

Verschiedene Welten Æ gleiches Schicksal? Æ Konvergenzen zwischen Geistigbehindertearbeit und Sozialpsychiatrie

Henning Dassler

Bodelschwingh-Haus Wolmirstedt

Einleitung

Im folgenden wird das Verhältnis zwischen Sozialpsychiatrie und Geistigbehindertenpädagogik behandelt werden. Dazu werden schlaglichtartig einige Stationen der Entwicklung beider Hilfesysteme seit dem 19. Jahrhundert skizziert. Es wird deutlich werden, dass es zwischen beiden Systemen parallele Entwicklungsstränge und Berührungspunkte gegeben hat. Teilweise erfolgte eine Vermischung der Hilfesysteme. Aus dieser resultierten Fehlrteile und Verständnisprobleme, die bis heute fortwirken. Es sind aber gegenwärtig auch Impulse auszumachen, die über die Bereichsgrenzen hinweg wirken und die positive Entwicklungen fördern können.

Die Entstehung der Anstalten und die Professionalisierung von Behandlung und Betreuung

Das soziale Schicksal von Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung und von Menschen mit einer geistigen Behinderung lässt in der historischen Betrachtung immer wieder Parallelen und Berührungspunkte erkennen. Diskriminierung und soziale Ausgrenzung beider Personengruppen waren in allen Zeiten eher die Regel als die Ausnahme. So vertritt z.B. der Pädagoge Hermann Meyer (1983)¹ die Auffassung, dass die häufig geäußerte Behauptung, es hätte in früheren Epochen eine wechselvolle Haltung oder sogar Wertschätzung von Menschen mit einer geistigen Behinderung gegeben eher geeignet ist, die kontinuierliche Leidensgeschichte dieser Menschen zu verharmlosen oder zu verschleiern. Die Epoche der Aufklärung und Industrialisierung, die schließlich die Institution der Anstalt hervorbrachte hatte vielleicht mit den Personen, denen Verrücktheit oder Geistesschwäche zugeschrieben wurde ihre besonderen Probleme – widersprachen diese Menschen doch in besonderem Ausmaß dem neuen Menschenbild des vernunft- und verstandesgeleiteten Subjekts.

Auf den engen Zusammenhang zwischen Industrialisierung, Veränderung der Arbeitswelt und der Entstehung des Anstaltswesens hat u.a. Klaus Dörner mehrfach hingewiesen². Seine engagierte aber auch distanziert-analytische Betrachtung kommt zu dem Schluss, dass sich die Industriegesellschaft mit der Schaffung der Anstalten der nicht mehr in den modernen Produktionsprozess zu integrierenden psychisch kranken und behinderten Menschen entledigt hat. Aber die Institution der Anstalten muss auch als Antwort verstanden werden auf die großen sozialen Verwerfungen des 19. Jahrhunderts, die sich in der dramatischen Verelendung breiter Bevölkerungsschichten und vielfältigen sozialen Notlagen äußerten. Bei Betrachtung der historischen Situation lässt sich erkennen, dass die Anstalten zum Zeitpunkt ihres Entstehens oft den Versuch darstellten, einfachste Elemente einer Grundversorgung für die betroffenen Personengruppen bereitzustellen Selbst dies erforderte ein herausragendes Engagement ihrer oftmals christlich motivierten Gründer und eine Auseinandersetzung mit vielfältigen Widerständen und Widrigkeiten.

¹ Meyer, H. (1983): Geistigbehindertenpädagogik. In: Solarová, S.(Hrsg.): Geschichte der Sonderpädagogik. Stuttgart. Kohlhammer.

² Dörner, K. (1994): Wir verstehen die Geschichte der Moderne nur mit den Behinderten vollständig. In: Ders.: Kieselsteine ó Ausgewählte Schriften. Gütersloh. Verlag Jakob van Hoddis.

Die damals herrschenden Rahmenbedingungen ließen eine differenzierte Institutionalisierung von Hilfsangeboten nicht zu. Die Bodelschwingschen Anstalten in Bethel bei Bielefeld z.B. schufen in einem Zeitraum von wenigen Jahren für viele Personenkreise die schlichte Möglichkeit eines menschenwürdigen Überlebens: Epilepsiekranken, geistig körperlich und seelisch behinderte Menschen, Wanderarbeiter und ihre Familien, Nichtsesshafte und Suchtkranke wurden dort aufgenommen und fanden damit einen „Ort zum Leben“, ein Slogan, der für das Selbstverständnis dieser Institutionen bis in unsere Tage Verwendung findet.

Der Heilpädagoge Otto Speck (1999) weist darauf hin, dass die frühen meist für Kinder gegründeten Anstalten nicht vorrangig auf eine Separierung behinderter Menschen ausgerichtet waren, sondern häufig auch nicht behinderte Menschen aufnahmen³. Leitendes Motiv für die Gründung dieser Institutionen war neben dem damaligen Verständnis christlicher Nächstenliebe auch das Bestreben engagierter Mediziner, durch eine förderliche Umgebung und die Anwendung neuer medizinischer Erkenntnisse die Behinderung der ihnen anvertrauten Kinder zu lindern oder sogar zu beheben. Beispielhaft erwähnt sei der Schweizer Arzt Guggenbühl, der 1841 eine Anstalt für die Behandlung des sogenannten „Kretinismus“ eröffnete, eine besondere Form der geistigen Behinderung, die auf einer u.a. durch Jodmangel hervorgerufenen Unterfunktion der Schilddrüse beruht.

