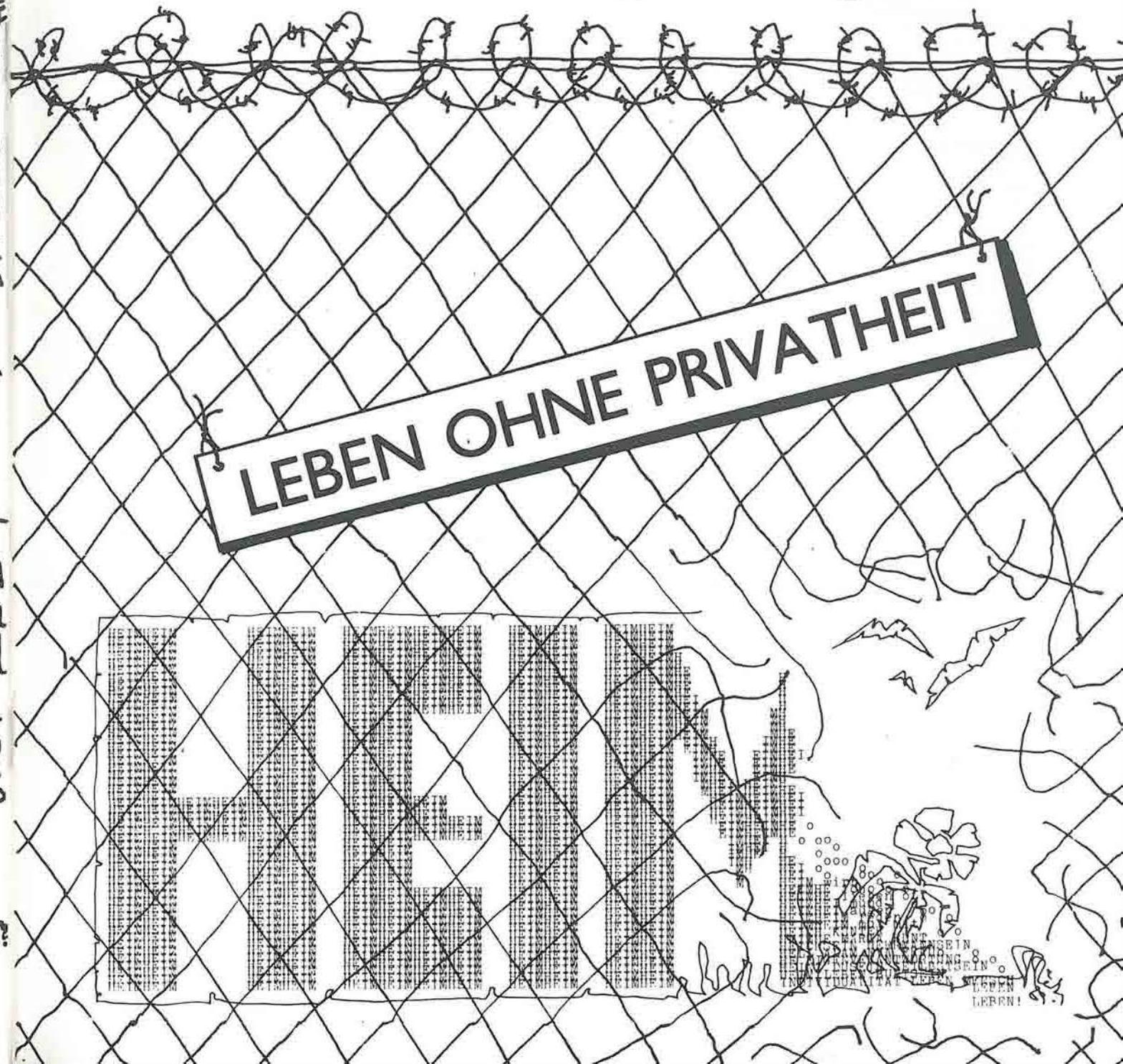


P.b.b. Verlagspostamt 4020 Linz

L O S Nr.24, 7.Jahrgang, Juni 1989

# res



## LEBEN OHNE PRIVATTHEIT

**N**achdem die Bundesregierung im vergangenen Jahr die Einführung einer allgemeinen Grundsteuer beschlossen hat, ist die Diskussion über die Besteuerung von Grundbesitz in der Öffentlichkeit wieder aufgegriffen worden. In der Vergangenheit wurde die Grundsteuer als eine Art "Steuer der Armen" bezeichnet, da sie vor allem auf die Besitzverhältnisse von Kleinrentnern und Familien mit geringem Einkommen abzielt. Die Bundesregierung hat jedoch betont, dass die Grundsteuer eine wichtige Rolle bei der Umverteilung des Einkommens spielen wird. Sie wird dazu beitragen, die Einkommensunterschiede zu verringern und die soziale Gerechtigkeit zu fördern. Die Einführung der Grundsteuer wird als ein wichtiger Schritt in Richtung einer gerechteren Besteuerung angesehen.

Die Grundsteuer wird als eine Art "Steuer der Armen" bezeichnet, da sie vor allem auf die Besitzverhältnisse von Kleinrentnern und Familien mit geringem Einkommen abzielt. Die Bundesregierung hat jedoch betont, dass die Grundsteuer eine wichtige Rolle bei der Umverteilung des Einkommens spielen wird. Sie wird dazu beitragen, die Einkommensunterschiede zu verringern und die soziale Gerechtigkeit zu fördern. Die Einführung der Grundsteuer wird als ein wichtiger Schritt in Richtung einer gerechteren Besteuerung angesehen.

LEBEN OHNE PRIVATTHEIT  
LERN!

