenarbeit in einer Institution ermöglicht und so vor allem auch das ständige Abschieben sogenannter „Grenzfälle“ erschwert. Nicht zuletzt ergibt eine Organisationseinheit verschiedener Hilfen auch eine größere Wirtschaftlichkeit.

Die Zusammenfassung der Dienste und Hilfen ermöglicht aber auch einen engeren Erfahrungsaustausch und die gegenseitige Information der Fachleute und verschiedenen Mitarbeiter. Sie sollten dazu dienen, die verschiedenen Experimente und Erfahrungen, welche heute in der Behindertenhilfe häufig unabhängig voneinander gemacht werden, zusammenzufassen, sicherzustellen und zu systematisieren. Nur so wird eine gezielte Hilfe auf Dauer möglich sein und nicht überall von vorn begonnen werden müssen.

Die stationären Behinderteneinrichtungen sollten auch die Ausbildung und Fortbildung von Mitarbeitern übernehmen. Sie können hierfür die Kenntnisse ihrer Fachleute verwerten und zugleich den Auszubildenden den unmittelbaren Kontakt und die direkte Erfahrung mit dem behinderten Menschen vermitteln. Die berufliche Ausbildung der Mitarbeiter in der Behindertenhilfe kann nicht ausschließlich in schulischer Weise erfolgen. Der praktische Umgang mit verschiedenen Altersstufen und Graden Behinderter ist Voraussetzung und unerläßlicher Teil einer Ausbildung. Die Einführung und Anleitung von Praktikanten und Auszubildenden in der Praxis ist daher bei der Gliederung und personellen Ausstattung stationärer Einrichtungen zu berücksichtigen.

Die bestehenden stationären Einrichtungen für geistig Behinderte sind im Laufe der Geschichte über ihre ursprünglich beabsichtigte Größe oft weit hinausgewachsen und hart an die Grenze der Überschaubarkeit geraten. Diese Größe bringt Probleme mit sich, die wir aus unseren großen Städten kennen: Die Gefahr der Vermassung und Entpersönlichung, die zu Vereinsamung und Isolierung führen und die Gefahr der großen und möglichst perfekten Organisation, welche die sogenannte „totale Institution“ entstehen läßt. Von ihrem Ansatz und ihrer Entwicklung her sind die Anstalten aber soziologische Gebilde, welche ein Gemeinwesen im besten Sinn darstellen. Von ihren Gründern wa-

ren sie häufig als Dorfsiedlungen oder Kolonien, als therapeutische Wohnsiedlungen und Gemeinden, als meist ländlicher, überschaubarer Lebensraum konzipiert.

Die Größe einer stationären Einrichtung sollte daher von der Überschaubarkeit dieses Lebensraumes durch den Behinderten, von der Vielfalt der Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten und von der Effektivität der Fachdienste bestimmt werden. Unter diesen Gesichtspunkten wird die Größe einer stationären Einrichtung meist die Zahl überschreiten, die in ihrer Umgebung problemlos zu integrieren ist. Die Integration einer Einrichtung ist aber nicht nur eine Frage der Zahl, sondern vor allem ihrer Menschen und deren Aktivitäten. Die Integration einer Behinderteneinrichtung wird nicht zuletzt von dem Kontakt ihrer Mitarbeiter mit der Umgebung, vom Grad ihrer Öffnung und vom geringeren Maß ihrer Autarkie abhängig sein.

Ein wesentlicher Faktor für die Größenordnung einer stationären Einrichtung stellt auch das Einzugsgebiet dar. Für dieses sollte nicht so sehr die politische Region bestimmend sein, sondern die Entfernungen und die verkehrsmäßige Erschließung. Unter Berücksichtigung dieser Komponenten dürfte heute eine stationäre Einrichtung für geistig behinderte Erwachsene 400 Plätze nicht überschreiten.

Die übergreifende Organisationseinheit einer stationären Einrichtung bietet zweifellos für das Angebot eines überschaubaren Lebensraumes, für die Zusammenarbeit der Fachdienste und deren Effektivität sowie für die Durchlässigkeit der Hilfen einige Vorteile. Diese Vorteile können aber auch von kleineren Einrichtungen mit unterschiedlicher Trägerschaft erreicht werden. Voraussetzung dafür ist aber, daß sie untereinander entsprechende Kooperationsverträge schließen, die eine ganzheitliche und zugleich differenzierte Versorgung und Förderung der schwer geistig Behinderten sicherstellen. Der Kooperationsvertrag ist dafür eine unabdingbare Voraussetzung, da die Zusammenarbeit mit Rücksicht auf den schwerst Behinderten nicht nur dem guten Willen und schon gar nicht dem Zufall überlassen werden kann.

Wenn die Notwendigkeit stationärer Einrichtungen grundsätzlich anerkannt ist, sollten ihre Standorte geplant, ihre Einrichtungen aber nacheinander aufgebaut werden. Die gesamte Einrichtung sollte in einem größeren Zeitraum organisch wachsen können. Dieses Vorgehen ermöglicht auch viel eher eine Integration der Einrichtung in ihrer Umgebung und den Aufbau einer Lebensgemeinschaft.

Stationäre Behinderteneinrichtungen dürfen keine perfekt geplanten und funktionierenden Therapie- und Förderinstitutionen sein, sondern lebendige Gemeinwesen, die organisch wachsen und sich den jeweiligen Erfordernissen anpassen. Deshalb ist es überlegenswert, diese Einrichtungen nicht nur einer nichtärztlichen Leitung, sondern auch einem freien Träger anzuvertrauen. Dann müssen die freien Träger aber auch allen unnötigen und überzogenen Tendenzen zur Zentralisierung und Bürokratisierung in den eigenen Einrichtungen wehren und die öffentlichen Kostenträger deren Unabhängigkeit und Eigenständigkeit respektieren.

Literaturverzeichnis

- Bach, Heinz, „Zentrum für Behinderte - ja oder nein?" In: Lebenshilfe, Vierteljahresschrift für die Probleme geistig Behinderter in Familie und Gesellschaft, 13 (1974), 129-202.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe, Empfehlung: „Erwachsenenpädagogik bei geistig Behinderten", Marburg, 1972.
- Eder, Karl-Rudolf, „Werkstätten und Anstalten - Partner in der Hilfe für geistig Behinderte". In: Lebenshilfe, Vierteljahresschrift für die Probleme geistig Behinderter in Familie und Gesellschaft, 16 (1977), 12-16.
- Huber, Norbert, „Die Funktion der Anstalten für geistig Behinderte". In: Blätter der Wohlfahrtspflege, 5 (1978), 107-112.
- ders., „Von der Erziehung geistig behinderter Kinder zur Bildung geistig behinderter Erwachsener". In: Caritas, 9 (1977), 287-295.
- ders., „Versorgung und Förderung schwer geistig Behinderter in Vollzeiteinrichtungen". In: Hilfen für schwer geistig Behinderte, Eingliederung statt Isolation, Band 3, Schriftenreihe Lebenshilfe, Marburg, 1978, 104-113.
- Internationale Liga zugunsten geistig Behinderter: „Förderung und Betreuung geistig Behinderter in Heimen und Anstalten". Schlußfolgerungen, Marburg, 1970.
- Institut für Sozialrecht der Ruhr-Universität Bochum, „Richtlinien für die Errichtung von Wohnstätten für erwachsene geistig Behinderte", Bochum, 1975.
- Kaspar, Franz, „Anstalten". In: Handbuch der Sonderpädagogik, erscheint voraussichtlich Berlin 1980, (Manuskript S. 4).
- ders., „Können im Bemühen um geistig Behinderte Medizin und Pädagogik aufeinander verzichten?" In: Jugendwohl, Zeitschrift für Kinder- und Jugendhilfe, 2 (1978), 43 - 53.
- Klevinghaus, Johannes, „Wie gestalten wir das Verhältnis zwischen den Anstalten für geistig Behinderte einerseits und den Tageseinrichtungen für geistig Behinderte andererseits?" Unveröffentlichtes Manuskript, 1969.
- Kugel, Robert, B., und Wolfensberger, Wolf, „Geistig Behinderte - Eingliederung oder Bewahrung?", Stuttgart, 1974.
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg, „Rahmenkonzeption für ein System von Einrichtungen zur Förderung, Unterbringung und Versorgung geistig Behinderter und geistig Behinderter mit Mehrfachbehinderungen", Stuttgart, 1977.
- Stockhausen, Karl-Heinz, „Geistig behinderte erwachsene Menschen in Heimen", Inaugural-Dissertation, München, 1975.
- „Unser Standpunkt, Behinderte Menschen - Auftrag, Aufgaben und Dienste der Caritas", Denkschrift zur Behindertenhilfe der Caritas, Freiburg, 1977, S. 46 - 58.
- Vater, Wolfgang, „Eine Anstalt im Dienste der Rehabilitation und Integration geistig Behinderter". In: Das behinderte Kind, 1 (1976), 12 - 16.
- Verband evangelischer Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte, „Empfehlung des Diakonischen Werkes der evangelischen Kirche Deutschlands für die Pflege, Therapie und Förderung geistig Behinderter in Heimen und Anstalten (stationäre Einrichtungen)", Stuttgart, 1974.
- Verband Kath. Einrichtungen für Lern- und Geistigbehinderte, „Geistig behinderte Erwachsene in Heimen". In: Caritas-Korrespondenz, 10 (1978), 1 -4.
- ders., „Hilfe für geistig Behinderte, Begründung und Empfehlungen". Unveröffentlichtes Manuskript.

Struktur und Bedeutung sonstiger Wohnformen für geistig Behinderte außerhalb der Familie

G. Ennen

Nachdem in den beiden vergangenen Jahrzehnten die Sorge um geistig behinderte Mitbürger eine enorme Entwicklung genommen hat und in vielen Bereichen die Situation der Betroffenen in das Bewußtsein und die Verantwortung der Bevölkerung gerückt wurde, muß die Zeit des Pionierhaften ihren Abschluß finden. Auf vielen Gebieten, z. B. der Frühentwicklung, der vorschulischen und schulischen Förderung und der Arbeitseingliederung, bestehen jetzt verbreitet einheitliche oder ähnliche gesicherte Vorstellungen über Wege und Ziele zur Verwirklichung von Lebensansprüchen geistig Behinderter. Sehr deutlich wird dies an den Verbesserungen im Sozial-, Schul-, Gesundheits- und Arbeitsrecht.

Aber der völlig normale Lebensanspruch eines geistig behinderten Erwachsenen auf eine angemessene Wohnung hat überhaupt noch nicht den Grad des Selbstverständlichen erreichen können.

Geistig Behinderte wohnen nicht. Sie sind Objekte. Sie werden „untergebracht“ oder gar „eingewiesen“; das ist immer noch der Regelfall.

In diesem Bereich stehen humane Lösungen der Problematik wirklich noch in den Anfängen. Die wirksamen staatlichen Initiativen sind gering.

öffentliche Institutionen tendieren immer noch zu Wohnformen, die dem herkömmlichen und leider noch zu verbreiteten Begriff einer „Unterbringung“ entsprechen.

Und gemeinnützige Träger, die es bisher fast allein waren, welche neue Wege gingen, können das Gesamtproblem mit eigenen Mitteln nicht allein lösen. Es ist deswegen dringend an der Zeit, die öffentliche Förderung ganz entscheidend zu verbessern.

Dabei sind die Erkenntnisse über die qualitativen Erfordernisse heute als ziemlich gesichert anzusehen.

Diese Aussage betrifft

- die Größe der Wohneinrichtungen
- den Bedarf an unterschiedlichen Wohnmöglichkeiten
- die Aufgaben der Wohnstätten und
- die Gestaltung der Wohnverhältnisse.

Und als allgemein akzeptiert dürfte gelten, daß

- eine Einrichtung bereit sein muß, sich jederzeit von Kompetenter Stelle überprüfen zu lassen und
- der Träger nicht auf wirtschaftlichen Gewinn aus sein darf.

1. Grundsätze

1. Keine Großheime

Wenn das Ziel von Wohnstätten für geistig Behinderte-welcher Form auch immer - das gleiche sein soll, wie bei allen Bemühungen um das Los dieser Menschen, nämlich die soziale Integration unter Wahrung der Individualität und Achtung der Würde des Einzelnen, so kann dies nicht in einer Groseinrichtung erreicht werden.

Wir meinen heute, daß die oberste Grenze von 40 Plätzen für ein Wohnheim gerade noch zu tolerieren sei, halten sie aber in Wahrheit schon für zu hoch und erst eine Platzzahl, die um ein Drittel geringer ist, für optimal. Jedes größere Heim ist eine unnatürliche, entwicklungshemmende und persönlichkeits-feindliche Konstruktion.

Die Zusammenführung von so vielen Menschen mit gleicher Behinderung mag vielleicht ökonomische Vorteile für den Träger mit sich bringen, von den Möglichkeiten einer beabsichtigten Integration der Behinderten kann sie jedoch nur wegführen.

Soweit inzwischen solche großen Heime erneut geschaffen wurden, kann man sie sicher nicht wieder abreißen oder auflösen,, Aber konsequente Maßnahmen, unter Umständen auch baulicher Art, müssen zu einer inneren Struktur führen, die eine Gliederung in kleinere Einheiten bewirkt.

2. Das Gruppenprinzip in Wohnheimen

Grundsätzlich ist heute ein Wohnheim, sofern es mehr als acht Plätze für Behinderte aufweist, nur als eine Einrichtung vorstellbar, die sich in Gruppen gliedert, welche ein Höchstmaß an Autonomie besitzen. Jede von ihnen stellt innerhalb des Heimes eine familienähnliche Einheit dar. Sie hat feste Bezugspersonen, ihren eigenen Lebensbereich und wird ohne Zweifel auch einen besonderen Eigencharakter entwickeln, der sich von dem einer anderen Gruppe unterscheidet. Grundsätzlich sind solche Wohngruppen auf Dauer angelegt. Geistig Behinderte verkraften es schwer, wenn sie häufig Veränderungen ausgesetzt sind. Umgruppierungen, Umquartierung und Verlegung innerhalb des Hauses sind schwere Eingriffe. Sie bedürfen schon einer sehr gravierenden Begründung.

Ebenso muß es allerdings auch möglich sein, daß Behinderte nach ihrem Willen und mit Vereinbarungen unter allen Betroffenen einmal ihre Gruppen wechseln. Behinderte, die die Chance haben, durch Erfahrung und Übung zu ausreichender Selbständigkeit zu gelangen, können in einem Wohnheim zu einer besonderen Gruppe zusammengefaßt werden, um auf das Leben in einer Gruppenwohnung außerhalb des Heimes vorbereitet zu werden. (Lebenshilfe Selbstständigkeitstraining Lit.-V. 13). Sie braucht naturgemäß Forderungen und Bedingungen, wie sie für Dauerwohngruppen nicht zwingend sind.

Schließlich bilden alte, nicht mehr arbeitsfähige und pflegebedürftige geistig Behinderte eine Gruppe mit eigenem Lebensrhythmus, besonderen Bedürfnissen und dem Anspruch auf Angebote, die über eine bloße Bewahrung und leibliche Versorgung hinausgehen.

Die Größe der Gruppen sollte maximal sechs Plätze umfassen. Gegen eine Ausweitung sprechen schwerwiegende soziologische Überlegungen (Magoley Lebensräume Lit.-V. 17, S. 425 f).

Der Betreuungsaufwand ist je nach Zusammensetzung der Gruppe unterschiedlich und reicht von lockerer bis zu intensiver und spezieller Betreuung (Rohleder Lit.-V. 19, S. 225 ff).

3. Keine gemischte Belegung

Der Begriff „geistige Behinderung“ ist heute ausreichend beschrieben und abgegrenzt. Er schließt ein, daß die Beeinträchtigung dauernd, schwer und umfassend ist und daß der Terminus „Verstandesschwäche“ das Phänomen keineswegs abdecken kann. Es liegt in der absoluten Normalerwartung, daß geistig Behinderte in ihrer Gesamtheit eine breite Skala von psychischen, physischen und emotionalen Ausfällen, Auffälligkeiten und Anfälligkeiten aufweisen. So gesehen ist der Ausdruck „mehrfachbehindert“ fast immer falsch angewandt. Trotz sehr unterschiedlicher Symptomatik bilden geistig Behinderte dennoch eine einheitliche Gruppe unter anderen Behinderten.

Die Erfahrung hat gezeigt, daß Wohnstätten für geistig Behinderte ausschließlich für diesen Personenkreis zu konzipieren sind. Sie können nicht gleichzeitig Wohnstätten für anderweitig Behinderte sein, die nach Lebensansprüchen, Stil und Leistung das Recht auf Bedingungen haben, die ihrer eigenen Behinderung entsprechen.

Diese Aussage gilt mit dem Blick auf die drei anderen großen Gruppen Behinderter, nämlich auf die sogenannten Lernbehinderten, die Körperbehinderten und auf psychisch Kranke.

Schon die Enquete fordert die Trennung der verschiedenen Bereiche, und die Praxis bestätigt diese Forderung (Garrelts Lit.-V. 6. S. 7 ff).

Niemand kann wollen, daß sich innerhalb einer Wohnstätte eine Rangordnung nach geistigem Anspruchsniveau bildet, und dies dürfte bei einer Mischbelegung zwangsläufig die Folge sein. Der letzte in der Rangordnung wäre mit Sicherheit der geistig Behinderte.

Wie soll andererseits ein geistig behinderter Mensch Verständnis für leidensbedingte Verhaltensweisen eines psychisch Kranken aufbringen und verkraften, wenn schon die sogenannte „normale“ Umwelt dies nicht vermag?

Es gibt eine Reihe von weiteren Gründen, die nicht näher zu erläutern sind: Der Bedarf an fachärztlicher Begleitung und an speziellen Sozial- und Pflegedien-

sten für psychisch Kranke, den eine Wohnstätte für geistig Behinderte nicht zu erfüllen vermag. Der Ausfall von Kommunikationsmöglichkeiten sprachlicher und anderer Art, wie sie für psychisch Kranke ebenfalls von geradezu therapeutischer Bedeutung sind usw.

Ähnliche Aussagen lassen sich mit dem Blick auf sogenannte Lernbehinderte und primär Körperbehinderte anstellen.

Die Idee eines Zusammenwohnens von geistig Behinderten und Nicht-Behinderten findet dagegen eine gute, positive theoretische Begründung, ist aber z. Z. wohl so realitätsfremd, daß sie hier nicht verfolgt zu werden braucht.

4. Differenzierte Angebote

Alle Aussagen zu diesem Punkt sind, wenn wir ehrlich sein wollen, heute noch weitgehend hypothetischer Art. Immerhin gibt es ganze Regionen in unserem Land, in denen auch nicht ein einziger geschützter Wohnplatz für geistig Behinderte vorhanden ist. Die zuständigen Behörden sind gehalten, in einem Notfall noch bis zu 50 Einrichtungen in der gesamten Bundesrepublik anzuschreiben, um einen Behinderten „unterzubringen“ („einzuweisen“).

Da ist dann keine Rede davon, ob ein endlich gefundener Platz sich für den betroffenen Behinderten eignet.

Seien wir uns also klar darüber, daß wir hier im wesentlichen über Zielprojektionen sprechen, selbst wenn es gelegentlich positive Praxisansätze in der Bundesrepublik gibt.

Wir meinen, je nach Selbständigkeit und emotionaler Abhängigkeit (Rohleder Lit.-V- 19, S. 211 ff) muß für einen geistig behinderten Erwachsenen dasjenige Angebot gefunden werden, das ihm unter dem Gesichtspunkt sozialer Integration seine individuelle Lebensgestaltung optimal ermöglicht.

Damit ist gemeint:

Wir müssen davon loskommen, nur in „Heimen“ zu denken. Gleichwohl wird das gruppengegliederte Wohnheim nichts von seiner Bedeutung verlieren, es sei denn, man macht sich etwas vor über die realen Chancen und Bedürfnisse geistig Behinderter.

Aber jeder Praktiker weiß, daß es auch unter geistig Behinderten nach Tüchtigkeit und dem Grad der Abhängigkeit eine große Bandbreite gibt.

Und wir glauben heute sagen zu können, daß für eine große Anzahl geistig Behinderter unter Beachtung ganz bestimmter Bedingungen geschützte Wohnräume außerhalb von Heimen geeigneter sind.

Der Forschungsbericht des Instituts für Sozialrecht der Ruhr-Universität Bochum (Lit.-V. 9) macht diese Idee geradezu zu einem Schwerpunkt für zukünftige Überlegungen.

Die Bedingungen liegen selbstverständlich

- in dem Behinderten selbst und betreffen seinen Grad an erworbener Selbstständigkeit und Unabhängigkeit
- in der Art der Wohnung, insbesondere ihrer Lage und Nachbarschaft und
- in den verschiedenen Formen einer Betreuung, die wiederum von den beiden zuvor genannten Bedingungen abhängig sein muß.

Ganz konkret sind unter den zuvor angeführten Gesichtspunkten folgende Wohnformen außerhalb von Heimen denkbar:

- Wohnungen für zwei, allerhöchstens drei relativ selbständige und unabhängige geistig Behinderte, die sich in wichtigen Lebensbereichen selbst versorgen können. Dafür kommen Miet- oder Eigentumswohnungen in völlig normaler Umgebung in Frage. Die Betreuung erfolgt ambulant, unter Umständen zum Teil durch Nachbarschaftshilfe.
- Wohngruppen für vier bis allerhöchstens sechs Behinderte in einem Gruppenhaus, einer Wohntage, einem großen Appartement oder in einer großen Miets- oder Eigentumswohnung. Eine solche Gruppe benötigt unbedingt feste Bezugspersonen, die, wenn schon nicht ständig anwesend, doch jederzeit erreichbar sein müssen.

Für beide Typen des offenen Wohnens sind je nach Gegebenheiten variable Formen vorstellbar.

Wichtig sind in allen Fällen flankierende Hilfe von Fachinstitutionen und Ämtern, insbesondere auch von einem vorhandenen Wohnheim aus, das sich möglichst in nicht zu weiter Entfernung befindet (Zu diesem gesamten Kapitel s. Haaser, S. 75 ff, Rohleder S. 211 ff, S. 220 ff, Magoley S. 422 ff in Lit.-V. 9).

Über die direkte Anbindung solcher Gruppenwohnungen an ein vorhandenes Wohnheim und über die Praxis solcher Verbundformen bestehen noch keine differenziert ausformulierten Vorstellungen, wenngleich der Praktiker sie sicher im wesentlichen spontan umreißen könnte (Verwaltung, Organisation, Personal, Versorgung usw.). Es ergibt sich da sicher eine Menge von Möglichkeiten. Es sind aber unter Umständen auch verführerische und gefährliche Möglichkeiten, wenn aus Gründen der Organisationsstraffung und Rationalisierung durch ein Primat der Ökonomie die familienähnlichen Strukturen und die normalisierten Bedingungen angetastet oder gar wieder aufgehoben werden (Rohleder-Lit.-V. 19, S. 212).

Grundsätzlich sollten alle Wohnstätten einer Nachbarschaft dennoch in ein Verbundsystem - gleich welcher Rechtsform auch immer - gehören und darüberhinaus alle Rechtsträger von Wohnstätten für geistig Behinderte eines Versorgungsbereiches kooperativ eng zusammenwirken.

//. Aufgabe und Bedeutung 1.

Integration

„Integration ist nicht schlechthin soziale Integration, also ein ausschließlich sozialer Vorgang. Integration läßt sich allgemein verstehen als das Zusammenfü-

gen von Teilen zu einem Ganzen, als das Erschließen von Zusammengehörigkeit. Einen Menschen integrieren, heißt, ihn einen ganzen Menschen werden zu lassen, heißt, ihn in seiner Existenz verbunden mit anderen Menschen Sinn und Erfüllung finden zu lassen" (Speck Lit.-V. 20, S. 18 ff).

Diese ausgezeichnete Definition, die viel mehr und viel umfassender als der engere Begriff Eingliederung auf die personale „Integrität“ gerichtet ist, scheint ganz besonders geeignet, auf die Aufgaben und die Bedeutung von Wohnstätten für geistig Behinderte bezogen zu werden. In dieser Anwendung umfaßt „Integration“ alles das, was wir sonst im einzelnen als Sozialisation, Persönlichkeitsentwicklung, Inkulturation, Stabilisierung usw. zu beschreiben hätten.

Mit Integration im oben angegebenen Sinne ist damit die wesentliche Aufgabe einer Wohnstätte für geistig Behinderte benannt.

Wie zuvor schon gesagt, gehen wir davon aus, daß Wohnplätze der genannten Art in der Regel Dauerwohnplätze sind. Diese Feststellung ist deswegen bedeutsam, weil ein geistig Behinderter zu allererst Sicherheit als Existenzgrundlage erfahren muß. Er benötigt in seiner Wohnstätte das Gefühl, zu Hause zu sein. Hier ist der Ort seiner Lebensmitte, der ihm Wohlbefinden gewährt und an dem seine Selbsterfahrung positiv bestimmt ist. Hier lernt er, mit den gleichbleibenden Gruppenzwängen und -normen umzugehen und sich gleichzeitig seine Freiheiten zu gewinnen. Hier bewirkt der Grad der Behinderung keine Rangordnung und das Leistungsversagen wird nicht zu einem Vorwurf.

Nur auf dieser Basis der Sicherheit ist eine individuelle Fortentwicklung möglich.

Weil Wohnen mehr ist als die bloße Befriedigung physischer Bedürfnisse (Schlafen, Essen, Kleiden usw.), nämlich von einem gesicherten Platz aus und mit der Selbsterfahrung über die eigene Person hinaus teilzuhaben an der Welt, sich eingeordnet zu wissen in die Systeme der Gesellschaft und gehalten zu sein, deren Zwänge zu erlernen und zu verkraften, aber auch deren Möglichkeiten für sich selbst zu begreifen und zu nutzen, kann ein geistig behinderter Mensch nicht völlig auf sich allein gestellt sein. Er benötigt eine abgewogene, systematische Hinführung und Begleitung. Er benötigt auch Zeit.

Ein umfangreicher Aufgabenkatalog ließe sich für eine Wohnstätte hier anschließen, jedoch aus verständlichen Gründen nicht im Detail darstellen.

Wir müssen uns deswegen im nachfolgenden auf einige wesentliche Oberbegriffe konzentrieren.

2. Der Behinderte als handelnder Mensch

Durch Teilnahme, Einbezogensein, durch gesellschaftliche Forderungen und Angebote, im Gegenüber und im Miteinander muß der Behinderte in zunehmender Weise zu Sozialerfahrungen gelangen, die seinen Stand in der Gruppe festigen und ihm über die Gruppe hinaus eine Lebenswelt eröffnen, die er nicht nur von ferne beobachten, sondern in die er handelnd einbezogen sein soll.

Was hier in knappen Worten ausgedrückt wird, ist in der Praxis für viele geistig Behinderte so neu und so überraschend, daß sie, die aus dem intimen Schutzraum der Familie in eine Wohnstätte kommen, diesen Weg nicht zu gehen wagen, wenn sie zuvor keine Stärkung erfahren haben, nicht ermutigt, motiviert und bestätigt werden. Der Anfang kann für ihn so außerordentlich schwierig sein, wenn er bisher immer nur Objekt war, ein Mensch, für den stets andere gedacht, entschieden und gehandelt haben.

Stichworte hierzu sind: Rücksichtnahme auf der einen, aber auch das Anmelden und Durchsetzen eigener Wünsche auf der anderen Seite; gemeinsam etwas tun, Besuche machen und empfangen; Einkauf, wenn schon nicht allein, dann doch unter eigener Beteiligung und nach eigenen Vorstellungen; Spaziergänge; Teilnahme an Veranstaltungen im Haus und außerhalb, und zwar dies stets freiwillig; Freundschaften annehmen und begründen; Anbindung an Gruppen der Gesellschaft außerhalb der Wohnstätte, z. B. Kirchen, Vereine und Clubs; Freizeiten und Urlaub in unterschiedlichen Formen.

Dies alles dient der Erweiterung der Erfahrungs- und Erlebniswelt. Sie bereichert ihn, je mehr er nicht nur ein passiv Danebenstehender, sondern ein mit den ihm verfügbaren Mitteln aktiv Mitgestaltender ist.

3. Förderung der Selbständigkeit des Behinderten

Selbständigkeit hat einen ganz besonderen emanzipatorischen Wert für einen behinderten Menschen. Sie stärkt seine Rolle in der Gruppe und eröffnet ihm soziale Möglichkeiten vieler Art über die Gruppe hinaus.

Und so liegt es dann bei den Verantwortlichen einer Wohnstätte, diesem Aspekt besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

Das beginnt schon mit der Verpflichtung, den einmal erworbenen Standard eines Behinderten zu erhalten. Dies aber kann natürlich nicht genug sein. Gerade bei besonders schwer Behinderten wird es entscheidend darauf ankommen, die Funktionstüchtigkeit in allen Bereichen stetig zu verbessern. Das bezieht sich auf den gesamten lebenspraktischen Bereich mit seinen Anforderungen auf den Gebieten der Selbstversorgung, beim Aus- und Ankleiden, beim Essen und Trinken, bei der Körperpflege, bei Alltagshandgriffen und im Straßenverkehr. Speziell müssen sich die Bemühungen auf die Besserung der Motorik, der Sensusmotorik und der Sprache richten. Gelegentlich sind auch besondere Hilfen kompensatorischer Art einzuführen, etwa bei sinnesgeschädigten oder bei körperlich stark beeinträchtigten geistig Behinderten.

Selbständigkeit bedeutet für einen Behinderten, in zunehmender Weise von Pflege und Fürsorge unabhängiger zu werden. Unabhängigkeit wiederum ist die Voraussetzung dafür, eigene Aktivitäten frei zu entfalten, Interessen zu entdecken und ihnen nachzugehen (Zu diesem und dem folgenden Abschnitt siehe Lebenshilfe Sonderdrucke Lit.-V. 12 und 13, Aufgabenbereiche und Selbständigkeitstraining).

4. Wohntraining

Nicht ohne Grund hat der Verein Lebenshilfe für geistig Behinderte zum Thema Selbständigkeit einen Sonderdruck herausgegeben (Lit.-V. 13).

Dabei geht es in einem speziellen Kapitel der Schrift um Trainingsformen, die darauf zielen, Heimbewohner auf ein Leben in weniger intensiv zu betreuenden Wohngruppen außerhalb des Heimes vorzubereiten.

Als Möglichkeiten werden vorgeschlagen:

- geeignete Räume im Wohnheim mit haushaltsüblichen Geräten für eine Trainingsgruppe auszustatten,
- eine Trainingswohnung außerhalb des Heimes einzurichten oder
- das Training bereits in der zukünftigen Gruppenwohnung durchzuführen.

Die oben angegebene Schrift ist eine wichtige Anregung und wird in der Zukunft zur Erarbeitung differenzierter Programme führen.

III. Bauliche Konsequenzen

Unter dem Gesichtspunkt, daß geistig Behinderte grundsätzlich die gleichen Ansprüche und Rechte haben wie alle anderen Menschen und daß sich dies in den Konsequenzen des täglichen Lebens eines Behinderten verdeutlichen muß, ist das Streben nach Normalisierung geradezu zu einem allgemeinen Prinzip geworden, das sich nach anfänglichen Mißverständnissen durchgesetzt hat. (Hierzu Bank-Mikkelsen, Gunzburg, Nirje, Wallner, Wolfensberger, zitiert durch Haaser Lit.-V. 8, S. 48 - 59).

Integration und Normalisierung der Lebensverhältnisse bedingen einander.

Integration und Besonderung schließen einander geradezu aus.

In bezug auf Wohnformen für geistig Behinderte bedeuten diese Feststellungen, daß Lage, Größe und Gestaltung der Wohneinheiten soweit wie irgend möglich ganz normalen Wohnsituationen entsprechen sollen.

Wohnstätten müssen deswegen in regulären Wohngebieten und in Nachbarschaft zu anderen Einwohnern liegen. Sie sollen sich nach der äußeren Gestaltung dem Wohnstil der Umgebung anpassen.

Und die Behinderten sollen sich in das ganz normale nachbarschaftliche Leben einordnen können. Das reicht von der Mithilfe bei der Straßen- und Hofreinigung bis hin zu den intensiven gegenseitigen nachbarschaftlichen Kontakten.

Ein lokales Nebeneinander von Wohnstätten und den Werkstätten, in denen die Behinderten arbeiten, ist dagegen überhaupt nicht zu befürworten.