Neben medizinisch und christlich motivierten Anstaltsgründungen führte die beginnende Schulpflicht in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts auch zur Gründung staatlicher Einrichtungen wie Hilfsschulen und den sogenannten „Idiotenanstalten“. Diese waren keine reinen Verwahranstalten, sondern hatten z.B. gemäß den preußischen Bestimmungen über das Hilfsschulwesen von 1859 einen klaren Integrationsanspruch. Die Ausdifferenzierung dieses neuen sonderpädagogischen Hilfesystems führte u.a. auch zu einem problematischen Diskurs über den Umgang mit sogenannten „bildungsunfähigen“ Menschen, der nicht zuletzt daraus resultierte, dass die neuen Hilfsschulen ihre Existenz mit pädagogischen Erfolgen zu legitimieren suchten. Die Folge war die Bestimmung einer „Restkategorie“ von Menschen, die als pädagogisch nicht förderungsfähig angesehen wurden.⁴

Das Hilfsschulwesen bildete das Eingangstor für die Pädagogisierung des gesellschaftlichen Umgangs mit Menschen mit geistiger Behinderung, die schließlich zur Begründung und Institutionalisierung der Heil- und Sonderpädagogik führte. In Folge kam es zu Kompetenzkonflikten zwischen Theologie, Medizin und Pädagogik, die sich z.B. in der 1874 vom Gründer der Alsterdorfer Anstalten, Pfarrer Sengelmann, ins Leben gerufenen „Konferenz für Idiotenheilpflege“ um die Frage zuspitzten, welcher Profession denn die Leitung der Anstalten vorzubehalten sei. Diese Frage konnten 1895 in Preußen die Mediziner für sich entscheiden, denen durch Ministerialerlass ein entsprechendes Monopol zugesprochen wurde. Damit war auch einer Psychiatrisierung der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung der Weg geebnet.

Diesem Vorgang entspricht die Institutionalisierung der Versorgung psychisch kranker Menschen, die im 18. Jahrhundert noch – geleitet vom Optimismus der Aufklärung - unter pädagogischer Ägide erfolgt.⁵ Die im Laufe des 19. Jahrhunderts zunehmend entstehenden Heil- und Pflegeanstalten symbolisierten den Anspruch der Psychiatrie als einer jungen Wissenschaft, abweichende Formen des Erlebens und Verhaltens einer medizinischen Behandlung zuzuführen. Die Anwendung des sogenannten medizinischen Modells mit seiner klassischen Dreiteilung der Identifizierung von Symptomen, ihrer diagnostischen Zuordnung und der daraus abgeleiteten Therapie führte im Ergebnis zu einer Ausdifferenzierung von Patientengruppen, die sich als therapierbar erwiesen und solchen, deren Symptomatik höchstens gemildert werden konnte. Letztere wurden in Folge als „unheilbar“ angesehen und dem Pflegebereich der Anstalten überantwortet.

³ Speck, Otto (1999): Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. S. 15. München. Ernst Reinhardt.

⁴ Meyer, H.a.a.O.

⁵ Dörner, K. a.a.O., S. 22.

Versagung des Lebensrechtes

Die Institutionalisierung von Geistigbehindertenpädagogik und Psychiatrie hatte also in den jeweiligen Bereichen vergleichbare Auswirkungen: Die Aussonderung derjenigen Personenkreise, bei denen pädagogische Förderung oder medizinische Therapie nicht möglich oder indiziert zu sein schienen und für die schließlich eine Beschränkung auf Pflege und Verwahrung für sinnvoll gehalten wurde. Eine mit Beginn des 20. Jahrhunderts immer stärker werdende sozialdarwinistisch und utilitaristisch geprägte Diskussion über den Wert, der dem Leben dieser Menschen zuzusprechen sei konnte an diese Ausdifferenzierung behandlungs- und förderungsresistenter Gruppen anknüpfen und in ihrer rassehygienischen Zuspitzung während des „dritten Reiches“ in ihnen die Personenkreise identifizieren, deren Unterhaltung aus damaliger Sicht der sogenannten „Volksgemeinschaft“ nicht mehr zuzumuten war.

Ohne durch unzulässige historische Vergleiche polemisieren zu wollen möchte ich darauf hinweisen, dass auch die Aufarbeitung dieses dunklen Kapitels der deutschen Geschichte Gründe dafür liefert, warum Fachverbände der Behindertenhilfe und Organisationen von Betroffenen sich heute sehr kritisch zu der Frage stellen, ob behinderte Menschen mit einem hohen Pflegebedarf nicht eher der sozialen Pflegeversicherung als dem Leistungsbereich der Eingliederungshilfe nach dem Bundessozialhilfegesetz zu überantworten sind. Der Absatz 4 des Paragraphen 39 des Bundessozialhilfegesetzes sagt zwar aus, dass Eingliederungshilfe nur gewährt wird, wenn und solange nach der Bedeutung des Einzelfalles sowie Art und Schwere der Behinderung Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Doch diese Aufgaben der Eingliederungshilfe sind im Absatz 3 des gleichen Paragraphen mit der Nennung der Ziele „gesellschaftliche Eingliederung“ und „Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft“ sehr allgemein beschrieben. Aus dieser allgemeinen Formulierung im § 39 BSHG lässt sich m.E. nicht die leistungsrechtliche Aussonderung von behinderten Menschen mit hohem Pflegebedarf legitimieren, oder gar die Forderung ableiten, die Förderung behinderter Menschen müsse zu einer messbaren Minderung der Behinderung und ihrer Folgen führen, die sich letztlich in einer Verringerung des Hilfebedarfes niederschlägt. Leider kommt in Aussagen von Kostenträgern diese Auffassung immer wieder zum Ausdruck.