## Impressum

Herausgeber:  
 Arbeitsgemeinschaft LOS  
 c/o Kurt Schneider,  
 Blumengasse 21/6, 1170 Wien

Medieninhaber (Verleger):  
 Arbeitsgemeinschaft LOS  
 c/o Klaudia Karoliny,  
 Hallestraße 1/2, A-4030 Linz

Druck: eigene Vervielfältigung

Bankverbindung:  
 Zentralsparkasse der Gem. Wien  
 Kto.Nr. 842 143 705  
 (ARGE LOS, Elisabeth Hyrtl)

Redaktion Wien  
 Kontaktadresse:  
 Anna Maria Hosenseidl  
 Bräuhausgasse 8/1/6,  
 1050 Wien, Tel. 5579354

Otto Anlanger  
 Tso Bogg  
 Bernadette Feuerstein  
 Marlies Feuerstein-  
 Sitterlütty

Traude Fenzl  
 Rudolf Forster  
 Julia Haslwanter  
 Erwin Hauser  
 Elisabeth Hyrtl  
 Anita Jirchar  
 Raimund Kosovic  
 Angelika Laburda  
 Christine Petioky  
 Susanne Pribitzer  
 Kurt Schneider

Redaktion Linz  
 Kontaktadresse:  
 Klaudia Karoliny  
 Hallestr. 1/2, 4030 Linz

Gaby Bacher  
 Michael Bacher  
 Johannes Neuhauser  
 Christian Rachbauer  
 Gunther W. Trübswasser

Offenlegung nach § 25 Mediengesetz:  
 Grundlegende Richtung des Mediums -  
 Zeitschrift gegen Aussonderung mit  
 dem Ziel, Zustände und Mißstände  
 aufzuzeigen sowie Alternativen  
 vorzustellen und zu fordern.

Bezugsbedingungen:  
 Erscheinungsweise vierteljährlich  
 Einzelpreis öS 30,- (DM 5,-)  
 Doppelheft öS 50,- (DM 9,-)  
 Abo (4 Hefte) öS 100,-  
 (Ausland öS 120,-)  
 Abo-Bestellungen/Probehefte bei  
 Klaudia Karoliny,  
 Hallestraße 1/2, A-4030 Linz

Kontaktadresse für Inserate:  
 LOS-Verlag (Karoliny)

Redaktion Salzburg  
 MOMI Salzburg  
 Elisabethstr. 14,  
 5020 Salzburg

Redaktion Innsbruck  
 Kontaktadresse:  
 Volker Schönwiese  
 Achselkopfweg 1  
 6020 Innsbruck  
 Tel. 05222/88534  
 tagsüber:  
 05222/ 507 Kl. 3545

Helmut Schiestl  
 Ernst Schwanninger

Redaktion Graz  
 Peter Mäusner  
 St. Peter Hauptstraße  
 33d/14, 8042 Graz

Redaktion München  
 Kontaktadresse:  
 Josef Giger  
 Gardinistr. 150  
 0-8000 München 70

## Inhaltsverzeichnis

Editorial.....	3
Undramatisch.....	4
Das Leid im Alltag der Spitäler.....	6
Presseaussendung der Namens- liste "Für konsequente Interessenvertretung".....	10
Pflege(ver)fall.....	13
Individualität nicht vorgesehen	17
Beispiellos.....	18
Psychiatrie :Wohnheime des Psychosozialen Dienstes.....	19
Forderungen des Arbeits- kreises Psychiatrie.....	22
Tausend Wohnplätze für Behinderte.....	23
Normalisierte Wohn- und Daseins- bedingungen für geistig behinderte Erwachsene.....	24
Mein Leben als Behinderter.....	35
Neues für Blinde.....	37
Definitely.....	40
Buchbesprechungen.....	44

Titel: Gunther W. Trübswasser

Layout :  
 Julia Haslwanter  
 Maria Kaltenböck  
 Christine Petioky

Wir danken Gabriele Weerth und  
 Bernhard Haslwanter für die  
 Reinschrift der Manuskripte.

LOS(e)NACHLESE aus Heft Nr.:22

. Der Beitrag "Vergleich der Stand-  
 punkte der politischen Parteien zum  
 Thema schulische Integration" kommt  
 aus der Schreibmaschine von Eva und  
 Michael Rittberger, und

. Friedrich Sneedse verfasste "Am  
 Krüppel machen wir gut, was wir an  
 uns schlecht gemacht haben".

## Editorial 1

"Leben ohne Privatheit" ist eine Nummer, die sich mit dem Leben in Pflegeheimen, anderen Heimen und Krankenanstalten befaßt. Auf diese Idee kamen wir im Dezember 1988 aus der Überlegung, bekannte Zu- und Mißstände eines durch Institutionen abger(i)egelten Lebens aufzugreifen. Wohl wissend, bzw. befürchtend, daß sich wieder einmal fast keiner (vor allem nicht die zuständigen Stellen) dafür interessieren wird.

Durch die Vorkommnisse im Lainzer Krankenhaus ist jetzt ein breites öffentliches Interesse an diesem Thema entstanden. Offensichtlich konnten nur extreme Vorkommnisse das konsequente Wegschauen beenden.

Diese LOS-Nummer handelt nicht von extremen Vorkommnissen, sondern vom Alltag.

Auch wenn in den Betroffenenberichten Pflegepersonal angegriffen wird, soll klar sein, daß es nicht um persönliche Schuld, sondern um strukturelle Probleme geht.

Pflegepersonal kommt in der Presseaussendung der Namensliste für konsequente Interessensvertretung (eine Fraktion der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten, Landesgruppe Wien) sowie in dem rezensierten Buch "Morgens um sieben ist der Tag schon gelaufen" zu Wort. Wir haben uns sowohl mit Großinstitutionen als auch mit Institutionen, die als Alternative präsentiert werden, beschäftigt. Ob diese Alternativen wirklich welche sind, überlassen wir den LeserInnen.

Um die Situation der Betroffenen nicht weiter zu verschlechtern und LOS Rufmord und Verleumdungsklagen zu ersparen, haben wir die Betroffenenberichte teilweise anonymisiert. Vieles, was MitarbeiterInnen von Institutionen zu sagen hätten, kann in LOS nicht gebracht werden, da mit den entsprechenden Entbindungen von der Amtsverschwiegenheit nicht gerechnet werden kann.

Wien, am 19. April 1989

Marlies Feuerstein-Sutterlüty  
Julia Haslwanter  
Christine Petioky

## Editorial 2

Als wir das Editorial 1 verfaßten, wußten wir noch nicht, wie schwierig es sein würde, dieses LOS herauszubringen: Die Kollegin, die normalerweise die Manuskripte reinschreibt, war im Mai auf Urlaub. Als sich Gabriele Weerth zur Abschrift der Texte bereiterklärte, stand kein Compo-ser zur Verfügung. Gleichzeitig erfuhren wir, daß Gunther Trübswasser für die Nummer kein Layout herstellen konnte. Auf dem PC des Instituts für Soziales Design konnte schließlich geschrieben werden, und wir beide planen nun, zum ersten Mal das Heft druckfertig zu machen. Nach der Redaktionssitzung am 17. Juni werden wir die LOS-LeserInnen informieren, wie es mit unserer Zeitung weitergeht.