Es ist unbedingt ein Vorzug, wenn Geschäfte, Cafes usw., Kirche, Post, öffentliche Verkehrsmittel und anderes mehr in unmittelbar erreichbarer Nähe liegen.

Natürlich sollte auch die innere Gestaltung einer Wohnstätte so normal wie möglich, d. h. den Ansprüchen Nichtbehinderter weitgehend angeglichen sein.

Schlafsäle und Waschräume sind unter diesem Aspekt überhaupt nicht mehr denkbar.

Wir sind heute der Meinung, daß ein erwachsener geistig Behinderter das Recht auf ein eigenes Zimmer innerhalb der Wohnstätte hat. Dies gilt sowohl für Wohnheime als auch für Gruppenwohnungen. Dieses Zimmer kann er nach eigenen Wünschen gestalten, und zu diesem Zimmer hat er und sonst niemand aus der Wohngemeinschaft einen Schlüssel.

Zu einem solchen Zimmer gehört im Regelfalle eine sogenannte Naßzelle, mindestens aber ein Waschbecken.

Garderobe und sonstiges Eigentum des Behinderten werden in diesem Raum und nicht etwa in einem zentralen Depot verwahrt.

Das Licht für die Räume wird nicht zentral an- und ausgeschaltet.

Möbel werden nicht bei Spezialfirmen für Heimausstattungen beschafft, sondern bei örtlichen Möbelfirmen ausgesucht und dies unter weitgehender Beteiligung des Behinderten.

Die Träger von Wohnstätten für geistig Behinderte sollen sich unbedingt dagegen wehren, daß unmotiviert nur deswegen besondere Sicherheitsauflagen amtlich angeordnet werden, weil dort geistig Behinderte wohnen. Nur Maßnahmen, die auch für andere Familien und umliegende Wohnungen als vernünftig gelten, sind zu akzeptieren.

Das spricht nicht gegen die Bereitstellung von individuell erforderlichen Hilfseinrichtungen für einzelne Behinderte, z. B. eine Rufanlage für einen körperlich Hilflosen oder die Beseitigung von Türschwellen, wenn sie einen extrem Gehbehinderten in seiner Bewegungsfreiheit zusätzlich beeinträchtigen.

Aber die Schutzfunktion, die jede Wohnstätte für geistig Behinderte unbestritten auszuüben hat - bei stärker Behinderten mehr, bei anderen bewußt weniger - kann jedoch nicht mit Sperriegeln, Schutzgittern und Feuerlöschern gewährleistet werden.

Wieso sollte man dann auch von „offenen“ Wohnformen sprechen!

Noch eine Anmerkung sei hinzugefügt: Gruppenwohnungen, die grundsätzlich Einzelzimmer für ihre Bewohner sowie einen Wohnraum, eine Küche, Bad, WC, einen Keller oder einen Lagerraum, möglichst einen Balkon oder eine Veranda haben sollen, müßten vernünftigerweise auch ein Gastzimmer besitzen, in welchem einmal besuchsweise ein befreundeter Behinderter aus einer anderen Wohnstätte wohnen kann.

Es ist sicher anzunehmen, daß Gruppenwohnungen außerhalb von Wohnheimen in der Zukunft zunehmend an Bedeutung gewinnen. Und es scheint wichtig, diese Möglichkeit der Integration Behinderter mehr zu nutzen als bisher.

IV. Ist und Soll

Wie zuvor schon angedeutet, kann man einige Jahre nach Veröffentlichung der Psychiatrie-Enquete nicht nur über qualitative Probleme bei Wohnstätten für geistig Behinderte sprechen, ohne zugleich auch das materielle Defizit deutlich aufzuzeigen.

Es ist eben nicht so, daß man sich nur noch über das „Wie“ der Gestaltung zu verständigen hätte. Es ist unbedingt wichtig, einmal das Verhältnis von Ist und Soll festzustellen, um das Problem der Integration geistig behinderter Erwachsener in seinem ganzen Ausmaß zu erkennen.

Es ergeben sich sofort folgende Fragen:

- Wieviel Plätze sind heute im offenen Bereich tatsächlich vorhanden?
- Welcher dringende akute Bedarf liegt vor?
- Wieviele Wohnplätze müßten in den nächsten Jahren - etwa bis 1985 - unbedingt geschaffen werden?
- Wie hoch ist der noch längerfristige Bedarf? Zuvor

dazu einige Anmerkungen.

Das an sich nicht zu bezweifelnde Recht eines geistig behinderten erwachsenen Menschen auf einen angemessenen Wohnplatz ist kein geschriebener, gesetzlich begründeter und einklagbarer Anspruch, sondern nur ein aus den Grundrechten der Verfassung ableitbares, vernünftiges und moralisches Recht (Henke Lit.-V. 23, S. 453 ff).

Die Folge ist das Ausbleiben staatlicher Initiativen in diesem Bereich.

Alle Verdienste um die Schaffung von offenen Wohnstätten für geistig Behinderte fallen fast ausschließlich freien und gemeinnützigen Trägern zu.

Aber diese sind selbstverständlich nicht annähernd in der Lage, das große finanzielle Problem, welches mit der Schaffung aller notwendigen Wohnplätze verbunden ist, in überschaubaren Zeiträumen zu bewältigen.

Hinzu kommt erschwerend ein nicht-materielles Hindernis, nämlich ein verbreitetes und kaum zu erschütterndes negatives Vorurteil der Bevölkerung speziell gegen erwachsene geistig Behinderte, und zweitens ganz besonders, wenn es um deren Wohnnachbarschaft geht (Rohleder Lit.-V. 19, 3.119 ff, von Bracken Lit.-V. 3).

Trotz aller Aufklärungsbemühungen, trotz rechtlicher und materieller Besserstellung geistig Behinderter und trotz verbalen Wohlwollens und auch vieler caritativer Aktionen ist eine disqualifizierende Distanz zum geistig Behinderten überall gegenwärtig (Rohleder Lit.-V. 19, S. 119, von Lüpke Lit.-V. 16, S. 1 ff).

Schon die Planung einer Wohnstätte in der eigenen Nachbarschaft stößt auf zum Teil heftigen Widerstand bis hin zu Unterschriftensammlungen und der Bil-

dung einer Interessengemeinschaft gegen ein Wohnheim (Lebenshilfe Lit -V. 10, S. 55).

Nicht selten sind monate- und jahrelange Auseinandersetzungen um eine Baugenehmigung die Folge, bis hin zum Aufgeben des Trägers und dem Versuch an anderer Stelle.

Vorhandene Kapazitäten

(Alle Angaben zu diesem Kapitel entstammen nicht veröffentlichten Ermittlungen der Lebenshilfe für geistig Behinderte, Bundeszentrale Marburg. Stand August 1979)

Im August 1979 waren in der Bundesrepublik im offenen Bereich insgesamt 185 Wohnstätten für geistig Behinderte mit insgesamt 4343 Plätzen vorhanden.

Von den genannten Wohnstätten waren 114 (62 %) mit 2033 Plätzen in der Trägerschaft der Lebenshilfe für geistig Behinderte,

Die durchschnittliche Größe aller Wohnstätten beträgt 23,5 Plätze. Sie liegt allerdings bei den Lebenshilfe-Einrichtungen mit durchschnittlich 17,8 Plätzen ganz deutlich niedriger als bei den Wohnstätten anderer Träger, wo die Durchschnittszahl bei 32,5 liegt.

Man muß davon ausgehen, daß es zusätzlich eine geringe Anzahl von Gruppenwohnungen für geistig Behinderte gibt. Statistische Angaben liegen dazu nicht vor. Eine Schätzung auf etwa 200 Plätze dieser Art dürfte der Realität jedoch nahe kommen, dabei aber eher zu hoch als zu niedrig angesetzt sein.

Nun kann man ja zunächst die Anzahl von 4500 vorhandenen Wohnplätzen für geistig Behinderte im offenen Bereich als eine recht positive statistische Ermittlung ansehen.

Aber diese Beurteilung relativiert sich sofort bei einer näheren Betrachtung.

Denn 20 % der Heimbewohner sind keine Erwachsenen, sie sind Jugendliche im Alter von 15 bis 18 Jahren.

Und 60 % sind 25 Jahre und jünger; gerade ein Viertel der behinderten Bewohner ist älter als 30 Jahre. Ganze 80 Behinderte im Alter von mehr als 50 Jahren haben einen Platz in einer Wohnstätte gefunden, davon allein 52 in Bremen und Niedersachsen; die restlichen 28 verteilen sich auf die übrigen neun Bundesländer. Dies kann auf keinen Fall der normalen Population unter geistig Behinderten entsprechen.

Und ebenso kann an dem genannten Beispiel deutlich werden, wie weit wir noch entfernt davon sind, die Probleme in den Griff zu bekommen.

Einige Angaben mögen das stützen:

- In den 185 Wohnstätten leben doppelt so viele Männer (65 %) wie Frauen (35 %).

- Ein Viertel aller Wohnstätten nimmt nur Männer, bzw. nur Frauen auf.
- Etwa 45 % der erfaßten Wohnstätten können Kurzzeitplätze anbieten.
- Und schließlich: Keine Wohnstätte hat einen freien Platz anzubieten.

Diese Einzelangaben bedürfen keines Kommentars und erlauben nur die Bemerkung: Wir sind noch absolut in den Anfängen und dies zu Lasten der Behinderten.

Und wenn es nicht das Engagement gemeinnütziger Trägervereine gegeben hätte und den Einsatz vieler selbstloser Menschen, die durchweg ehrenamtlich und oft unter großen persönlichen Opfern ihre sozialen Ideen auf diesem Gebiet durchgesetzt hätten, wo wären dann wohl die 4500 geistig Behinderten, die einen Platz im offenen Wohnbereich gefunden haben?

Bedarfsschätzung

Nach sehr vorsichtigen Schätzungen und Ermittlungen ist der sofortige und absolut dringende Bedarf an zusätzlichen geschützten Wohnplätzen mit mindestens 3000 anzugeben.

Das sind noch nicht einmal fünf Behinderte pro 100.000 Einwohner. Die Schätzung dürfte wohl eher zu niedrig als zu hoch sein.

Dabei handelt es sich ausschließlich um namentlich sofort zu benennende geistig Behinderte, die in sozial unerträglichen Verhältnissen leben. Das sind der 60jährige Behinderte, der nur noch eine über 80 Jahre alte Mutter hat, die wiederum seinerwegen nicht in ein Altenwohnheim ziehen kann und viele andere, die zum Teil in dramatischen Notsituationen leben, und es sind insgesamt Behinderte, die zum Teil seit Jahren auf Dringlichkeitslisten stehen.

Der weitergehende Bedarf für die nächsten fünf Jahre, das heißt bis 1985, ist mit einer Zahl von weiteren 3000 Plätzen ebenfalls wohl nicht zu hoch geschätzt.

Dies sind Behinderte, die zum Teil selbst aus der Familie heraus in die persönliche Verselbständigung innerhalb einer Wohnstätte streben und deren sorgepflichtigen Angehörigen in naher Zukunft das Schicksal ihres behinderten Kindes auf eine humane Weise und auf Dauer geregelt wissen möchten.

Den noch längerfristigen Gesamtbedarf an Wohnplätzen, etwa mit dem Blick auf das Jahr 2000, wagt heute überhaupt noch niemand zu schätzen.

Dazu fehlen auch wissenschaftlich gesicherte Grundlagen. Niemand weiß z. B., wieviel geistig behinderte Erwachsene es überhaupt in der Bundesrepublik gibt. Die statistischen Richtzahlen und die Anzahl der tatsächlich bekannten erwachsenen geistig Behinderten klaffen weit auseinander. Aus lokaler und regionaler Sicht, sind die Betroffenen einfach „verschwunden“. Es wurde in der Vergangenheit praktisch keinerlei ausreichende Datenpflege bei Unterbringungen in Heimen und Anstalten betrieben und schon gar keine, die auch noch zu-

verlässig nach Indikationen unterschied. Nachträglich scheinen überhaupt keine qualifizierten Feststellungen mehr möglich. Eventuell könnte ein sorgfältig nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten durchgeführter Mikrozensus brauchbare Aufschlüsse geben.

Aber insgesamt ist das Problem viel hautnah. Es gibt, wie gesagt, immer noch große Gebiete, in welchen bis heute nicht ein einziger geschützter Wohnplatz außerhalb der eigenen Familie vorhanden ist und wo auch keinerlei konkrete Planungsansätze zu bemerken sind.

Das Schicksal, das den dort lebenden erwachsenen geistig Behinderten droht, ist unverändert und unausweichlich die seelische Katastrophe des Herausreißen aus der gewohnten Lebenswelt, vom Arbeitsplatz und von den Arbeitskollegen und Freunden in der Werkstatt, der Verlust der Heimat mit ihrer vertrauten personalen und sachlichen Umwelt. Sodann folgt unter Zurücklassung des wesentlichen Eigentums der Transport irgendwohin. Wie soll ein geistig Behinderter dies alles überhaupt verstehen und verkraften ohne Schaden zu nehmen!

An keinem anderen Beispiel kann man die Lage eines erwachsenen geistig Behinderten als eines Abhängigen, Ausgelieferten und Mißachteten besser verdeutlichen.

Wie lange wird dies so bleiben?

Literatur

1. Bank - Mikkelsen, N. E., zitiert in Lit.-V. Nr. 9.
2. Berking, G. u. G., „Wohnen in kleinen Gruppen“, in Vierteljahreszeitschrift 1/77, S. 77 ff.
3. von Bracken, Helmut, „Untersuchungen zur Einstellung der Bevölkerung gegenüber geistig behinderten Kindern“, Vervielfältigung der Lebenshilfe, Marburg 1971.
4. Buschka, Maximilian, „Zur Problematik des Erwachsenseins geistig Behinderter“, in Vierteljahreszeitschrift Lebenshilfe 4/74, S. 193 ff.
5. Ennen, Georg, „Persönlichkeitsrechte und Gruppenintegration in der Wohnstätte für Behinderte“, Vervielfältigung der Lebenshilfe, Marburg 1974.
6. Garrelts, Jens, „Psychisch Kranke in einer Wohnstätte für Behinderte?“, in Vierteljahreszeitschrift Lebenshilfe 1/77, S. 7 ff.
7. Gunzburg, H. C., zitiert in Lit.-V. Nr. 9.
8. Haaser, Albert, „Wohnstätten für geistig behinderte Erwachsene im Literaturüberblick“, im Forschungsbericht Lit.-V. Nr. 9.
9. Institut für Sozialrecht der Ruhr-Universität Bochum „Richtlinien für die Errichtung von Wohnstätten für erwachsene geistig Behinderte“, Bochum 1975.
10. Lebenshilfe-Vierteljahreszeitschrift 1/73, S. 55, „Der Fall ‚Musberg‘ ist nicht einmalig“.

11. Lebenshilfe-Freizeitausschuß, „Freizeitförderung bei geistig Behinderten“, Sonderdruck, Marburg 1979.
12. Lebenshilfe-Wohnstättenausschuß, „Aufgabenbereiche, fachliche Qualifikation und gehaltliche Einstufung der Mitarbeiter in Wohnstätten für geistig Behinderte“, Sonderdruck, Marburg 1979.
13. Lebenshilfe-Wohnstättenausschuß, „Selbständigkeitstraining in Wohnstätten für geistig Behinderte“, Sonderdruck, Marburg 1979.
14. Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V., „Materialien zu Wohnstättenfragen“, Beiträge aus dem In- und Ausland. Lebenshilfe-Bundeszentrale 1972/75 Marburg.
15. von Lüpke, Klaus, „Soziale Integration geistig Behinderter im Bereich des Wohnens“, in Vierteljahreszeitschrift Lebenshilfe 1/73, S. 1 ff.
16. von Lüpke, Klaus, „Behinderungen der Nicht-Behinderten“, in Vierteljahres-Zeitschrift Lebenshilfe 1/72, S. 1 ff.
17. Magoley, Hans, „Lebensräume für geistig Behinderte in Planung und Ausführung. Planungstechnische Empfehlungen für die Errichtung von Wohnstätten für geistig Behinderte“, im Forschungsbericht Lit.-V. Nr. 9.
18. Nirje, Bengt, zitiert in Lit.-V. Nr. 9.
19. Rohleder, Margret, „Primäre und sekundäre Lebensräume für geistig Behinderte. Sozialwissenschaftliche Empfehlungen für die Errichtung von Wohnstätten für erwachsene geistig Behinderte“, im Forschungsbericht Lit.-V. Nr. 9.
20. Speck, Otto, „Soziale und personale Integration“, in Vierteljahres-Zeitschrift Lebenshilfe 1/75, S. 18 ff.
21. Wallner, Teut., zitiert in Lit.-V. Nr. 9.
22. Wolfensberger, Wolf, „The Principle of Normalization in Human Services“, Ontario 1972.
23. Henke, Norbert, „Rechtliche Möglichkeiten und Grenzen der Ausgestaltung des Lebensraumes geistig Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland“, in Lit.-V. Nr. 9.

5. Aufbau, Organisation und Regionalisierung der Behindertenversorgung

Aufbau, Organisation und Regionalisierung der Behindertenhilfe

- speziell der Hilfe für geistig Behinderte

M. Geiger

Gemeinsame Einleitung für die Referate

1. Der Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik¹⁾ hat konkrete Vorstellungen entwickelt auch für die Versorgung der geistig Behinderten. Im Rahmen der summarischen Übersicht über die Angebote für die Beratung, Behandlung, Betreuung und Rehabilitation in einem Standardversorgungsgebiet²⁾ werden auch die „Dienste für Behinderte“ aufgezählt:

- Einrichtungen zur Früherkennung, Frühdiagnose und Frühbehandlung
- Sonderkindergärten
- Sonderschulen
- Sonderklassen
- Wohnangebote
- Bildungs-, Freizeit- und Erholungsstätten.

Sieht man auf diese Übersicht im ganzen, so fällt auf, daß die „Dienste für Behinderte“ wie ein Anhängsel angefügt sind. Daneben stehen genauer umschriebene Teildienste für psychisch kranke Menschen:

- Ambulante
- Halbstationäre
- Stationäre
- Komplementäre
- Speziell rehabilitative Dienste.

Danach kommen unvermittelt und nicht aufgeschlüsselt die Dienste für den speziellen Personenkreis: hier allgemein „Behinderte“ genannt, gemeint sind aber offensichtlich die „geistig Behinderten“.

2. Ich weise auf diese Beobachtung hin, weil zu fragen ist, ob es sachlich richtig und hilfreich war, den Personenkreis der geistig Behinderten in die Planungsüberlegungen für die Versorgung der psychisch Kranken einzubeziehen.

Ohne Frage hatte und hat die Tatsache, daß im Mai 1973 durchschnittlich 18,5 % der stationären Patienten in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern geistig Behinderte waren, Konsequenzen für die Planung der Versorgung dieses Personenkreises³⁾. Es wurde in diesem Zusammenhang betont: „Das Programm der Ausgliederung erwachsener geistig Behinderter aus psychiatrischen Krankenhäusern darf nicht zu einer neuen und stärkeren Vernachlässigung dieser Personengruppe führen, sondern sollte eine vermehrte Berück-

sichtigung der besonderen Erfordernisse der Behinderten und eine Intensivierung der intramuralen und extramuralen Betreuung zur Folge haben."⁴⁾

Dazu muß gesagt werden, daß die bei dieser Informationstagung vertretenen Verbände der Behindertenhilfe daran interessiert und in einer Expertengruppe aktiv beteiligt waren, die Versorgung der geistig Behinderten wesentlich zu verbessern. Sie sahen damals in den Vorarbeiten der Psychiatrie-Enquete eine günstige Gelegenheit, der eigenen Sache einen guten Dienst zu erweisen.

Jetzt freilich stellt sich für mich die Frage, ob der Grundsatz der Enquete für den Personenkreis der geistig Behinderten tatsächlich hilfreich sein kann. Die Enquete fordert die „Gleichstellung der psychisch Kranken mit körperlich Kranken“⁵⁾. Sie stellt fest: „Die historisch gewachsene Sonderstellung (der psychiatrischen Krankenhäuser) entspricht nicht mehr den Möglichkeiten und Erfordernissen der modernen Psychiatrie“ und spricht von dem „Prozeß einer Eingliederung der Psychiatrie in die Gesamt-Medizin“⁵⁾. Dieser Grundansatz der Planung kann meines Erachtens gerade nicht für den Personenkreis der geistig Behinderten gelten. Denn durch diesen Grundsatz bekommen die Maßnahmen und Hilfen für den geistig Behinderten einen anderen, meines Erachtens nicht sachgerechten Stellenwert. Ich meine, wir müßten die Ziele und Wege der Hilfe für geistig Behinderte sehr viel mehr von den Belangen und den Grenzen dieses Personenkreises her sehen als von dem alleinigen Ziel der Eingliederung. Zwei Probleme drängen sich dabei mindestens unter anderem auf, an denen das hier Angesprochene verdeutlicht werden kann:

- das Problem der lebenslangen Beheimatung des geistig Behinderten, der immer auf fremde Hilfe und auf einen geschützten Lebensraum angewiesen ist und
- das Problem des Schwergeistigbehinderten sowohl im Blick auf seine Familie als auch auf die Gestaltung seines Lebensweges.

Wir haben uns unsere Aufgabe so geteilt, daß Herr Burger aus der Perspektive der Betreuung des Schwergeistigbehinderten spricht, und ich das Problem der lebenslangen Beheimatung als planungsrelevantes Faktum darstelle.

Referat

I.

Beim Nachdenken über das angemessene Versorgungssystem für den geistig behinderten Menschen beschäftigte mich immer wieder die Frage: Was sollen wir denn letztlich für diesen Personenkreis erreichen? (Wohlgemerkt: wir reden ausschließlich von dem geistig Behinderten in dem Sinn, wie er sich in der Bundesrepublik eingebürgert hat. Das bedeutet, daß ich grundsätzlich eine Integration dieses Behinderten in Arbeit und Gesellschaft ohne eine ständige Hilfestellung und ohne den geschützten Raum nicht erwarten kann).

Ich habe nachgedacht über die beiden wichtigen Impulse der Hilfe für geistig Behinderte. Vereinfachend kann man feststellen:

Der erste Impuls um die Mitte bzw. das Ende des letzten Jahrhunderts wurde ausgelöst von der durch die Industrialisierung veränderten Familiensituation. Die sogenannte Kleinfamilie konnte ein behindertes Kind auf Dauer nicht tragen. Das Ziel der Hilfe war, dem von der Verwahrlosung bedrohten Behinderten Heimat zu geben. Dazu baute man Häuser, ja kleine (und auch größere) „Dörfer“ (Siedlungen). In diesem Zuhause wollte man dem Behinderten den notwendigen Lebensraum geben.

Der andere (neue) Impuls kommt von den Eltern behinderter Kinder, die nach Selbsthilfe suchten. Weil es keine Heimplätze gab und weil man dem eigenen Kind solange als möglich selbst die Heimat geben wollte, begann man mit Aktionen und Hilfen, die dies ermöglichen sollten. Alle Maßnahmen sollten einerseits den Behinderten fördern, andererseits aber auch das Elternhaus entlasten und so dazu beitragen, daß das behinderte Kind zuhause bleiben kann. Was mich als evangelischen Christen bei diesem sehr vereinfachenden Zurückschauen beschäftigt, ist die Frage: Warum konnte eigentlich die christliche Gemeinde mit ihrem Auftrag der Nächstenliebe nicht effektiver dazu beitragen, dem Behinderten in der christlichen Gemeinde Heimat zu geben? Lag es nur an den alten Vorurteilen gegenüber dem Behinderten? Man hatte doch andererseits Krankenpflegestationen, Kindergärten, Altenbetreuung usw., warum so wenige Aktivitäten für den geistig Behinderten?

Ich will die christliche Gemeinde nicht in Schutz nehmen, wo sie vielleicht Entscheidendes schuldig geblieben ist. Aber ich glaube zu sehen, daß das Fehlen wirksamer Hilfen, mit denen man Anstaltsgründungen und Elterninitiativen unnötig gemacht hätte, mit dem Problem der notwendigen Beheimatung zu tun hat. Der geistig behinderte Mensch braucht eine besondere Zuwendung, die man nicht mit Aktionen und Veranstaltungen allein realisieren kann. Die Zuwendung muß getragen sein von Kontinuität und Verbindlichkeit. Der geistig Behinderte ist eben nicht der vorübergehend in eine Krise geratene Patient, auch nicht der noch nicht oder noch nicht wieder eingegliederte Behinderte. Er ist (im strengen Sinn des Wortes) der Mensch, der sein Leben lang auf fremde Hilfe und auf einen geschützten Raum angewiesen bleibt. Sein Ausnahmezustand dauert lebenslang an. Das Entscheidende für ihn ist darum: Wo kann er bleiben? und; Wer bleibt bei ihm?

Dieses „Bleiben“ darf keinen negativen Beigeschmack haben. Die Lebenserfüllung - dieser Glaubenssatz sei erlaubt - darf nicht in Abhängigkeit gesehen werden von der Leistung des Einzelnen, auch nicht von einer eben noch zugestanden Mini-Leistung (gerade noch wirtschaftlich verwertbar!). Unser Bemühen um die Bleibe eines auf unsere Hilfe angewiesenen Menschen ist ein Stück seiner Lebenserfüllung und darum von entscheidender Wichtigkeit.

Vergessen wir nicht, daß man durch Jahrzehnte hindurch in den konfessionellen Häusern dieses Bleiben gelebt und durchgestanden hat. Hier haben Menschen ihr Leben geteilt mit behinderten Menschen - nicht aus Mitleid, sondern aus der Orientierung an Christus heraus, aus der selbst empfangenen Liebe

heraus. -Wir mögen heute die konkrete Ausgestaltung dieser Lebensläufe kritisch sehen, wir mögen viele Fehler in der Durchführung des Dienstes erkennen: die Verbindlichkeit, mit der hier Menschen bei dem Behinderten blieben, machte es möglich, lebenslange Heimat zu geben und zu gewährleisten. Dies sollten wir nicht gering achten.

Wir sind meines Erachtens großen Respekt den Häusern und Einrichtungen, denen diese verbindliche Kontinuität des Helfens eine unaufgebbare Aufgabe geblieben ist, schuldig.

Wenn die lebenslange Beheimatung ein, ja das wichtige Ziel unserer Bemühung um die Versorgung der geistig Behinderten ist, dann verstehe ich unter Kontinuität der Hilfe

- die personale Kontinuität

(was hilft es dem geistig Behinderten, wenn die Bezugspersonen häufig wechseln und wir Gesunden „am Behinderten arbeiten“ -wie an einem Arbeitsplatz?) und

- die geistig/geistliche Kontinuität

(der geistig Behinderte ist immer darauf angewiesen, daß wir für ihn denken und ihn leiten. Es schadet, wenn sich Wegerichtung, Werte und Ziel immer wieder ändern).

Kontinuität der Hilfe - wie kann man das in einem zu planenden Versorgungssystem realisieren? Ich möchte aus der angedeuteten Perspektive heraus folgende Anstöße geben.

1 . Ich gebe zu bedenken, das gesamte Versorgungssystem von dem Ziel unseres Bemühens her zu planen.

Es liegt verständlicherweise nahe, bei der Planung auszugehen von den notwendigen Maßnahmen im frühkindlichen Alter. Es ist auch verständlich, daß bei der summarischen Übersicht²) die „Wohnangebote“ erst an vorletzter Stelle genannt werden. Hier hat man den Lebenslauf zum System der Aufzählung gewählt. Meines Erachtens müssen wir aber bei den Planungsüberlegungen mit der Frage beginnen: wo kann der geistig Behinderte für die Länge seines Lebens bleiben? Und hier muß notwendigerweise darüber gesprochen werden, wie lange Eltern ihr erwachsenes geistig behindertes Kind bei sich behalten sollen oder müssen. Unsere momentane Situation läßt den Weg der Beheimatung negativ erscheinen: von den besten Lösungen (Elternhaus) über die zweitbeste Lösung (Wohnheim oder Werkstatt für Behinderte) zu der scheinbar schlechtesten Lösung (dem Langzeitheim oder der sogenannten Anstalt). Diese Wertung erschwert nicht nur Lebensläufe der Behinderten, sondern macht das Altwerden der Eltern behinderter Kinder noch schwerer. - Es gibt viele berechtigte Gründe für negative Beurteilungen großer (und alter) Einrichtungen. Aber sollten wir nicht gemeinsame Lösungsvorschläge erarbeiten, die Vorurtei-

le abbauen, ungute Verhältnisse verbessern und die Chancen für das Beheimaten vergrößern?

2. Ich gebe zu bedenken, daß wir einen Entwurf für den Lebensweg eines geistig Behinderten wagen müssen: für den Weg, der zur Beheimatung führen kann.

Eine Anregung aus der Perspektive einer sogenannten stationären Einrichtung: Eltern sollten schon früh Kontakt aufnehmen zu der Einrichtung, in der ihr Kind einmal seine Bleibe finden könnte oder soll. Dann sollten Gelegenheiten geschaffen werden zum Kennenlernen der Einrichtung: durch Kurzaufenthalte der Behinderten im Heim, mit denen gleichzeitig die Eltern entlastet werden können. Dies alles sollte gezielt geschehen, um dem Behinderten und seinen Eltern den Weg in die Zukunft zu öffnen.

Diese Kurzaufenthalte müssen kostenmäßig so geregelt werden, daß keine zu umständlichen Formalitäten erledigt werden müssen. Dies wird erleichtert durch die Wiederholung dieser Aufenthalte.

Die Einrichtungen müssen dementsprechend Plätze vorhalten können, um dieser besonderen Aufgabe der Zukunftssicherung gerecht werden zu können⁶⁾.

3. Ich gebe zu bedenken, daß mit großer (ja mit größerer) Sorgfalt die Schaffung von Wohnheimen geplant werden sollte. Jetzt entstehen Wohnheime aufgrund des momentanen oder überschaubaren Bedarfs. Bedenkt man, daß der Altersdurchschnitt der in den Werkstätten für Behinderte beschäftigten Behinderten noch sehr niedrig ist, dann ist zu befürchten, daß das Problem der lebenslangen Beheimatung noch nicht ausreichend berücksichtigt wird. Zudem ist sehr kritisch zu prüfen, ob wir für die Zeit nach der Verrentung den geistig Behinderten noch einmal verpflanzen wollen. Hier bedarf es gründlicher Überlegungen - auch im Blick auf die gegenwärtigen Vorstellungen dessen, was für den geistig Behinderten das Normale sein kann und darf. Es wäre schlimm, wenn gutgemeinte Lösungen aus Mangel an Konzeptionen dem Behinderten Nachteile brächten - weil er z. B. nicht auf die Dauer bleiben kann, oder weil unversehens doch Mini-Anstalten aus den Wohnheimen werden oder weil Arbeitszeitprobleme eine optimale Betreuung infragestellen.

4. Ich gebe zu bedenken, daß alle ambulanten Hilfen, auch die speziellen rehabilitativen Dienste, abgestimmt werden müßten auf diese das ganze Leben eines geistig Behinderten bedenkende Konzeption. Dies bedeutet, daß alle ratenden und helfenden Stellen sich einerseits bemühen, realistische Hoffnungen zu wecken, und andererseits, daß sich alle dem jeweiligen Lebensschicksal stellen. Wir wissen, daß mancher Rat ein Ausweichen vordem Unausweichlichen ist.

5. Ich gebe zu bedenken, das Versorgungssystem für geistig Behinderte aus den genannten Gründen nicht von dem sogenannten Standardversorgungsgebiet her zu planen. Ausgangspunkt könnten und sollten die vorhandenen Ein-

richtungen sein, die eine Beheimatung gewährleisten können. Dabei wird schnell deutlich, wo derartige Einrichtungen fehlen, soll das Prinzip der Regionalisierung gelten und durchgehalten werden.

Dieses Vorhaben macht nötig, daß die in der Hilfe für geistig Behinderte tätigen Verbände und Aktivitäten zunächst eine grundsätzliche Abstimmung suchen und dabei die Strategie für das sogenannte Standardversorgungsgebiet festlegen oder aushandeln. Bei diesen Verhandlungen wird man darauf achten müssen, daß man den Eltern der Behinderten tatsächlich das Wahlrecht ermöglicht. Dies bedeutet für die Verhandelnden, daß sie einander Raum geben müssen für eigene Initiativen und eigene Konzeptionen. Es wird auch zu klären sein, ob Elterninitiativen weiter vor allem Träger teilstationärer Hilfen bleiben, oder die nach diesem Konzept notwendigen Dauerheime zu einem Teil selbst schaffen oder tragen sollen.