Eine weitere Empfindlichkeit der mit behinderten und psychisch kranken Menschen befassten Institutionen resultiert aus der Art und Weise wie im dritten Reich den Betroffenen das Etikett „Lebensunwert“ zugeschrieben wurde. Dies erfolgte bewusst nicht auf Grundlage einer expliziten Untersuchung im Einzelfall sondern bevorzugt im Rahmen einer verwaltungsmäßigen Begutachtung nach Aktenlage und im Schnellverfahren, ohne dass der behinderte Mensch auch nur in Augenschein genommen wurde. So begutachtete ein Mitglied des Gutachterausschusses der sogenannten Aktion „T 4“, der Obermedizinalrat und Anstaltsleiter Dr. Pfannmüller aus Eglfing in Bayern im November 1940 den Lebenswert von 300 behinderten Menschen in vier Tagen und zwar in der Regel negativ.⁶

Dieses Beispiel zeigt – und nur diesbezüglich möchte ich hier eine Parallele ziehen –, dass die Entpersonalisierung von Begutachtungsprozessen die Tendenz fördert, im Sinne einer beauftragenden Instanz zu begutachten. Diese Tendenz zur Entscheidung gemäß der sozialen Erwünschtheit wird um so wirksamer, je weniger Informationen über den Einzelfall bekannt sind und um so weniger das Objekt der Begutachtung als menschliche Person wahrgenommen wird. Daher m.E. sind auch Tendenzen kritisch zu hinterfragen, die Einschätzung von Hilfebedarfen behinderter Menschen zu zentralisieren oder organisatorisch eng an den Kostenträger anzubinden.

⁶ Meyer, H. a.a.O. S. 112.

Das bisher Gesagte zeigt Parallelen des gesellschaftlichen Schicksal von geistig behinderten und psychisch kranken Menschen, ein gemeinsamer Weg, der auch die Erfahrung der völligen Ausgrenzung und physischen Vernichtung einschloss.

Pädagogisierung und Psychiatriereform

Nach dem 2. Weltkrieg erfolgte in der Bundesrepublik Deutschland eine weitergehende Pädagogisierung des Umgangs mit geistig behinderten Menschen, die u.a. in der Konstituierung der Geistigbehindertenpädagogik als wissenschaftlicher Disziplin ihren Ausdruck fand. Ein verändertes gesellschaftliches Bewusstsein zeigte sich in der Artikulierung der Interessen der Angehörigen, die 1958 in die Gründung der Bundesvereinigung der Lebenshilfe mündet. Die Änderung gesetzlicher Rahmenbedingungen ermöglichte den Aufbau neuer Institutionen, insbesondere auch im ambulanten und teilstationären Bereich. Als Beispiel genannt seien die Werkstätten für Behinderte und die integrativen Kindertagesstätten. Ähnliche Entwicklung erfolgten in der DDR durch die Etablierung der Rehabilitationspädagogik und die Schaffung von Werkstätten und beschützten Bereichen innerhalb von Betrieben. Die Pädagogisierung der Geistigbehindertenhilfe konzentrierte sich allerdings vor allem auf Kinder, Konzepte für Erwachsene standen zunächst weit weniger im Vordergrund. Diese Beschränkung wurde auch durch den Umstand gefördert, dass einige Alterskohorten von Menschen mit geistiger Behinderung fast vollständig der Euthanasie zum Opfer gefallen waren. So erfolgte eine Konzentration auf den Bereich der Frühförderung und –diagnostik, auch in dem Bewusstsein, dass sich in frühen Lebensphasen vielleicht nicht unbedingt die bestehende Schädigung selbst, aber viele ihrer negativen Auswirkungen kompensieren lassen.

Im Bereich der Psychiatrie erfolgte eine vergleichbare Pädagogisierung der Betreuung psychisch kranker Menschen nicht, dort dominierte weiterhin eine Semantik der Therapie im medizinischen Verständnis, allerdings erweitert um psychotherapeutische Verfahren. Die nicht hinreichend zu heilenden Menschen verblieben in Westdeutschland als Langzeitpatienten in den Nachfolgeinstitutionen der Heil- und Pflegeanstalten, den Bezirks- und Landeskrankenhäusern, zumal in den Gemeinden keine Versorgungsstrukturen vorhanden waren, die diese Menschen hätten auffangen können.

Die Landeskrankenhäuser bildeten aber auch einen besonderen Bestandteil für das Hilfesystem für Menschen mit geistiger Behinderung, nahmen sie doch diejenigen Personen auf, die wegen massiver Verhaltensauffälligkeiten oder aufgrund selbst- und fremdverletzenden Tendenzen eher undankbare Objekte heilpädagogischer Bemühungen waren. Sie teilten hinfort das Schicksal der nicht heilbaren psychisch kranken Menschen und fanden sogar den gleichen Ort einer oft Jahrzehnte währenden Unterbringung. Der Anteil geistig behinderter Menschen in den Landeskrankenhäusern war schließlich erheblich, in manchen Regionen betrug er über 25%. 1975 waren 20% der geistig behinderten Menschen in Westdeutschland langzeithospitalisiert. In absoluten Zahlen ausgedrückt: 18.000 Personen, etwa halb so viele waren es in der damaligen DDR.⁷

Diese Psychiatisierung von Menschen mit geistiger Behinderung war insbesondere auch deswegen problematisch, als die Psychiatrie als Profession schon seit ihren Anfängen im frühen 19. Jahrhundert die Betreuung dieser Personen – vorsichtig formuliert – nicht gerade als ihre Hauptaufgabe ansah. „Geistige Behinderung“ wurde zum Bestandteil des diagnostischen Katalogs, die psychiatrische Unterbringung und Behandlung erfolgte zur Korrektur von Verhaltensproblemen, die zumeist eindimensional auf die geistige Behinderung zurückgeführt wurden.