Julia Haslwanter Christine Petioky

Wien, am 5. Juni 1989

# Undramatisch

Protokoll über ein Gespräch mit Frau Hermine D., Bewohnerin eines Kärntner Pflegeheimes

Frau Hermine D. ist 40 Jahre alt. Sie lebt seit 22 Jahren in verschiedenen Pflegeheimen. Sie ist Rollstuhlfahrerin und kann auch ihre Arme nicht bewegen. Sie braucht daher für jede Handlung Hilfe.

Das Heim, in dem sie jetzt lebt, gilt als modern. Frau D. bemerkt aber keine Unterschiede hinsichtlich Tagesablauf, Behandlung, Kommunikation und Aufbau in den verschiedenen Heimen.

Das Haus gleicht im wesentlichen einem Krankenhaus mit Portier, Eingangshalle, mehreren Stationen, überwiegend Mehrbettzimmern, Krankenschwestern und Ärzten. Die Bewohner werden im allgemeinen als Patienten bezeichnet. Wie in jedem Pflegeheim leben auch dort vor allem alte Menschen. Frau D. fühlt sich schon von daher isoliert, da es auch schwieriger ist, mit alten Menschen, die zum Teil schon verwirrt sind oder schlecht hören, in Kontakt zu treten.

Sie wünscht sich eher Kontakt zu Jüngeren und nützt daher auch Gelegenheiten, mit vorbeieilenden Besuchern ein paar Worte zu plaudern.

Frau D. lernte in diesem Heim auch ihren Lebensgefährten kennen.

Herr Walter ●. ist ebenfalls ein jüngerer Rollstuhlfahrer. Die beiden teilen nach längerer Wartezeit nun ein Zweibettzimmer. Diese Zweibettzimmer werden im Hausjargon als "Ehepaarstuben"

bezeichnet, was verwunderlich ist, da sie sich in nichts von Spitalszimmern unterscheiden (zwei Spitalsbetten, zwei Nachtkästen, zwei Spinde, Punkt). Das Zimmer ist ca. 10 Quadratmeter groß. Man kann sich vorstellen, wie kompliziert es ist, unter diesen Umständen eine Beziehung zu führen.

Frau D. steht auf eigenen Wunsch um 5.30 Uhr auf. Die Nachtdienstschwester wäscht sie und zieht sie an, hebt sie auf den Leibstuhl und dann mit der zweiten Schwester auf den Rollstuhl. Zu Bett geht sie nach dem Fernsehen zwischen 21 und 22 Uhr. Obwohl das Nachtmahl schon am späteren Nachmittag kommt, hat sie nie Hunger, einerseits ist sie magenkrank, andererseits erlebt sie das Essen ohnehin oft als ungenießbar. Was ihr persönliches Leben ausmacht, gestaltet sie durch die Hilfe von Verwandten: Sie bringen ihr Essen, das sie gerne hat, sie kaufen und waschen ihre Kleidung (im Pflegeheimjargon "Privatwäsche"), beziehen ihr Bett mit "privater" Bettwäsche, waschen ihre Füße, schneiden ihr die Nägel, gehen mit ihr zum Friseur.

Um das Haus zu verlassen, braucht sie allerdings einen Passierschein, den die Stationsschwester ausgibt und der vom Arzt unterschrieben sein muß. Ohne diesen dürfte sie nicht einmal am Porvorbei vors Haus gehen, auch nicht in Begleitung. Wenn sie fortgeht, wird sie bereits auf der Station gefragt, wohin sie geht und warum und wann sie zurückkommt. Kommt sie später als gesagt zurück, macht der Portier ein "Gesicht" und wird frech. Frau D.: "Man kommt sich vor wie in der Kaserne, habt acht, ich bin da oder habt acht, ich geh fort. Mit dem Unterschied, daß in

der Kaserne niemand zu sagen braucht, wo er hingehet, wenn er Ausgang hat." Außerhalb der Besuchszeiten darf Frau D. nur bis zum Aufzug, nicht aber ins Zimmer begleitet werden.

Ein durchschnittlicher Tag ist von Unfreundlichkeiten geprägt. Frau D.: "Wenn man im Spital ist, geht man bald wieder, aber im Pflegeheim ist man immer, die Schwestern auch, man kommt nicht aus. Man verlangt etwas, sie (die Schwestern) sind gereizt, oft nicht freundlich, ärgern sich mit anderen Patienten und laden dann den Grant bei mir ab. Wenn ich mich nicht so beherrschen würde, würde ich jeden Tag streiten. Ich muß viel schlucken, kein Wunder, daß ich Magengeschwüre habe. Sagt man etwas über eine Schwester, hat man gleich alle gegen sich."

Frau D. erzählt, daß sie sich einmal bei der Oberin beschwert hat, dann aber Schwierigkeiten mit der Stationsschwester bekam, da sie die Hierarchie übergangen hatte. In diesem Pflegeheim ist es üblich, nicht nur über Gesundheitszustand und ärztliche Behandlung der Bewohner Aufzeichnungen zu führen. Frau D.: "Dort wird alles verzeichnet, Besuche, Ausgang und wie man sich verhält. Diese Notizen sind allen Schwestern, der Oberin und dem Primar zugänglich. Man kann mit niemandem vertraulich reden. Alles wird weitergesagt. Vertrauen gibt es überhaupt keines." Freundschaften im Haus zu schließen, erscheint Frau D. schwierig. Sie ist auch oft darauf angewiesen, daß sie jemand im Rollstuhl schiebt, auch wenn sie diese Person vielleicht nicht mag.

Frau D.: "Ich bin dort nicht frei. Unlängst saß ich in der Eingangshalle. Plötzlich fällt es dem

Portier ein, die Schwester zu rufen, daß sie mich auf mein Zimmer bringt, obwohl ich überhaupt nichts gesagt habe."