Ich sehe in dieser Informationstagung eine Chance, mit den bei diesem und jedem anderen Konzept notwendigen Abstimmungsgesprächen zu beginnen.

6. Ich gebe zu bedenken, daß unter keinen Umständen die Planung der Versorgung der geistig Behinderten zu einer Nivellierung der Hilfsangebote führen darf. Die verschiedenen Angebote freier Träger mögen eine flächendeckende Planung erschweren. Wenn aber das Hauptanliegen unseres Bemühens die Beheimatung ist, dann wird man mit Sorgfalt die Pluralität der Angebote erhalten müssen; dies nicht nur, weil es dem Normalen entspricht, sondern auch, um Erfahrungen, bewährte Motivationen und klare Ausrichtungen erhalten zu können. Eine Planung, die hier nivelliert, nur weil man dadurch einfacher und schneller zum Ziel kommt, würde eine Verarmung zur Folge haben, die wohl kaum jemand von uns verantworten kann.

Diese Anstöße mögen genug sein für die Verdeutlichung der Perspektive. Ich möchte noch einmal wiederholen: Nach meinem Verständnis kann die Enquete dem Ziel der Beheimatung des geistig Behinderten nicht gerecht werden, weil sie immer davon ausgeht, daß die geschützte Lebenssituation der Ausnahmezustand ist. Ich meine, wir müssen die Versorgung der geistig Behinderten aus einer anderen Perspektive planen, die ich hier zur Anregung der Diskussion angedeutet habe.

¹⁾ Bundestagsdrucksache 7/4200.

²⁾ s. o. Seite 28 f. bzw. 309.

³⁾ s. o. Seite 262.

⁴⁾ s. o. Seite 263.

⁵⁾ s. o. Seite 204 f.

⁶⁾ vgl. „Selbsthilfe und Aktivierung durch soziale Arbeit“, S. 459 (3c) (Schriften des Deutschen Vereins Nr. 258/1976).

Aufbau, Organisation und Regionalisierung der Behindertenhilfe

-Versorgung geistig Behinderter

H. Burger

Dieser Arbeitstitel klingt schon so funktional, daß man unwillkürlich die Gefahr wittert, menschliche Belange und Bedürfnisse könnten zu kurz kommen. Mein Vorredner hat jedoch gerade in dieser Hinsicht die Problematik in so vielschichtiger Weise angesprochen, daß dem eigentlich nichts hinzuzufügen ist. Ich wäre daher beinahe geneigt, auf mein Referat zu verzichten, die von Herrn Pfarrer Geiger erhobene Forderung aufzugreifen, um mit Ihnen gemeinsam die notwendigen Abstimmungsgespräche unverzüglich aufzunehmen.

Ich will trotzdem meinen Beitrag zu unserer geteilten Aufgabe leisten und beziehe mich insofern auf die bereits vorgetragene gemeinsame Einleitung. Insbesondere die kritische Fragestellung nach der sinnvollen Zuordnung psychisch kranker Menschen einerseits und geistig Behinderter andererseits möchte ich ausdrücklich unterstreichen, ohne dieses an dieser Stelle vertiefen zu wollen.

Bei unserer Aufgabenteilung ist mir die Beschäftigung mit den Problemen schwer geistig Behinderter zugefallen, wobei sich auch hier gleich wieder die Gefahr auftut, als hätten wir es mit einer besonderen Gruppe von geistig Behinderten zu tun. Um es vorweg zu sagen: für mich ist die Gruppe der geistig Behinderten unteilbar - geistig behinderte Menschen haben lediglich außerordentlich unterschiedliche Bedürfnisse, auf die es sich mit ebenso außerordentlich unterschiedlichen Hilfen einzustellen gilt.

Ich meine also die geistig Behinderten schlechthin - Hinweise auf besondere Schwierigkeiten bei schwerer Behinderten dienen allenfalls dazu, Probleme zu verdeutlichen.

Bei den Überlegungen zur Organisation der Hilfen für geistig Behinderte stellt sich die zentrale Frage, wie die notwendige umfassende Versorgung unserer geistig behinderten Mitmenschen sichergestellt werden kann. „Umfassend ist ein bedarfsgerechtes, regional gegliedertes Versorgungssystem dann, wenn es auf verschiedenen Ebenen die notwendige Anzahl ausreichend differenzierter, miteinander verknüpfter allgemeiner und spezialisierter Dienste für alle Kategorien von Hilfsbedürftigen zur Verfügung stellt.“¹⁾

Mit dieser hier aus der inzwischen berühmten „Enquete“ zitierten Definition sagt die Sachverständigenkommission in einem einzigen Satz, was von einem funktionsfähigen Versorgungssystem erwartet werden muß, wie ein solches regionales Verbundsystem gegliedert sein müßte, welche Arten von Diensten

und Einrichtungen notwendig sind und sie macht sogar Angaben über zweckmäßige Einrichtungsgrößen und erforderliche Platzzahlen, wenn auch weitgehend auf der Grundlage theoretischer Bedarfsermittlung.

Schon der oberflächliche Vergleich der dort in oft sehr differenzierter Weise aufgezeigten Zielvorstellungen mit der derzeitigen Wirklichkeit macht in erschreckender Weise deutlich, wie weit wir noch von einem Versorgungssystem auf der Basis sinnvollen Zusammenwirkens aller in der Behindertenhilfe vorhandenen und noch erforderlichen Einrichtungen und Institutionen entfernt sind.

Es ist überhaupt zu fragen, ob das in dem Bericht zur Lage der Psychiatrie in Deutschland geforderte und beschriebene sogenannte Regionalprinzip jemals zu erreichen ist, indem man ein rasterartiges Schema über das Land legt und es in übergeordnete Versorgungsgebiete und Standardversorgungsgebiete einteilt, ob also ein flächenabdeckendes Verbundschemata hilfreich sein kann oder ob etwa grundsätzlich davon ausgegangen werden muß, daß alle geographisch benachbarten, in der Behindertenarbeit Tätigen an einen Tisch müssen, um alle vorhandenen mit den noch fehlenden und somit dringend zu schaffenden Rehabilitationseinrichtungen, sowohl aus dem sogenannten offenen Bereich als auch aus dem stationären Bereich, innerhalb einer bestimmten Region in einer gegenseitig sinnvollen Ergänzung zu koordinieren.

Wenn ich aus der Sicht teilstationärer Einrichtungen Überlegungen für eine Regionalplanung anstelle, scheinen mir dafür drei Voraussetzungen unabdingbar zu sein:

1. Schluß mit der Unterteilung nach Behinderungsgraden
2. Schluß mit der Polarisierung zwischen stationärem und teilstationärem Bereich
3. Schluß mit dem Versuch, Behinderte für unsere vorhandenen Einrichtungen „passend“ zu machen.

Ich will dies im einzelnen erläutern:

Zu 1. müssen wir leider den noch immer benutzten Begriff „Pflegefall wegen seiner ausschließlich negativen und diskriminierenden Aussagekraft endlich ersatzlos streichen. Damit würden wir nur einer Forderung nachkommen, die bereits in der Enquete erhoben wird. Lassen Sie mich in diesem Zusammenhang Frau Annemarie Renger zitieren, die uns als Vizepräsidentin des Deutschen Bundestages anlässlich ihrer Grußworte zu unserer Studientagung in Hamburg im Jahre 1977 eigentlich sehr viel Mut machte und u. a. sagte: „Es gilt aber, geeignete Konzeptionen zu entwickeln, der geistig schwer, meist mehrfach behinderte Mensch darf nicht länger im Abseits stehen. Man darf ihn nicht als Pflegefall abstempeln und daraus die Konsequenz ziehen, daß ein Anrecht auf Bildung und Förderung für ihn nicht abgeleitet werden könne. Auch er ist bildungsfähig und muß in eine ihn aktivierende Umgebung gestellt werden.“²⁾

Frau Renger unterstreicht damit in aller Deutlichkeit unsere langjährige Forderung - aber dazu paßt leider nicht, daß wir uns noch immer schwer tun, trotz

fortschreitenden Ausbaues der Sonderschulen für geistig Behinderte endlich ein Recht auf Schule für alle geistig Behinderten anzuerkennen. Dazu paßt leider nicht, daß wir uns bei der Diskussion um die Werkstattfähigkeit immer noch nach dem Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung, an weitgehender Unabhängigkeit von Pflege zu orientieren haben und daß wir nun schon in mehreren Bundesländern von sogenannten Tagesförderstätten für nicht werkstattfähige Behinderte reden. Wir sind also dabei, für einen besonderen Personenkreis aus den Reihen der geistig Behinderten besondere Einrichtungen zu schaffen, in denen angeblich der besonderen Förderungsbedürftigkeit dieser schwer Behinderten in besonderer Weise Rechnung getragen werden soll. Doch dann paßt leider auch nicht, daß nach bereits vorliegenden Richtlinien oder Entwürfen zu solchen Richtlinien nur derjenige in diesen Fördergruppen Aufnahme finden kann, der nicht mehr als ein Fünftel der Arbeitskraft eines Betreuers für sich in Anspruch nimmt. Wie, so wird man sicherlich fragen müssen, will man einem besonderen Förderungsbedürfnis gerecht werden, wenn man diesen Einrichtungen, Einrichtungsteilen oder Gruppen kaum mehr Personal zubilligt als dem Trainingsbereich einer WfB? Immerhin handelt es sich hier um Gruppen, in denen man ausschließlich Behinderte mit einem besonderen Betreuungsbedarf zusammenzieht. Muß hier nicht der Gedanke aufkommen, daß die Frage nach der Effektivität im Vordergrund steht? Sicherlich lohnt es sich eher, in einen nicht so schwer Behinderten höhere Ausbildungskosten zu investieren. Was aber lohnt sich dann für schwer geistig Behinderte überhaupt?

Frau Renger fordert „individuelle Förderung des schwer geistig Behinderten im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich in enger Zusammenarbeit zwischen dem Elternhaus und gegebenenfalls einer stationären oder einer teilstationären Einrichtung.“²⁾

Hier ist nicht die Rede davon, daß unsere teilstationären Einrichtungen nur für sogenannte mittelgradig geistig Behinderte gedacht und geeignet wären und schwer geistig Behinderte ausschließlich nur stationär zu versorgen seien. Frau Renger hält in völliger Übereinstimmung mit uns .. . „ein Team von Fachleuten, bestehend aus Arzt, Psychologe, Pädagoge, Sozialarbeiter usw. für erforderlich, um die individuellen Hilfen in Abstimmung mit den Eltern oder sonstigen Angehörigen zu entwickeln und in einem möglichst normalen Lebensraum zu erproben. Eine effektive Förderung schwer geistig Behinderter läßt sich nur mit entsprechend qualifiziertem Fachpersonal und den notwendigen räumlichen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen erreichen.“²⁾

Ich muß ganz entschieden bezweifeln, daß dies alles, was hier gemeint und von höchsten Orten nicht nur empfohlen, sondern nachdrücklich gefordert wird, geleistet werden kann, wenn man z. B. die Fachkräfte des begleitenden Dienstes einer Werkstatt für Behinderte an der Förderung schwer geistig Behinderter beteiligt, wenn diese Arbeit also der Sozialarbeiter so nebenbei mitmachen soll, der schon 120 Behinderte einer WfB zu betreuen und zu versorgen hat. Ich muß ganz entschieden bezweifeln, daß von den zitierten besonderen individuellen Hilfen im körperlichen, psychischen und sozialen Bereich die Rede sein

kann, wenn sich der schwer geistig behinderte Mensch tunlichst davor hüten muß, mehr als das erlaubte Fünftel der Arbeitskraft eines Betreuers für sich in Anspruch zu nehmen, wenn er außerdem möglichst bald den Nachweis zu erbringen hat, daß auch die Aussicht besteht, die Werkstattfähigkeit in absehbarer Zeit zu erlangen. Was, so muß man sicher fragen dürfen, wenn nicht?

Lassen Sie mich ein letztes Mal Frau Renger zitieren, die da sagt; „Auch in einer Zeit wirtschaftlicher Schwierigkeiten und einer angespannten Finanzlage der öffentlichen Haushalte dürfen die sozialpolitischen Perspektiven nicht vernachlässigt werden. Wenn Integration kein Fremdwort bleiben soll, ist es notwendig, das Netz der sozialen Sicherung weiter auszubauen, damit auch den Schwächeren und Schwächsten in unserer Gesellschaft die Lebensqualität erhalten bleibt, die sie aus eigener Kraft nicht erlangen könnten ... Auch der Leistungsschwache hat ein Anrecht auf Förderung z. B. in einer Werkstatt für Behinderte. Seine soziale Rehabilitation ist dann im Wohn- und Freizeitbereich weiterzuführen.“²⁾

Soweit die Forderung für die Zukunft. In der Praxis schließt man in Richtlinienentwürfen für Fördergruppen für nicht werkstattfähige Behinderte ausdrücklich aus, daß so ein Schwacher aus der Fördergruppe jemals in einem Wohnheim wohnen dürfte. In der einen behördlichen Verfügung steht, daß Behinderte aus der Fördergruppe nicht in einem Wohnheim aufgenommen werden dürfen, der andere Sozialminister verpackt das Gleiche etwas netter und weist der Fördergruppe die schwer Behinderten zu, „die im Familienverband leben.“ Wo will man denn hin mit einem schwer Behinderten, wenn nun plötzlich der Familienverband nicht mehr steht, wo will man hin mit dem schwer geistig Behinderten, gerade noch werkstattfähig, wenn er älter wird und nicht mehr arbeiten kann? Kann man ihm im Rahmen seiner Pensionierung den Arbeitsplatz und gleichzeitig die Wohnung in der vertrauten Umgebung mit den vertrauten Freunden und Kollegen nehmen? Am Verlust des Arbeitsplatzes allein gehen doch Nichtbehinderte zuweilen kaputt. Oder wollen wir etwa spezielle Altersheime für geistig Behinderte bauen für ausgemusterte Serienfertiger - mit neuen Tapeten, mit neuen Bezugspersonen für den Rest der Tage?

Wir fordern grundsätzlich für schwer geistig Behinderte besondere, auf die individuellen Bedürfnisse des Einzelnen abgestellte Hilfen, wir fordern diese Hilfen aber im Rahmen und im Zusammenhang mit dem allgemeinen Bildungs-, Förderungs- und Arbeitsangebot für geistig Behinderte, nicht in besonderen, besonders isolierten Spezialeinrichtungen.

Ich bin fest davon überzeugt, daß es mit diesem unheilvollen Selektionsprozeß, mit diesem immer noch mehr Unterteilen der geistig Behinderten in immer noch mehr Gruppen ein Ende haben muß. Es muß Schluß sein damit, daß immer noch mehr sortiert nach leichtbehindert, mittelgradig geistig behindert, normalgeistigbehindert, schwer-, mehrfach-, extrem- und schwerst geistig behindert klassifiziert, selektiert und damit der Schwächste diskriminiert wird - und mir ist eines dabei deutlich:

Wenn ich heute den Schwächsten als angeblich untragbar aus einer Gruppe unten herausnehme, ist in derselben Sekunde der Nächstschwächere der Schwächste, und morgen der Nächste und übermorgen der Übernächste usw., bis wir im Krebsgang dort angekommen sind, wo wir einmal angefangen haben! Dann aber sitzen überwiegend Lern behinderte in unseren früheren beschützenden Werkstätten für geistig Behinderte, weil sie Umsatz machen und die geistig Behinderten sitzen zuhause oder in irgendwelchen Spezialeinrichtungen, als Fördergruppen getarnte Isolierstationen, in denen schwer geistig Behinderte, die Schwachen und die Schwächsten nur noch unter sich sind, kontaktarm oder kontaktunfähig, antriebsarm und ohne jeden Anreiz, von anderen etwas dazuzulernen, vor sich hindösen und dadurch dann ganz sicher zu Pflegefällen werden.

Inzwischen reden wir doch schon von vier Sorten geistig Behinderter:

1. Solche, die auf dem freien Arbeitsmarkt vermittelbar sind
2. Solche, die nicht, noch nicht oder noch nicht wieder auf dem freien Arbeitsmarkt vermittelbar sind
3. Solche, die nicht, noch nicht oder noch nicht wieder werkstattfähig sind -also fördergruppenfähige
4. Solche, die noch immer oder schon wieder sich und andere gefährden oder nicht, noch immer nicht oder schon wieder nicht mehr ausreichend in der Familie versorgt werden können - also nicht, noch nicht, noch nicht wieder oder nicht mehr fördergruppenfähig sind - also anstaltsbedürftige.

Damit wären wir bei Punkt 2: Schluß mit der Polarisierung zwischen stationärem und teilstationärem Bereich.

Wenn man eine gut aufeinander abgestimmte Regionalversorgung behinderter Menschen anstrebt, ist es erforderlich, daß wir uns von der bisherigen Polarisierung - hier geschlossener oder stationärer Bereich, dort offener oder teilstationärer Bereich mit einer nahezu perfekten gegenseitigen Abkapselung, von einigen guten Beispielen einmal abgesehen - unverzüglich lösen und zu einer möglichst engen, sich gegenseitig ergänzenden Zusammenarbeit kommen, die sich nicht an Trägerschafts- oder Verbandsinteressen, sondern ausschließlich an den Bedürfnissen des Behinderten und seiner Familie orientiert.

Es kann nicht hilfreich sein, wenn sich die beiden Bereiche gegenseitig mit Vorbehalten, gar vorwurfsvoll oder mit einer gewissen Konkurrenzangst gegenüberstehen, vielmehr gibt es vielfältige Möglichkeiten der Zusammenarbeit, wollte man sich nur darauf verständigen, daß ungerechtfertigte Ansprüche etwa aus Traditionsverbundenheit oder vermeintliche Besitzrechte auf bestimmte Einzugsbereiche weder der Sache noch dem einzelnen Behinderten helfen und dienen. Die Monopolstellung, die ein Sonderkindergarten, eine Tagesbildungsstätte, eine Werkstatt für Behinderte oder eine stationäre Einrichtung in einer Region einnimmt, kann gar nicht kritisch genug beobachtet werden, wenn dem Behinderten und seinen Angehörigen wenigstens ein Mindestmaß an Freiraum für eigene Entscheidungen erhalten bleiben soll.

Das Charakteristikum einer Einrichtung sollte nicht mit funktionalen Eigenschaften wie ambulant, stationär, teilstationär, offen, geschlossen oder halboffen bezeichnet werden, vielmehr sind die unterschiedlichen Einrichtungsarten nach ihren unterschiedlichen Aufgabenschwerpunkten zu gliedern und etwa einzuteilen in die drei Bereiche

1. Diagnose - Beratung - Therapie
2. Erziehung - Ausbildung-Arbeit
3. Wohnen und Freizeit,

wobei selbstverständlich, wie das Herr Pfarrer Geiger schon aufgezeigt hat, dem Wohnen die eigentlich zentrale Aufgabe zukommt. Warum, so muß man beispielsweise fragen dürfen, gibt es in einer Stadt zwei Sonderschulen für geistig Behinderte und zwei Werkstätten für Behinderte -je eine innerhalb einer stationären Einrichtung und je eine außerhalb, also die teilstationäre Einrichtung? Warum gehen in dieser Stadt nicht alle Behinderten in die gleiche Sonderschule oder in die gleiche Werkstatt - die einen wohnen eben bei ihren Eltern, andere wohnen in einem Wohnheim und wieder andere wohnen in einer stationären Einrichtung.

Es ist immer von den sogenannten gewachsenen Strukturen die Rede, der teilstationäre Bereich ist inzwischen auch gewachsen und nicht mehr wegzudenken, ebenso wie große stationäre Einrichtungen hoffentlich zwar nicht vergrößert werden, aber doch ebenfalls nicht mehr wegzudenken sind - es muß doch einen vernünftigen Weg geben, um beides „unter einen Hut zu bekommen.“

Es zeichnet sich immer mehr ab, daß der weitaus größte Teil der geistig Behinderten in teilstationären Einrichtungen versorgt werden könnte, vor allem aber schwer Behinderte sind dann eben leider noch vielfach ausschließlich auf stationäre Unterbringung angewiesen, sodaß es zu einer Unterteilung kommt: leichter Behinderte teilstationär, schwerer Behinderte stationär. Ich kann ein solches Vorgehen nicht als Arbeitsteilung im Sinne einer sich ergänzenden Zusammenarbeit sehen. Könnte dann der stationäre Bereich mit einer solchen Auslese überhaupt leben? Wäre das sich daraus ergebende Personalproblem auf Dauer zu lösen? Kann man auf Dauer in einer Gruppe arbeiten, in der nur sehr schwer behinderte Menschen leben, in der keiner mehr ein Lied singt?

Die angesprochenen Möglichkeiten - Wohnen bei den Eltern - Wohnen in einem Wohnheim - Wohnen in einer stationären Einrichtung müssen auch für schwer geistig Behinderte als gleichwertige und gleichberechtigte Alternativen zur Wahl stehen. Das setzt gleiche Qualität des Förderangebotes voraus, gleiche Qualifikationen der Mitarbeiter, gleiche oder vergleichbare räumliche Möglichkeiten - kurz ein gleich hohes Maß an Lebensqualität für den einzelnen Behinderten voraus. Außerdem bedarf es behutsamer Vorbereitungen und offener Informationen. Eltern müssen wissen, was in einer Einrichtung mit ihrem Kind geschieht, welche Möglichkeiten es überhaupt gibt und sie müssen sich frei entscheiden können für die eine oder andere Lösung, je nachdem, welche

Möglichkeit nach objektiver Beratung durch Fachleute, nach Abwägung aller Lebensumstände der Familie eine bestmögliche Zukunftssicherung des Behinderten garantiert oder wenigstens in Aussicht stellt.

Die Arbeit im teilstationären Bereich begründet sich weitgehend auf eine enge Zusammenarbeit mit dem Elternhaus, eigentlich naturgemäß bei Elternvereinigungen, aber auch im stationären Bereich sollte diesem wichtigen Bereich Elternarbeit künftig die gleiche Bedeutung beigemessen werden, von der Information angefangen über gelegentliche Kurzaufenthalte bis zu lockeren Kontakten zum Kennenlernen und Eingewöhnen als Vorbereitung auf einen Dauerwohnplatz.

Ein großer Teil der Unzulänglichkeiten läßt sich nur durch die Zusammenarbeit ausgleichen oder wenigstens abmildern. Bedenkt man, daß teilstationäre Einrichtungen mit ihrem qualitativ meist hochstehenden Angebot die Familien zwar acht bis zehn Stunden täglich entlasten, dann muß man auch sehen, daß sie die Behinderten genau zu den Zeiten nach Hause schicken, wo die Belastung am größten ist, am Abend, wo Vater und Geschwister von der Arbeit kommen, am verkaufsoffenen Sonnabend, wo die Familie vielleicht gemeinsam einkaufen möchte, am Wochenende, wo Elternpaare auch einmal ausgehen, bei Familienfesten, an denen man mit schwerbehinderten Angehörigen entweder nicht oder nur mitleidig geduldet teilnehmen kann oder während der Ferien- und Urlaubszeit, wo Familien mit normal entwickelten Kindern auch einmal auf einen Berg steigen.

Hier kann eine Zusammenarbeit mit einer in der Region befindlichen stationären Einrichtung hilfreich sein. Umgekehrt könnte aber der Kontakt zwischen Dauereinrichtung und Angehörigen durch die Mithilfe der örtlichen Elternvereinigungen sicherlich intensiver gestaltet werden, wollten diese sich nur auch für die dort lebenden Behinderten und ihre Angehörigen für zuständig und verantwortlich halten.

Auch die Zusammenarbeit zwischen stationären und teilstationären Einrichtungen ist durchaus noch nicht immer und überall als kollegial und eng zu bezeichnen. Voraussetzung wäre erst einmal genaueres Wissen voneinander und ständiger Kontakt zueinander. Bislang bemühen sich die teilstationären Tageseinrichtungen in ihrem Einzugsbereich, möglichst alle geistig Behinderten, die ihnen bekannt werden, zu versorgen. Sie machen ein Angebot, solange die Familie tragfähig ist. Das heißt aber auch, daß ein Heimplatz erst gesucht wird, wenn die Eltern nicht mehr können. Der Versuch, einen solchen Platz zu finden, gestaltet sich dann meist zur telefonischen Betteltour und erweist sich um-so schwieriger, je schwerer der Unterzubringende behindert ist. Andererseits wird Trägern von Tageseinrichtungen, die auch für schwerer Behinderte Wohnmöglichkeiten schaffen wollen, von den Kostenträgern dieses mit dem nicht stichhaltigen Argument der angeblichen Unwirtschaftlichkeit wegen zu hoher Kosten bei geringen Platzzahlen verweigert und diese Verweigerung oft auch noch mit der Behauptung begründet, es gäbe ja Anstaltsplätze genug. Zusam-

menarbeit erschöpft sich hier meist darin, daß stationäre Einrichtungen und Teilstationären" dann schon mal aus der Klemme helfen.

Das Angebot eines Wohnplatzes muß selbstverständlich innerhalb einer Region, d. h. unter zumutbaren Bedingungen für die Angehörigen erreichbar sein. Eltern müssen Kontakt zu diesen Einrichtungen haben können, Einblick haben dürfen und in einem vernünftigen Umfang auch Mitwirkungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten vorfinden. Spektakuläre Heimschließungen wegen jahrelanger skandalöser Zustände wären nicht erforderlich, würde man nicht beispielsweise 30 Kinder aus einem Bundesland in ein Heim in privater Trägerschaft in einem anderen Bundesland verfrachten, weit ab vom Elternhaus der Kinder, weit ab also von jeglicher Einflußmöglichkeit durch Angehörige. Hier könnte der teilstationäre Bereich mit Einrichtungen etwa der Lebenshilfe oder anderer freier Träger, die ihre Arbeit „unter den Augen der Öffentlichkeit“ tun, beispielgebend sein.

Die Zusammenarbeit innerhalb einer Region kann sich sicher auch auf personelle Dinge im Bereich der sogenannten Fachdienste erstrecken. Nicht jede kleinere Einrichtung - Tageseinrichtung ebenso wie Dauerheim - kann sich alle erforderlichen Fachdienste aus allen Disziplinen zu jeder Zeit leisten bzw. diese in Relation zur Kostensituation auslasten, den von diesen Einrichtungen betreuten Behinderten steht aber in gleicher Weise umfassende Hilfe zu. Hier könnte gegenseitige Hilfestellung, gemeinsames Auslasten einer vollen Fachkraft, gegenseitiges Ausleihen oder vielleicht ein Pool von Fachkräften in einer Stadt oder in der Region das gemeinsame Angebot verbessern, Engpässe überbrücken, Versorgungslücken schließen.

Denkt man an den von mir zuerst genannten Bereich Diagnose - Beratung - Therapie mit Blick auf den Schwerpunkt früh erfassen - früh erkennen - früh helfen, ist vor allem eine erhebliche Verbesserung der Zusammenarbeit auch zwischen vorhandenen Fachkliniken und Betreuungseinrichtungen dringend erforderlich. Auch Geburtskliniken, Kinderärzte, CP-Zentren, Fachkliniken und psychiatrische Landeskrankenhäuser müssen sich gleichermaßen in einen Regionalverband hineingehörig fühlen, eingebunden fühlen und so handeln. Hier bedarf es eines gemeinsamen Tisches, an dem alle sitzen und einer gemeinsamen, allgemeinverständlichen Sprache zwischen allen Beteiligten und den Eltern und gegebenenfalls den Behinderten selbst, um auch dem schwer Behinderten, meist mehrfach behinderten Menschen, auch dem Erwachsenen, auch in Krisensituationen schnell, unkompliziert und vor allem wirksam helfen zu können. Leider werden hier gerade bei dem Bemühen um schwer geistig Behinderte Desinteresse, Hilflosigkeit oder einfach nur Resignation vor dem Unabänderlichen einerseits, aber auch Ansprüche auf Fachkompetenzen oder Einzugsbereiche im Sinne von zu schützenden Hoheitsgebieten andererseits beobachtet und nicht selten als trennendes Hemmnis empfunden. Einige wenige Beispiele multidisziplinärer Zusammenarbeit innerhalb einer Stadt oder einer Region sollten möglichst viele Nachahmer finden.

Zusammenarbeit zwischen Werkstätten in teilstationärer Trägerschaft, stationären Einrichtungen und Landeskrankenhäusern sollte z. B. auch noch funktionieren können, wenn es um Auftragsbeschaffung, Preisgestaltung oder Auftragsabwicklung geht.

Der Grundsatz der freien Marktwirtschaft, daß Konkurrenz das Geschäft hebe und die Preise senke, kann sicher nur begrenzt auf subventionierte Behinderteneinrichtungen angewendet werden. Umsomehr scheint auch hier bezüglich der Besoldung der Mitarbeiter und der Entlohnung der Behinderten eine gegenseitige Abstimmung im Interesse der Gleichbehandlung vonnöten.

Mit einem Blick auf unsere Kostenträger kann man sicher sagen, daß wir ganz sicher in unruhigen und schwierigen Zeiten leben. Auch von daher ist es sinnvoll und notwendig, daß man sich nicht als Konkurrenz versteht, sondern als Solidargemeinschaft solidarisch am gleichen Strang zieht, bei Wahrung durchaus unterschiedlicher Interessenlagen, aber dennoch auf das Gemeinsame hinarbeitet - auf eine künftig verbesserte Versorgung erwachsener geistig Behinderter.

Das Bestreben nach verbesserter Versorgung führt mich abschließend noch kurz zu meinem dritten Komplex - Schluß mit dem Versuch, Behinderte für unsere Einrichtungen „passend“ zu machen. Wenn wir ernsthaft die Lebensbedingungen auch schwer geistig Behinderter entscheidend verbessern wollen, dann müssen wir künftig mit einer veränderten Fragestellung an den Behinderten herangehen - und dies betrifft stationäre Einrichtungen ebenso wie teilstationäre Betreuungsstätten, diese sicher in besonderem Maße. Sie fühlten sich in der Vergangenheit im Laufe umfänglichen Auf- und Ausbaues der Einrichtungen vielfach nicht in der Lage, auch schwerer Behinderten ausreichende Angebote zu machen, vielmehr wurden die schwereren Fälle meist dem stationären Bereich überlassen.

Es kann nicht die Frage sein, ob dieser oder jener Behinderte in unsere Einrichtung paßt, ob er mit unseren Programmen ausreichend und sinnvoll gefördert und beschäftigt werden kann, ob er in den vorhandenen Wohnmöglichkeiten ein angemessenes Leben führen kann, sondern wir müssen umgekehrt nach seinem Bedürfnis fragen, fragen, welchen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz, welche Wohnmöglichkeit müssen wir schaffen, um seine Entwicklungsfähigkeit voll zur Geltung zu bringen, was müssen wir ihm anbieten, um seiner verbliebenen Leistungsfähigkeit gerecht zu werden. Es geht nicht an, daß an sich gleichartige Einrichtungen sich gegenseitig die schwierigere Arbeit zuschieben, schwerer Behinderte entweder den Angehörigen überlassen oder grundsätzlich versuchen, diese in Dauereinrichtungen loszuwerden. Es geht nicht an, daß sich bewerbende Mitarbeiter gleich zu Beginn ausbitten, daß sie nicht in einer Schwerbehindertengruppe eingesetzt werden.