⁷ Koniarzyk, M./Steinböck, H.(2000): Von der Fehlplatzierung zur Fachabteilung. In: Henniscke, K. (Hrsg.): Modelle psychiatrischer Hilfen für psychisch kranke Menschen mit geistiger Behinderung. Berlin. Tagungsdokumentation.

Es lassen sich psychiatrische Klischees von geistiger Behinderung rekonstruieren, die polarisierende Unterschiede von der Sicht psychischer Erkrankungen erkennen lassen und die folgendermaßen gegenübergestellt werden können:

Psychiatrische Konnotationen von geistiger Behinderung

Psychische Erkrankung	Geistige Behinderung
Therapierbar	Nicht therapierbar
„erwachsenes“ Klientel	„infantiles“ Klientel
Phasenhafte Verläufe	Gleichbleibender Zustand
Sensibel gegenüber Umwelteinflüssen	Starres Person-Umwelt-Gefüge
Klienten als Verhandlungspartner	Klienten als „Mündel“

Die Psychiatrisierung von Menschen mit geistiger Behinderung führte zu einem reduktionistischen Verständnis dieses Personenkreises. Geistige Behinderung wurde pathologisiert, d.h. sie wurde als Krankheit verstanden und nicht als eine besondere Form des Menschseins. Damit ging die Tendenz einher, alle Merkmale und Verhaltensbesonderheiten auf die Grundbehinderung zurückzuführen und damit als relativ veränderungsresistent anzusehen. Der soziale, interaktive und kommunikative Kontext wurde vernachlässigt.

Um dies an einem Beispiel zu illustrieren: Mir wurde eine Aussage von einem Psychiater überliefert, der sich angesichts der Fördermaßnahmen einer Einrichtung für geistig Behinderte zu der Aussage hinreißen ließ: „Was wollen Sie denn von diesen Menschen! Die sind doch alle geistig behindert!“

Psychiatrie Enquete

Es muss allerdings auch erwähnt werden, dass ambitioniertere Vorstellungen angesichts der bis in 80er Jahre herrschenden Rahmenbedingungen in den Landeskrankenhäusern schwer umzusetzen gewesen wären. Mangelhafte personelle Ausstattung, massive bauliche und räumliche Mängel, gemeindeferne Ansiedlung und eine unzureichende Differenzierung der untergebrachten Personenkreise waren grundlegende Kritikpunkte der 1975 eingesetzten Psychiatrie-Enquete, die zu einer in der deutschen Geschichte einmaligen Auseinandersetzung mit den Problemen der psychosozialen Versorgung führte. Ergebnis war in der damaligen Bundesrepublik die Initiierung des Reformprogramms Psychiatrie, in dessen Verlauf die psychiatrische Versorgungsstruktur in einem erheblichen Maß umgestaltet wurde.

Leitender Gedanke war dabei das Prinzip der gemeindenahen Versorgung. Psychiatrische Großkrankenhäuser wurden verkleinert oder aufgelöst, psychiatrische Fachabteilungen an Allgemeinkrankenhäusern geschaffen und eine Reihe neuer Dienste eingerichtet, die bis dahin unbekannt waren: Tageskliniken, Institutsambulanzen, Sozialpsychiatrische Dienste, Tagesstätten, dezentrale Heime und ambulante Angebote des betreuten Wohnens⁸. Der Personenkreis chronisch psychisch kranker Menschen erfuhr damit auch eine verspätete Pädagogisierung seiner Lebensverhältnisse, da für die neuen Angebote das Ideal des multiprofessionellen Teams leitender Gedanke wurde und Berufsgruppen wie Psychologen und Sozialpädagogen dort Einzug hielten.

Neu war in der gemeindepsychiatrischen Versorgung auch ein völlig neuer Anspruch an die Kooperation und Vernetzung der beteiligten Einrichtungen und Dienste. Es stellte sich heraus, dass die neu gewonnene Vielfalt zu Schnittstellenproblemen führte, die nur bei intensiver kommunikativer Vernetzung zu bewältigen waren. Dies führte zur Entwicklung des Konzeptes des gemeindepsychiatrischen Verbundes, das eine gemeindebezogene Koordinierung der Entwicklung von Hilfsangeboten und eine Ab-

⁸ Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1988): Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Bereich, Bonn.

stimmung der Maßnahmen im Einzelfall vorsieht. Organisationsform sind dabei die sogenannten Hilfeplankonferenzen, die mittlerweile in vielen Regionen erprobt wurden und sich nach langem Bemühen auch in Sachsen-Anhalt vereinzelt etablieren konnten.