Die Monotonie des Tagesablaufes wird mitunter durch Veranstaltungen wie Aufspielen der Polizeimusik oder Besuche singender Schulklassen unterbrochen.

Frau D. sieht keine andere Möglichkeit, als in einem Heim zu leben, da sie bei jedem Handgriff Hilfe braucht, käme eine Betreuung in einer eigenen Wohnung - bei den derzeit üblichen Stundensätzen - zu teuer.

Name des Verfassers der Redaktion bekannt

# Das Leid im Alltag der Spitäler ein Einzelfall ?

Harald Eichelberger

Es war ein Freitag im Oktober 1988. Nichts Außergewöhnliches war geschehen. Ich kam an diesem Abend etwas später nach Hause, und Harald E. - mein Vater - war nach einem siebentägigen Krankenhausaufenthalt heute entlassen worden. Die Augenoperation war gut verlaufen. Die operierenden Ärzte der Augenklinik des Hanuschkrankenhauses waren ihrem guten Ruf gerecht geworden. Wir hatten Harald E. ein-, zweimal besucht - es ging ihm gut. Die erhöhten Blutzuckerwerte seien eben auf die Aufregungen vor der Operation zurückzuführen. Es ist doch schon acht Jahre her, daß der Blutzucker extrem erhöht war. Drei Monate wurde dieses schreckliche Gangrän damals auf der dermatologischen Abteilung des Wilhelminenspitals behandelt. Nach der Amputation des rechten Beines normalisierten sich die Blutzuckerwerte wieder. Und außerdem ging Harald E. monatlich ins Wilhelminenspital zur Kontrolle und wurde gründlich untersucht.

Sich auf seine beiden Krücken stützend, hatte Harald E. heute morgen fluchtartig das Spital verlassen. Das Auge wird heilen, die Blutzuckerwerte werden wieder normal werden. Über die Spitalstreppe ist er mehr gestolpert und gefallen als gegangen. Seine Frau und die Nachbarn hatten ihn mit ihrem Auto abgeholt und nach

Hause gebracht. Endlich wieder zu Hause und dem Spital entkommen. Apathisch sitzt Harald E. auf der Couch im Wohnzimmer, Tränen rin- nen über seine Wangen. Das Mit- tagessen, auf das er sich so ge- freut hat, speit er aus. Harn- und Stuhlkontrolle funktionieren nicht mehr normal. Rat- und hilf- los steht seine Frau neben ihm. Im Badezimmer läßt sich die schreckliche Wahrheit dann nicht mehr verbergen. Tiefschwarz leuchtet die mittlere Zehe des noch verbliebenen linken Fußes. Was sich während der vergangenen Woche vor den Ärzten und Kranken- schwestern verbergen ließ, war jetzt außer ihm auch noch einem anderen Menschen offenbar. Seine Angst muß schrecklich gewesen sein.

Spätabends werde ich von meinem Bruder geholt. Vater ist doch heute erst aus dem Spital entlas- sen worden!? Als ich die elterli- che Wohnung betrete, erkenne ich den Geruch sofort. Dieser süßli- che Geruch nach faulendem Fleisch und Verwesung hat sich tief in mein Gedächtnis eingegraben. Harald E. liegt in seinem Bett. Er ist hysterisch - niemand darf sein Leid erfahren, das er noch immer sorgsam in einem dicken weißen Socken bedeckt hält. Ich telefoniere außerhalb der Wohnung und ohne sein Wissen. Erst dann gehe ich zu ihm. Schweigen - schluchzend nennt er meinen Namen. Er braucht mir nicht zu sagen, daß er in diesem Augen- blick weiß, daß ich ihn wieder ins Krankenhaus bringen werde. Ich sehe seine Verzweiflung.

Langsam versuche ich, ihm zu erklären, daß ich einen Notarzt gerufen habe, und langsam versuche ich eine Rechtfertigung vor ihm. Meine Erklärungen sind jämmerliche Versuche, die gegen seine Verzweiflung nicht ankommen.

Erst während der Untersuchung durch den Notarzt sehe auch ich das Ausmaß des Fäulnisprozesses. Die Schmerzen müssen doch schier unerträglich sein; wahrscheinlich seien die Nervenenden schon abgestorben, meint der Notarzt. Und vorher? 12 Stunden nach der Entlassung erfolgt die neuerliche Einweisung - diesmal Wilhelminenspital. Aufnahme, erstes Gespräch mit der diensthabenden Ärztin. "Jetzt kommen sie mit so einer Krankheit? Wissen Sie das nicht früher?" Doch, ... ich konnte und wollte zu diesem Zeitpunkt gar nichts erklären. Harald E. auch nicht. Was hätten denn wohl die Ärztinnen und Ärzte der Augenklinik des Hanuschkrankenhauses geantwortet, was wohl der Arzt, der den Ganzkörperstatus vor der Operation aufgenommen hat, was wohl die Ärzte, denen der Zusammenhang zwischen Beinamputation und erhöhtem Blutzuckerwert nicht zu denken gegeben hat, was wohl die Ärzte, die keinen Blick für die Extremitäten des Harald E. übrig gehabt haben und die auch den Geruch nicht kennen? Was Harald E. hier verbergen konnte, hätte keinem Arzt verborgen bleiben dürfen.

Untersuchungen und Akutbehandlungen begannen. Die interne Abteilung ist wohl nicht die richtige. Hier war nur zufällig - Gott sei Dank - ein Bett frei. Die dermatologische Abteilung verfügt über seine Krankengeschichte. An wen kann ich mich wenden? Die Ungewißheit über Diagnose, Zustand und Behandlung des Patienten sollten uns und

Harald E. während des Spitalsaufenthaltes, bis auf eine Ausnahme, begleiten. Diese Ungewißheit, was mit einem geschieht, erzeugt noch größere Abhängigkeit, und Abhängigkeit verhindert Mündigkeit. Der mündige und fragende Patient kommt wohl vor in unseren Spitälern, selten aber, und er stört den Spitalsalltag meist erheblich. Was geschieht, bestimmen Ärztinnen und Ärzte, oft ohne zu erklären. Die Behandlung wird von Krankenschwestern und -pflegern oft ohne Zuwendung zum Patienten vollzogen. Dem Patienten ist diese Behandlung oft nicht einsichtig; er läßt geschehen. Seine Autonomie hört auf zu existieren. Die Manipulierbarkeit des Patienten mag angenehm für die Behandelnden sein, sie ist trotzdem unwürdig, inhuman und auch nicht medizinisch sinnvoll. Sie ist aber im Spital alltäglich.