Hier scheint es mir dringend notwendig, schon viel früher, nämlich bei der Ausbildung junger Mitarbeiter, mit der Behindertenarbeit zu beginnen, diese jungen Leute, die heute in soziale Berufe drängen, offen und ehrlich über die umfängli-

chen Belastungen in dieser Arbeit zu informieren. Solange in einer psychiatrischen Vorlesung an einer Fachhochschule für Sozialpädagogik verkündet wird, den sogenannten idiotischen Fällen könne man sowieso nicht helfen, dafür sei auch das Geld zu schade, aber immerhin habe man solche Fälle in letzter Zeit auch schon mal als geistig behindert bezeichnet - solange jungen Menschen in dieser Weise Fachwissen vermittelt wird, brauchen wir uns um eine Verbesserung der Dinge keine Gedanken zu machen - solange Sonderschulen verkünden, wir haben keine Heilgymnastin, also brauchen oder können wir auch keine geistig Behinderten aufnehmen, die gleichzeitig körperbehindert sind, solange wird die Empfehlung der KMK zur Neuordnung der Sonderschulen ein Paket Papier bleiben, solange Werkstätten sich vorrangig am Produktionserfolg und an der Kosteneffektivität orientieren und solange stationäre Einrichtung notwendige Therapieangebote aufgrund unzulänglicher Personalsituation nur den weniger Behinderten machen können, solange Behinderte und Angehörige in unseren Einrichtungen nicht mitwirken können und solange Familien mit ihren Behinderten über viele Jahre auf sich allein gestellt sind, weil ein vernünftiges Angebot in zumutbarer Entfernung nicht vorhanden ist, solange werden wir nicht sehr überzeugt davon reden können, daß wir Behinderte, auch schwer geistig Behinderte in einer Region optimal versorgen. Daran wird sich erst etwas ändern, wenn wir gemeinsam überprüfen, welche Einrichtungen und Dienste in einer bestimmten Region vorhanden sind und welche Bedürfnisse der Behinderten noch nicht abgedeckt sind. Und wenn wir dann auch etwas tun, daß die fehlenden Angebote geschaffen werden - alle gemeinsam, jeder das Seine und das ihm Mögliche und wenn wir uns vor allem um die Arbeit prügeln und nicht um die Behinderten.

Literaturangabe:

¹⁾ Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik.

²⁾ Grußworte der Vizepräsidentin des Bundestages, Frau Annemarie Renger zur 9. Studientagung der Bundesvereinigung Lebenshilfe in Hamburg, November 1977.

6. Darstellung der Behindertenpläne

Behindertenplan der Landeshauptstadt Hannover

F. Stöckmann

Ausgehend von der Forderung, daß Behinderte ein durchgängiges und umfassendes System von Hilfen benötigen, um zu einer größtmöglichen Entfaltung ihrer Persönlichkeit und Eingliederung in die Gesellschaft zu gelangen, wurde nach umfassenden Ermittlungen und Erhebungen unter Federführung des Sozialamtes der Landeshauptstadt Hannover die Dokumentation „Hilfe für Behinderte in Hannover-Versuch einer Orientierung“ im Jahre 1974 vorgelegt. Zielvorstellung war es, im Stadtentwicklungsprogramm von 1974 bis 1985 die Benachteiligung bestimmter Gruppen in unserer Gesellschaft, insbesondere der Behinderten, abzubauen.

Folgende Aussagen wurden dazu 1974 gegeben:

Dieses Ziel ist nur zu erreichen, wenn die Behinderten ihre Fähigkeiten und Kräfte entfalten und auch anwenden können. Dazu sind den Behinderten

- medizinische
- erzieherische
- berufliche
- soziale Hilfen zu geben.

Vor allem hat sich aber auch ein gesellschaftlicher Wandlungsprozeß zu vollziehen, denn nur wenn die Gesellschaft bereit ist, die Behinderten als Menschen in ihrem So-Sein zu akzeptieren, ist eine umfassende Behindertenhilfe erkennbar und gesichert.

Nach diesen grundsätzlichen Vorbemerkungen wurden für alle bekannten Behindertengruppen die bestehenden institutionellen und sonstigen Einrichtungen und Angebote, wie sie im Jahre 1974 vorhanden waren, zusammengestellt

Istzustand:

Es ist mir nicht möglich, für die einzelnen Gruppen Behinderter die bestehenden Einrichtungen und Hilfsangebote, wie sie 1974 bestanden haben, aufzuzeigen. Deshalb möchte ich dem Tagesthema folgend überwiegend auf den Personenkreis der geistig Behinderten eingehen.

Folgende Angebote der Hilfe, vor allem für geistig Behinderte in den unterschiedlichsten Altersgruppen bestanden in der Landeshauptstadt Hannover:

1. Maßnahmen und Einrichtungen

1.1

Neben der Früherfassung in den Kliniken -1974 fanden 94 % aller Entbindungen in den Kliniken statt - unter der Mitwirkung der Ärzte, vor allem der Kinder-

ärzte bei der Versorgung der Risikokinder, standen 24 Mütterberatungsstellen des Gesundheitsamtes zur Verfügung. Außerdem erfolgten Beratung durch Sozialamt, Jugendamt, Arbeitsamt u. a.

1.2

Behinderte oder von Behinderung bedrohte Kinder wurden dem Gesundheitsamt, Stelle für Behindertenhilfe, Leiter Prof. Dr. Maneke, gemeldet und nach Untersuchung, im Einvernehmen mit den Eltern und deren Mitwirkung am Entscheidungsprozeß einem Fachgremium, bestehend aus Pädagogen, Therapeuten, Psychologen, Ärzten und Vertretern der Einrichtungen vorgestellt, um einen Gesamtbetreuungsplan zu erstellen und diesen zu überwachen und zu begleiten.

1.3

Folgende Fachgremien bestanden 1974:

Fachgremium für Körperbehinderte,
Fachgremium für sehbehinderte und blinde Kinder und Jugendliche,
Fachgremium für Sprachkranke und Hörgeschädigte beim Gesundheitsamt,
Fachgremium für Behinderte „Lebenshilfe“.

Für Jugendliche und Erwachsene bestanden folgende Arbeitskreise und Gremien:

Arbeitskreis zur Eingliederung Körperbehinderter in das Erwerbsleben beim Annastift e. V.

Arbeitspsychologisches Gremium im Niels-Stensen-Haus des Caritasverbandes, Eingliederungswerkstatt für Behinderte.

Gremium zur Eingliederung psychisch Kranker in das Arbeitsleben.

2. Maßnahmen und Einrichtungen zur Förderung im Kleinkindalter sowie im vorschulischen, schulischen und außerschulischen Bereich

2.1 Für geistig Behinderte

Sonderkindergarten mit Tagesstätte Mecklenheide der Lebenshilfe für Behinderte Gemeinnützige GmbH - 116 Plätze - mehr für geistig behinderte Kinder bis zum achten Lebensjahr.

2.2

Sonderkindergarten für Schwerstbehinderte und Mehrfachbehinderte der Lebenshilfe für Behinderte Gemeinnützige GmbH - 24 Plätze.

2.3

Heilpädagogische Kindertagesstätte Schwedenheim der Lebenshilfe für Behinderte Gemeinnützige GmbH - 40 Plätze - mehr für nicht eingeschulte geistig behinderte Kinder und Jugendliche.

3. Maßnahmen und Einrichtungen im schulischen Bereich

Sie nehmen Kinder auf, die wegen der Schwere ihrer geistigen Behinderung in der Schule für Lernbehinderte nicht gefördert werden können, jedoch lebenspraktisch, bildbar und daher innerhalb von Kleinstklassen noch zu Entwicklungsfortschritten und Lernprozessen zu befähigen sind.

3.1 Heinrich-Ernst-Stötzner-Schule mit 154 Schülern in 15 Klassen. Acht Filialklassen waren in anderen Schulen untergebracht.

3.2 Wilhelm-Schade-Schule mit 140 Schülern in 12 Klassen. Eine Filialklasse ist in einer anderen Schule untergebracht.

4. Maßnahmen für Jugendliche und Erwachsene

Einrichtungen zur Vorbereitung der Eingliederung in das Berufsleben oder in einen geschützten Arbeitsplatz, oder Aufnahme in eine Werkstatt für Behinderte.

Vorhandene Einrichtungen:

Folgende Berufsbildungswerke bzw. Behindertenwerkstätten bestanden 1974:

4.1 Werkstatt für Behinderte,

Träger: Lebenshilfe für Behinderte, Gemeinnützige GmbH, 210 Plätze.

4.2. Eingliederungs- und Anlernwerkstatt Niels-Stensen-Haus, Träger:

Caritasverband für die Diözese Hildesheim, für Behinderte, die auf dem freien Arbeitsmarkt tätig werden könnten, aber noch intensiv betreut und gefördert werden müssen, 140 Plätze.

5. Wohnheim für geistig Behinderte

5.1

Im Agnes-Neuhaus-Heim des Caritasverbandes,

36 Plätze für geistig behinderte Jugendliche vorhanden. Diese Plätze stehen jedoch nur zum Teil Behinderten aus dem Stadtgebiet zur Verfügung. Eine Erweiterung um acht Plätze ist vorgesehen.

5.2

Im Wohn- und Werkheim Gut Lohne, Landkreis Burgdorf der Lebenshilfe für Behinderte, Gemeinnützige GmbH Hannover, stehen 42 Plätze für schulentlassene geistig Behinderte zur Verfügung.

6. Erholungs- und Freizeithilfen

Ziel war und ist es, den Behinderten und ihren Angehörigen nach ihren individuellen Bedürfnissen, Interessen, Fähigkeiten und Verhältnissen orientierte Erholungs- und Freizeitangebote zu machen, die zu einer Steigerung des Selbstvertrauens und zu einer Förderung der Selbstständigkeit der Behinderten beitragen.

Die allgemeinen Angebote der Konsum- und Freizeitgesellschaft wie Reisen, Sport, Hobbys, kulturelle Veranstaltungen und die sonstigen Angebote können in der Regel nur von leichter Behinderten genutzt werden. Für viele Behinderte ist eine Nutzung dieses Angebotes jedoch nicht möglich, so daß für sie spezielle Angebote im Erholungs- und Freizeitbereich erforderlich sind.

6.1 Erholungsangebote 1974

Ein auf den Behinderten und seine Angehörigen ausgerichtetes Erholungsangebot wird zweckmäßigerweise vom Arzt in Zusammenarbeit mit den Beratungs- bzw. Vermittlungsstellen der freien Wohlfahrtsverbände ausgewählt. Es bestanden folgende Angebote: Erholungsverschickung, Mutter-Kind-Erholung, Müttergenesungskuren, Familienerholung, Verschickung behinderter Kinder, Stadtranderholungen.

Für isoliert lebende Körperbehinderte und geistig behinderte Jugendliche werden zweiwöchige Stadtranderholungen von der Behindertenhilfe des Sozialamtes durchgeführt. Gedankenaustausch, sportliche, manuelle oder musische Betätigungen sowie Ausflüge, Besichtigungen oder Vorträge sollen dazu beitragen, neuen Lebensmut zu gewinnen.

Freizeitangebote

Freizeitangebote sind in ihrem Rehabilitationswert bisher wenig beachtet und erkannt worden.

7. Informationen für Behinderte und Öffentlichkeitsarbeit

7.1 Information für Behinderte

Die Behinderten können von den Hilfsangeboten nur dann Gebrauch machen, wenn sie zweckmäßig informiert und beraten werden. Das vielfältige Angebot der Behindertenhilfe ist für den Behinderten und seine Angehörigen kaum überschaubar, da verschiedene Personen, Ämter, Verbände und Vereine auf diesem Gebiet tätig sind. Der Rehabilitationserfolg ist jedoch immer von einer abgestimmten Zusammenarbeit dieser verschiedenen Stellen abhängig. Bei lückenhafter Information können Behinderte nicht alle angebotenen Maßnahmen in Anspruch nehmen.

Angeregt wurden 1974 daher Veröffentlichungen in der Presse, Veranstaltungen in Behinderteneinrichtungen und die Ausgabe von Broschüren als zusätzliche Informationsmittel.

7.2 Öffentlichkeitsarbeit

Die Unterrichtung der Öffentlichkeit muß sich verstärkt auf die Formen und Ursachen der Behinderungen und auf die Fähigkeiten der Behinderten erstrecken. Daneben sind die Möglichkeiten aufzuzeigen, wie den Behinderten geholfen werden kann. Geeignete Träger für diese Informationen sind die Massenmedien, z. B. Zeitung, Zeitschrift, Rundfunk, Fernsehen. Neben den Mängeln im Bereich der Freizeithilfen und der Öffentlichkeitsarbeit wurde festgestellt, daß ca. 150 Wohnheimplätze für geistig Behinderte fehlen, daß die Werkstatt für Behinderte unzulänglich untergebracht war, daß die geistig behinderten Kinder nicht differenziert genug gefördert wurden, daß speziell-

le Hilfen der Frühberatung und Haus-Früherziehung einzurichten sind und daß Informationsmaterial für Eltern und Behinderte erarbeitet werden muß.

Mit Verabschiedung des Behindertenplanes „Hilfe für Behinderte in Hannover - Versuch einer Orientierung“ wurde 1976 eine Aufstellung gefertigt, um Maßnahmen für Behinderte, ihrer Dringlichkeit entsprechend, mit vorhandenen finanziellen Mitteln einzuleiten und zu fördern, zu verbessern und zu erweitern. 1978 erfolgte eine Überprüfung des Behindertenplanes und der Prioritätenliste sowie Feststellung, welche Maßnahmen begonnen wurden bzw. als abgeschlossen oder nicht abgeschlossen anzusehen waren und welche nach den gewonnenen Erkenntnissen Vorrang haben müssen.

Im Folgenden soll dargestellt werden, wie ab 1974 die Hilfe für geistig Behinderte differenzierter und behindertengerechter ausgestaltet wurde.

8. Einrichtungen und Angebote für geistig Behinderte ab 1975

8.1

1.9.1975 Eröffnung des Kindergartens mit diagnostisch-pädagogischen Sonderaufgaben = 48 Plätze, für Kinder im Grenzbereich zwischen Lern- bzw. geistiger Behinderung oder Lernstörungen infolge stärkerer Verhaltensstörungen.

8.2

1. 10. 1976 Frühberatung, Haus-Früherziehung (Zweimal pro Woche), Spieltherapie. (1979 Einstellung einer weiteren Mitarbeiterin für Haus-Früherziehung vorgesehen).

8.3

Kindergarten für „Problemkinder“ = 20 Plätze, d. h. behinderte Kinder im Alter bis zu sechs Jahren mit spezieller Problematik, z. B. Mehrfachbehinderungen.

8.4

1977 Baubeginn des sozialpädiatrischen Zentrums der Troika Hannover.

8.2 bis 16 Jahre

8.2.1

1977 Umzug aus Altbau in die zweite neu erbaute Schule für geistig Behinderte in der Stadt Hannover.

8.3 Für Jugendliche und Erwachsene

8.3.1

1977 Ausbau durch Übernahme eines Fabrikgebäudes des Niels-Stensen-Hauses zum Carl-Morotini-Haus mit

1. Berufsbildungsstätte in Zusammenarbeit mit dem Arbeitsamt,
2. Niels-Stensen-Haus, Eingangsstufe oder Förderstufe der Werkstatt für Behinderte.

8.3.2

Übergang der Werkstatt für geistig Behinderte der Lebenshilfe in das Behindertenzentrum Hannover in der Zeit vom 1.8.1977 bis 30. 11. 1977 (das BZH hat im Endausbau 300 Plätze für geistig Behinderte, 150 Plätze für psychisch Behinderte und 50 Plätze für Körperbehinderte).

	bis 7 Jahre	bis 18 Jahre	über 18 Jahre	Wohnbereich	Freizeitbereich Elternhilfen	Öffentlichkeitsarbeit
1979	Eröffnung des neu gebauten sozial-pädiatrischen Zentrums Herbst 1979					Eröffnungsveranstaltung „Woche des behinderten Kindes“ im Jahr des Kindes Juni 1979
1978					Club- und Freizeithilfen, behindertengerechte Gestaltung, städt. Einrichtungen und Gebäude	Handbuch der psychosozialen Dienste in Hannover
1977	Baubeginn des sozial-pädiatrischen Zentrums im Rahmen der Troika	Umzug in neu erbaute Schule für geistig Behinderte	1. 8. 1977 Umzug der Werkstatt für Behinderte in das Behindertenzentrum (Neubau). Umzug des Niels-Stensen-Hauses in das Carl-Moritinhaus mit Berufsbildungsstätte und Eingliederungswerkstatt	1. 7. 1977 Wohnheim 46 Plätze 1. 7. 1977 Wohngemeinschaft 5 Plätze 1. 8. 1976 Wohnheim 16 Plätze	1. 5. 77 Kurzzeitheim, 1. 4. 77 Endausbau des sozial-psychiatr. Dienstes mit 5 Beratungsstellen Freizeitzentrum, Begegnungsstätte für Eltern mit Behinderten, Elterntreff	„Soziale Dienste in einer Stadt“ Ratgeber für Eltern und Behinderte
1976	Kindergarten für Problemkinder, 20 Kinder, Spielther., Hausfrüherziehung, Frühberatung, 1. 10. 76 Schwimmbad					
1975	1. 9. 1975 Eröffnung des Kindergartens mit diagnostischen und pädagogischen Sonderaufgaben					
	Heilpäd. für Schwerbehinderte ≈ 24 Plätze Heilpäd. Kita Mecklenheide ≈ 116 Plätze Fachgremium Lebenshilfe des Gesundheitsamtes	W.-Schade-Schule 140 Schüler, H.-E.-Stölzer-Schule 154 Schüler, Heilpäd. Kita 40 Plätze Fachgremium Lebenshilfe des Gesundheitsamtes	Werkstatt für Behinderte 210 Plätze, Eingl.-Werkst. des Niels-Stensen-Hauses 140 Pl. Fachgremium mit Arbeitsamt	Agnes-Neuhaus-Heim 36 Plätze, Wohnheim 42 Plätze Lebenshilfe	Beratung durch Lebenshilfe, Sozialamt, Stadtranderholung, Ferienmaßnahmen	Seminar der Volkshochschule, Presseinformationen

8.4 Wohnbereich

8.4.1

1. 8. 1976 Wohnbereich Weberstraße 6 - 8 = 14 Plätze.

8.4.2

1. 1. 1977 Wohngemeinschaft Weberstraße 6 - 8 = 5 Plätze.

8.4.3

1. 7. 1977 Wohnheim Von-Alten-Allee = 46 Plätze, so daß mit dem Wohnheim „Gut Lohne“ ein differenziertes Wohnheimangebot besteht.

8.5 Freizeitbereich, Elternhilfen, Bauen

8.5.1

Ab 1. 10. 1976 Freizeitzentrum Weberstraße mit Tanz- und anderen Freizeitveranstaltungen. Begegnungsstätte für Eltern mit Behinderten. Elterntreff.

8.5.2

1. 5. 1977 Kurzzeitheim = 4 Plätze für Krisenintervention, Urlaub der Eltern.

8.5.3

Geplant ist nachmittags und abends Betreuungsstelle, falls Eltern vorübergehend ihre behinderten Kinder in Obhut geben möchten, z. B. bei Theaterbesuch oder Einladung.

8.5.4

Öffentlichkeitsarbeit im Zusammenhang mit der Volkshochschule.

8.5.5

Elternseminare.

8.5.6

1977 Herausgabe der Schrift „Soziale Dienste einer Stadt“.

8.5.7

1978 „Ratgeber für Eltern und Behinderte“. Regelmäßige Presseinformationen.

8.5.8

Handbuch der psychosozialen Dienste in Hannover.

8.5.9

Behindertengerechte Gestaltung städtischer Einrichtungen und Gebäude.

8.5.10

Juni 1979 Eröffnungsveranstaltung „Woche des behinderten Kindes“.

Fasse ich die Darstellungen und Ausführungen zusammen, so hatte ich die Absicht, Ihnen die Hilfen für Behinderte, besonders für geistig Behinderte, Stand 1974, darzustellen und die daraus sich ergebenden Tendenzen der Entwicklung der Behindertenhilfe aufzuzeigen.

Nach Beratungen in den Ausschüssen des Rates der Landeshauptstadt Hannover erfolgte, unter Festlegung von Prioritäten, die Verabschiedung mit Ergänzungen des Diskussionsentwurfes „Hilfe für Behinderte in Hannover“ als Grundlage der Planungen zur Eingliederung Behinderter in Hannover.

1976 erfolgte eine Zusammenstellung durchgeführter eingeleiteter und geplanter Maßnahmen und 1978 - mit Verabschiedung durch die Ratsgremien - die Studie „Bauliche Maßnahmen zugunsten Behinderter an städtischen Einrichtungen und Gebäuden“.

Die Hilfe für geistig Behinderte ist aus Zeitgründen gestrafft dargestellt worden, ähnliche Entwicklungen finden wir bei anderen Behindertengruppen.

Ideen, Planungen und deren Verwirklichung erfordern ein Zusammenwirken von Behinderten, Eltern, freien Trägern, Stadt und Land und ein enges interdisziplinäres Zusammenwirken der unterschiedlichen Fachdisziplinen.

Sozialplan: Der behinderte Bürger in Hagen

K. Dernbach

Als vor drei Jahren die politischen Gremien des Rates der Stadt Hagen die Verwaltung baten, einen Sozialplan für behinderte Mitbürger zu entwickeln, wurde Neuland betreten: Eine Umfrage bei anderen Städten ergab, daß man sich an die Problematik des Behindertenplanes nicht heranwagte. Die Zuständigkeiten seien zu zersplittert und die Materie so komplex, daß man keine Möglichkeit sähe, den gesamten Bereich zu koordinieren. Nicht einmal eine einheitliche und annähernd brauchbare Definition des „Behinderten“-Begriffs war bis dahin eingeführt.

Trotzdem sind wir in Hagen in Teamarbeit an den Problemkomplex herangegangen, haben einen für uns gültigen Behindertenbegriff entwickelt und ein Planungsschema entworfen. Dabei mußten wir zunächst die bereits vorliegenden bundes- und landesgesetzlichen Regelungen berücksichtigen, durch die ein großer Teil der Aufgaben, insbesondere im materiellen Leistungswesen, anderen sozialen Leistungsträgern übertragen sind.

Diese sozialen Leistungsträger haben eine Zuständigkeitsabgrenzung durch das Rehabilitations-Angleichungsgesetz (RehaAnglG) vom Oktober 1974 erfahren und sind überwiegend im Bereich der beruflichen Rehabilitation tätig. Durch diese gesetzlichen Regelungen konnte aber nicht vermieden werden, daß der behinderte Bürger in seiner Stadt weiterhin in Abhängigkeiten und unter erheblichen Benachteiligungen leben muß, die ihm das Leben in der Gemeinschaft erschweren und manchmal unmöglich machen. Schon die Frage, wohin sich ein Bürger, der plötzlich von einer Behinderung betroffen wird, wenden soll, bedeutet für ihn ein erstes schwieriges Problem. Zuständigkeits- und Kostenfragen und nicht zuletzt die Angst vor der Zukunft können zu Resignation, wenn nicht sogar zu einer sekundären Behinderung, die dann im psychischen Bereich liegt, führen.

Es sollte für ein kommunales Gemeinwesen eine reizvolle Aufgabe sein, Maßnahmen zu entwickeln, um Behinderte solange wie möglich in der Gesellschaft eingegliedert zu halten oder sie in die Gemeinschaft zu integrieren, wo sie am Rande und in der Isolierung stehen.

Auch der Gesetzgeber verpflichtet nach § 39 Abs. 3 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) die örtlichen Sozialhilfeträger, den Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen und zu erleichtern. Eine kommunale Sozialplanung muß daher insbesondere Wert darauf legen, die im örtlichen Bereich erforderlichen materiellen und personellen Hilfen zu einer weitmöglichen Eingliederung in die Gesellschaft anzubieten. Es kann jedoch nicht allein dabei bleiben, technische und organisatorische Voraussetzungen hierfür

zu liefern bzw. diese infrastrukturellen Maßnahmen zu finanzieren, sondern es wird im wesentlichen auch darauf ankommen, inwieweit die Gesellschaft, d. h. in diesem Fall der Mitbürger in einem kommunalen Gemeinwesen, den Behinderten „human akzeptiert“.

Die Stadt Hagen hat ihren Behindertenplan, der übrigens am 13. Juni 1979 vom Rat der Stadt einstimmig beschlossen wurde, nach den einzelnen Abschnitten im Leben eines Menschen aufgebaut und dabei unberücksichtigt gelassen, daß eine große Zahl von Behinderungen - etwa durch Verkehrsunfälle oder Unfälle am Arbeitsplatz - im Laufe eines Lebens erst eintreten. Eine andere Vorgehensweise wäre gewesen, den Plan nach Arten und Formen von Behinderungen zu gliedern. Weil jedoch die in den einzelnen Lebensabschnitten anzubietenden Hilfen für viele verschiedene Behindertenarten zugeschnitten sind, schien der erste Weg der praktikablere zu sein. Erhebliche Schwierigkeiten bereitete die planerische Darstellung der Forderungen für den Bereich der psychisch Kranken und der Suchtkranken. Hier mußte wegen der besonderen, aus dem üblichen Rahmen herausfallenden Hilfssysteme das Hagener Planungsprinzip durchbrochen werden.

Im einzelnen gliedert sich der Hagener Behindertenplan folgendermaßen:

1. Allgemeine Betrachtungen über das Problem und Mitteilung wichtiger Informationen wie Begriffsbestimmung, Arten der Behinderung, gesetzliche Grundlagen und statistische Daten usw.
2. Der frühkindliche Bereich
3. Schule
4. Die besondere Situation der psychisch Kranken und Suchtkranken
5. Arbeit
6. Wohnen
7. Öffentliche Verkehrsmittel
8. Erholung und Freizeit
9. Beseitigung baulicher und technischer Hindernisse
10. Auskunft, Beratung und Koordination
11. Eine Zusammenfassung der Planungsempfehlungen, die den politischen Gremien das Setzen von Prioritäten erleichtern sollen.

Ohne nun auf Begriffsbestimmungen und die einzelnen Formen von Behinderungen oder auf Statistiken, die vielleicht nur für Hagen relevant sind, einzugehen, möchte ich versuchen, in aller Kürze die praktischen Folgen des Planes aufzuzeigen, die in den nächsten Jahren für unsere Stadt zu nicht unerheblichen Konsequenzen im finanziellen, aber auch im personellen Bereich führen werden.

Ein besonderer Schwerpunkt des Planes wird im frühkindlichen Bereich liegen. Dieser Bereich erfaßt die Vorsorge, die Früherkennung und die Frühförderung.

Obgleich die medizinischen Möglichkeiten heute durchaus gegeben sind, wird durch mangelnde Koordination und fehlenden Informationsaustausch manche

Chance verpaßt, Behinderungen rechtzeitig zu erkennen und zu behandeln. Je früher ein Risikofall erkannt wird, desto größer ist die Chance, durch rechtzeitige und gezielte Therapie eine Behinderung zu lindern oder sogar ganz zu vermeiden. Der Sozialplan sieht daher neben Vorsorgeprogrammen auch die Errichtung eines Diagnosezentrums zur Früherkennung von Risikofaktoren in der Hagener Kinderklinik vor. An die Diagnose schließen sich erforderlichenfalls in Stufen Frühförderungsmaßnahmen an, die neben ambulanten Behandlungsmaßnahmen in der Familie selbst auch die Spezialbehandlung im Frühförderungszentrum eines Wohlfahrtsverbandes umfassen können.

Zum Transport von gefährdeten Säuglingen vom Krankenhaus in die Diagnostikstation bzw. Kinderklinik soll in Ermangelung einer zentralen Geburtsklinik ein transportabler Intensiv-Inkubator angeschafft werden, der die Aufgabe hat, dem Säugling während des Transportes zur Fachklinik den notwendigen Sauerstoff zuzuführen. Da dies nur unter ärztlicher Kontrolle geschehen kann, ist der Wagen auch während der Fahrt mit einem Arzt zu besetzen. Schon bei den Verhandlungen über die Anschaffung dieses Inkubators zeigte sich ein Phänomen, das öfters noch zu beobachten sein wird und im Bereich der Behindertenhilfe fast schon symptomatisch ist: Niemand will nämlich für die Kosten, insbesondere für die laufenden Aufwendungen eines solchen, oftmals lebenswichtigen Gerätes zuständig sein. Obgleich die hier vergleichsweise geringfügigen Kosten in keinem Verhältnis zu späteren Folgekosten einer ernsthaften Behinderung stehen, ganz abgesehen von dem Leid, das eine Behinderung für den Betroffenen später mit sich bringt, läßt eine Kostenregelung noch auf sich warten. Bisher wird es der Gemeinde überlassen, wenn sie sich hier engagieren will, die Kosten zu tragen und die Versicherungsverbände freuen sich.

Für das Vorschulalter wird eine weitgehende Integration betroffener Kinder in normale Einrichtungen angestrebt. Das gleiche gilt für den Abschnitt Schule, wo der Sonderschulbereich nicht, wie bisher, weiter ausgebaut werden soll. Vielmehr sollen die Bemühungen dahingehen, auch behinderte Kinder nach Möglichkeit in den normalen Schulen zu unterrichten, wobei flankierende Maßnahmen im Zusammenwirken mit Lehrern, Schülern und Eltern dies erleichtern sollen.

Ein besonderes Kapitel befaßt sich mit der Situation der psychisch Kranken und Suchtkranken. Hier kann darauf verwiesen werden, daß sich der Sozialausschuß der Stadt sehr intensiv mit beiden Bereichen befaßt und Konzeptionen entwickelt hat.

Im Bereich der psychisch Kranken soll die ortsnahe Versorgung ausgebaut werden. Die psychiatrische Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus wird nach den Ergebnissen der letzten Zielplanbesprechung demnächst über insgesamt 120 Betten verfügen. Darin sollen auch Betten für eine Tag- und Nachtambulanz enthalten sein. Für die Kinderklinik, in der sich die vorher erwähnte zentrale Diagnostikstation befindet, sind mindestens 20 Betten für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgesehen.

Schließlich wird der Bereich der sogenannten komplementären Dienste ausgebaut. Es dürfte in diesem Kreis insbesondere die seit 1^{1/2} Jahren existierende Tagesstätte für psychisch und chronisch Kranke Interesse finden. Diese Tagesstätte ist, losgelöst von einem psychiatrischen Krankenhaus, in ehemaligen Bürogebäuden mitten in der Stadt entstanden und gilt als Modellmaßnahme des Bundes. Sie wird auch seit kurzem von dort: wissenschaftlich begleitet, aber nicht wie eine Modellmaßnahme vom Bund finanziert. Diese Tagesstätte entstand aus dem Engagement der Hagener Bürgerschaft, insbesondere der Hagener Nervenärzte und wurde vom Sozialausschuß in die Konzeption für psychisch Kranke aufgenommen. Um Einrichtung und Betrieb der Tagesstätte zu sichern, sind Förderungsrichtlinien entwickelt worden, wonach die Tagesstätte, die unter der Trägerschaft des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes (DPWV) steht, mit erheblichen Zuwendungen der Stadt finanziert wird. Im Grundsatz hat sich die Stadt Hagen zur Finanzierung der Investitions- und Personalkosten verpflichtet mit der Maßgabe, daß der Träger eine Eigenleistung von mindestens 20 % der Gesamtkosten erbringt. Wieder beteiligen sich auch hieran nicht die anderen Leistungsträger, obgleich es sich bei den Betroffenen um kranke Personen im Sinne der Versicherungsregelungen handelt. Die Kosten werden ein weiteres Mal auf die Kommunen abgewälzt mit dem Argument, es handele sich um ambulante und sozial-pädagogische Maßnahmen, die weder vom überörtlichen Träger noch vom Versicherungsträger zu finanzieren seien.

Wenn dieses Modell erfolgreich im Sinne der Vorstellungen der Psych-Enquete über kompensatorische Maßnahmen anderen Städten oder Kreisen empfohlen werden soll, müßte die Kostenträgerschaft zuvor geregelt sein. Und daß diese Empfehlung aus rein fachlicher Sicht kommen wird, beweisen die Erfolge, die diese Tagesstätte im Verlauf der ersten Jahre erzielt hat und die die Psych-Enquete vermutet haben mag.

Die Tagesstätte verfügt über mehrere Gruppenräume einschließlich eines Werkraumes mit einer Gesamtfläche von ca. 130 qm. Dazu kommt eine große Innenhofterrasse von ca. 70 qm. Die Einrichtung ist mit drei hauptamtlichen Mitarbeitern besetzt und wird von einer Psychologin geleitet. Zur Zeit werden drei Praktikanten dort ausgebildet. Der sehr bald einsetzende starke Andrang auf Aufnahme in die Tagesstätte zeigte den großen Bedarf für eine solche Einrichtung. Wegen der eingeschränkten räumlichen Möglichkeiten hat sich im Laufe der Zeit eine ständige ca. 30 Personen umfassende Patientengruppe gebildet, die zusammen mit den Mitarbeitern ein Programm für den jeweiligen Wochenablauf erstellt. Ein Patientenbeirat stellt den ordnungsgemäßen Programmablauf sicher. Die Angebote gehen von Kochkursen über Schreibmaschinen-, Musik-, Handarbeits- und Werkkurse bis hin zu einem Theaterkreis. Dieser letztgenannte Hobbykreis hat ein eigenes Theaterstück inszeniert und mit einem großen Öffentlichkeitserfolg anläßlich einer Behindertenwoche in der Stadt aufgeführt. Neben der Gruppe der ständigen Besucher wird die Tagesstätte von einem weiteren Patientenkreis besucht, der ca. 80 Personen umfaßt und der zu unter-

schiedlichen Wochentagen, oft nur stundenweise an den Veranstaltungen der Einrichtung teilnimmt.