Das Modell der Hilfeplankonferenz ist von herausragender Bedeutung, weil sich gezeigt hat, dass die Problem- und Bedarfslagen psychisch kranker Menschen so vielfältig sind, dass ihre Beurteilung weitreichender Kenntnisse der Lebenssituation des Betroffenen, seiner Defizite und Ressourcen und der Möglichkeiten der Hilfestrukturen vor Ort bedarf. Hilfeplankonferenzen basieren auf dem Prinzip „Kommunikation“ – auch mit dem Betroffenen und seinem sozialen Umfeld – und stehen damit im Gegensatz zu Hilfebedarfseinschätzungen mit Hilfe standardisierter Verfahren, die auf der Vorstellung einer Erfassbarkeit vergleichbarer Bedarfslagen, deren Abdeckung durch standardisierte Angebote und damit dem Prinzip „Planung und Steuerung“ basieren. Leitender Gedanke der Hilfeplankonferenzen ist die Orientierung an der Person des Betroffenen statt seine Zuweisung zu bestehenden Institutionen. Dabei wurde auch deutlich, dass es nicht in jedem Fall spezialisierter Angebote bedarf, sondern dass es oft besser ist, auf Hilfestrukturen und Angebote zurückzugreifen, die auch von der „Normalbevölkerung“ genutzt werden.

Als Ideal hat Peter Kruckenberg ein sogenanntes „Paradigma sozialpsychiatrischer Hilfen“ formuliert, das alle Ansprüche des neuen Denkens bündelt:

„Das System psychiatrischer Hilfen ist so zu gestalten, dass einem akut oder chronisch psychisch erkrankten Menschen in jeder Situation und zu jedem Zeitpunkt eine auf seine individuellen Bedürfnisse und seine Fähigkeiten und die Besonderheit seiner individuellen Lebenswelt ausgerichtete integrierte Behandlung und Betreuung gewährt wird.

Die Hilfen sollen nach Art und Umfang angemessen und am Prinzip der größtmöglichen Selbstregulation, bzw. des geringstmöglichen Eingriffs in die Lebensverhältnisse orientiert und mit dem Patienten partnerschaftlich abgestimmt sein. Die Belastungen sollen für ihn, sein Umfeld und für die Gemeinschaft gerecht verteilt sein, die Organisation der Hilfen soll patientenzentriert in Koordination durch die Kommune erfolgen und auf die kulturellen, sozialen und ökonomischen Verhältnisse des Landes und der Region bezogen sein.“⁹

Immer mehr wurde auch deutlich, dass die Psychiatriereform auch zu erweiterten Partizipations- und Mitsprachemöglichkeiten für Angehörige und Betroffene führen muss. Beide Interessengruppen sind mittlerweile in vielen Landesverbänden und auf Bundesebene organisiert. Seit den 90er Jahren entwickelte sich die Erkenntnis, dass eine humane Psychiatrie nur funktioniert, wenn alle drei Instanzen – Professionell Tätige, Angehörige und Betroffene – am Prozess beteiligt werden. Es wurden völlig neue Veranstaltungs- und Organisationsformen erprobt, die dialogisch besetzt waren und den Austausch zwischen den drei Gruppen förderten (z.B. Psychoseseminare). Erfolgte in den 70er und 80er Jahren eine Ablösung der Anstaltspsychiatrie durch die Sozialpsychiatrie, so kam es in den 90er Jahren vielerorts zu einer dialogischen Erweiterung des sozialpsychiatrischen Denkens.

Folgen der Psychiatrie-Reform für Menschen mit geistiger Behinderung

Die Sachverständigenkommission der Psychiatrie-Enquete forderte 1975 eine klare Trennung der Versorgung psychisch kranker von der geistig behinderter Menschen (KITTMANN, 1999). Ziel war die Normalisierung und Regionalisierung ihrer Lebens-, Wohn- und Arbeitsverhältnisse, ihre Ausgliederung aus den psychiatrischen Kliniken und die Integration in die Gemeinden.

⁹ Kruckenberg, Peter (2000): ??? In: Sozialpsychiatrische Informationen. Bonn. Psychiatrie-Verlag.

Die kritische Auseinandersetzung mit der Anstaltspsychiatrie führte auch zu einer Neubewertung der Sichtweisen von geistiger Behinderung. Dies war so umfassend, dass einige Autoren von einem „Paradigmenwechsel“ sprechen, der durch folgende Polaritäten gekennzeichnet werden kann¹⁰:

Vor der Psychiatriereform	Nach der Psychiatriereform
Defizitorientierung	Entwicklungsorientierung
Fokussierung der Schädigung	Fokussierung der Sozialisation
Klinische Pflegeroutine	Kommunikation und Beziehungsgestaltung

Der Mensch mit geistiger Behinderung als Patient

KITTMANN (1999) weist darauf hin, dass mit der Unterscheidung zwischen Versorgung, Förderung und Therapie nach der Psychiatriereform erstmals für die Psychiatrie die Möglichkeit bestand, Menschen mit geistiger Behinderung als Patienten wahrzunehmen, die aufgrund seelischer Störungen einer Behandlung bedürfen und nicht aufgrund ihrer Behinderung untergebracht werden müssen.

Doch dieser Neu-Entdeckung der geistig Behinderten als Patienten entsprach nicht eine Schaffung entsprechender Angebote. Die neuen gemeindepsychiatrischen Dienste und Einrichtungen schlossen in ihrem Bedürfnis, die Anstaltstradition hinter sich zu lassen, Menschen mit geistiger Behinderung aus; niedergelassene praktizierende Therapeuten erwiesen sich mit ihrer Behandlung als überfordert. Die mit der Enthospitalisierung gewonnene höhere Lebensqualität wurde mit einer wesentlich schlechteren psychiatrischen Versorgung bezahlt. Dies führte anscheinend auch dazu, dass die Integration insbesondere derjenigen geistig behinderten Menschen scheiterte, deren seelische Störungen sich in einem ausagierenden aggressiven und destruktiven Verhalten äußern.¹¹ Diese Menschen hat der Enthospitalisierungsprozess nicht erreicht; sie sind auf ihrem Weg in die „Gemeinde“ stecken geblieben.