Nach wenigen Tagen erfolgte die erwartete Verlegung in ein Mehrbettzimmer der selben Abteilung. Der psychische Zustand des Harald E. verschlechterte sich zusehends. Warum und wozu Behandlungen durchgeführt werden, ist ihm nie klar und wird auch nie erklärt. Wir versuchen, so gut es geht, zu erklären. Die Behandlung besteht zumeist aus verschiedenen Infusionen, die auch nachts verabreicht werden. Da kann es schon vorkommen, daß die Nadel neben der Vene sitzt. Der schüchterne Versuch, diesen Verdacht der diensthabenden Schwester mitzuteilen, wird schroff zurückgewiesen. Das hätte schon seine Richtigkeit. Und weil es eben seine Richtigkeit hat, wird anschließend eine zweite Flasche angehängt. Ein Liter rinnt daneben. Der ganze Arm ist am Morgen dick angeschwollen. Bei einem Patienten, dessen Venen durch den Diabetes ohnehin schon schwer in Mitleidenschaft gezogen sind, hat

dies für die weitere Behandlung unangenehme Konsequenzen. Wo kann nun eingestochen werden? Zusätzliche Schmerzen und weitere Verunsicherung. Kein Wort der Entschuldigung.

Im Alltag ist dieses Vorkommnis höchstens ein Kunstfehler niedriger Kategorie. Oder ist es auch vielmehr das Resultat des Zusammenspiels von Geringschätzung des Patienten und seiner daraus resultierenden Unmündigkeit? Mir fällt in diesen Tagen immer das Wort Montaignes ein: "Ich kann mir keinen Zustand denken, der mir unerträglicher und schauerlicher wäre, als bei lebendiger und schmerz erfüllter Seele der Fähigkeit beraubt zu sein, ihr Ausdruck zu verleihen."

Für mich ist auch dieser Vorgang ein Zeichen der Entfremdung der im Spital tätigen Menschen von den im Spital leidenden Menschen, und diese Entfremdung nimmt den Patienten auch den letzten Rest einer auch nur schwach vorhandenen Autonomie. Sie verhindert, daß die Medizin von dem Leitgedanken getragen werden kann, daß sie vor allem dem Patienten helfen muß, sich selbst zu helfen. In unseren Spitälern erleben wir vielfach die demütigende, ver-sachlichte Abfertigung von Patienten, von Menschen. Ich habe Angst davor bekommen, mich einmal nicht mehr wehren zu können.

Nach diesem Vorfall erfolgte die Verlegung auf die dermatologische Abteilung. Hier war Harald E. bekannt. Fast ein "freudiges" Wiedersehen zwischen Krankenschwestern, -pflegern und dem Patienten Harald E. Für uns Außenstehende entstand der Eindruck, als ob man den "Heimkehrer" ganz besonders gut füttern wollte. Zehn Infusionsflaschen standen an diesem Sonntagmorgen auf dem Nacht-

kästchen bereit, kleine und grosse. Es würde fast bis Mitternacht dauern, bis alle Infusionen in die Blutbahn des Patienten gelangt sein würden. Doch soweit sollte es an diesem Tag ohnehin nicht mehr kommen. Niemand achtete auf seine verzweifelten, zaghaften Äußerungen, daß ihm "das schon zuviel sei". Was kann das schon heißen? Und wenn wir uns um jeden Patienten und seine Wehwehchen kümmern, sind wir doch wohl bald heillos überfordert. Was weiß ein Patient schon über die Behandlung, die ihm guttut? Um vier Uhr nachmittags richtete sich Harald E. nochmals kurz auf, schnappte nach Luft und sackte in sich zusammen. Die nach der Besuchszeit im Zimmer anwesende Schwester gab sofort Alarm. Das Team der Intensivstation arbeitete prompt, schnell und zuverlässig. Harald E. erlangte in einem Bett der Intensivstation sein Bewußtsein wieder. Schläuche, Drähte, Apparate, überlebt. Zwei Stunden später erreichte mich der Anruf des Krankenpflegers der Intensivstation: "Ihr Vater ist heute nachmittags ... auf die Intensivstation verlegt worden." "Warum, wieso? Darf ich ihn besuchen?"

Wir lernten nach dem ersten Schock eine Station kennen, auf der anscheinend gründlicher und genauer untersucht wurde und auch die psychische Betreuung des Patienten im Vordergrund stand. Auch wir, die Angehörigen erhielten bereitwillig Auskunft und konnten das erste Mal mit unserem Vater konkret über seine Krankheiten sprechen. Hier erst wurden an dem fast zu Tode gekommenen Patienten der übergangene Herzinfarkt, das teilweise Nierenversagen, die Flüssigkeitsansammlung in der Lunge diagnostiziert und die lebensbedrohenden Gefäßverschlüsse konkretisiert. Der Gefäßchirurg Dr. Kern nahm sich des

Patienten Harald E. nun an und entschied sich, die Operation durchzuführen, für die es kaum noch eine positive Indikation gab. Obwohl alles für eine Amputation sprach, führte er eine neunstündige Bypassoperation am noch verbliebenen Bein durch, die suizidalen Tendenzen des Harald E. berücksichtigend. Nach der Operation verbesserte sich aufgrund der Behandlung in dieser Abteilung der Gesamtzustand des Harald E. zusehends.

Während eines Besuches wurde meine Schwester, selbst vor der Geburt ihres Sohnes als Krankenschwester im Wilhelminenspital tätig, mit dem Vorwurf einer Ärztin konfrontiert, wie es eigentlich mit unserem Vater so weit hatte kommen können. Auch hier berechnete Verwunderung. Harald E. ging doch regelmäßig in dasselbe Spital zur Kontrolle. Was und wie wurde hier eigentlich immer kontrolliert? Die in diesem Gespräch erwähnte Zusage, daß in Zukunft die Abteilung der Intensivstation die notwendige Kontrolle des Patienten Harald E. übernehmen werde, scheint ein Mißverständnis gewesen zu sein und hat bis heute keine Entsprechung gefunden. Doch davon später.