Es steht jetzt schon fest, daß der sogenannte „Drehtüreffekt“ bei den Personen, die die Tagesstätte besuchen, erheblich eingeschränkt werden konnte. Problematisch sind weiterhin die Wochenenden, weil die Tagesstätte dann geschlossen ist. Hier muß überlegt werden, ob eine zusätzliche Wohngemeinschaft eingerichtet werden kann.

Neben der Konzeption für psychisch Kranke hat der Sozialausschuß der Stadt Hagen auch ein Programm zur Beratung und Betreuung von Suchtkranken entwickelt. Schwerpunkt dieser Hilfen ist zum einen ein flächendeckendes System hauptamtlich geführter Beratungsstellen in der Stadtmitte und in den größeren Stadtteilen. Als Richtgröße gelten dabei ca. 36.000 bis 40.000 Einwohner je Beratungsstelle, Diese Beratungsstellen sind heute zum größten Teil eingerichtet.

Hinsichtlich der rehabilitierenden Dienste konnte auf ein langjähriges Engagement der Abstinenzverbände der Selbsthilfegruppen in der Stadt Hagen aufgebaut werden. Hier wird eine erhebliche Ausweitung und Verstärkung dieser Dienste angestrebt.

Neben einem bereits vorhandenen Übergangwohnheim für Männer ist ein weiteres Wohnheim für Frauen geplant.

Auch diese Dienstleistungen werden durch die Stadt Hagen erheblich bezuschußt, soweit die Kosten nicht vom Land oder vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe übernommen werden.

Im Planungsabschnitt „Arbeit“ wird eine wesentliche Verstärkung im Aufgabengebiet „Nachgehende Hilfen im Arbeitsleben“ gefordert.

Im Werkstattbereich wird der Neubau einer Werkstatt für Behinderte mit 220 Plätzen nach den neuesten technischen Erkenntnissen innerhalb von drei Jahren fertiggestellt sein.

Ein weiterer Schwerpunkt des Sozialplanes liegt im Wohnbereich, wo behindertengerechte Wohnformen als Alternative zu teuren und den Behinderten isolierenden Heimunterbringung vorgesehen sind. Hier ist die Palette weit gefächert. Sie geht von Wohntrainingsprogrammen über Wohngemeinschaften bis zu eingestreuten behindertengerechten Wohnungen. Die Wohnungen sollen nach Möglichkeit in den Ortsteilzentren errichtet bzw. behindertengerecht gestaltet werden, so daß den Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft erleichtert wird. Besonders schwierig erscheint es noch, Wohnformen für geistig Behinderte und psychisch Kranke zu finden, um einer Isolierung dieser Personengruppen entgegenzuwirken. In der Diskussion befindet sich zur Zeit eine Wohnheimform mit entsprechenden betreuerischen Diensten.

Daß die Schaffung geeigneter Wohnformen eine lebenslange Isolierung vermeiden helfen kann, zeigt ein Hagener Fall, der auch überörtlich Aufmerksam-

keit erregte. Seit nahezu zwei Jahren ist es uns gelungen, einen Schwerbehinderten, der jahrelang im Heim lebte und dort von den Ärzten als dauerpflegebedürftig und auf das Heim angewiesen bezeichnet wurde, in eine behindertengerechte Wohnung einzugliedern; allerdings mußte die hier ganztägige Betreuung des Behinderten durch einen Wohlfahrtsverband übernommen werden. Die Kosten für eine solche Lösung belaufen sich nur auf $\frac{1}{3}$ der Kosten, die vormals für Heimunterbringung bezahlt wurden. Dieser Behinderte nimmt heute ohne weiteres mit Hufe eines Spezialtransportwagens am öffentlichen Leben teil.

Für Behinderte, die nicht in der Lage sind, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, werden in Hagen durch einen Spezialbus für Rollstuhlfahrer und durch Taxen mit schwenkbaren Sitzen Transportmöglichkeiten geboten. Diese Fahrdienste werden in Zukunft noch erheblich ausgebaut werden müssen.

Im Bereich der Erholung und Freizeit wird sich die Stadt Hagen im wesentlichen auf eine stärkere Förderung von geselligen, sportlichen Veranstaltungen beschränken müssen; durch ein ausgeprägtes Vereinswesen, das den Behinderten offensteht, können eigene Veranstaltungen der Stadt hier zunächst zurückstehen.

Ein besonderes und sehr teures Kapitel wird die Beseitigung baulicher und technischer Hindernisse sein, die sich insbesondere Körperbehinderten täglich entgegenstellen. Zwar gibt ein inzwischen erschienener Stadtführer Aufschluß darüber, welche Einrichtungen überhaupt für die Betroffenen erreichbar sind. Die Vorbereitungen für die Erstellung dieses Stadtführers haben aber auch gezeigt, was in Zukunft noch getan werden muß, um diesbezügliche Fehler an älteren Gebäuden zu beseitigen oder auszugleichen. Zur Zeit ist eine umfangreiche Vorlage der Verwaltung in Arbeit, die mittel- und langfristige Lösungen - einschließlich der Kostenfolgen - für die Zugangsmöglichkeiten zu allen öffentlichen Gebäuden und solchen des sozial-kulturellen Bereiches darstellt.

Daneben ist ein Programm für Bordsteinabsenkungen sowie für spezielle Ampelanlagen für Blinde, Blindentelefone usw. in Arbeit.

Der letzte Abschnitt im Behindertenplan behandelt Fragen der Auskunft, Beratung und der Koordination sowie der Organisation der Behindertenhilfe. Nach dem Sozialplan sollen alle noch verstreuten Dienststellen innerhalb der Verwaltung zu einer Organisationseinheit zusammengefaßt werden. In dieser Organisationseinheit, die möglicherweise einmal eine gesonderte Abteilung bilden könnte, muß eine zentrale Auskunfts- und Beratungsstelle eingegliedert sein, die ständig mit einer Fachkraft besetzt ist. Es ist für den Behinderten wichtig, daß er sich an eine Stelle seines Vertrauens, die im örtlichen Bereich liegen muß, wenden kann und nicht, wie bisher, den „Gang durch die Institutionen“ antreten muß. Gerade bei persönlichen Problemen kommt es darauf an, daß alle Hufen von nur einer Stelle koordiniert und beratend begleitet werden. Es versteht sich von selbst, daß eine Reihe von Hilfen, die unzweckmäßigerweise überörtlich angeboten werden, zurück in den kommunalen Bereich gehören,

wie z. B. das gesamte Ausweiswesen und alle ärztlichen Dienste, die von den Gesundheitsämtern geleistet werden können. Hierdurch können dem Behinderten unnütze Wege erspart werden und man wird ihm in Zukunft besser und schneller helfen können.

Neben dem Stadtführer für Behinderte gibt es seit einigen Jahren in Hagen auch einen Ratgeber für Behinderte, der ständig fortgeschrieben wird.

Seit einiger Zeit können Blinde über eine bestimmte Telefonnummer die örtlichen Nachrichten, die täglich neu von drei verschiedenen Zeitungen zusammengestellt werden, über das Telefon hören. Es handelt sich hierbei um eine Modelleinrichtung der Bundespost, die außer in Lübeck nur in der Stadt Hagen existiert.

Schließlich hat der Sozialplan die Bildung eines Behindertenbeirates gefordert, der sich vor einigen Wochen konstituiert und seine Arbeit aufgenommen hat. Dieser Behindertenbeirat ist mit Behinderten sowie mit Parlamentariern besetzt und soll den Fachgremien Anregungen und Vorschläge für die zukünftige Arbeit machen.

Der Einsatz von Technik, Organisation und hilfestellenden Maßnahmen kann aber nur das Handwerkszeug und die Grundlage für eine Integration liefern. Vorgefaßte Einstellungen der nichtbehinderten Mitbürger, aber auch der Behinderten selbst, und festgefahrene Verhaltensmuster müssen durch geeignete Methoden geändert werden. Wir werden uns in Zukunft also generell oder auch im Einzelfall zu fragen haben, welche entstigmatisierenden Selbsthilfepotentiale in einem kommunalen Gemeinwesen überhaupt noch vorhanden sind, die durch eine aktive Behindertenpolitik mobilisiert werden können.

Ein Schwerpunkt bildet sicherlich die Familie des behinderten Kindes. Wegen des zuvor erwähnten Spannungsfeldes zwischen dem Behinderten und der Gesellschaft sind die Familien zunächst überfordert, weil sie das behinderte Kind als sozialen Makel empfinden. Dieses Problem wird in der Regel von der Familie überkompensiert, d. h. es erfolgt eine solch starke Zuwendung (sogenannte Überbeschützung) gegenüber dem behinderten Kind, daß es in die Isolierung gedrängt und ihm ein späteres Zurechtfinden in der Gesellschaft erheblich erschwert wird. Der Hagener Sozialplan sieht hier im Rahmen der Frühförderungsmaßnahmen die pädagogische Beratung und Schulung der Eltern vor.

Ferner gehören zu diesem Bereich auch die bereits erwähnten Wohntrainingsprogramme, mit denen jüngere oder an längeren Heimaufenthalt gewöhnte Behinderte kurzfristig auf die Gegebenheiten und Lebensgewohnheiten in einer eigenen Wohnung vorbereitet werden.

Trainingsprogramme sind aber nicht nur für den internen Wohnbereich, sondern auch generell für Behinderte oder für Angehörige ihrer sozialen Umgebung denkbar. Diese Trainingsprogramme sollen in erster Linie die Interaktion zwischen Gesunden und Behinderten und den Umgang miteinander vertiefen. Der Journalist Ernst Klee hat festgestellt, daß das mangelnde Selbstbewußt-

sein des Behinderten im wesentlichen durch den Kontakt mit nichtbehinderten Bürgern in entsprechenden begleitenden Programmen überwunden werden kann. Der Nichtbehinderte ist nach seinen Untersuchungen destoweniger überfordert, auf einen Behinderten angemessen zu reagieren, je mehr der Behinderte aus der Rolle des Dulders herausfindet und normal und selbstbewußt, ohne überzukompensieren, auftritt. Es ist geplant, solche Trainingsgruppen als Kurse über die VHS, stadtteilbezogen, anzubieten. Ähnliche Kurse könnten durch die Hagener Verbände der freien Wohlfahrtspflege durchgeführt werden. Bei ihnen sind größere Gruppen freiwilliger Helfer organisiert und können entsprechend geschult werden. Bereits im Jahre 1975 hat der Rat der Stadt Hagen einer Vereinbarung mit den freien Verbänden über die Mitwirkung freiwilliger Helfer bei der Gewährung von Sozialhilfen zugestimmt. In dieser Vereinbarung wird die Verpflichtung der Verbände und der Stadt Hagen zur Weiterbildung der Helfer anerkannt.

Neben diesen Möglichkeiten bietet sich eine weitere Komponente an. In jüngster Zeit entwickeln sich nämlich gerade im Behindertenbereich weit mehr als in anderen sozialen Bereichen soziale Aktionsgruppen und Selbsthilfegruppen, die sich im Rahmen von Nachbarschaftshilfe oder im Freundeskreis oder als Freizeitgruppen bilden. Gerade solche Aktionen bzw. Aktionsgruppen können dazu beitragen, den Behinderten in einer dem „normalen Leben“ ähnlichen Umgebung, sei es Familie, sei es Wohngemeinde (Nachbarschaft) oder Arbeitskollegenkreis etc. zu belassen, wobei alle aktiv an dem Prozeß der wechselseitigen Anpassung von Behinderten und Umgebung mitwirken. Sie helfen, die dauerhafte Isolierung, etwa in einem Heim, zu vermeiden. Das letzte gilt insbesondere für den Bereich der psychisch Gestörten, die oftmals in solchen Kontaktgruppen eine neue Heimat finden, was die Unterbringung in einer Klinik und damit eine Herausnahme aus der bisherigen Umgebung entbehrlich macht.

Über die Arbeit der Tagesstätte für psychisch Kranke habe ich bereits berichtet.

Ein weiterer Schritt zur Überwindung der sozialen Anpassungsprobleme ist gezielte Aufklärung der Öffentlichkeit über die Zusammenhänge zwischen funktionellen Defiziten und den sozialen Anpassungs- und Eingliederungsproblemen bei Behinderten. Die im Mai 1979 in Hagen durchgeführte Behindertenwoche hat eine erfreuliche Resonanz innerhalb der Öffentlichkeit und eine erstaunliche Bereitschaft der Hagener ergeben, sich mit den Problemen von Behinderten zu befassen.

Diese Aktionswoche stand auch unter dem Motto der Partnerschaft zwischen behinderten und nichtbehinderten Mitbürgern und rückte bewußt von der Klischeevorstellung ab, der Behinderte sei ein zu bemitleidender und nicht normaler Mensch, dem „irgendwie“ geholfen werden müßte.

Moderne Sozialpolitik für behinderte Mitbürger ist letztlich nur dann glaubhaft, wenn nicht nur für den Behinderten, sondern auch im Zusammenwirken mit ihm als Partner geplant und gearbeitet wird.

Auch der Hagener Sozialplan ist von diesem Grundsatz ausgegangen, indem er in den wesentlichen Planungsphasen behinderte Bürger der Stadt Hagen beteiligt hat.

Der Behindertenplan des Ortenaukreises

St. Karolus

Der Ortenaukreis hat im Mai 1977 einen Behindertenplan für den gesamten Landkreis beschlossen, der das Ergebnis von zweijährigen Beratungen in einem Ausschuß war. Das Wort Plan erweckt die unterschiedlichsten Assoziationen - mitunter nicht die positivsten. Dies ist verständlich, wenn man an das Ergebnis vieler - oft mit hohen Erwartungen verbundener - Planungen denkt, die letztlich Papier geblieben sind und in irgendwelchen Schubladen verstauben. Das Problem der Planung ist, daß einerseits bei der Komplexität unseres Lebens wichtige Dinge geplant werden müssen, andererseits aber - so zeigt die Erfahrung - eben gerade diese hohe Komplexität die praktische Umsetzung eines Planes immer wieder verhindert. Zu viele unterschiedliche Interessen werden erst im Nachhinein sichtbar, zu viele unvorhersehbare oder einfach übersehene Faktoren können auftreten und die Planung zum unbrauchbaren Instrument werden lassen.

Diesem grundsätzlichen Problem - insbesondere von Sozialplanung - kann nur dadurch begegnet werden, daß

1. alle Betroffenen von Anfang an in den Planungsprozeß miteinbezogen und mitbeteiligt werden,
2. die Planung offen bleibt, d. h. Planung muß sozusagen Platz für das Unvorhersehbare lassen, nicht einengen, sondern Entwicklungs- und Entfaltungsräume schaffen,
3. Planung auch programmatische Aussagen macht, die zu erfüllen sind.

Der Behindertenplan des Ortenaukreises erfüllt diese Bedingungen. Von Anfang an waren alle maßgeblichen Stellen und Institutionen der Behindertenhilfe, Vertreter der freien Wohlfahrtsverbände, Vertreter der Behindertenorganisationen, Verwaltungsfachkräfte, Ärzte und Politiker sowie Behinderte selbst an der Planaufstellung beteiligt. Der Plan ist das Ergebnis ihrer Beratungen in einem Ausschuß gem. § 95 BSHG. Der Ausschuß hat die Planung über den Zeitraum von zwei Jahren begleitet und gewährleistet heute eine institutionelle Absicherung der Koordination und Zusammenarbeit in der Behindertenhilfe auf Kreisebene. Die Aussagen und Forderungen des Plans widerspiegeln das von allen gemeinsam getragene Interesse zur Verbesserung der Situation der Behinderten auf der Grundlage von Zusammenarbeit, Koordination und gegenseitiger Information.

Die getroffenen Aussagen und Forderungen sind dabei nicht einengend und stellen nicht den Anspruch, bis ins letzte Detail durchdachte Lösungen anzubieten. Durch den Plan wird vielmehr nur ein Rahmen abgesteckt, Leitplanken-

funktion gegeben, werden Möglichkeiten aufgezeigt, wie es sein könnte oder sein sollte, ohne daß dadurch die Kompetenz, die Eigeninitiative und freie Entfaltung der Träger der Behindertenhilfe in irgendeiner Weise eingeschränkt wäre. Selbstverständlich, der abgesteckte Rahmen sollte gewahrt bleiben - sonst wäre Planung überflüssig - aber eben, weil dieser Rahmen von den Beteiligten selbst abgesteckt wurde, ist davon auszugehen, daß ein Konsens darüber besteht, daß man sich an die getroffenen Aussagen hält, um die gemeinsam erarbeiteten Zielvorstellungen auch erreichen zu können.

Ausgangspunkt für das Vorhaben, einen Behindertenplan für den Ortenaukreis zu erstellen, war die Erkenntnis, daß das System der Behindertenhilfe für die Behinderten selbst in großem Maße, aber auch für Fachleute, unübersichtlich und unüberschaubar geworden ist. Bei allen Vorteilen, die unser sogenanntes „gegliedertes System der Rehabilitation“ in der Bundesrepublik Deutschland besitzt, hat es doch einen entscheidenden Nachteil für die Behinderten: bevor Hilfe einsetzen kann, muß zunächst die Ursache geklärt werden, muß überhaupt einmal die zuständige Stelle bzw. der Kostenträger gefunden werden, mit dem Ergebnis, daß Behinderte oft über Jahre hinweg von Pontius zu Pilatus geschickt werden oder eilen, ohne daß ihnen angemessen bei ihren Schwierigkeiten geholfen wird. Die gerade bei Behinderungen dringend erforderliche sofortige Hilfe wird dadurch unnötig verzögert, mit Folgen, die später nicht mehr wieder gutzumachen sind. Hinzu kommt, daß bei allen Anstrengungen, die in den letzten Jahren gemacht wurden, immer noch die entsprechenden Behandlungs-, Förderungs- und Therapieeinrichtungen fehlen oder weit entfernt sind und, insbesondere mit langen Wartelisten, für Behinderte des Ortenaukreises keine Hilfe darstellen. Nicht verschwiegen werden kann auch, daß es oft an der Zusammenarbeit bestehender Institutionen und Einrichtungen der Behindertenhilfe fehlte, daß keine gegenseitige Information gegeben wurde. Anstelle von Zusammenarbeit war in einigen Fällen eher ein ausgeprägtes Konkurrenzdenken feststellbar. Die Mängel wirkten sich aber in erster Linie auf die Behinderten aus, sie sind die Leidtragenden des Kompetenzwirrwarrs, fehlender Zusammenarbeit und fehlender Institutionen.

Diese konkreten, den Alltag der Behinderten bestimmenden Probleme, waren Ausgangspunkt und Grundlage der Überlegungen im Behindertenausschuß. Hier war anzusetzen, um Lösungen zu suchen, die sicherstellten, daß für alle Behinderten des Ortenaukreises entsprechende Angebote und Maßnahmen auf schnelle und unbürokratische Weise erreichbar wurden. Dabei waren alle Überlegungen und Forderungen dem globalen Ziel der Integration der Behinderten unterzuordnen. Mit dem Schlagwort „Integration“ ist allerdings wenig ausgesagt, wenn nicht konkret angegeben wird, wo und wie diese Integration tatsächlich stattfinden soll. Der Behindertenplan des Ortenaukreises geht davon aus, daß von Integration dann gesprochen werden kann, wenn Behinderte in allen Lebensbereichen, die für das Leben eines Menschen bestimmend sind, als gleichwertige Partner anerkannt werden, was eine Berücksichtigung ihrer besonderen Schwierigkeiten nicht ausschließt. Gleichbehandlung heißt nicht, jedem das Gleiche zu geben, sondern jedem das Seine, im Sinne ausgleichen-

der Gerechtigkeit. Integration Behinderter konkretisiert sich demnach im Vorschul- und Schulbereich, im Arbeitsleben, in den Wohnverhältnissen, bei der Freizeitgestaltung. Diese Bereiche werden vom Behindertenplan daraufhin untersucht, was getan werden muß, welche Voraussetzungen geschaffen werden müssen, um den Behinderten hier eine vorurteilsfreie Eingliederung und Beteiligung zu ermöglichen. Es versteht sich dabei von selbst, daß ein Schwerpunkt auf den Ausbau offener Hilfen gelegt wurde, denn jede Sondereinrichtung für Behinderte - gleichgültig ob Sonderschule, Heim, Werkstatt für Behinderte oder ähnliche Einrichtungen - beinhaltet immer die Gefahr der Absonderung der Behinderten und steht damit im Gegensatz zur Forderung nach Integration.

Um hier nicht den Verdacht von Illusionen zu wecken, muß bemerkt werden, daß der Behindertenplan berücksichtigt, daß die Möglichkeiten der Integration bei vielen Behinderten begrenzt sind -ja, daß viele Behinderte einfach überfordert wären, würden sie ständig an der Normalität gemessen. Diese Problematik läßt sich vielleicht am besten in dem Satz zusammenfassen: Integration soweit wie möglich - Sondereinrichtungen soweit wie nötig.

Deutlicher wird dieses Problem, wenn man bedenkt, daß mit dem Wort „Behinderte“ keineswegs eine geschlossene, homogene Gruppe gekennzeichnet wird. Der Begriff umfaßt eine differenzierte Personengruppe, angefangen von lernbehinderten Schülern über schwerhörige und sehgeschädigte Erwachsene bis zum schwer körperlich und geistig behinderten alten Menschen. Dementsprechend groß sind die Unterschiede der Anforderungen - der Behindertenplan hatte hier sehr differenziert auf die unterschiedlichen Behinderungen einzugehen.

Bei der Planung war von einem Anteil der Behinderten an der Gesamtbevölkerung von ca. 8 % auszugehen, einschließlich der heute noch zu unterstellenden Dunkelziffer. Das bedeutet, daß im Ortenaukreis, dem flächengrößten Kreis in Baden-Württemberg, bei ca. 350.000 Einwohnern mit etwa 28.000 Behinderten aller Art gerechnet werden muß. Von Behinderung betroffen ist aber nicht allein der Behinderte, sondern auch seine Familienangehörigen. Bedenkt man, daß Behinderte in der Regel mit ein bis zwei Familienangehörigen zusammenleben, wird deutlich, welch ein großer Teil unserer Bevölkerung täglich mit den Problemen der Behinderten konfrontiert wird - von einer Minderheit kann hier kaum noch die Rede sein.

Behindertenplanung unter diesem Aspekt bedeutet mehr als das Aufgreifen und Darstellen einer Randgruppenproblematik, sie bedeutet ein Stück Verbesserung der Lebensqualität eines großen Teils der Bevölkerung des Ortenaukreises.

Unter Berücksichtigung dieser Gesichtspunkte meine ich sagen zu können, daß der Plan mit Recht modellhaft und zukunftsweisend genannt werden kann. Nicht nur deshalb, weil er meines Wissens auf Kreisebene der erste Plan seiner Art ist - zumindest was Baden-Württemberg betrifft - sondern auch deshalb, weil er mehr ist als die bloße Zusammenfassung von Bestand und Bedarf. Der

Behindertenplan läßt sich am besten kennzeichnen als humanitäres Programm, das für die konkrete Praxis der Sozialarbeit, der Schul- und Vorschulpädagogik, des Arbeits-, Wohn- und Freizeitbereichs und der Sozialmedizin Weichen stellt, gravierende Mängel aufzeigt und realistische Lösungen vorschlägt.

Konkrete Ziele

Die konkreten Ziele und Forderungen des Behindertenplanes orientieren sich an der allgemeinen Behindertenproblematik, wie sie wohl überall zu finden ist und an den konkreten Verhältnissen im Ortenaukreis. Der Plan beginnt mit dem Thema der Frühberatung, Frühförderung und Frühbetreuung, was meines Erachtens das wichtigste ist, da dies am meisten vernachlässigt wurde. Nur so kann es gelingen, im Vorfeld der Behinderungen diese zu mindern oder ganz abzubauen. Dieser Bereich beginnt mit der Diagnose. Die Vielzahl der Behinderten braucht eine umfassende und differenzierte Diagnose im Frühbereich, die sich aus medizinischen, psychologischen und pädagogischen Untersuchungen ergibt.

Was verlangen wir von der Diagnose:

1. Die Behandlung, Betreuung und Förderung der Kinder muß sich daraus ableiten lassen,
2. Die sich hieraus ergebenden Betreuungs- und Förderungsmaßnahmen müssen institutionell abgesichert sein.
3. Die Diagnose muß klar machen, auf welchen Gebieten der Schwerpunkt der Betreuung und Förderung liegen muß.
4. Die Mutter oder Ersatzmutter muß als wichtigste Bezugsperson mit ihrem behinderten Kind in die Förderung miteinbezogen werden.
5. Die Betreuung und Förderung kann nicht in isolierten oder isolierenden Stationen erbracht werden. Kontakte mit gleichaltrigen nicht- behinderten Kindern sollen ein beiderseitiges Zusammenleben erlernen lassen.
6. Therapie muß ortsnahe sein, um sie mit den Eltern angehen zu können.

An Mängeln und Problemen sahen wir folgende:

- Eltern wissen oft nicht, wohin sie sich wenden sollen. Sie müssen ihre Hilfe selbst organisieren.
- Ist die Diagnose erstellt, werden sie mit den Folgen, die sie belasten, allein gelassen (Therapie setzt nicht ein).
- Fehlende Zusammenarbeit mit Medizinern, Pädagogen wird festgestellt, z. B. der Pädagoge erhält aus Gründen der ärztlichen Schweigepflicht nicht die medizinische Diagnose.

- Der Informationsstand über die Möglichkeiten der Frühbetreuung ist nicht ausreichend.
- Leider gibt es kaum Erziehungs- und Betreuungshilfen, vor allem im Kindergartenalter, obwohl die ersten drei Lebensjahre von entscheidender Bedeutung gerade auch bei Behinderten sind.
- Die bestehenden Kindergärten sind oft auf einen spezifischen Personenkreis ausgerichtet (geistig Behinderte und Körperbehinderte). Für Mehrfachbehinderte und Sinnesbehinderte gibt es kaum entsprechende Einrichtungen.

Konzeption:

Dem hohen Anspruch an die Diagnose muß eine hohe fachliche Qualifikation der Diagnostiker und der apparativen Einrichtungen gerecht werden - das Erfordernis der Zusammenfassung der Mittel und Kräfte in einer zentralen Einrichtung mit der Möglichkeit auch stationärer Behandlung.

Hierzu muß ein flächendeckendes Netz von dezentralen Behandlungsstellen kommen für die kontinuierliche Therapie und Behandlung unter Einbeziehung der Eltern (örtliche Beratungsstellen).

Die Hilfe muß für Behinderte und Eltern besser zugänglich werden. Unser konkreter Vorschlag sieht demnach folgendes vor:

1. Den Ausbau einer zentralen Einrichtung für die medizinische Diagnostik und damit verbunden den Ausbau des Offenburger Krankenhauses zum Betreuungshauptzentrum.
2. Den Aufbau einer zentralen Frühberatungsstelle, die eng mit der Diagnosestelle zusammenarbeitet.
3. Dezentrale spezialisierte Betreuungsstellen zur Durchführung der Förderungsmaßnahmen für behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder und deren Eltern.

Dazu ist eine Stelle notwendig, die über alle Hilfsmöglichkeiten vollständig informiert ist, die entsprechende Kontakte unterhält und Anlaufstelle ist, die alle dezentralen Angebote koordiniert und initiiert, die Behinderten erfaßt und die richtigen Maßnahmen einleitet.

Die Funktion der Frühberatungsstelle muß intensiver erläutert werden, weil dies ein Neuland ist, zumindest in Baden-Württemberg:

- Sie muß Anlaufstelle und Erstberatung garantieren, sie muß über die Hilfen und Möglichkeiten informieren.
- » Sie muß an spezielle Diagnoseeinrichtungen weiterleiten, an Kliniken und Diagnosezentren, sofern vom Hausarzt oder Facharzt keine klare Diagnose gemacht werden kann.
- Sie muß an erfolgreiche Behandlungseinrichtungen weiterleiten.

- Sie pflegt intensive Zusammenarbeit mit Betreuungsstellen und sonstigen Diagnosestellen.
- Sie hält Kontakte zu Eltern, Ärzten und Behinderteneinrichtungen, um die Betreuung und Förderung zu sichern.
- Sie erfaßt die Behinderten über Einwilligungserklärungen von Eltern und Ärzten.
- Sie koordiniert und kooperiert mit dezentralen Förderungsangeboten, z. B. Sprachbehindertenkurse an Kindergärten und Schulen.

Die örtlichen Betreuungsstellen sind bereits vorhanden. Es ist nun wichtig, alle diese Stellen anzusprechen und auf ihre Aufgaben im Behindertenbereich hinzuweisen. Hierbei handelt es sich um bereits vorhandene Beratungsstellen, um Ärzte, um Erziehungsberatungsstellen, Sozialstationen, Gesundheitsämter oder auch Außenstellen von Sozialämtern. Die Kindergärten sind zu wenig über die Möglichkeiten informiert, sie müssen mit der Frühberatungsstelle zusammenarbeiten.

Die örtlichen Betreuungsstellen, die genannt wurden, haben vor allem die Aufgabe, Therapie und Förderung kontinuierlich durchzuführen. Im einzelnen ergeben sich für sie folgende Aufgaben:

Zusammenarbeit mit der zentralen Beratungsstelle
 Vermittlung von Hilfsangeboten an Eltern
 Durchführung von Förderkursen
 Durchführung der Elternarbeit und Öffentlichkeitsarbeit
 Unterstützung bei der Hausfrüherziehung
 Organisation, Unterstützung der Kommunikation
 Mitarbeit von betroffenen engagierten Laien in Behindertenclubs.

Der Vorschulbereich:

Das unter diesem Thema Gesagte konzentriert sich auf folgende Schwerpunkte:

1. Spezialeinrichtungen
2. Integration
3. Prophylaxe

Zur Spezialeinrichtung ist mitzuteilen, daß es sich hier um Vorschulkindergärten und Sonderschulkindergärten handelt, die schwerpunktmäßig auf eine Behinderungsart spezialisiert und ausgerichtet sind, z. B. für körperlich und geistig Behinderte.

Die Gesamtförderung der Kinder steht dabei im Vordergrund. Eine flächenübergreifende Zusammenarbeit der verschiedenen sonderpädagogischen Einrichtungen ist notwendig. Formen der festen Zusammenarbeit mit Pädagogen und Sonderpädagogen anderer Fachrichtungen sind erforderlich.

Für Kinder, die von diesen Einrichtungen wegen zu weiten Entfernungen im Ortenaukreis nicht erfaßt werden können, ist folgendes notwendig:

1. Eine verstärkte ambulante und mobile Betreuung und Förderung durch Fachkräfte aus den Kindergärten.
2. Integration von behinderten Kindern in allgemeine Kindergartengruppen.
3. Organisatorischer Aufbau von Spielgruppen, in denen das behinderte Kind regelmäßig Kontakt zu Gleichaltrigen bekommt.

Die Integration in allgemeine Kindergärten wird für die seh-, hör- und sprachbehinderten Kinder vorgeschlagen. Für diese Kinder sind Sondereinrichtungen nicht möglich, da hierzu die Zahl der Kinder nicht ausreicht. Sie werden im Sinne der Integration auch nicht wünschenswert sein, weil eine Einbindung als möglich erscheint. Erste Versuche wurden daher in Kindergärten und kleinen Gruppen erprobt. Der Plan schlägt jetzt zwei Modellversuche für den Ortenaukreis für Sehgeschädigte, drei für Schwerhörige und acht für Sprachbehinderte vor.

Im Zusammenhang von Verhaltensstörungen und Lernbehinderungen muß Prophylaxe auch dort ansetzen, wo Kinder aus Unterschichtsfamilien kommen und wo soziale Brennpunkte sind. Dabei sind in diesem Bereich Problemlösungen eher Sache der Jugendhilfe. Die Kindergartenkräfte in sozialen Brennpunkten sollten jedoch besonders qualifiziert sein, um Störungen und Behinderungen rasch zu erkennen. Verstärkte Beratung und der Einsatz von ambulanten Hilfen ist in diesen Gebieten dringend notwendig.