Die Frage der Größe des Bedarfs von Menschen mit geistiger Behinderung nach psychiatrischen Hilfen ist zunächst nicht einfach zu beantworten. Dies hat seine Ursache insbesondere in dem Umstand, dass sich die Diagnosestellung bei diesem Personenkreis als schwierig erweist. Seelische Störungen artikulieren sich bei Menschen mit geistiger Behinderung anders und z.T. weniger spezifisch. Somatische Erkrankungen müssen sehr viel sorgfältiger ausgeschlossen werden. Manche Zahnentzündung, die zu Hyperaktivität oder selbstverletzenden Verhalten führte wurde schon erfolglos in der Psychiatrie behandelt.

Zusammenfassend nennen KONIARCZYK u. STEINBÖCK (1999) folgende Spezifika von psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung:

- 1) „Geistige Behinderung“ reduziert sich nicht auf eine Beeinträchtigung der Intelligenz, sondern geht i.d.R. mit umfassenden Störungen einher (körperliches Entwicklung, emotionales Erleben, Antrieb, kognitive Kompetenz)
- 2) Das Ausmaß seelischer Störungen ist nach wissenschaftlichen Kenntnisstand gegenüber der Normalbevölkerung stark erhöht. Der ICD 10 nennt ein drei- bis vierfach erhöhtes Risiko; andere Einschätzungen sind etwas weniger pessimistisch¹² und sprechen von einer um 50% erhöhten Wahrscheinlichkeit bei leichtgradiger geistiger Behinderung und einem 2-3-fachen Risiko bei schwer geistig Behinderten.

¹⁰ Kittmann, N. (1999): Stationäre psychiatrische Versorgung geistig behinderter Erwachsener. In: Henniscke, K. a.a.O., S. 13 ff.

¹¹ vgl. Wendeler, J. (1993): Geistige Behinderung ó Pädagogische und psychologische Aufgaben. Weinheim. Beltz-Verlag., S. 99 ff.

¹² Henniscke, K./Meins, W. (1999): Besonderheiten der psychiatrischen Versorgung von geistig Behinderten mit psychischen Störungen. In: Henniscke, K.: a.a.O., S. 43 ff.

- 3) Psychische Störungen zeigen die breite Palette der auch bei nicht geistig behinderten Menschen zu beobachtenden Diagnosen. Psychotische Störungsbilder erweisen sich aufgrund ihrer veränderten Symptomatik als schwer diagnostizierbar, Demenzerkrankungen treten bei einigen Formen geistiger Behinderung häufiger und früher auf als in der Normalbevölkerung. Einen großen Anteil haben Verhaltensauffälligkeiten mit fremd- und autoaggressiven Tendenzen; Suchtprobleme und Suizidalität finden sich im Vergleich seltener.

Einige psychiatrische Störungsbilder scheinen sich bei Menschen mit geistiger Behinderung in anderen, z.T. auch paradoxen, Symptomen zu äußern. So konnte z.B. MEINS (1993a) zeigen, dass aggressive Verhaltensstörungen bei geistig behinderten Menschen auf depressive Erkrankungen zurückgeführt und u.a. mit Antidepressiva erfolgreich behandelt werden können¹³.

Diagnostische und therapeutische Probleme in der psychiatrischen Behandlung resultieren aus einer Reihe von Faktoren¹⁴:

- 1) Der begrenzten Sprachfähigkeit vieler Patienten und der daraus resultierenden Angewiesenheit der Ärzte auf die Gültigkeit von Aussagen von Berichterstattern aus dem familiären oder institutionellen Umfeld.
- 2) Auswirkungen familienspezifischer Coping-Strategien zur Bewältigung der Lebenssituation mit einem behinderten Menschen (Überbehütung, Symbiose, „Diagnose-Shopping“)

Eine psychotherapeutische Behandlung von Menschen mit geistiger Behinderung setzt ein breites Verständnis von Therapie voraus. Wichtig ist in jedem Fall die Berücksichtigung und Einbeziehung des sozialen Umfeldes. Daher sind systemische oder familientherapeutische Ausbildungen sinnvoll. In den letzten Jahren wird zunehmend hinterfragt, ob herkömmliche psychiatrische Kliniken diesem speziellen Bedarf Rechnung tragen können. KITTMANN (1999) postuliert die Unmöglichkeit einer gemeinsamen effektiven Behandlung von psychisch kranken und geistig behinderten Patienten mit psychischen Auffälligkeiten. Entsprechende Fachabteilungen wurden an einigen psychiatrischen Krankenhäusern aufgebaut. Dabei gelang es z.T., ehemalige Langzeitbereiche für geistig behinderte Patienten mit Verhaltensauffälligkeiten zu einem Regelangebot für diesen Personenkreis umzuwandeln (z.B. Rheinische Kliniken Langenfeld; Bezirkskrankenhaus Haar in München). Notwendig wäre zusätzlich die Einrichtung regionaler Beratungs- und Behandlungszentren (Boehlke, 1999)

Übernahme sozialpsychiatrischer Prinzipien? Vom Ort zum Leben zum Leben im Ort

Das eben Dargestellte macht deutlich: Es bedurfte erst der Trennung der Versorgungssysteme für psychisch kranke und geistig behinderte Menschen, um den spezifischen psychiatrischen Hilfebedarf letzterer überhaupt in den Blick zu bekommen. Die Frage stellt sich nun nach der Übertragbarkeit der im Zuge der Psychiatriereform entwickelten sozialpsychiatrischen Denkmuster auf diesen Personenkreis.