Nach Wochen in der Intensivstation kehrt für Harald E. wieder der Spitalsalltag mit der Verlegung auf die interne Abteilung zur weiteren Behandlung ein. Die ersten Tage auf dieser Station bringen wieder eine Verschlechterung des psychischen Zustandes mit sich. Unfreundliche Krankenschwestern und ein psychologisch inkompetenter Oberarzt leisten das ihre. Während ich den Artikel schreibe, sind die unfäßbaren Vorkommnisse im Krankenhaus Lainz aufgedeckt worden. OA Dr. Meisl

hat in der Zeitschrift "profil" in diesem Zusammenhang über die ärztliche Moral geschrieben. Wir haben damals nicht einmal eine Andeutung von der Verwirklichung seiner Ansichten erleben können. Seine brutale Kommunikation mit Harald E. hat unser Bemühen um die psychische Betreuung unseres Vaters zumindest zeitweise zunichte gemacht. OA Dr. Meisl ist für mich heute zum Repräsentant des Widerspruches zwischen Wissen um betreuenerische Pflichten und dem grausamen Spitalsalltag geworden.

Der einzige, Vertrauen gewinnende und bringende Arzt bleibt Dr. Kern, der noch mehrere Operationen am Fuß durchführt und dessen hervorragender Arbeit es wahrscheinlich zu verdanken ist, daß der Fuß heute heilen kann.

Die Wochen im Krankbett vergehen, nicht aber die Ungewißheit, ob der Fuß endgültig heilen kann und wird. Für Harald E. kann eigentlich im Spital kaum noch eine den Aufenthalt rechtfertigende Behandlung durchgeführt werden. Erst die nahende Entlassung bringt für Harald E. auch die Motivation, das Injizieren des Insulins an sich selbst zu lernen. Harald E. wird zu seiner Freude entlassen. Er bekommt einen Rollstuhl, ich montiere Haltegriffe am WC, und nach neun Wochen sitzt Harald E., nun ein gebrochener Mann von 60 Jahren, wieder zu Hause. Harald E. ist zum Pflegefall geworden und wird anfangs zur Nachbehandlung zweimal wöchentlich ins Krankenhaus transportiert. Die Fußsohle ist eine einzige tiefe und nässende Wunde. Die Zehen mußten entfernt werden. Die nässende und blutende Muskulatur liegt bloß. Der Verband ist nach einem halben Tag immer durch-

tränkt. Eine mobile Krankenschwester übernimmt den täglichen Verbandwechsel und die notwendige Versorgung, ich verbinde den Fuß an den Wochenenden.

Nach neun Wochen Spitalsaufenthalt und drei Wochen zu Hause nimmt die Zuständigkeit der nachbehandelnden Ärzte immer mehr ab. Die Abstände zwischen den einzelnen Blutzuckerkontrollen werden immer länger. Nach mehr als einem Monat stellt sich heraus, daß viel zu wenig Insulin verabreicht worden ist. Die Einheiten des Insulins werden auf mehr als das doppelte des bisherigen angehoben. Der Fuß schmerzt, Harald E. wird immer schwächer. Seiner Bitte um eine regelmäßige Blutzuckerkontrolle bei seinen Besuchen auf der internen Abteilung des Wilhelminenspitals wird nicht entsprochen. Diese möge doch der Hausarzt durchführen.

Der Hausarzt weigert sich, einen Hausbesuch durchzuführen. Harald E. kann aber ohne Hilfe in seinem Rollstuhl die Wohnung nicht verlassen. Die Nachbehandlung wird im Jänner zu einem unzureichenden Provisorium. Ein Therapieplan existiert nicht. Wir versuchen uns nach bestem Wissen und Gewissen zu behelfen. Die mobile Krankenschwester läßt die Blutzuckerkontrolle von einem Labor durchführen. Der Blutzuckerwert beträgt trotz Insulin über 300. Gleichzeitig soll der Fuß heilen. Das Bein ist zu dieser Zeit heiß und schmerzt; Sepsis droht. Erst als zu diesem Zeitpunkt auch das Labor Alarm schlägt, bemüht sich auch der Hausarzt und verschreibt anscheinend rechtzeitig Antibiotika. Worin besteht jetzt eigentlich noch die versprochene notwendige Nachbehandlung der internen Abteilung?

Dem großartigen Einsatz der mobilen Krankenschwester ist es zu

verdanken, daß der Fuß heute heilt und Harald E. gesundet. Dr. Kern wird die orthopädische Nachbetreuung einleiten. Trotzdem ist das Fehlen einer notwendigen Folgetherapie ein eklatantes Versagen unseres Gesundheitssystems.

Ende April wissen wir, daß Harald E. wieder gesund werden kann - ein Einzelfall.

---

KIV-Namensliste "Für konsequente Interessensvertretung" in der Gewerkschaft der Gemeindebediensteten  
1020 Odeongasse 1/3; T.: 2165272

Wien, am 10.4.1989

betrifft: "Mordschwestern"

Ein Diskussionsbeitrag zu möglichen Hintergründen

Eine Banalität vorweg: Niemand kann Vorfälle, wie sie in den letzten Tagen aus dem Krankenhaus Lainz über die Medien kolportiert werden, billigen oder gar entschuldigen.

Ebenso absurd ist es, die politische Verantwortung für die Rahmenbedingungen krankenflegerischer Tätigkeit auf die Unmöglichkeit der persönlichen Kontrolle durch den Ressortstadtrat oder die ärztliche Leitung (Stadtrat Stacher) zu reduzieren.

Rahmenbedingungen, die "gefährliche Pflege" als etwas Normales im Spitalsbetrieb in Kauf nehmen.

Rahmenbedingungen, die dem "Abgleiten in die Psychopathologie" (Prim. Gschnait) nichts anderes

entgegenzusetzen haben als den Hinweis auf die Unfaßbarkeit und Verwerflichkeit der "abscheulichen Taten".