Der Appell des Plans geht daher an die Jugendhilfeträger und Beratungsdienste, um wirksam zu werden. Eine falsch verstandene Vorschulerziehung, die rein auf die Steigerung von Lernleistungen abzielt, löst mit Sicherheit denselben Leistungsdruck aus, wie wir ihn in der Schule erleben. Der andauernde Leistungszwang kann, wenn er bereits im Kindergartenalter anfängt, in vielen Fällen als Ursache von Verhaltensstörungen angesehen werden. Es ist daher wichtig, das Verhältnis von emotionaler und kognitiver Erziehung zugunsten der vernachlässigten emotionalen Erziehung zu verstärken.

Der Schulbereich:

Oberstes Ziel der pädagogischen Förderung in den Schulen kann als die Vermittlung optimaler Erkenntnisse und Fertigkeiten und sozialer Verhaltensweisen bezeichnet werden. Das Schulsystem verlangt eine gewisse Generalisierung von Begabungen. Diese wird jedoch den Kindern am wenigsten gerecht, die aufgrund körperlicher, geistiger und sozialer Behinderung oder Störung von der Norm abweichen. Für diese Kinder sind differenzierte Schultypen notwendig. Grenzen sind jedoch dort gesetzt, wo die Differenzierung einer sozialen Diskriminierung gleichkommt.

Bei den schweren Behinderungsformen bleibt der Weg über die Aussonderung durch spezielle Hilfe zur Integration der einzig mögliche. Die Frage stellt sich

aber bei leichteren Störungen oder Behinderungen, ob nicht durch die Aussonderung, eine Einweisung in Sonderschulen Behinderungen verstärkt oder gar erzeugt werden. Diese Frage gilt insbesondere der Schule für Lernbehinderte. Sie wird in der Regel oft als sozialer Abstieg empfunden. In diesem Zusammenhang kann festgestellt werden, daß ein schlechter Hauptschulabschluß in den Augen der Gesellschaft immer noch besser ist als ein guter Sonderschulabschluß, weil die verschiedenen Bildungsabschlüsse je nach Schultyp bewertet werden. Dies bedeutet, daß die als besondere Förderung gedachte Beschulung in Sonderschulen für Lernbehinderte in der Konsequenz sich in das Gegenteil verkehrt. Hier zeigt sich der Nachteil der bisherigen Sonderpädagogik. Soll diese isolierende Wirkung der Sonderschulen aufgehoben werden, muß die Betrachtung des Schulbereichs innerhalb eines umfassenden Konzepts der Behindertenhilfe erfolgen.

Vorschläge:

Beim Schulbereich geht es um Änderungen und Neuaufbau. Sonderschulen sind für geistig Behinderte und Lernbehinderte, sind überall aufgebaut und brauchen keine Erweiterungen. Dagegen sind alle anderen Behindertengruppen bisher weitgehend unberücksichtigt geblieben und wurden fern von den Eltern in überregionalen Einrichtungen beschult.

Nun macht der Plan eine Reihe von Vorschlägen, Schulen oder Auslagerungen von Schulen in erreichbarer Nähe zu schaffen, um die Eltern in das erzieherische Geschehen besser mit einbeziehen zu können. Die einzelnen Forderungen im Schulbereich sind folgende:

Schulen für Lernbehinderte: der quantitative Rückgang in diesen Schulen bietet die Möglichkeit, qualitative Aspekte in den Vordergrund zu stellen. Verbesserungen sollten angestrebt werden hinsichtlich

- der Einschulquote in Grund- und Hauptschule
- dem Vorbereiten auf nachgeholte Hauptschulabschlüsse
- der Vorbereitung auf das spätere Berufsleben der Sonderschulabgänger, einschließlich der Vermittlung an Lehrstellen und Arbeitsplätze
- der nachschulischen Beratung von Schulabgängern.

Das Gewicht soll dabei auf den Übergang von der Schule in das Berufsleben gelegt werden.

Schulen für Geistigbehinderte: Hier muß der Übergangsbereich zum Arbeitsleben verstärkt werden und Hilfen im Freizeitbereich angeboten werden. Hier ist auch eine enge Zusammenarbeit mit anderen Schultypen wegen Mehrfachbehinderten, die in der Regel von einer Schule für Geistigbehinderte betreut werden, notwendig.

Im Bereich der Blinden, Gehörlosen und Hörgeschädigten sind überregionale Spezialeinrichtungen vorhanden. Hier werden im Grundschulbereich dezentra-

lisierte Außenklassen im Ortenaukreis gefordert, um die Eltern stärker in das Erziehungsgeschehen miteinzubeziehen. Platz in Normalschulen ist hierfür genug vorhanden.

Schulen für Sprachbehinderte: Hier werden dekonzentrierte Schulen gefordert, eingerichtet und bereits erste Erfolge erzielt.

Eine Schule für Verhaltensgestörte lehnt der Plan in der Form von Heimsonderschulen ab. Die Forderung wird hier an die Jugendhilfe gerichtet, die ihre Praxis verbessern soll, insbesondere durch den Aufbau von offenen Diensten. Es werden insbesondere im familientherapeutischen Bereich Angebote gemacht, das Pflegestellenwesen ausgebaut, um von isolierenden Einrichtungen abzukommen. Mit Beratung, Behandlung und Vermittlung wird der offene Jugendhilfebereich forciert, werden hier neue Wege gegangen, um von den klassischen Erziehungsheimen weitgehend wegzukommen.

Arbeit:

Hier zeichnet sich ein großes Problem ab. Die Schwerbehinderten haben ihre Chancen in Werkstätten. Leichtbehinderte fallen durch das Netz der Arbeitsmöglichkeiten, weil sie weder von der Industrie noch von den Werkstätten eingestellt werden und Gefahr laufen, ohne sichtbares Handikap soziale Außenseiter zu werden.

Das Netz der Werkstätten für Behinderte ist im Ortenaukreis fast komplett. Es sind noch rund 370 Plätze in den nächsten zehn Jahren zu bauen. Bis heute hat jedoch jeder Behinderte seinen Platz in einer Werkstatt gefunden. Die Zahl von 370 Plätzen ist für einen so großen Landkreis kein besonderes Problem. Jedoch fallen Arbeitsprobleme erwachsener geistig Behinderter besonders ins Auge.

Die wünschenswerte Eingliederung Behinderter in den Arbeitsmarkt bietet geringe Realisierungschancen. Private und öffentliche Arbeitgeber bevorzugen die Bezahlung der Ausgleichsabgabe nach dem Schwerbehindertengesetz, die für sie in den meisten Fällen wirtschaftlicher ist. Die Werkstätten sind ihrer Konzeption und Struktur nach auf geistig Behinderte und Schwerstbehinderte eingerichtet. Sie bieten für leichter Behinderte keine Alternative.

Leichter Behinderte sind von der Struktur des Arbeitsbereichs am schwersten betroffen. Förderungslehrgänge und Ausbildungslehrgänge für Behinderte haben nur aufschiebende Wirkung, wenn sie ihr Ziel einer anschließenden Vermittlung nicht erreichen.

Das fehlende Angebot zwischen dem allgemeinen Arbeitsmarkt und Werkstatt bedeutet für ehemals beschäftigte Behinderte, aber auch für unfallgeschädigte Kranke nach Ausscheiden aus dem Arbeitsleben kaum Möglichkeiten einer angemessenen Weiterbeschäftigung.

Forderung:

Es ist wichtig, nicht nur Beschäftigung zu vermitteln, sondern Behinderte vollständig und dauerhaft in Beruf und Arbeit einzugliedern und weitgehend unabhängig zu machen. Als Lösungsmöglichkeiten bieten sich an:

- Weiterentwicklung der Werkstätten für Behinderte
- Aktive Lehrstellen- und Arbeitsplatzpolitik durch das Arbeitsamt, unterstützt durch andere Ämter und Selbsthilfegruppen
- Aufbau eines Systems beschützender Arbeitsplätze, das den Bereich zwischen Werkstätte und freier Wirtschaft abdeckt
- Bildung eines Koordinations- und Planungsausschusses „Arbeit Behinderter“

Dies bedeutet insbesondere:

- Ausbau der sozialen Betreuungsmöglichkeiten, die über die Betreuung am Arbeitsplatz hinausgehen
- Ausbau von berufsbildenden und berufsfördernden Maßnahmen in den Werkstätten
- Aktive und gezielte Informationspolitik über Beschäftigungsmöglichkeiten in den Werkstätten
- Öffentlichkeitsarbeit, die die Leistungsfähigkeit der Behinderten aufzeigt und dem Abbau von Vorurteilen in der Bevölkerung dient.

Zur aktiven Arbeitsvermittlung ist zu sagen, daß eine Information der Arbeitgeber über die Leistungsfähigkeit von Behinderten sehr wichtig ist. Die Arbeitgeber sollten über die Ausstellung von Behindertenarbeitsplätzen beraten werden. Dabei gehört das Aufsuchen von Betrieben und Behörden, deren Arbeitsstruktur am ehesten für Behinderte geeignet erscheint, als erste Maßnahme in den Vordergrund.

Der Plan schlägt ein System von beschützenden, Arbeitsplätzen vor und beruft sich auf Modelle der evangelischen Gesellschaft Stuttgart. Dieses Modell scheint für folgende Behinderte besonders geeignet zu sein:

- Behinderte, die aus dem freien Arbeitsmarkt ausscheiden, in den Werkstätten jedoch keine entsprechende Beschäftigung finden
- Behinderte, die aufgrund ihrer körperlichen Verfassung voll arbeitsfähig sind, die jedoch im Bezug auf ihre psychosoziale Belastbarkeit eine andauernde begleitende Betreuung benötigen
- Behinderte, die in Heimen leben und die in der Lage sind, über das in den Werkstätten geforderte Maß hinaus Arbeitsleistungen zu erbringen.

Besondere Probleme bereiten in diesem Zusammenhang psychisch Behinderte, für die keine eigenen Werkstätten vorhanden sind und für die eine vorbereitende individuelle Wiedereinführung in die Arbeit gefordert wird. Hier gilt es, all den Kräften, Initiativen und Angeboten entgegenzutreten, die allzu schnell bereit sind, solche Menschen als gemeinschaftsunfähig abzustempeln und sie für ewig hinter Anstaltsmauern verbannen möchten. Ich meine die großen psychiatrischen Anstalten in Deutschland, die entweder die italienischen Experimente mit Basaglia nicht kennen oder sie aber nicht kennen wollen, ich sage das bewußt polemisch, weil ich jeden Tag mit diesem Problem zu tun habe.

Wohnbereich:

Die Fakten kennen Sie alle. Ich möchte sie nur kurz anreißen: Die gestiegene Lebenserwartung der Behinderten durch erweiterte und verbesserte medizinische Hilfen, Ausbau der schulischen Hilfen verbessern die Lage der Behinderten, die Fähigkeit vieler Behinderter, ihre Lebenssituation selbst zu bestreiten.

Aus diesen Gründen sind offene Wohnformen notwendig, die der Entwicklung der Behinderten entsprechen. Bisher sind die Behinderten darauf angewiesen, ihre Wohnungen selbst zu bauen oder sich aber auf Heime zu verlassen. Der öffentliche Bau solcher Wohnungen ist nur sinnvoll, wenn parallel dazu folgende Bedingungen erfüllt werden:

- Ausbau der teilstationären und ambulanten Dienste. Trotz behindertengerechter Wohnungen wird der Behinderte auf kontinuierliche ärztliche und spezielle Betreuung angewiesen sein.
- Behindertengerechte Gestaltung der Wohnumgebung. Was nützt dem Behinderten die schönste Wohnung, wenn er dort festgehalten wird, weil geeignete Transportmittel fehlen oder wenn das nahegelegene Einkaufszentrum für ihn unerreichbar bleibt, weil der Eingang mit Treppen gestaltet wurde.

Individuelle Wohnformen sind für folgende Gruppen denkbar:

Alleinstehende Behinderte
Behinderte mit Familie
Familien mit behinderten Kindern.

Forderung:

Wohnräume sind zunächst in der Nähe von Werkstätten zu errichten. Dies ist insbesondere für Geistigbehinderte gedacht, die in Werkstätten arbeiten und für Körperbehinderte. Es ist wichtig, daß auch bei diesem Wohnangebot in der Nähe von Werkstätten und im Pflegeheimbereich der Satz nicht gelten darf: „Wer einmal drin ist, bleibt drin“.

Eine ständige Prüfung, inwiefern offene Hilfsangebote eine größere Entfaltung zulassen, ist notwendig. Es ist bedauerlich, daß viele Heimträger auf diese Forderung nicht eingehen, sondern Behinderte auch dann noch festhalten, wenn

sie längst wieder in anderen Lebensbereichen sein könnten. Hier fehlen die Zwischenglieder zwischen Anstalten, Heimen und den offenen Wohnformen, insbesondere Kontrollinstanzen, die für eine Verselbständigung der Behinderten Sorge tragen.

Der Plan nennt weitere Vorschläge, wie Wohnen bei den Eltern, und verkennt dabei nicht das Problem der Loslöseproblematik vom Elternhaus und das Verwöhnungsdenken und die Todeswünsche, die uns bekannt sind. Er hebt darauf ab, daß die ländliche Struktur des Ortenaukreises zwar häufig ein Wohnen bei den Eltern ermöglicht, aber oft zu langen Fahrten zwingt, wenn die Werkstätten weit entfernt sind. Das Wohnen bei Eltern bietet sich dann an, wenn landwirtschaftliche Betriebe vorhanden sind, in denen Behinderte beschäftigt werden können.

Wohngemeinschaften für leichter Behinderte sind sicher besser als Heimunterbringungen und werden durchweg von den Behinderten selbst bejaht. Hierzu schlägt der Plan vor, insbesondere für Jugendliche: die Gruppe sollte höchstens fünf bis sechs Jugendliche umfassen. Wünschenswert sind auch Wohngemeinschaften, in denen Behinderte und Nichtbehinderte zusammenleben, um eine Anhäufung von Problemfällen zu verhindern.

Die Wohngemeinschaft sollte von einem Sozialarbeiter betreut werden, insbesondere in therapeutischer und finanzieller Sicht.

Sie sollten in Wohngegenden angesiedelt werden, die dem behinderten Jugendlichen eine problemlose Teilnahme am Arbeits- und Kulturleben ermöglichen.

Vorschläge:

Die Priorität bei der Erfüllung des Wohnbedarfs liegt bei den offenen und halb-offenen Einrichtungen. Sie rangieren eindeutig vor dem weiteren Ausbau von Wohnheimplätzen, die gegenwärtig leider immer noch gebaut werden. Experimente mit Außenwohngruppen zeigen, daß diese einen großen Vorteil gegenüber den festen Wohnheimen haben. Große Heime sind überhaupt zu vermeiden, wegen der Gefahr der Gettobildung.

Wohnbereich von psychisch Kranken: Die Notwendigkeit der gemeindenahen Psychiatrie ist bisher ein Schlagwort geblieben. Das Angebot weist auf eine Struktur hin, die weit entfernt ist von dem, was in Baden-Württemberg für eine zeitgemäße und ortsnahe Psychiatrie notwendig ist. Kranke Behinderte im Vorfeld der Kliniken sehen sich oft genug Einrichtungen gegenüber, die unangemessen intensiv arbeiten. Folgen hiervon sind die Aufgabe der sozialen Beziehungen, der Verlust des Arbeitsplatzes, Rückfälle und Verschlechterung der gesundheitlichen Situation. Auch für diese Behinderten sind Änderungen gefordert und zwar aus folgenden Gründen:

Eine Eigenwohnung für diese Personen ermöglicht, aus der Gettoisierung auszubrechen. Bei geeignetem Standort bietet sie die Möglichkeit, am öffentlichen Leben teilzunehmen. Sie gibt dem Behinderten das Gefühl dazuzugehören, die

Behinderung wird nicht noch zusätzlich durch eine äußere wohnungsmäßige Kennzeichnung unterstrichen, wie das bei Anstalten und Heimen der Fall ist. Er hat dann aber auch ein hohes Maß an Selbständigkeit. Dadurch wird der Behinderte in die Lage versetzt, Fähigkeiten zu entfalten, die bisher durch ein Überangebot der Hilfe und übermäßig beschütztes Verhalten verdeckt waren.

Die Wohnung läßt sich individuell vom Behinderten gestalten, gleichzeitig erhöht sich seine Chance einer sozialen Kontaktaufnahme.

Bei einem gleichmäßigen Ausbau in allen größeren Städten erhöht sich die Mobilität der Behinderten, das erscheint angesichts der Schwierigkeit, einen angemessenen Arbeitsplatz zu bekommen, besonders wichtig zu sein. Hier schlägt der Plan 25 bis 30 Behindertenwohnungen vor, zusammen mit Verbänden.

Besonderes Gewicht legt der Plan auf Service-Häuser, wie sie in Schweden bereits verwirklicht sind. Sie sind für Behinderte verschiedener Art und verschiedenen Grades gedacht, für Familien mit Behinderten und alleinstehenden Behinderten. Auch alte Menschen könnten in solche Service-Häuser einziehen.

Zu den Service-Häusern gehören Dienstleistungen im Haus, z. B. tägliche Hilfen beim An- und Ausziehen, Baden, Betten machen.

Weitere Dienste sind intern oder extern zu organisieren, z. B. Versorgung durch externe Küchen, Therapie, Krankengymnastik, Beschäftigungstherapie, Beratung, Freizeithilfen, Fahrthilfen, Haushaltshilfen. Die Nähe zu Einkaufsmöglichkeiten und Verkehrsanschlüssen muß vorhanden sein,

Der Plan schlägt weiter vor, im Service-Haus Plätze für behinderte alte Menschen und für Nichtbehinderte zu schaffen. Außerdem schlägt er noch Miet- und Eigentumswohnungen und Eigenheimförderung vor.

Zu den weiteren Wünschen des Plans gehören Betreuungs- und Therapieeinrichtungen, die vor allem im Sportbereich geschaffen werden sollten. So sollten die Hallenbäder und Sporthallen entsprechend behinderungsgerecht gestaltet sein.

Mit diesen Forderungen bin ich beim *Freizeitbereich* angelangt, der nicht unterschätzt werden sollte, weil doch ein sehr großer Teil des menschlichen Lebens für Behinderte und Nichtbehinderte sich in der Freizeit abspielt.

Die Freizeitbedürfnisse sind bei Behinderten und Nichtbehinderten gleich, aber die Behinderung verhindert fast alles, was der Nichtbehinderte erreichen kann. Der Gedanke der sozialen Integration steht auch im Freizeitbereich über allen anderen Forderungen. Der Behindertenplan des Ortenaukreises macht hierzu folgende Vorschläge:

- Er beginnt bei den Sportgruppen von Versehrten und fordert sie auf, ihre Aktivitäten auf die anderen Behindertengruppen auszudehnen.

- Im Ferienbereich schlägt er vor, größere und bessere Angebote zu machen, erfordert Maßnahmen in der Freizeit zur beruflichen Bildung und Fortbildung wie die Nachholung von Schulabschlüssen für Lernbehinderte und Verhaltensgestörte.

Er regt Treffpunkte von Gruppen von Behinderten an. Die Zugänglichkeit von anderen Freizeitangeboten soll erleichtert werden, dazu werden Hol- und Bringdienste notwendig sein.

Eine enge Zusammenarbeit mit dem großen Vereinsleben im Ortenaukreis ist erforderlich, um vieles zu ermöglichen, was Behinderten bisher verschlossen war. Hier schlägt der Plan einen speziellen Freizeitkoordinator vor, der mit seinen Aufgaben voll ausgelastet wäre. Diese sind:

- Anregungen anzuorganisieren und bei der Verwirklichung zu helfen
- Menschen und Gruppierungen für entsprechende Tätigkeiten anzusprechen und zusammenzubringen
- Schaltstelle zu sein, solange sich noch nicht entsprechende selbständige Plattformen, z. B. in Behindertenclubs, gebildet haben.

Die Freizeit ist ein wichtiger Teil des Lebens und braucht der Organisation, wenn Behinderte integriert werden sollten. .

Offene Hilfen für Behinderte:

Dieser Bereich hat im Ortenaukreis eine eigene Ausprägung erfahren; der Ortenaukreis bekennt sich nicht nur im Behindertenbereich, sondern in allen Bereichen der Sozialpolitik, wie Jugendhilfe und Altenhilfe zum Schwergewicht bei den offenen Hilfen, weil sie eine Verselbständigung des Menschen eher garantieren als alle noch so differenziert aufgebauten Heime.

Es ist das Kernstück des gesamten Plans, seine innere Konzeption. Das System der offenen Hilfen muß so organisiert sein, daß der Behinderte sicher mit einer umfassenden und qualifizierten Beratung und Betreuung ohne lange Wege rechnen kann.

Es muß gesichert sein, daß notwendige Hilfen auch tatsächlich einsetzen und im Bedarfsfalle auch neuen Situationen angepaßt werden. Das Erteilen von guten Ratschlägen reicht nicht aus, wenn der Behinderte dann doch selbst schauen muß, wie er weiterkommt. Im Rahmen der offenen Hilfen wird vorgeschlagen, daß der Ortenaukreis zentrale Beratungsstellen für Behinderte errichtet. Betraut werden mit dieser Aufgabe, die insbesondere im Rechtsbereich wirksam wird, die Fürsorgestellen für Kriegsoffer, die auslaufende Aufgaben haben. Die Funktionen dieser Stellen sind:

- Beratung der Behinderten in regelmäßig stattfindenden Behindertensprechstunden

- Organisation von Spezialberatungen, z. B. regelmäßige Sprechstunden von einem Fachmann für Sehbehinderte
- Organisation der Behindertenbetreuung, Zusammenarbeit mit örtlichen ambulanten offenen Hilfen, wie Ärzten, Gesundheitsämtern, Sozialarbeitern, Sozialstationen und freien Verbänden
- Vermittlung geeigneter Wohnmöglichkeiten für Behinderte
- Gegebenenfalls Vermittlung an teilstationäre und stationäre Einrichtungen
- Unterstützung von Behindertenhaushaltungen durch Organisation häuslicher Hilfen
- Anregung von Behinderten und an Behindertenarbeit interessierten Mitbürgern zu Club-, Freizeit-, Ferien- oder sonstigen gemeinsamen Aktivitäten
- Zusammenarbeit mit überregionalen Reha-Einrichtungen und örtlichen Krankenhäusern und im Bedarfsfall die Nachbetreuung
- Öffentlichkeitsarbeit, Koordination der offenen Hilfen in Zusammenarbeit mit dem Ausschuß für Behinderte und anderen Trägern.

Um dies alles auch organisatorisch durchsetzen zu können, schlägt der Plan im Bereich der offenen Hilfen vor, einen Behindertenkoordinator einzustellen, der vieles zu organisieren hat, was bisher brach lag. Seine Aufgaben sind:

- Geschäftsführung für die Arbeitsgemeinschaft der in der Behindertenhilfe Tätigen
- Unterstützung und Beratung der in der Behindertenhilfe tätigen Ämter, Organisationen und Verbände, Vereine, Eltern-, Laienvereinigungen und die Sicherstellung eines ständigen Kontaktes zu diesen Institutionen
- Die Verhandlung mit übergeordneten Behörden in grundsätzlichen Fragen der Hilfe für Behinderte
- Die Mitwirkung bei der Schaffung neuer oder bereits bestehender Einrichtungen für Behinderte
- Quantitative und qualitative Bedarfserhebungen über notwendige Veränderungen und Verbesserungen im Behindertenbereich.

Bisher durchgeführte Aufgaben:

Es wird Sie interessieren, was von diesem Plan in den letzten beiden Jahren verwirklicht wurde.

1. Der Ortenaukreis hat einen Behindertenkoordinator eingestellt, der bereits in der Planung beim Planungsbüro mitgewirkt hat.
2. Es wurden dezentral zwei Sprachschulen im Ortenaukreis eingerichtet, die bisher nicht vorhanden waren.

3. Es wurde eine Schule für Körperbehinderte eingerichtet, um lange Wege zu überregionalen Einrichtungen abzubauen.
4. Es wurde eine Gruppe von Eltern behinderter Kinder gebildet, die über ihre Erziehungsprobleme mit Fachleuten regelmäßig sprechen.
5. Es wurde ein Fahrdienst für Behinderte eingerichtet, der den ganzen Ortenaukreis versorgt. Jeder Behinderte hat die Möglichkeit, acht Fahrten im Monat zu buchen und damit Einkäufe zu tätigen oder kulturelle Angebote und Freizeitangebote wahrzunehmen. Der Fahrdienst wird von freien Verbänden der Wohlfahrtspflege organisiert.
6. Der Sozialausschuß des Ortenaukreises hat Feriengeldzuschüsse für Behinderte, Eltern und Pflegepersonen beschlossen, um diesem Personenkreis Ferien zu ermöglichen.
7. Der Ortenaukreis hat eine zentrale Frühberatungs-, Frühbetreuungs- und Frühförderungsstelle eingerichtet. Sie ist bis jetzt mit einem Psychologen, einem Arzt (teilzeitbeschäftigt), einem Heilpädagogen und einem Sozialpädagogen besetzt. Ein Logopäde soll noch beschäftigt werden. Die Frühberatungsstelle hat in der kurzen Zeit ihrer Existenz, etwa ein Jahr, schon viel bewirkt, vor allem in Zusammenarbeit mit Kindergärten im Sprachheilbereich.

Weitere Aktivitäten werden im kommenden Jahr folgen.

Lassen Sie mich zum Schluß sagen, daß das Ziel dieses Planes und humanitären Programms die Absicht hat, die Integration Behinderter in unserem Landkreis zu fördern und auf breiter Ebene zu sichern, damit Behinderte nicht abgesondert werden, sondern unter uns mit gleichen Chancen leben können wie Nichtbehinderte.

7. Gekürzte Fassung der Plenumsdiskussion

Protokoll der Plenumsdiskussion

(gekürzte Fassung)

Kulenkampff: Die Arbeitsgruppe A beschäftigte sich mit dem Problem der Trennung der Versorgung geistig Behinderter von der Versorgung psychisch Kranker. Die Debatte war angeregt und recht lebhaft und ich kann pauschal feststellen, daß das Grundprinzip, die geistig Behinderten nicht in die Versorgung psychiatrischer Krankenhäuser aufzunehmen, unumstritten ist. Allerdings wurde die Lösung, wie sie von mir als Beispiel des Rheinlandes vorgetragen wurde -nämlich die geistig Behinderten in einem gesonderten Teil eines Krankenhauses zusammenzufassen und dort in einer eigenen Einrichtung zu verselbständigen -zumindest problematisiert. Diese unmittelbare Nähe zum Krankenhaus mit seinen vielen Verbindungen und auch gegenseitigen Belastungen, sollte vermieden werden, da es langfristig besser wäre, Behinderte weiter ab vom Krankenhauskomplex unterzubringen und so möglicherweise in einem zweiten Anlauf die Dezentralisierung voranzutreiben.

Alle waren sich aber darüber einig, daß man leider auf noch unabsehbare Zeit große Einrichtungen brauchen werde, in der vor allen Dingen schwerer Behinderte ihre Heimat und ihre Förderung finden können. Es wurde der Standpunkt vertreten, daß die jetzt in den Landeskliniken etablierten selbständigen Behindertenbereiche so zu dezimieren und vielleicht sogar so überflüssig zu machen sind, daß sich ihr Klientel an geeigneter anderer Stelle wiederfindet.

Dann wurde über das Problem der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts diskutiert, also des sehr weit gefaßten Begriffs des Behandlungsfalles. Auf dem Hintergrund dieser Gerichtsentscheidung besteht die Tendenz, den Krankenhausanteil ganz weit zu fassen, einfach unter dem Aspekt, daß auch Behinderte schließlich Patienten sind, deren Beschwerden man lindern oder deren Leiden man vor Verschlimmerung bewahren kann. Unter diesem Aspekt könnten im Grunde alle Behinderten oder ein großer Anteil der Behinderten als „Kranke“ bezeichnet werden und fielen damit in die Zuständigkeit der Kassen. Es besteht kein Zweifel, daß die Kämmerer der Träger von Einrichtungen, in denen sich Behindertenbereiche verselbständigen sollen, daran interessiert sind, wegen der Einnahmen vermehrt Kassenpatienten zu haben. Nicht selten sind sie auch der überregionale Sozialhilfeträger, müssen also für die, welche nicht Kassenpatienten sind, zahlen. Doch es zeigt sich, daß ein Patient, der im Behindertenbereich Kassenzuständigkeit hat, dort nicht richtig einzuordnen ist. Kassenpatienten können nach den heutigen sozialgesetzlichen Vorschriften im Heim nicht so ohne weiteres existieren. Z. B. können sie in der Werkstatt für Behinderte nicht finanziert werden. Solange die Frage der Versicherung von sogenannten Pflegefällen ungelöst ist, werden sich in dem Wirrwarr von Kosten- und Finanzierungszuständigkeiten Zwänge erge-

ben, die mit den Bedürfnissen der Behinderten einerseits, aber auch der Kranken andererseits, nicht zur Deckung zu bringen sind. Deswegen ist es dringend notwendig, insbesondere das Problem der Versicherung für den Pflegefall, in welcher Form auch immer, möglichst kurzfristig zu lösen.

Der bekannte Umstand, daß diejenigen Fälle, welche Sozialhilfefälle sind oder werden, in eine ungünstige Situation kommen, weil ihr eigenes Vermögen, ihre Rente sowie das Einkommen und Vermögen ihrer Familienangehörigen in Anspruch genommen wird, erweist sich als besonders gravierend, wenn -wie zu erwarten - die Pflegesätze in den neu konstituierten Behindertenbereichen relativ hoch werden. Da man sich an das Niveau der vorbildlichen Einrichtungen freier Träger angleichen wird, sind entsprechend sehr viel höhere Pflegesätze die Folge. Unter dem Einfluß von Personalräten und Gewerkschaften kommen möglicherweise noch Zulagen hinzu, so daß derjenige, der dann unter Umständen in guten Verhältnissen dort Förderung erfährt, als Sozialhilfefall auf unabsehbare Zeit eine Last für seine Familienangehörigen werden kann. Die Verwendung der Sozialhilfe in unserem Land gestaltet sich demnach nicht so, wie das ursprünglich im Bundessozialhilfegesetz vorgesehen ist, sondern es findet eine Subventionierung von Bereichen statt, die eben durch das Solidaritätsprinzip einer Versicherung nicht abgedeckt sind - was nach meiner Meinung ein Mißstand ist.

Als zweiter Punkt wurde das Problem der Aus-, Fort- und Weiterbildung des Personals besprochen. Der Vorteil dieser selbständigen Behindertenbereiche liegt darin, daß sie über ein Krankenpflegepersonal verfügen, das in der Regel staatlich examiniert oder zumindest voll ausgebildet ist. Hierin unterscheiden sie sich zu manchen Einrichtungen freier Trägerschaft, wo ein solches Ausbildungsniveau nicht immer erreicht wird. Dennoch fehlt eine zusätzliche Qualifikation. Diese sollte in einer Zusatzausbildung für Krankenpflegekräfte und für Erzieher bestehen, die über keinen Schwerpunkt verfügen. In einer Nachdiplomierung und einer Erstausbildung in Fachschulen sollten die Schwerpunkte Pädagogik und Heilpädagogik hinzukommen, sei es nun als Heilerziehungspfleger oder in Form einer besonderen Erzieherausbildung, die sich aber an das Curriculum der Heilerziehungspflege anlehnt. Darüber hinaus sollte es eine Sonderausbildung- oder Fortbildung für Pflegekräfte geben, die sich um alte Behinderte zu kümmern haben.

Es ist auch über das Problem der Zusammenarbeit zwischen diesen neuen Behinderteneinrichtungen und den bestehenden Einrichtungen freier Träger gesprochen worden. Hier scheint es - jedenfalls in absehbarer Zeit - nicht so ohne weiteres möglich zu sein, durch Verlegungen Entlastung oder Abbau der Kapazität zu schaffen. Einfach weil sich die freien Träger offensichtlich daran gewöhnt haben, Behinderte, die aus dem psychiatrischen Krankenhaus kommen, wieder zurückzuverlegen oder selbst Behinderte, mit denen sie nicht fertig werden, in die psychiatrischen Kliniken zu verlegen. Dadurch bildet sich dort ein Klientel, das sich von dem in den freien Einrichtungen, jedenfalls zunächst ihrer Herkunft nach, unterscheidet, wenn auch sicher manche dieser Zuweisun-

gen Landeskrankenhaus / freie Träger, zufällig geschehen sein mag. Dieser Umstand bringt die Gefahr eines gewissen Selektionsprozesses in der Richtung mit sich, daß sich die verhaltensgestörten, schwierigen, schwerer und Schwerst-Behinderten in den Einrichtungen der psychiatrischen Kliniken ansammeln.