Die oft von christlichen Trägern betriebenen großen Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung wurden nicht wie die psychiatrischen Großkrankenhäuser aufgelöst. Hier wurde versucht, Eigenschaften einer „totalen Institution“ durch die Orientierung am sogenannten „Normalitätsprinzip“ abzubauen. Die Umwelt behinderter Menschen sollte der von nicht behinderten Menschen entsprechen, wenn sie auch nicht mit ihr identisch war. Grundelemente der Normalisierung waren insbesondere (NIRJE, 1976):

- 1) Normaler Tages- und Jahreszeitenrhythmus
- 2) Trennung der Bereiche Arbeit-Wohnen-Freizeit
- 3) Die Orientierung an einem normalen Lebenslauf

¹³ Meins, W.: (1993a): Psychiatrischer Probleme bei geistig behinderten Erwachsenen unter besonderer Berücksichtigung depressiver Störungen. Habilitationsschrift. Fachbereich Medizin der Universität Hamburg.

¹⁴ Henricke, K./Meins, W.: a.a.O.

- 4) Respektierung individueller Bedürfnisse
- 5) Möglichkeit zwischengeschlechtlicher Kontakte
- 6) Verfügung über Geld
- 7) Integration in Nachbarschaft und Gemeinden.

Die Anstalt als „Ort zum Leben“ wurde damit vielerorts zum Ort der Simulation von Normalität.

„Große Komplexeinrichtungen hatten das Ziel, innerhalb ihres Areals, gewissermaßen modellhaft, die Infrastruktur zu schaffen, die es in einem differenzierten Gemeinwesen oder einer Stadt mit bürgerlichem Gepräge gibt. Man wollte den Metzger, den Bäcker, den Laden und Schuhmacher, den Bankhalter u.a. auf das Gelände der Einrichtung holen. Manche sahen schon die Verwaltung als das Rathaus an.“ (Evgl. Fachverband Behindertenhilfe Württemberg, 2003)

Gleichzeitig wurde Normalisierung aber auch zunehmend als Teilhabe an der Lebenswelt nicht behinderter Menschen verstanden. So entstanden seit den 70er Jahren in Westdeutschland betreute Wohnformen in den Gemeinden, die allerdings meist Menschen mit leichtgradiger geistiger Behinderung vorbehalten waren.

Die weiterhin bestehenden Großeinrichtungen entwickelten sich dadurch z.T. zu Restinstitutionen für Menschen mit Schwerst- und Mehrfachbehinderungen oder einem hohen Grad an Verhaltensstörungen (WENDELER, 1993). Als Konsequenz forderte z.B. THEUNISSEN (1991) die Schwerstbehinderten bei der Enthospitalisierung nicht zu vergessen und auch für diesen Personenkreis Integrationskonzepte zu entwickeln.

Interessant ist, dass auch bei der Enthospitalisierung psychisch kranker Menschen das Phänomen auftrat, dass die Kränksten und Hilfebedürftigsten, aber auch die Menschen mit einem hohen Maß an Selbst- oder Fremdgefährdung am längsten in den Langzeitbereichen verblieben. Dort war es DÖRNER (1993), der aus dieser Entwicklung seine bekannte ethische Prämisse ableitete, dass wir

„unseren höchsten Aufwand an Aufmerksamkeit, Engagement, Zeit und Einsatz unserer Ressourcen zunächst bei den jeweils schwierigsten, hoffnungslosesten, aussichtslosesten, ältesten und unerträglichsten Patienten einzusetzen haben.“

Diese ethische Grundhaltung impliziert, dass bei der Enthospitalisierung alle behinderten und psychisch kranken Menschen einbezogen werden müssen. Gemäß dieser Setzung wären auch die Großeinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung aufzulösen gewesen.

Allerdings gelang es diesen aus unterschiedlichen Gründen erfolgreicher als den Landeskrankenhäusern, sich gegen einen Abbau zur Wehr zu setzen.

Auch von Fachleuten wurde die Möglichkeit einer Integration von Menschen mit geistiger Behinderung in die Gemeinden kritisch eingeschätzt. So warnt GAEDT (1982) bereits 1982 vor einer unkritischen Übernahme sozialpsychiatrischer Prinzipien, da diese einseitig das Ziel einer Integration in die vorgegebene Gesellschaft verfolgen. Notwendig für Menschen mit geistiger Behinderung sind aus seiner Sicht die Ergänzung und Differenzierung gesellschaftlicher Strukturen und damit eine Vervielfältigung gesellschaftlicher Möglichkeiten der Integration. Den Großeinrichtungen kommt dabei die Aufgabe zu, vielfältige, miteinander verbundene gesellschaftliche Räume mit unterschiedlichen Anforderungsniveaus zu gestalten, die auch die umliegenden Gemeinden mit einbeziehen.

Restriktive Rahmenbedingungen

Heute allerdings stellt sich oft weniger die Frage, welche Gestaltungsformen der Versorgung denkbar und sinnvoll sind. Die Diskussion wird viel mehr durch die Frage der Finanzierbarkeit der Maßnahmen dominiert.

Schätzungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge gehen davon aus, dass im Zeitraum 2002 bis 2007 die Zahl der Klienten in der Eingliederungshilfe um 21% steigen wird. Werden die Kosten der bisherigen Versorgung angesetzt, so ist für diesen Zeitraum mit einem Anstieg von 31% zu rechnen. Bereits heute stellt die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen den Hauptanteil an den Ausgaben der Sozialhilfe.