Diese Rahmenbedingungen sind gekennzeichnet durch:

# Presseaussendung der Namensliste 'für konsequente Interessensvertretung'

- \* permanente personelle Unterbesetzung und dadurch
- \* andauernde physische und psychische Überbelastung des Pflegepersonals
- \* unmenschliche Arbeitszeiten und -bedingungen bei ständig steigenden Anforderungen
- \* ungenügende Bezahlung und Anerkennung
- \* Frustration und Resignation in weiten Teilen des Pflegepersonals
- \* geringe Attraktivität des Krankenpflegeberufes und der Ausbildung, in manchen Bereichen zu wenige Ausbildungsplätze
- \* Übernahme ärztlicher Tätigkeiten (z.B. Injektionsapplikationen) durch das Pflegepersonal zur Bewältigung der Mangelsituation auf den Stationen
- \* so gut wie keine psychohygienische Stützung (Supervision, Thematisierung der Probleme des Umgangs mit Leiden, Sterben und Überforderung)
- \* Hierarchie statt Kommunikation und Teamarbeit (Gruppenpflege)

\* zunehmende "betriebswirtschaftliche Sicht" des Gesundheitswesens und damit verbundene Einsparungsversuche auch auf dem Personalsektor

Die Folge sind unterschiedlichste "Bewältigungsstrategien": Vor allem die tendenzielle Aufgabe allzu idealistischer Motive aus dem Berufseinstieg, die Konzentration auf das "Machbare", auch in manchen Fällen:

\* frühzeitiger Ausstieg aus dem Beruf

- \* Flucht in den Krankenstand oder in die Routine
- \* Medikamenten- und/oder Alkoholabusus

Im speziellen Fall kommt erschwerend hinzu, daß Patienten auf internen Abteilungen ab ihrer Einstufung als "Pflegefall" für viele Ärzte "medizinisch uninteressant" und fast ausschließlich Sache des Pflegepersonals sind.

Rücktrittsaufforderungen u.ä. überlassen wir gerne dem Parteien-Hick-Hack. Politische Verantwortung verstehen wir so, daß - von wem auch immer - die unerträgliche Personal- und Arbeitssituation im Spitalsbereich geändert wird.

Franz Sklenar, Krankenpfleger

Elfi Aigner, Krankenschwester

Richard Pfann, Krankenpfleger



# Pflege(ver)fall

Andrea Leitner\*

\* Die Namen wurden von der Redaktion geändert.

Meine Großmutter, Frau Anna Lamplmayr\*, war vor eineinhalb Jahren wegen eines Schlaganfalls im Krankenhaus. Vom Schlaganfall blieb eine Halbseitenlähmung zurück, und sie brauchte seither einen Rollstuhl. Im Spital wurde gleich ein Pflegeheimantrag gestellt. Sie wollte aber auf gar keinen Fall in ein Pflegeheim, wurde nach Hause entlassen und konnte auch mit Hilfe der Familie und mit Heimhilfeinsatz, Montag bis Freitag täglich, noch relativ gut in der Wohnung verbleiben. Seit sie in der Wohnung gestürzt war, hatte sie aber Angst, und als die Benachrichtigung kam, ein Pflegeheimbett wäre nun frei, traute sie sich aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters von 86 Jahren nicht, diesen Platz abzulehnen. Man hatte ihr gesagt, sie müsste, falls sie ablehnte, sehr lange warten, bis wieder ein Pflegeheimbett frei würde, und sie stimmte daher der Einweisung zu.

Am Morgen nach der Verständigung wurde meine Oma von der Rettung abgeholt und ins Pflegeheim gebracht. Mit der Rettung konnte sie nur Handgepäck mitnehmen.

Am Nachmittag, nach meiner Arbeit, brachte ich ihr dann zwei Koffer mit Kleidung und persönlichen Dingen. Ich fand meine Oma in einem Dreibettzimmer, im Nachthemd im Bett liegend, vor.

Auf meine Frage, ob sie krank wäre, antwortete sie mir, sie wäre nach ihrer Ankunft sofort ausgezogen, gewogen, ärztlich untersucht und ins Bett gesteckt worden.

Im Zimmer hatte sie ein Nachtkästchen, einen Spind und ein Kühlschranksfach zur Verfügung. Sie durfte auch ihren eigenen Fernseher aufstellen. Ich versuchte nun, ihre Kleider in einen Kasten zu räumen, als eine Schwester um die Ecke bog und mir sagte, ich könne die Hälfte gleich wieder mitnehmen. Erstens gäbe es nicht genug Platz, und zweitens würde die Oma hier nicht soviel brauchen. Es würde ihr alles zur Verfügung gestellt.

Als die Schwester wieder draußen war, bat mich meine Oma, mit ihr aufs Klo zu gehen. Das erste Mal wäre die Schwester zwar mit ihr gegangen. Da sie meiner Oma gleich mitgeteilt hätte, wie schwierig das wäre, und daß dafür wegen der vielen anderen Patienten nicht immer Zeit sein würde, hatte meine Oma Angst, ihr schon wieder "zur Last zu fallen".

Ich wartete noch ab, bis meine Oma Nachtmahl gegessen hatte, und verabschiedete mich dann.

Als ich am Wochenende wiederkam, machte sie auf mich schon einen unglücklicheren Eindruck: An dem Abend, nachdem ich gegangen war, hätte sie gerne noch im Zimmer ferngesehen, und es gab gleich einen Konflikt mit den Zimmerkolleginnen. Sie wollten auch, daß um acht Uhr das Licht ausgedreht würde. Das Fenster mußte zubleiben, damit es nicht zog, und meine Oma konnte nicht schlafen. Es wurde ihr gleich ein Schlafmittel verabreicht, aber da ihre Bettnachbarinnen ebenfalls

unruhig schliefen, hatte sie gleich eine schlecht Nacht. Das Essen schmeckte ihr nicht, sie bekam gleich Diabetikerdiät, weil, aufgeregt wie sie war, bei der Aufnahme die Zuckerwerte erhöht waren.

Besonders unglücklich war sie über die Windelhose, die sie zuerst nur über Nacht und bald schon für ständig bekommen hatte. Wenn sie nun fragte, ob sie aufs Klo begleitet werden könnte, antwortete die Schwester: "Du hast sowieso die Windelhose." Sie erzählte, daß auch ihre Zimmerkolleginnen von den Schwestern geduzt würden.