Diejenigen, die meinen, vernünftige Einrichtungen ausbauen zu können, tun das vielleicht mit dem Ziel, in einer weiteren Zukunft aus dieser zentralistischen Lösung herauszukommen in eine mehr dezentrale. Über das Problem der ärztlichen Versorgung in den Behinderteneinrichtungen konnten wir leider nicht mehr sprechen.

Diskussion

Gaedt Ich würde gerne die Problematik des Subsidiaritätsprinzips aufgreifen und davor warnen, sich ohne weitere Überlegung auf die Krankenkassen zu stürzen. Die Krankenkassen werden bekanntlich vom „einbehaltenen Lohn“ finanziert, das Landessozialamt bekommt dagegen das Geld aus dem Steueraufkommen. Das Problem ist, daß der Beitragssatz der Kranken- und Rentenversicherungen eine Grenze erreicht hat, die nicht so leicht überschritten werden kann. Wenn jetzt durch die Umschreibung der Kosten, die bei der Versorgung von geistig Behinderten entstehen, die Krankenkassen noch mehr belastet werden, so gerät die Behindertenarbeit automatisch in Konkurrenz mit den vielen anderen Aufgaben, die die Krankenkassen haben. Ich sehe hier wenig Möglichkeiten, daß dann die notwendigen Fortschritte aus diesem Topf finanziert werden können. Die Verteilungskämpfe, die sich dann abspielen werden, sind wahrscheinlich wesentlich härter als bei dem bisherigen Finanzierungsmodus. Der Ausweg hieße, daß die ungerechtfertigte Heranziehung der Angehörigen abgebaut wird, wie dies in der Tendenz im Bundessozialhilfegesetz schon der Fall ist, so daß das Subsidiaritätsprinzip Stück für Stück zurückgedrängt wird. Diese Tendenz müßte unterstützt werden.

Kulenkampff: Ich halte es für fraglich und zumindestens überlegenswert, ob es richtig ist, daß wir einen besonderen Zustand, in den wir schließlich alle, wenn wir pflegebedürftig werden, kommen, durch Steuermittel subventionieren. Im Grunde ist auch das etwas, was die Gemeinschaft solidarisch zu vertreten hat. Wie man das technisch löst, darüber kann man streiten. Praktisch sieht es so aus, daß die Sozialhilfe ein Faß ist, aus dem man leichter als bei den Kassen schöpfen kann, die sehr viel widerständiger sind und in der Verhandlung sicherlich mühsamere Partner als ein örtlicher oder überörtlicher Sozialhilfeträger. Ich finde es im Prinzip jedoch nicht gut und auch dem Wesen unseres Sozialhilfegesetzes und des Sozialgesetzbuches nicht entsprechend, daß die Sozialhilfe so - ich möchte mal sagen - mißbraucht wird. Allerdings ist der jetzige Zustand deswegen schlecht, weil die Entscheidung über Behandlung in einem Pflegefall gleichbedeutend ist mit der Einweisung in den Heimsektor oder in ein Krankenhaus. Solange wir nicht Finanzierungsmodalitäten haben unter Beteiligung der Kassen außerhalb des Krankenhauses, gebe ich Ihnen recht, solange

werden wir wohl zunächst keinen anderen Weg gehen können. Wenn dieses Problem bald von der Bundesregierung aufgegriffen - es gibt entsprechende Papiere - und erledigt wird, würde ich es vorziehen, daß bei einer Ausweitung des Behandlungsbegriffes auch außerhalb des Krankenhauses die Kassen in einer gewissen Weise an der Finanzierung beteiligt werden können.

Gaedt: Wir haben es hier nicht mit Kranken zu tun; es ist in erster Linie eine soziale und keine medizinische Aufgabe. Das ist der Grund, warum man das Behindertenproblem nicht in die Zuständigkeit der Krankenkassen verlegen sollte. Es handelt sich vorwiegend um Maßnahmen der Eingliederung, d. h. man ist bestrebt, diesen bisher vernachlässigten Personenkreis besser als bisher gesellschaftlich zu integrieren. Hierfür ist das BSHG eine bessere Grundlage als die an der medizinischen Versorgung orientierte RVO. Hierdurch wird auch unterstrichen, daß die Verantwortlichkeit für die Behinderten die Gesellschaft insgesamt trifft und nicht nur die Solidargemeinschaft der Sozialversicherten.

Kulenkampff: Um es noch einmal zu verdeutlichen: Das Kriterium ist nicht, ob jemand krank ist oder nicht, sondern ob eine Behandlung stattfindet. Der Begriff der Behandlung wurde höchststrichterlich, zumindestens in einem gewissen Interpretationsrahmen, entschieden. Und es scheint so, als wenn auch ein Behinderter behandelt werden kann. Sie können nicht einfach sagen, daß Behinderte nicht Kranke sind und infolgedessen die Kassenzuständigkeit überhaupt nicht in Frage kommt. Aber dieses Thema ist vielleicht ein bißchen zu sophisticated und wir können hier auch keine Lösung finden. Mir ist bekannt, daß die Vertreter der Einrichtungen selbst, z. B. in einer langen Debatte über das Übergangsheim aus Praktikabilitätsgründen und vielleicht auch ein bißchen Ideologie, die Sozialhilfe immer vorgezogen haben. Dennoch haben wir jetzt beim Übergangsheim Regelungen mit der Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation vorgesehen, um diesen Zustand zu verändern. Vielleicht werden sie sich auch daran gewöhnen.

Bericht der Arbeitsgruppe B

Huber: Die Arbeitsgruppe B diskutierte zunächst einmal das Thema „Die Stellung der Ärzte und Pädagogen zueinander in den Einrichtungen“. Das Ergebnis dieser Diskussion darf ich Ihnen in folgenden Sätzen zusammenfassen:

1. Auch der Psychiater hat die Aufgabe, beim Behinderten Entwicklungen voranzutreiben und Grundlagen zu schaffen für die Arbeit der Pädagogen. Es ist also keine statische Arbeit, die einen Zustand feststellt oder festschreibt, sondern eine Arbeit, die Entwicklungen erkennen und vorantreiben soll. Dabei ist zu beachten, daß Krankheiten oft durch die Lebensweise der Behinderten sowie durch ihre Behinderung selbst entstehen. Diese Dinge reduzieren die Aktivität und die Lebenserwartung des Behinderten. Die Probleme, um die es sich hier handelt, sind häufig nicht rein psychiatrischer Natur, sondern liegen nicht selten in der internistischen oder allgemeinärztlichen Verantwortung. Zu ihrer Lösung bedarf es der engen Zusammenarbeit mit pädagogischen

Mitarbeitern in den jeweiligen Wohngruppen bzw. in den Wohnbereichen, in denen sich der Behinderte befindet. Es wurden für diese Probleme einige Beispiele erwähnt, die ich nicht im einzelnen aufführen möchte,

2. Es wurde darauf hingewiesen, daß es auch eine wichtige Aufgabe des Psychiaters in den Einrichtungen für geistig Behinderte ist, Medikamente abzusetzen oder solche gar nicht zu verordnen.

3. Es wurde festgestellt, daß die Langzeitpatienten in den psychiatrischen Krankenhäusern Ähnlichkeiten und Berührungspunkte mit dem Personenkreis der geistig Behinderten haben. Auch sie sollten aus dem Krankenhausbereich in einen Wohnbereich eingegliedert werden, weil die Langzeitpatienten die Beheimatung ebenso brauchen wie die geistig Behinderten. Deshalb sollte die Position der Sozialdienste in den Landeskrankenhäusern gestärkt werden. Sie müssen in der Ausgliederung dieser Patienten und vor allem natürlich auch in der Ausgliederung geistig Behinderter eine Schlüsselposition haben und in diesem Fall Entscheidungen wesentlich mitbestimmen können.

Offengeblieben ist in unserer Diskussion die Frage der Versorgung schwer verhaltensgestörter Behinderter: ob sie nun im psychiatrischen Krankenhaus oder in stationären Behinderteneinrichtungen erfolgen soll. Letzters könnte zu einer Verstärkung des klinischen Anteils in den Behinderteneinrichtungen führen, der nicht unbedingt wünschenswert ist. Die Psychiatrie aber könnte eben unter Umständen die heilpädagogischen Ansätze in der Therapie dieser Behinderter vergessen.

Die Diskussion ging im zweiten Teil um die Wohnformen in den Wohnungen, wie sie vor allem von Ennen und auch von Rascher dargestellt wurden und im stationären Bereich. Es wurde festgestellt, daß nicht unbedingt eine absolute Zahl für die Größe einer Wohnform wünschenswert ist und daß es wesentlich sei, auf die möglichst breite Differenzierung der Wohnangebote zu achten. Der organisatorische Zusammenhang verschiedener Einrichtungen, verschiedener Wohn- oder Arbeitsgelegenheiten könnte hilfreich sein. Dieser organisatorische Zusammenschluß kann nicht nur in Form einer herkömmlichen Anstalt, sondern eben auch in Form mehrerer kleinerer Einrichtungen erfolgen. Leitlinie bei der Gestaltung aller dieser Bereiche - sei es die Dorfgemeinschaft, sei es die Behindertenwohnung, sei es die stationäre Einrichtung - sollten die Bedürfnisse des Behinderten sein, die zu erheben sind und das, was wir ihnen im Sinne einer dauernden Beheimatung anbieten und ermöglichen wollen. In diesem Zusammenhang wurde vor allem deutlich, daß es sehr problematisch ist, in einem Richtlinienpapier - wie das von seiten der überörtlichen Träger versucht wird - Wohneinheiten, Wohngrößen festzuschreiben, die dann nicht mehr zu verändern sind. Es sollten nur Rahmenrichtlinien entstehen, die in dem Maße sinnvoll sind, als sie auch die Freiheit geben, über weitere Entwicklungen nachzudenken und sie in Gang zu setzen.

Diskussion

Kulenkampff: Darf ich fragen, was Sie unter dem Begriff „Langzeitkranke“ verstanden haben?

Huber Wenn ich unsere Diskussion richtig verstanden habe, handelt es sich dabei um jene psychisch Kranken, die, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr aus den Landeskrankenhäusern entlassen werden können.

Kulenkampff: Deckt sich das mit dem, was man sonst „seelisch Behinderte“ nennt?

Huber: Der Begriff „seelisch Behinderte“ scheint mir etwas zu weit gefaßt zu sein, obwohl es im evangelischen Verband die seelisch Behinderten sind. Der Begriff der seelisch Behinderten ist ein sehr diffuser Begriff. Manche ordnen unter die seelisch Behinderten auch jene ein, die z. B. an schweren Neurosen leiden und die sind sicher nicht damit gemeint.

Kulenkampff: Nun kommt diese von Ihnen zuletzt genannte Gruppe im Klientel der Landeskliniken vor. Ich frage das deshalb, weil wir - ich berichtete das in meiner Arbeitsgruppe - diesen Versuch, den Sie angesprochen haben, allerdings unter dem Terminus „seelisch Behinderte“ gemacht haben und dabei im wesentlichen chronische Psychotiker mit Defektsymptomen zusammengefaßt haben. Wir hatten ursprünglich vor, neben dem Behindertenbereich noch einen weiteren Heimbereich für diese Gruppe zu konstituieren, sie also auch aus dem Krankenhaus herauszunehmen. Doch da die Grauzone zwischen Behinderung und chronischer Krankheit fließender ist als beim geistig Behinderten, ist uns das wegen der Kostenfrage nicht gelungen. Die politischen Gremien verlangten, daß wir sie weiter im Krankenhausbereich lassen, um hier die Kassenzuständigkeit wenigstens potentiell zu sichern. Das finde ich bedauerlich, denn ich bin ganz Ihrer Meinung, daß diese Gruppe besonderer Programme bedarf, die sich auch von denen der geistig Behinderten unterscheiden. Eine einfache Krankenhausversorgung ist für diese Population unzureichend.

Wie überhaupt das interessante Phänomen zu beobachten ist, daß in dem Maße, in dem wir uns um Behindertenprobleme kümmern, es eine Rückwirkung dieser Probleme in das psychiatrische Krankenhaus gibt. Dort macht sich mehr und mehr die Erkenntnis breit, daß der Umgang mit psychisch Kranken auch von Vorstellungen bestimmt wird, wie sie in dem Behindertenbereich vorkommen; also stärkere Betonung soziotherapeutischer und heilpädagogischer Elemente, zumindest flexible Gestaltung von Dienstzeiten und dergleichen mehr, die bedürfnisgerechter für die Patienten sind. All diese Dinge werden plötzlich auch im Krankenhaus aktueller, so daß das Nebeneinander dieser beiden Bereiche zunächst zweifellos auch einen Gewinn für die Psychiatrie darstellt.

Sie sprachen auch über das Verbundsystem von mehreren kleineren Heimen als Alternative zu einem größeren.

Huber: Unser Ausgangspunkt war die Frage: Wie groß darf die stationäre Einrichtung sein? Dabei wurde die Zahl 400, die ich in Anlehnung an die Enquete gestern genannt hatte, im Grunde genommen als zu groß bezeichnet. Die Nennung von absoluten Zahlen ist immer sehr problematisch. 400 kann zu groß sein, 200 kann auch zu groß sein und es können Situationen entstehen, wo

vielleicht andere Zahlen notwendig sind. Ein wesentlicher Punkt ist, erstens, daß diese Zahlen nicht in einer Massierung, sozusagen in einem Kasten, stattfinden, sowie zweitens, daß die Differenzierung der Wohnbereiche auch in den stationären Einrichtungen zum Tragen kommt. Und drittens, daß es sicher sinnvoll ist, wenn man verschiedene kleinere Wohneinheiten hat, für die man eine gemeinsame Trägerschaft und eine Organisationsform findet. Es wurden Beispiele genannt, daß solche Zusammenschlüsse oder gemeinsame Trägerschaften von z. B. verschiedenen Wohneinheiten, einer Werkstatt und vielleicht sogar noch einem Freizeitzentrum heute durchaus schon Wirklichkeit sind, einfach, weil diese Dinge organisch nacheinander wachsen. Es gab zuerst die Tagesstätte, dann kam die Werkstatt und dann das erste Wohnheim dazu, dann das zweite, Entwicklungen, die z. B. in Ballungszentren gegeben sind.

Teilnehmer: Ich möchte die Arbeitsgruppe fragen, wie groß darf ein Wohnheim im teilstationären Bereich sein? Wir wissen, daß uns die Kostenträger immer mehr vorschreiben, mindestens 40 bis 50 Plätze zu errichten. Sie, Herr Huber, haben gemeint, hier müßte ein Bezug hergestellt werden zur Bedürfnislage des einzelnen geistig Behinderten. Ich glaube, wir sollten darüber noch mehr sprechen, wenn wir auch das In-der-Stelle-Wohnen hier im Auge haben. Denn ich könnte mir vorstellen, daß diese Arbeitstagung doch über eine flexible Finanzierung von Wohnangeboten eine Aussage machen sollte, um den Forderungen der Kostenträger besser begegnen zu können.

Huber: Es war uns wichtig zu sagen, daß ein Richtlinienpapier, das bestimmte Wohngrößen festlegt, im Grunde genommen eine gefährliche Sache ist. Wenn man jetzt Zahlen festlegt, dann geht die Diskussion um die Zahl los, schreiben wir jetzt 40, schreiben wir jetzt 30, schreiben wir jetzt 50 oder schreiben wir jetzt 60? Das Bedürfnis sehr vieler Behinderter ist ganz sicher, in einer kleinen Wohneinheit zu wohnen. Die Größe dieser kleinen Wohneinheit ist von Fall zu Fall zu entscheiden. Es können in einem Fall, wenn es sehr selbständige Leute sind, vielleicht drei sein, in einem anderen Fall können es acht sein oder auch 25. Wenn man hier auch für Kranke sorgen oder eine Gruppe mit Schwerbehinderten eingliedern will, kann es auch sein, daß es vielleicht einmal 40 oder 60 Plätze sind. Wenn wir jetzt herangehen und eine Zahl festlegen, dann halten sich die Kostenträger an diese Zahl entweder nach oben oder nach unten fest. Es ist also die Frage, ob wir nicht in einer Zahl Entwicklungen, die wir heute selbst noch gar nicht absehen, in die Zukunft hinein blockieren.

Kulenkampff: Wenn Sie das nicht wollen, wie könnte denn ein solcher Rahmen aussehen, der die Zahl ersetzt?

Huber: Jetzt muß ich passen. Das haben wir nicht mehr diskutiert.

Kulenkampff: Es könnte dem Sinn nach nur so heißen, daß man sagt, es muß so gebaut werden, daß den Bedürfnissen der Behinderten entsprochen wird.

Tietjen: Ich möchte uns dazu ermutigen, daß wir diese Diskussion um Wirtschaftlichkeit mal ein wenig durch Sachinteressen oder inhaltliche Fragestel-

lungen ersetzen. Wir haben gestern schon ein sehr interessantes Beispiel dazu gehört, z. B. wie Behinderteneinrichtungen gebaut werden. Da werden Plätze eingerichtet ab 60.000 DM pro Platz. Dafür können wir wirklich billiger Villen für Behinderte bauen. Ein anderes Beispiel ist die Essensversorgung: Wir haben heute einen Sachkostenanteil in unseren Pflegesätzen, wenn ich damit meine sechsköpfige Familie ernähren wollte, dann würden wir im Monat allein über 2000,- DM fürs Essen ausgeben. Das tun wir aber nicht, das können wir uns gar nicht leisten. Also irgendetwas stimmt bei diesen Überlegungen in punkto Wirtschaftlichkeit nicht. Wie wir gestern hörten, kann der einzelne Behinderte, der in die Familie zurückkommt und nur von außen begleitet wird, eventuell wesentlich kostengünstiger sein als die Unterbringung in einer Spezialeinrichtung, die dann eventuell 50 Plätze hat, weil das von der Küchengröße her günstiger ist. Ich meine, wir sollten uns mit solchen allgemeinen Diskussionsbeiträgen nicht zufrieden geben, sondern fordern, daß die Größenordnung von einer Einrichtung primär davon abhängt, was als soziales Umfeld angemessen für den einzelnen Betroffenen ist.

Burger Mit der Diskussion über die Zahlen sind wir einige Jahre zu spät dran, denn die Richtlinien für Wohnheime und Wohngrößen werden uns bereits präsentiert und sind festgeschrieben. Wir müßten daher als Ergebnis dieser Tagung fordern, daß man uns nicht mit solchen Richtlinien anbinden soll, damit wir erst Erfahrung sammeln können.

Stäbler: Ich möchte etwas zum Sachkostenaufwand für die Versorgung bemerken. In unseren Einrichtungen, Wohnheimen haben wir einen durchschnittlichen Rohlebensmittelaufwand pro Person und Tag bei männlichen Jugendlichen von 4,20 DM. In meiner Familie ist es mir nicht möglich, mit 4,20 DM für meine Kinder auszukommen. Ich weiß daher nicht, wie die gerade geäußerte Meinung zustande kommt.

Tietjen: Wir haben den glücklichen Umstand, daß der Behindertenbereich von der Klinik losgetrennt wird. Die Klinik berechnet uns pro Tag für Verpflegung einen Satz von 11,- DM pro Kopf. Darüber hinaus werden die Personalkosten gesondert über den Stellenplan abgerechnet.

Kulenkampff: Darf ich dann festhalten, daß es die Meinung dieser Versammlung ist - der Beitrag vorhin hat das noch einmal festgelegt -, daß Sie es allesamt für untunlich halten, unter ökonomischen Gesichtspunkten festgeschriebene Zahlen wie Größe von Wohnheimen in Richtlinien zu fixieren, also zur Grundlage des Handelns zu machen. Sondern daß man sehr viel länger abwarten sollte, bis Erfahrungen, Entwicklungen auch in kleineren Einheiten vorliegen, um sich dann entsprechend den Bedürfnissen der Behinderten auszurichten. Wobei man vielleicht hinzufügen kann, daß die Frage der Wirtschaftlichkeit in Bezug auf die Größe solcher Einrichtungen empirisch noch nicht voll ausgeschöpft ist, d. h. die Vorstellung, je größer ein Heim, desto billiger, scheint mir etwas kurzatmig und noch keineswegs sicher zu sein.

Huber: Ich glaube, daß die Frage der Wirtschaftlichkeit sich nicht so sehr an den Verpflegungskosten und ähnlichen Dingen entscheidet, sondern sie wird

sich vor allem an den Personalkosten entscheiden, im Zusammenhang mit den Personalkosten ist die Frage nach der Wirtschaftlichkeit auch eine Frage nach dem jeweils notwendigen Betreuungsaufwand. Das Bedürfnis des Behinderten nach Betreuung ist sehr unterschiedlich und richtet sich nach dem Grad der Behinderung. Daran werden sich die Dinge entscheiden und es ist sehr die Frage - ich formuliere jetzt in Extremen - ob ich schwerbehinderte Personen mit einem hohen Betreuungsaufwand in einer Einheit von vier Personen zusammenfassen und dann noch die personelle Betreuung sichern kann oder ob ich vier leicht Behinderte und relativ Selbständige beieinander habe, die eben einen sehr geringen Betreuungsaufwand brauchen. Danach richtet sich die Größenordnung in einzelnen Heimbereichen, vor allem, wenn wir an die Personalkosten unter Berücksichtigung der 40-Stunden-Woche oder sogar an eine reduzierte 40-Stunden-Woche denken. Die personelle Ausstattung einer Gruppe richtet sich danach, ob ich in zwei Schichten arbeiten muß, ob ich einen gespaltenen Dienst machen kann oder ob ich sogar in einer Gruppe einen Nachtdienst stellen muß.

Vetter: Es gibt Untersuchungen aus Dänemark und aus England, die einwandfrei nachweisen, daß kleinere Einheiten kostengünstiger sind, und zwar nicht nur auf der Ebene der Erstellung der Bauten und allem, was dazu gehört, sondern auch gerade auf der Personalebene. Man hat eigenartigerweise festgestellt, daß all diese Dinge, wie Krankmeldungen, Ausfälle in kleinen Einheiten, ganz enorm abweichen von größeren Anstalten, so daß da effektiv ein niedrigerer Kostensatz besteht.

Kulenkampf: Ich finde diesen Gesichtspunkt sehr wichtig. Ich erinnere mich, daß wir während der Arbeit der Sachverständigen-Kommission im Zusammenhang mit der Entwicklung von Personalschlüsseln für Wohnheime immer Schwierigkeiten bei sehr kleinen Größen hatten. Wenn Sie den Gesamtschlüssel auf niedrige Bettenzahlen umrechnen, taucht etwa eine halbe oder Viertelkraft auf. Das bedeutet, daß das Heim, wenn es ganz klein wird, eine ganze Kraft für irgendetwas, wie z. B. Beschäftigungstherapie, nicht mehr trägt, wenn Sie den Schlüssel anwenden wollen, der auch für größere Einrichtungen verwendet wird. Deshalb haben wir gesagt, daß wir mehrere kleinere Einrichtungen in einem Verbundsystem zusammenfassen wollen, wo es dann möglich wird, daß eine volle Kraft an mehreren Stellen tätig sein kann. Das ist noch ein zusätzliches Argument, diese kleineren Einheiten nicht so solitär zu sehen, sondern in einem System von Kooperation verschiedenster Art, wie z. B. Tagesstätte, Wohnheim, Einzelwohnungen, die miteinander in verschiedenen Modalitäten von einem gemeinsamen Personalstamm betreut werden können, dessen Einsatz dann rationell wird.

Stöckmann: Wir haben über diverse Dinge gesprochen. Nur, ich finde, wir haben vergessen, die Behinderten selbst in ihrer Unterschiedlichkeit, d. h. in der Schwere der Behinderung zu sehen und auf das Binnenleben eines Wohnheimes einzugehen. Wenn ich mir z. B. sechs Behinderte in einem Wohnheim vorstelle, die nicht alleine nach draußen gehen können, dann sind dort größere

Spannungen, als bei vier oder sechs dieser Gruppen zusammen mit den unterschiedlichen Zugehmöglichkeiten innerhalb des Wohnheimes. Meines Erachtens sollte unter Berücksichtigung der Schwere der Behinderung und auch eines gewissen Binnenlebens beachtet werden, was für mehrere Gruppen unter einem Dach möglich ist.

Teilnehmer: Ich möchte noch einen weiteren Punkt ansprechen: Die Frage nach der Gestaltung einer Wohnung innerhalb einer Wohnstätte. Wir wissen doch, daß wir immer Richtlinien bekommen über Quadratmeter-Zahlen eines Wohnraumes, eines Aufenthaltsraumes oder eines Zimmers, die Räumlichkeiten für unsere geistig Behinderten. Viele dieser Wohnstätten sind hotelmäßig angelegt mit langen Fluren, wo links und rechts die Zimmer abgehen. Ich bin der Überzeugung, daß die Bereitstellung einer Wohnung für geistig Behinderte höhere Kosten ergibt, als in dieser engen Begrenzung der Quadratmeterzahlen nur in Form eines Hotels möglich ist. Ich möchte wissen, was die Arbeitsgruppe zu der inneren Gestaltung des Wohnens innerhalb des Wohnheimes für geistig Behinderte gesagt hat.

Wolf: Wir haben diesen Punkt nicht ganz außer Acht gelassen. Hier in der Aussprache geht es uns um Größen, um Formen, um differenzierte Angebote, um möglichst kleine Einheiten. Ob wir damit bereits inhaltliche Aussagen über unsere Zielsetzungen machen, über das, was unter dem Stichwort „Bedürfnisse der Behinderten“ gemeint ist, ist mir fraglich. In der Praxis sind es doch die Mitarbeiter, die Bedürfnisse formulieren, ermöglichen oder ihre Gestaltung verhindern. Wenn wir nicht davon loskommen, über Größen, über Geld, Platzzahlen zu reden, kann ich verstehen, wenn Kostenträger sagen: Wir brauchen Richtlinien. Der Versuch in Bayern, Richtlinien von der Praxis her zu gestalten, indem man von Familiengrößen ausgeht und die Möglichkeit der Kombination von zwei, drei und vier Gruppen als etwaigen Anhaltspunkt für die Gesamtgröße einer Wohnform für erwachsene Behinderte vorschlägt, hat seine Bewährungsprobe noch vor sich.

Wir sollten hier nicht versuchen, uns unter Schlagworten voneinander abzuheben und auseinanderzusetzen, sondern etwas aufnehmen von dem, was gestern in einigen Beiträgen angesprochen worden ist, etwa in Richtung Beheimatung und Lebensformen für Behinderte und Dienstgemeinschaft der Mitarbeiter. Dabei bin ich mir wohl bewußt, daß dies das Schwierigste sein wird, wenn ich an unsere eigenen Versuche denke.

Schlaich: Dennoch möchte ich noch einmal wiederholen, daß es sehr gefährlich ist, wenn wir heute diese oder jene Form als die richtige bezeichnen. Wie wir mit den Kostenträgern jeweils zu Rande kommen, wenn wir etwas anderes wollen, als die Richtlinien im einzelnen sagen, das ist natürlich eine schwierige Sache. Aber Herr Kulenkampff, Sie hatten vorhin auch wiedergesagt: „leider“ brauchen wir auch noch die großen Einrichtungen. Solange das noch nicht ausdiskutiert ist, was dieses Wörtchen „leider“ bedeutet, können wir weder das eine noch das andere sagen.

Vielleicht noch ein Argument, was heute Nachmittag noch nicht angekommen ist. Mir ist es auch schon wieder zu eng, wenn gefordert wird, daß diese kleinen Wohnheime zwischen 20 und 40 Plätzen in jedem Fall immer in Wohngruppen gegliedert sein müssen. Was die Anstalten an Negativem gebracht haben, das ist in den vergangenen 100 Jahren evident geworden. Was jedoch die kleinen Einrichtungen an Schwierigkeiten bringen, das wissen wir heute noch nicht. Das heißt, die eigentlichen Fragen sind: Wie man das gestaltet, daß alle die vielen kleinen Einrichtungen wirklich menschlich qualifiziert bleiben, was man für diese Mitarbeiter in diesen kleinen Wohngemeinschaften tun muß und tun kann, und wer das dann jeweils tut. Um diese Fragen zu beantworten, haben wir a) zu wenig Erfahrung und b) viel zu wenig miteinander gesprochen. Wir sind doch immer in der Gefahr, daß wir uns irgendwie schützen und verteidigen müssen. Und es wäre durchaus wünschenswert, einmal ein offenes Gespräch über unsere Sorgen mit Menschen zu führen, die andere Ziele und andere Erfahrungen haben. Ehe wir das nicht getan haben, sind Aussagen, welche Einrichtungen zu groß oder zu klein sind, nicht möglich. Die Erfahrungen der nächsten zehn Jahre werden uns dann sicher wieder zu anderen Ergebnissen führen. Deswegen möchte ich noch einmal bitten, darauf zu bestehen, daß wir hier im Grunde noch gar nicht viel sagen können und jede Festlegung in der einen oder anderen Richtung zu früh ist.

Teilnehmer: Ich möchte nur richtig gestellt wissen, daß gestern einfach Tendenzen aufgestellt wurden und keiner der Meinung ist, ab morgen alles anders zu machen. Aber es bahnt sich eine neue Entwicklung an, die inzwischen ihre Historie hat. Sie kommt aus Schweden, aus Holland und aus England, wo es sehr gute Beispiele gibt. Und ich weiß auch nicht, warum das 180,- DM pro Tag kosten muß, denn die Behinderten, die in der Lage sind, mit einem gewissen Maß an Selbständigkeit zu wohnen, kommen mit einem kleineren Maß an Betreuung aus. Als Steuerzahler wäre ich mit 180,- DM pro Tag nicht einverstanden. Dann sind sicher diese Behinderten in dieser Wohngruppe fehlplaziert.

Tietjen: Ich wollte nicht sagen, daß ich den Eindruck hätte, es gibt für mich eine vorstellbare ideale Lebensform oder Lebenssituation für behinderte Mitbürger und schon gar nicht für geistig Behinderte. Wogegen ich mich nur wehren möchte ist, daß wir uns Richtlinien oder Lebensformen aufzwingen lassen, die unter verwaltungstechnischen oder wirtschaftlichen Gesichtspunkten geboren werden und nicht etwa unter abgesicherten Überlegungen, wie ein Behinderter eine vernünftige Existenzbedingung bekommt. Und es ist schon möglich, daß eben z. Z. unsere Gesellschaft noch gar nicht in der Lage ist, viele Behinderte direkt unter sich zu verkraften. Es ist für Behinderte durchaus sinnvoll und richtig, sie in dem Bereich einer schützenden Anstalt zu haben, weil dort einfach das differenziertere, weniger gettomäßige Angebot für ihr Leben bestehen kann. Ich wollte nur damit sagen, daß wir uns von diesen ausschließlichen verwaltungstechnischen und wirtschaftlichen Überlegungen freimachen sollten.

Schlaich: Die Richtlinien sind von Leuten erstellt worden, die nicht in erster Linie wirtschaftliche, bürokratische und verwaltungsmäßige Gesichtspunkte im

Kopf hatten, sondern diese Pläne sind mit einem erheblichen Sachverstand formuliert worden. Meiner Meinung nach ist die Behauptung, daß Fachleute in den Behörden nur verwalten wollen, nicht richtig. Mindestens von Baden-Württemberg weiß ich, daß der zuständige Landesbeamte Vater eines behinderten Kindes ist, der in der Lebenshilfe sehr engagiert ist und der die letzte Verantwortung für die Baden-Württembergischen Formulierungen hat. Das Problem ist so vielfältig und die Sachfragen sind noch so ungelöst, daß es eben Niederschläge findet, die nicht jedem von uns passen.