Gleichzeitig wurden gesetzliche Grundlagen geschaffen, die den Eingliederungsanspruch noch stärker als bisher manifestieren. Zu nennen sind insbesondere die Aufnahme des Benachteiligungsverbots in das Grundgesetz (Art. 3, Abs. 2, Satz 2) und das 1999 in Kraft getretene Sozialgesetzbuch IX.

Angesichts dieser widersprüchlichen Situation müssen Antworten gefunden werden, wie einerseits der Integrationsanspruch behinderter Menschen sichergestellt, andererseits die damit verbundenen Kosten im Rahmen gehalten werden können.

Diesbezüglich finde ich eine Modellkonzeption interessant, die kürzlich vom Fachverband evangelischer Behindertenhilfe in Württemberg vorgestellt wurde und die ich für zukunftsweisend halte. Diese greift explizit sozialpsychiatrische Grundgedanken auf und versucht auf deren Grundlage, Angebote zu entwickeln, die insbesondere auf Neuzugängen in das Hilfesystem zugeschnitten sind. Die Modellkonzeption nennt folgende Grundsätze:

- 1) Grundsätzliche Abkehr von der Unterbringung behinderter Menschen in zentrale Anstalten. Stattdessen Aufbau wohnortnaher, individueller Assistenzkonzepte.
- 2) Abbau von Sonderstrukturen. Schaffung und Förderung informeller Hilfestrukturen (Vereine, Familie, Nachbarschaft, Selbsthilfe); Priorität: Verhinderung von Ausgliederung statt Eingliederung.
- 3) Prinzip der Kostenneutralität: Beim Aufbau flexiblerer Angebote entstehen nicht mehr Kosten als bei Versorgung im bisherigen System. Einspareffekte entstehen durch den langfristigen Umbau des Hilfesystems hin zu flexibleren, lebensfeldnahen Leistungsangeboten.
- 4) Schaffung einer Agentur für individuelle Hilfeplanung als Anlaufstelle und zur Vernetzung der Hilfsangebote im Gemeinwesen.

Die hier enthaltenen sozialpsychiatrischen Grundsätze wie Personenorientierung, Gemeindenähe und das Primat nicht-institutioneller Hilfen können jedoch nur greifen, wenn bestimmte Voraussetzungen bestehen. Das Leben von Menschen mit geistiger Behinderung oder einer chronischen psychischen Erkrankung in der Gemeinde setzt voraus, dass die Leistungen ihrer Infrastruktur auch von diesen genutzt werden können. Bedingung ist also eine „soziale Stadt“ mit einer umfassenden Barrierefreiheit, die auch die Besonderheiten geistiger und seelischer Behinderung berücksichtigt. Barrierefreiheit heißt in diesem Zusammenhang auch der Abbau von Stigmatisierung und Vorurteilen, die gegenüber diesen Personengruppen immer noch verbreitet sind. Als ein sehr positives Beispiel aus dem Bereich der Sozialpsychiatrie seien hier die Schulprojekte von Thomas BOCK in Hamburg und von ANGERMEYER u. RICHTER-WERLING in Leipzig genannt, bei denen Betroffene in Schulen über ihre Erfahrung mit ihrer psychischen Erkrankung berichten.

Aber auch angesichts solcher positiven Beispiele habe ich Bedenken hinsichtlich der Tragfähigkeit der Strukturen, die den Betroffenen eine Heimat geben sollen. Die knappen Ressourcen erzwingen oft die Ansiedlung von betreuten Wohnangeboten in sozialen Brennpunkten und mir ist mindestens ein Beispiel bekannt, wo ein solches Projekt für Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund des Umfeldes gescheitert ist.

Wovor ich dringend warnen möchte, ist eine Verlagerung von Hilfestrukturen in den ehrenamtlichen Bereich ohne eine genaue Erfassung und Prüfung des vorhandenen Hilfebedarfs. Bereits jetzt besteht meines Erachtens in Sachsen-Anhalt ein massiver Mangel an Angeboten der sozialpsychiatrischen Versorgung, der nur deswegen nicht zum Skandal wird, weil sich das Leiden der Betroffenen jenseits der öffentlichen Wahrnehmung vollzieht. Der Aufbau einer neuen Angebotsstruktur setzt zunächst sorgfältig geplante und evaluierte Modellprojekte voraus. Er kann nur langfristig erfolgen und erfordert vor allem eins: Eine Atmosphäre des Vertrauens und ein hohes Maß an Dialogfähigkeit zwischen Kostenträgern, Leistungsanbietern und den Vertretern der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Nicht zuletzt scheint auch eine Qualität in der Auseinandersetzung erforderlich zu sein, die der Philosoph MITTELSTRASS mit dem Begriff der „Transdisziplinarität“ etikettiert hat. Transdisziplinarität meint Ausstattung der Gesprächspartner mit Wissensbeständen aus dem Zuständigkeitsbereich des jeweiligen Gegenübers. Sie ist Voraussetzung für ein Gespräch, in dem die Partner nicht ständig verschiedene Sprachen zu sprechen. Die Sprache der Verwaltung und die Sprache der Behindertenhilfe sowie der Psychiatrie sollten daher eine gemeinsame semantische Schnittmenge entwickeln. Ohne diese gemeinsame Schnittmenge wird es sehr schwer sein, zukunftssträchtige Konzepte auf den Weg zu bringen. Den Betroffenen aber auch der gesamten Sozialgemeinschaft würden verstärkte Anstrengungen in dieser Richtung zu Gute kommen.