Windmüller: Ich muß Ihnen leider, was die Administration betrifft, widersprechen. Sie wissen wahrscheinlich, daß es Musterrichtlinien gibt, die von den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe herausgegeben wurden. Dennoch muß man beispielsweise heute mit der Verwaltung darüber verhandeln, wieviele Einzelzimmer gebaut werden sollen. In den Musterrichtlinien steht, daß es 20 bis 30 % sein sollen. Alten Behinderten, die in solchen Heimen wohnen, sollte man dagegen Doppel- oder Dreibettzimmer anbieten. Wir meinen dagegen, daß es wenigstens 60 % sein müßten. Dann darf in solchen Wohnheimen ein Personalschlüssel von 1 : 6 gefahren werden. Wenn ich mir anschau, wie das in stationären Einrichtungen aussieht, dann weiß ich, daß sie einen ganz anderen Personalschlüssel haben. Und so könnte man die Beispiele fortsetzen. Die Verwaltung argumentiert mit der Ökonomie. Sie behauptet, daß sie überhaupt nicht in der Lage sei, weitere Wohnstätten zu bauen etc. Leider ist es nicht in allen Bundesländern so wie bei Ihnen in Baden-Württemberg, daß der Sachverstand uns gegenübersteht und wir von den Bedürfnissen der Behinderten her zu entsprechenden Ergebnissen kommen.

Kräling: Ein Kernpunkt dieser Diskussion ist die Frage nach dem Verhältnis zu den Finanzierungsträgern. Ich stimme Herrn Windmüller zu, wenn er argumentiert, daß uns seitens dieser Träger nicht immer Sachverstand gegenübersteht, sondern mit der Ökonomie argumentiert wird.

Bei uns in der Bundesrepublik Deutschland hat eben die Arbeit mit Randgruppen, sprich Behinderten, keine Priorität. Hier handelt es sich um Bereiche, wo man zuerst den Rotstift ansetzt.

In der Arbeitsgruppe B war ein Vertreter der überörtlichen Sozialhilfeträger, der sich dankenswerterweise mit uns auseinandergesetzt hat. Dabei kam genau das heraus, nämlich, daß die Finanzierungsträger zwar vorgeben, unsere Arbeit sachlich und inhaltlich zu unterstützen, aber dann im konkreten Fall doch den Rotstift ansetzen, weil die Behindertenarbeit eben ein Bereich ist, der bisher noch nicht eine große Lobby gefunden hat.

Die Lebenshilfe hat in der Bundesrepublik Deutschland, was die Wohnstättenarbeit betrifft, immerhin eine Erfahrung von ca. 13 Jahren. Wir berufen uns darüberhinaus auf Erfahrungen, die beispielsweise in Holland und einigen skandinavischen Ländern bis in die zwanziger Jahre zurückgehen. Insofern können wir, was den Wohnstättenbereich anbelangt, mit einiger Sachkompetenz auch inhaltliche Dinge vorgeben. Dennoch stoßen wir seitens der Finanzierungsträ-

ger immer wieder auf Widerstand. In den entsprechenden Wohnheimpapieren, die zwischenzeitlich verabschiedet worden sind, tauchen z. B. Zahlen über Wohnheim- und Gruppengrößen auf, die überhaupt nicht dem entsprechen, was wir als Lebenshilfe inhaltlich vorgegeben haben. Mit solchen Wohnheimempfehlungen oder -richtlinienpapieren müssen sich unsere Einrichtungsträger dann auseinandersetzen. Daraus ergeben sich Schwierigkeiten.

Burger: Ich habe mich vorhin dafür eingesetzt, daß wir uns dagegen wehren, daß durch Richtlinien vorzeitig und voreilig Festschreibungen erfolgen. Und ich wehre mich natürlich auch gegen die allzu großen ökonomischen Zwänge. Aber ich würde auch ganz gerne einmal einen Appell an uns alle richten, wenn ich so z. B. die 180,- DM höre, daß wir dann, um uns die Freiheit des Probierens und des Gestaltens für die Zukunft zu erhalten, auch auf dem Teppich bleiben müssen. Denn Auswüchse und Übergriffe schlagen dort, wo es zu üppig wird, voll auf uns zurück.

Teilnehmer: Wäre es nicht möglich, eine Aussage zu formulieren, die alle diese Inhalte, die jetzt zuletzt diskutiert wurden, in irgendeiner Form fixiert, und zwar weniger unter dem Gesichtspunkt der Größenordnungen, sondern der Lebensqualität des Wohnens der geistig Behinderten?

Klieme: Dann müssen wir aber auch darauf achten, daß es wirklich um Qualität geht und nicht nur um dieses dauernde Reden unter uns. Es ist oftmals sehr ärgerlich, daß die Diskussionen auch im Umgang mit dieser oder jener Behörde wieder dahin abrutschen, daß sie so richtig infantil in Quadratmetern wühlen. Ich habe gerade einen solchen Denkprozeß hinter mir, wo es bei einem Wohnprojekt für Behinderte (bei drei Räumen von zwei Dutzend) um knapp einen Quadratmeter ging, der den Vorschriften nach fehlte. Wenn man dann nicht das Glück hat, daß man bei der Behörde auf Einsicht stößt, die das vom Tisch wischt, kann man in unheimliche Schwierigkeiten kommen. Das heißt also, wir müssen einen Menschen treffen, der das qualitative Problem im Blick hat und der dann sagt: Was heißt das eigentlich, Lebensqualität für Behinderte zu entwickeln? Das entscheidet sich eben nicht an der Quadratmeterzahl oder an großem oder kleinem Raum. Um diese Lebensqualität zu schaffen, sollten wir versuchen, Verständigung herbeizuführen und von daher unsere kooperative Forderung in der Gesellschaft aufbauen und eine Lobby für die Behinderten sein, die es selbst nicht mit den Behörden aushandeln können. Doch welche Art von menschlicher Lebensqualität soll sichergestellt werden? Ich meine, es muß sichergestellt werden:

1. Daß man Lebensumstände schafft, die einen Aufforderungscharakter haben, der darauf hinausläuft, daß man ein Leben nach eigenem Entwurf zu führen in der Lage ist und sei es auch noch so einfach. Aber das ist es, Aufforderungscharakter zu strukturieren, damit Leben als Geschichte wirklich in Erfahrung gebracht werden kann: daß jemand etwas wird, was er gestern noch nicht war und heute noch nicht ist.

2. Daß man in die Lage versetzt wird, zwischenmenschliche Beziehungen aufbauen zu können, die einen nicht dauernd bedrohen. Nun weiß ich nicht, ob es

da unbedingt der Räume bedarf, die pro Person mindestens neun Quadratmeter groß sind? Das wage ich zu bezweifeln. Oder ob es da einer Einrichtung bedarf, die nicht mehr als 40 Menschen in einer Gesamteinstitution umfaßt. Mir ist das zu einfach, es auf die Größe zu reduzieren. Zwischenmenschliche Beziehungen entwickeln zu können, die der Ich-Stärke dienen, das kann man sicher in den ganz unterschiedlichsten Quantitäten von Behinderteneinrichtungen.

Und 3. daß man Behinderten die Möglichkeit gibt, Lernprozesse zu durchlaufen, die ihnen dabei helfen, in der Gesellschaft und im Leben mit der Behinderung umgehen zu können. Denn sie werden sie nicht los, sie müssen nur lernen, mit der Behinderung menschenwürdig zu leben. Wenn es gut geht, sich sogar ohne dauernden seelischen Widerstand einzulassen auf die Grenzen, die ihnen die Behinderung setzt. Das Wichtigste sind für diese Lebensqualität von Behinderten nicht die Größenordnungen der Räume, sondern die Mitarbeiter, die wir zur Verfügung haben, mit denen wir diese genannten Schritte oder Akzente bewirken können. An den Mitarbeitern entscheidet es sich, was eine Einrichtung ist, nicht an ihrer Größe. Denn es wird nie materiell vermittelt, was für Menschen wichtig ist, sondern nur immer personal.

Krähling: Die Frage des geeigneten Personals in der Behindertenarbeit ist natürlich auch in der Gruppe B -wenn auch zeitlich etwas kurz- als eine wichtige eingeschätzt und diskutiert worden. Im Rahmen dieser Erörterung wurden auch Aspekte angesprochen, die der Vorredner mit dem Begriff „menschliche Lebensqualität“ umschrieben hat.

Aber auch mit gut ausgebildetem Personal und einer inhaltlich an den Bedürfnissen orientierten pädagogischen Arbeit ist diese „menschliche Lebensqualität“ allein nicht zu erreichen, es muß auch den äußeren Rahmen, wie z. B. Gruppengrößen, Gesamtplatzzahlen der Einrichtungen, ausreichend zur Verfügung stehende Räumlichkeiten, stimmen.

Kulenkampff: Wir haben die Thematik der Arbeitsgruppe B noch einmal in einer sehr kritischen und fruchtbaren Weise diskutiert. Doch soweit ich das sehen kann, befinden wir uns auf einem Diskussionsstand, der eine abschließende resolutive Beurteilung der Situation nicht zuläßt. Bitte korrigieren Sie mich, da ich hier nur bedingt kompetent bin. Die Auseinandersetzung ist zwischen den Trägern der Einrichtungen und dem, was Sie als personelles Element einbringen, sicher sehr schwierig. Von dieser Seite mit einem Partner zu diskutieren, der über Geld verfügt und irgendwie wissen will, wie er es vernünftig ausgibt, scheint mir eine problematische Diskussionsebene zu sein. Behörden werden solche Argumente respektieren, aber sie können sie schlecht in irgendwelche administrative Vorgänge umsetzen. Unter dem Druck des vorhandenen Sachverstandes gaben Behörden beim Träger im wesentlichen die Dinge frei, was sie freilich in Zukunft nicht bei den allgemein knappen Kassen tun können. Ich meine, daß das ein Sonderthema ist. Ich lerne hier sehr viel und sehe, daß Sie selber, die Sie hier die Träger vertreten, offenbar in wichtigen Punkten untereinander und in der Diskussion mit denen, die Ihnen das Geld geben, uneins

sind. Ich würde es für eine Überforderung halten, wenn wir jetzt in dieser Sitzung zu vorschnellen Aussagen kämen, außer, daß wir uns gegen voreilige und unbedachte administrativ motivierte Quadratmeter-Erlasse wehren. Das ist ein Satz, der sicher von allen vertreten werden kann. Was aber an die Stelle zu treten hätte, um mit den Geldgebern zurechtzukommen, kann ich jedenfalls so schnell nicht aus der Diskussion entnehmen.

Schneble: Ich glaube auch, daß es zu früh ist, eine Resolution zu erstellen. Sollen wir nicht einfach den Vorschlag diskutieren, ob wir in einem bestimmten Zeitraum Erfahrungsberichte von den bestehenden Institutionen zusammenstellen, die bereits auf eigene Faust versuchen, Gruppenwohngemeinschaften und Wohnheime zu bilden. Wenn wir das sammeln - z. B. innerhalb eines Jahres - könnten wir daraus einen Erfahrungsbericht machen und dann an den Geldgeber herantreten und sagen: Das sind unsere Erfahrungen, wir würden dies oder jenes empfehlen und würden vielleicht auch diese Zahlen einbringen als Vorschlag, wie so etwas gehandhabt werden kann.

Kulenkampff: Es ist die Frage, wer das organisiert. Ich meine, ganz ungeschützt könnte ich jetzt sagen, es wird sich wahrscheinlich lohnen, wenn wir diese Fragen groß/klein, Varianten von der Wohnung bis zur Anstalt, noch einmal präzise miteinander untersuchen und uns dann zu einem gegebenen Zeitpunkt noch einmal mit der Partnerseite, die die Kosten zu vertreten hat, zusammensetzen. Ich glaube, daß es dort auch Leute gibt, die verständig und engagiert sind. Meine Erfahrung ist, daß, wenn man mit solchen Gremien mal nicht formell, sondern offen die Probleme diskutiert, zueinander kommen kann. Dabei sollte es um die Frage gehen, wie eigentlich der Rahmen aussehen könnte, der sowohl von der administrativen Seite, als auch von Ihnen, mit Ihren berechtigten Anliegen, vertreten werden kann. Das ist sicher in Einzelgesprächen, wo es dann um einen Quadratmeter geht, nicht zu erledigen. Das ist ein grundsätzliches und längerfristiges Problem. Ich meine, vielleicht könnte man noch einmal über die AKTION dieses Detailproblem mit den drei Verbänden bereden und ihnen später eine spezielle kleinere Tagung zu diesen Sonderpunkten anbieten. Wenn Sie das für sinnvoll halten, will ich das gerne tun.

Schlaich: Dürfte ich noch eine Bitte anmelden, daß diese Tagung ohne die Kostenträger stattfinden sollte. Wir müssen das zunächst einmal unter uns diskutieren, wenn ich das richtig verstehe, haben wir das als Verbände noch nicht gemacht.

Windmüller: Ich sehe diese Problematik in einem größeren Zusammenhang. Ich meine, daß das, was vor 20 Jahren im teilstationären Bereich begonnen worden ist, in Frage gestellt wird, wenn einige Länder nicht mehr bereit sind, diesen letzten Schritt zu tun, nämlich Wohnstätten zu bauen. Die Ausgleichsabgabe ist im Augenblick gestoppt, von daher werden keine Plätze mehr in den nächsten Jahren gebaut werden können. Diese Verfassungsbeschwerde wirft uns gerade auf diesem Sektor um einige Jahre zurück. Ich bin der Auffassung, daß es sich hier um eine politische Frage handelt, die auch von Politikern be-

antwortet werden muß: nämlich, ob sie bereit sind, dieses zunächst einmal im teilstationären Bereich weiterzuführen.

Schmidt: Ich möchte Ihnen über das Thema der Arbeitsgruppe C „Aufbauorganisation mit Regionalisierung der Behindertenbetreuung und Darstellung von Behindertenplänen“ in kurzen Thesen berichten, in denen manches aus der Arbeitsgruppe B wiederkehrt.

1. Die grundsätzliche Frage, ob wir überhaupt für die geistig Behinderten und ihre Versorgung Planungsräume im Sinne der Region brauchen, wurde von uns eindeutig bejaht.

2. Dabei zeigte sich erneut, was Pfarrer Geiger in seinem Referat bereits klar herausstellte, daß die Enquete mit ihren Überlegungen letzten Endes die Probleme des geistig Behinderten nicht richtig sieht und daß es eigentlich einer parallelen und eigenständigen Enquete für die geistig Behinderten bedarf.

3. Bei allen Bemühungen zukünftiger Art erwarten wir klare Durchlässigkeit im Sinne sowohl der ständigen Kontakte zwischen stationären, teilstationären und sogenannten offenen Einrichtungen und Wohnstätten, wie auch Durchlässigkeit im Sinne des ständigen Miteinander zwischen örtlichen und überörtlichen Planungen.

4. Planungen sollten grundsätzlich nicht festgeschrieben werden, denn das geht immer zu Lasten der Betroffenen. Planungen sollten laufend überprüft und dann fortgeschrieben werden, und zwar solange, bis alle Behinderten ihren ihnen entsprechenden Platz gefunden haben.

5. Das Prinzip der Beheimatung soll bei allen Planungen den Primat haben. Alle Hilfen müssen in jedem Fall dem Bedürfnis des Behinderten entsprechen, wobei die allgemeinen Grundbedürfnisse als für alle Menschen gleich herausgestellt wurden.

6. Bei allen materiellen Planungen sollte nicht vergessen werden, daß die personalen Beziehungen entscheidend sind und Vorrang haben vor den materiellen, manchmal materialistischen.

Im weiteren haben wir 10 Kriterien für ein pragmatisches Vorgehen zusammengestellt.

1. Jede Planung beginnt mit Zahlen, Es muß versucht werden, einen repräsentativen Querschnitt von Daten zu erarbeiten. Ein Fachmann sprach da von Mikrozensus, für wen, für wie viele planen wir? etc. Die Übersicht braucht zunächst einmal eine solche Datei.

2. muß bei solchen Planungen der Förderanspruch des behinderten Menschen berücksichtigt werden.

3. ist eine volle Palette von verschiedenartigsten Einrichtungen zu planen, damit jeder erwachsene geistig Behinderte zur richtigen Zeit an den richtigen Platz kommen kann. Dabei soll vom Vorhandenen ausgegangen werden, um

dann sinnvolle Ergänzungen zu schaffen, also nicht eine Polarisierung von vornherein.

4. ist der Schweregrad der Behinderung unter allen Umständen zu berücksichtigen.

5. geht jeder erwachsene behinderte Mensch einmal aus dem Haus. Man soll ihn also nicht um jeden Preis an die Eltern und Geschwister binden. Andererseits ist in unserer Arbeitsgruppe sehr klar das Stichwort von der Familiennähe gefallen. Es wurde aber in einem sehr viel weiteren Sinn verstanden, insofern, als auch andere familiäre Strukturen für das selbständige Leben des erwachsenen geistig Behinderten gefunden werden sollen, die bis in den baulichen Bereich hineinreichen, wie z. B. Gästezimmer für Elternbesuche. Solange der Behinderte im elterlichen Hause ist, sollen ihm ebenfalls zweckmäßige Entfaltungsmöglichkeiten gegeben werden.

6. wurden die Größenordnungen im Wohnbereich auch hier für außerordentlich wichtig gefunden.

7. muß die Frage der Abnabelung eines erwachsen gewordenen geistig Behinderten sorgsam bedacht werden.

8. müssen alle Hilfen irgendwie von der Entfernung her zumutbar und erreichbar sein. Die Planer müssen also auch auf das lokale Problem eingehen.

9. wird ein Planungs-, Koordinierungs- und Erfolgskontroll-Gremium gefordert, das sich aus Vertretern von Staat, Kommunen, Verbänden, freien Trägern und betroffenen Behinderten zusammensetzt, um behindertengerechte Planung durchzuführen. Dieses Gremium muß mit echten Kompetenzen ausgestattet sein und die bisher vielfach geübte allgemeine Planungshoheit des Staates und der Kommunen ergänzen bzw. ersetzen. In diesem Zusammenhang stellte sich die Frage, wie wir es fertig bekommen, solche Gremien politisch durchzusetzen.

10. muß ein solches Planungsgremium eine ständige Einrichtung sein. Es kann auf Kreisebene, aber auch auf Landesebene tätig sein. Solange das nicht möglich ist, soll man auf örtlicher Ebene, wo das schon möglich ist, ruhig fortfahren mit der Arbeit. Auf keinen Fall wollen wir einen neutralen Oberplaner, der nur noch wieder sein Placet geben muß, zu allem, was dieses kompetente Gremium vorhat, also einen „Behindertenminister“ oder dergleichen.

Mutters: Nur noch eine Ergänzung. Bei dieser Planungskommission sollte auch die Koordinierungsfunktion liegen.

Kulenkampff: Wer hat denn die Idee gehabt von dieser Gruppe?

Schmidt: Das war eigentlich eine spontane Idee der ganzen Gruppe. Und ich hoffe, daß wir sie irgendwie durchsetzen.

Kulenkampff: Hatten Sie denn die Stadtplaner dabei?

Schmidt: Zum Teil Dr. Stöckmann aus der Landesplanung Hannover.

Kulenkampff: Ich kann Ihnen nur viel Glück auf diesem Weg wünschen. Wir haben hier eine ganze Menge Erfahrungen auf psychiatrischer Seite und in der Krankenhausplanung. Dort erleben wir ständig den Vorgang, daß die Betroffenen sich über Planungsprozesse in ihrem Bereich nicht einigen können und dann mehr oder weniger froh sind, wenn ein Ministerialbeamter ihnen sagt, wie es laufen soll. Es ist ein sehr schwieriges Geschäft, eine wirklich sachverständige Planung freizuhalten von den Interessen der Beteiligten. Denn die Interessen der Beteiligten sind sehr schwer auf einen Nenner zu bringen. Aber warum soll man das nicht versuchen, ich habe gar nichts dagegen. Nur ist es ein schwieriger, und wie Sie sehen werden, komplikationsreicher Weg. Vielleicht haben Sie in Holland damit Erfahrungen, Herr Mutters, aber Ihr Land ist verträglicher und konsensusbereiter.

Mutters: Wir haben in der Bundesrepublik mit der Planung nur sehr negative Erfahrungen gemacht. Z. B. Schleswig-Holstein, da klebt jemand auf einem Bürosessel, der scheint alle Planungen zu machen und keinen Menschen zu befragen, der wirklich Sachverstand hat. Wir sind der Meinung, daß, wenn etwas für eine Gruppe von Menschen geplant wird, diese sich auch selbst artikulieren sollten und gefragt werden müßten, wie sie die Dinge sehen. Gut, bei geistig Behinderten ist das sehr schwer, aber wir haben doch hier so viele Verbände, die ihre Interessen vertreten. Es ist sicherlich richtig, wenn Sie sagen, daß es in manchen Dingen unterschiedliche Auffassungen gibt. Aber ich glaube, in den Grundsätzen sind wir uns, wo wir auch herkommen, einig. Wir fordern daher, daß die Programme der Hilfe abgestimmt sein müssen, zumindest müssen diejenigen gehört werden, für die die Programme gemacht werden. Denn bislang wurden diese weitgehend über die Köpfe der Betroffenen hinweg gemacht.

Nochmal zu meinem Beispiel Schleswig-Holstein zurück. Wenn Sie da den Behindertenplan für Wohnstätten sehen, dann fassen Sie sich an den Kopf, wer so etwas gemacht haben kann. Wir sind geschlossen von der „Lebenshilfe“ nach Kiel gezogen, haben eine Pressekonferenz einberufen und den Leuten die Hölle heiß gemacht. Aber es nützt alles nicht viel, wenn dann nicht auf demokratischem Wege entschieden wird, was nun eigentlich für Behinderte in einem bestimmten Land gemacht werden soll. Ein weiteres Programm in diesem Land ist, daß da nur solche Träger Wohnstätten überhaupt errichten dürfen, die ein hohes Bankkonto haben. Da wird nur nach der wirtschaftlichen Stärke gefragt. Träger, die viele Erfahrungen und Fachkompetenz haben, aber kein Bankkonto, kommen überhaupt nicht in Frage. Solchen Mißständen können wir nur begegnen, wenn es uns gelingt, von vorneherein vernünftige Pläne zu machen. Die gesamte Arbeitsgruppe war der Meinung, daß vernünftige Pläne nur gemacht werden können, wenn diejenigen, die diese Pläne betreffen, miteingeschaltet und gehört werden. Gerade wo wir jetzt überall in der Behindertenhilfe das Problem der Mitwirkung, der Mitbestimmung so ausführlich diskutieren und auch zu gesetzlichen Regelungen kommen, kann ich nicht einsehen, daß die Mitwirkung in Planungen für Behinderte nicht realisiert wird.

Krebs: Ich würde das noch einmal unterstützen wollen, was Herr Mutters sagt. Ich glaube, es ist ganz wichtig dabei, daß die Kompetenz eines solchen Zusammenschlusses festgelegt wird und daß er dann nicht nur eine Alibifunktion hat.

Kulenkampff: Ich sehe das ein. Es ist gut, daß ich durch meine Bemerkung Emotionen geweckt habe. Ich würde Ihnen aber empfehlen, daß Sie den Prozeß der Planung von Behinderteneinrichtungen in etwa analog zu dem konstruieren, wie wir das im Krankenhausbereich haben, wo die Anhörung der Betroffenen in den Zielplanbesprechungen - oder wie sich diese Gruppen immer nennen - gesetzlich geregelt ist. Das Land hat dort bei der Aufstellung der Krankenhausbedarfspläne die Pflicht, Anhörungen vorzunehmen und es fließen in vielfältigen Verhandlungen die Vorstellungen der Regionen und der Träger ein. Das ist offenbar im Behindertenbereich nicht zwingend geregelt. Das wäre ein politisches Vorgehen und Sie müßten sich dann an eine Ihnen gewogene Fraktion in den Landtagen richten, die das versteht und als Gesetzesvorhaben oder zumindest als ein Vorhaben, das vom Land oder sonst wie verfügt werden kann, an die jeweilige Landesregierung heranbringt. *Huber:* Mir scheint zunächst einmal wichtig, daß auf Seiten der Behörden die freien Träger in ihrer Position wieder sehr ernst genommen werden und diese ihre politische Rolle artikulieren und, was das Bedürfnis des Behinderten angeht, in aller Form wahrnehmen sollten. Ich habe deswegen große Sorge, daß, wenn wir von der einen Enquete in die andere marschieren, wir in Situationen kommen, wie wir sie tatsächlich im Krankenhausbereich haben. Ich befürchte, daß dann irgendwo die Klammer angesetzt wird, die den Bewegungsspielraum der freien Verbände ganz erheblich einengt, weil es auf die totale Finanzierung durch die öffentliche Hand hinauslaufen wird, wenn wir mit den Forderungen nicht zu Ende kommen. Mir scheint es notwendig zu sein, daß wir uns zuerst im Kreis der Verbände klarwerden, wohin wir wollen und dann erst auf die öffentliche Hand zugehen, um mit ihr in ein derartiges Planungsgespräch einzutreten. Der wichtigste Punkt erscheint mir also, daß wir rein politisch einmal wieder deutlich machen, daß man die Wünsche, das Vorhandensein dieser freien Träger irgendwo respektiert und nicht, wie es Herr Mutters geschildert hat, in einem bestimmten Bundesland einfach ohne Anhörung derselben in Planungen hineingehen kann.

Schmidt: Mir wäre diese bloße Anhörung zu wenig. Das führt sehr leicht dazu, daß die, die dort angehört werden, benutzt werden, um nach außen hin zu sagen, die Praktiker seien gefragt worden. Aus den Verhandlungen kommen aber keine Verhandlungsergebnisse heraus, sondern man hört sich das an und entscheidet dann über unsere Köpfe. Wir sind diejenigen, die dort gesessen haben und dann den Kopf in den eigenen Reihen hinhalten müssen.

Kulenkampff: Da keine weiteren Wortmeldungen mehr vorliegen, denke ich, daß wir mit unserer Tagung zum Ende gekommen sind. Ich bin weder befugt noch in der Lage, den Ablauf dieser Tagung zusammenzufassen, geschweige denn die verschiedenen Gesichtspunkte, die in der Plenumsdiskussion vorgekommen sind.

Ich stelle fest, daß wir sehr lange und ausgiebig über das Problem der institutionellen Einrichtung, von der Wohnung bis zur Anstalt diskutiert haben, daß wir beschlossen haben, uns bald mit den Kostenträgern zu treffen, um dieses Problem ganz offen von beiden Seiten in der Richtung einer von allen Seiten akzeptablen Rahmendefinition zur Sprache zu bringen. Ich möchte Sie abschließend noch einmal bitten, das im Auge zu behalten und in Ihren eigenen Einrichtungen Argumente und Fakten zu sammeln, damit ein solches Gespräch fundiert sein kann und man möglicherweise mit dem Partner zu einem guten Ergebnis kommt. Vielleicht ließe sich bei der Gelegenheit auch das letzte Thema „wie und in welcher Weise Planung mit den staatlichen Geldgebern zu organisieren seien“ aufgreifen. Die Dinge sind sicher schwierig und ich finde, Herr Huber hat nicht ganz unrecht. Wenn man sich auf dieses Gebiet begibt, kann das sehr leicht dazu führen, daß die Abhängigkeit von staatlichen Instanzen, die dann hohe Finanzierungszusagen machen, auch in gesetzlichen Regelungen festgeschrieben wird, aus denen man dann nicht mehr herauskommt. Es ist sicherlich ein kompliziertes Gebiet, doch die Schwierigkeiten, die sich in der Krankenhausgesetzgebung eingestellt haben, muß man nicht wiederholen. Vielleicht kann man es auf diesem Gebiet, das auch sicher anders gelagert ist, besser und einfacher machen. Es reicht sicher nicht, an irgendwelche Landesregierungen zu appellieren, die das dann mal machen und mal nicht, sondern es wäre gut, wenn man etwas schärfer vorgehen könnte, um diese, eigentlich selbstverständliche, Gemeinsamkeit in der Planung und Einrichtung zu bewerkstelligen.

Meine Damen und Herren, ich danke Ihnen sehr für die vielen Beiträge. Ich persönlich habe eine Menge gelernt und ich möchte hoffen, daß die Erwartungen, die Sie vielleicht an diese Veranstaltung mit den drei Trägern und Verbänden, die in der Bundesrepublik Deutschland sich mit diesem Klientel befassen, geknüpft hatten, erfüllt worden sind.

Schmidt: Ich wollte mich gerne zum Sprecher Ihres Gegenübers machen und mich bedanken, daß die Aktion Psychisch Kranke uns die Möglichkeit gegeben hat, zusammenzukommen. Es ist das erste Mal, daß dieser Teil der Enquete in diesem Rahmen besprochen worden ist. Ich weiß nicht, ob wir zufrieden sind, aber ich halte es für wichtig, daß wir zusammen waren. Ich meine, daß wir auch weiterhin wie in der bisherigen und vielleicht in einer verstärkten Art und Weise zusammenarbeiten könnten.

Kulenkampff: Darf ich bemerken, daß übrigens in der Enquete mehr noch korrekturbedürftig ist, als nur das Kapitel über geistig Behinderte. Wir hatten alle ein etwas unwohles Gefühl dabei, obgleich die drei Verbände an der Formulierung dieses Kapitels beteiligt waren. Ich sehe die hier abgegebenen Voten aber als eine legitime Kritik und freue mich darüber, daß eben dieses schon veraltete Papier im Grunde in unserer Diskussion fortgeschrieben wurde und nicht als „biblische“ Aussage hingenommen wird, die ein für allemal gültig ist.

Autoren

H. BURGER, Vorsitzender des Landesverbandes Niedersachsen der Bundesvereinigung „Lebenshilfe für geistig Behinderte“ e. V., Wunstorf.

K. DERNBACH, Stadtrat und Leiter des Dezernats für Soziales, Jugendfragen und Gesundheit der Stadtverwaltung Hagen.

L. DREYER, Sozialarbeiter, Bischöfliches Bildungs- und Pflegeheim, Haus „Hall“, Gescher.

G. ENNEN, Leiter des Landesverbandes Bremen der Bundesvereinigung „Lebenshilfe für geistig Behinderte“ e. V., Bremerhaven.

Dr. Ch. GAEDT, Chefarzt für Neurologie und Psychiatrie der „Neuerkeröder Anstalten“, Neuerkerode.

Pfarrer M. GEIGER, Direktor der „Korker Anstalten“, Kehl.

N. HUBER, Dipl.-Psych., Direktor der Stiftung Liebenau, Meckenbeuren-Liebenau, Vorsitzender des Verbandes kath. Einrichtungen für Lern- und Geistigbehinderte.

St. KAROLUS, Sozialdezernent im Landratsamt Ortenaukreis, Offenburg.

Prof. Dr. C. KULENKAMPFF, Leiter der Abteilung Gesundheitspflege des Landschaftsverbandes Rheinland, Köln.

W. PICARD, MdB, Vorsitzender der AKTION PSYCHISCH KRANKE, Bonn. Ch.

RASCHER, Dorfgemeinschaft „Lehenhof“, Beggenhauser Tal.

Dr. F. STÖCKMANN, Leiter der Abteilung für soziale und psychische Probleme des Gesundheitsamtes der Landeshauptstadt Hannover.

I. THOMAE, stellv. Bundesvorsitzende der Bundesvereinigung „Lebenshilfe für geistig Behinderte“ e. V., Bonn-Oberkassel.

Diskussionsteilnehmer

Pastor J. KLIEME, Direktor der „Neuerkeröder Anstalten“, Sickinge. K. KRALING, „Lebenshilfe für geistig Behinderte“ e. V., Marburg. Dr. H. KREBS, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Düsseldorf.

T. MUTTERS, Bundesgeschäftsführer der „Lebenshilfe für geistig Behinderte“ e. V., Marburg.

Pfarrer P. SCHLAICH, Leiter der Anstalt Stetten, Kernen i. R.

Pastor H. G. SCHMIDT, Direktor der Alsterdorfer Anstalten, Hamburg, Vorsitzender des Verbandes evangelischer Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte e. V.

Dr. H. J. SCHNEBLE, Arzt, Rheinfelden.

W. STÄBLER, Dipl.-Kaufm., Geschäftsführer des Hauses am Berg Urach, Urach.

H. TIETJEN, Dipl.-Psych., Landesklinik Düren, Behindertenbereich, Düren.

Frau A. VETTER, Dipl.-Soz.-Päd., „Lebenshilfe für geistig Behinderte“ e. V., Bremen.

W. WINDMÖLLER, Dipl.-Volkswirt, Osnabrück.

Pfarrer A. WOLF, Geschäftsführer an der inneren Mission, Coburg