Über die Diabetikerdiät und die vielen neuen Pulver, die sie nun bekam, hatte sie noch keinen Arzt sprechen können. Es wäre zwar jeden Tag Visite, dabei aber nie genug Zeit, um irgendetwas zu sagen.

Ich besuchte meine Oma von nun an ungefähr einmal in der Woche und lernte dabei das Leben auf der Station besser kennen. Meine Oma beklagte besonders, daß sie recht leger mit "Lamperl" angedredet wurde. Als sie das Haus besichtigen wollte, hätte man ihr gesagt, sie sei sekkant.

Eine ihrer Zimmerkolleginnen war kurz nach ihrer Ankunft gestorben. Die neue Mitpatientin wäre so gern spazierengegangen; weil sie aber sehr vergeßlich war, fand sie oft nicht zurück ins Zimmer. Nun säße sie den größten Teil des Tages im Rollstuhl und wäre mit einem sogenannten Schutzhemd an den Rollstuhl angebunden, damit sie nicht aufstehen und umfallen könnte.

Manchmal wäre die Dame auch über Nacht nicht im Zimmer. Meine Oma

fragte nach ihr, und die Schwester erklärte ihr, daß im Untersuchungszimmer ein Netzbett steht, wo die Dame schlief, weil man sie aufgrund der Nähe zum Schwesternzimmer dort besser betreuen könnte. Meine Oma vermutete, das wäre deshalb, weil die Frau auch während der Nacht spazieren ging. Die Schwester hätte ihr erzählt, sie wäre in andere Zimmer gegangen und hätte dort randaliert.

Am Anfang brachte ich oft Orangen mit, und meine Oma bat mich, sie gleich auszupressen, denn die Schwestern hätten für so etwas keine Zeit. In ihren Eisschrank legte ich ihr etwas Wurst und Käse. Meine Oma klagte nämlich oft über das frühe Nachtmahl und ihren Hunger bis zum nächsten Frühstück. Damit mußte ich allerdings bald aufhören: Anläßlich einer Eiskastentkontrolle schimpfte die Schwester furchtbar mit ihr, und der Arzt sagte bei der Visite, so würde sie ihren Zucker nie loswerden.

Während des Tages war meiner Oma sehr fad. Sie wartete ständig, entweder auf Besuch oder aufs Essen. Am Nachmittag war auf dem Gang keine Schwester zu sehen, und ins Schwesternzimmer wollte meine Oma nie "stören gehen". Auch wenn ich während meiner Besuche eine Schwester oder einen Arzt suchte, fand ich sie jedesmal im Dienstzimmer beim Kaffee.

Anfangs nahm ich die Wäsche meiner Oma zum Waschen mit nach Hause. Mit der Zeit fiel aber immer weniger Privatwäsche an, und ich brauchte nicht viel nachzufragen, warum: Sie trug meistens den stationseigenen Schlafrock oder lag überhaupt im Nachthemd im Bett.

Ich schlug ihr immer wieder vor, die Schwester aufzufordern, ihr beim Anziehen zu helfen, aber meine Oma wollte das nicht. Sie hatte Angst, wenn man etwas forderte oder sich beschwerte, schlechter behandelt zu werden. Außerdem hatte ihr die Schwester erklärt, ihre eigene Kleidung wäre beim Windelnwechseln so unpraktisch.

Nach den Erzählungen meiner Großmutter ging das Windelnwechseln nämlich so vor sich: mehrere Frauen wurden gleichzeitig in einen Arbeitsraum gebracht, hielten sich dort im Stehen an einem Haltegriff fest, und es wurden ihnen die Windeln weggezogen und neue umgelegt. Auch wenn im Zimmer gewickelt wurde, geschah das bei allen Frauen gleichzeitig, und meine Oma sagte mir, daß sie sich dabei jedesmal sehr genierte.

Die Traurigkeit meiner Großmutter zeigte sich mehr und mehr darin, daß sie im Bett liegenblieb. Vom Arzt war ihr verschrieben worden, an der Ergotherapie teilzunehmen. Das war ihre einzige Abwechslung. Am schlimmsten war für meine Großmutter, daß sie sich nicht für voll genommen fühlte: "Die behandeln mich hier, als ob ich nicht normal wäre", sagte sie oft zu mir. Ich bemerkte selbst, daß sie zwar körperlich gut gepflegt wurde, sich aber um ihr seelisches Wohlbefinden niemand kümmerte.

Meine Großmutter wartete immer schon auf meine Besuche, mir fiel es aber immer schwerer, diese Regelmäßigkeit einzuhalten: Da meine Großmutter im Heim sehr wenig erlebte, was sie mir erzählen hätte können, kamen von ihr immer dieselben Themen: Essen, Schlafen, bzw. irgendwelche unangenehmen Erlebnisse mit den

Kolleginnen im Zimmer oder mit den Schwestern. Die Ereignislosigkeit und die Langeweile hatten die Interessen meiner Großmutter sehr eingeschränkt. Ich hatte auch das Gefühl, für sie sehr wenig zur Bewältigung der Pflegeheimsituation beitragen zu können. Von meinen eigenen Erlebnissen zu erzählen, fiel mir ebenfalls schwer, weil es mir rücksichtslos vorkam, über Ereignisse zu reden, von denen sie ausgeschlossen war.

Ich ging trotzdem weiterhin regelmäßig zu meiner Großmutter bis sie nach einem zweiten Schlaganfall starb.



FOTO: Monika Kosovic-Schreder

# Individualität nicht vorgesehen

Martin Felinger

Ich arbeite seit Herbst 1988 als Zivildienstler. Meine Tätigkeit besteht vorwiegend in der Betreuung alter, oft teilweise schon sehr behinderter Menschen. In diesem Zusammenhang begleite ich mit der zuständigen Sozialarbeiterin eine Patientin, welche sich ein Wohn- bzw. Pflegeheim am Stadtrand Wiens ansehen wollte. Die Patientin ist schon seit einiger Zeit an Multipler Sklerose erkrankt und fürchtet, daß sie in ihrer Wohnung, die im 2. Stock eines Althauses ohne Aufzug liegt, nicht mehr lange bleiben kann. Aus diesem Grunde wollte sie sich vorbeugend in einem Wohnheim, notfalls auch in einem Pflegeheim anmelden. Der Termin zur Besichtigung dieses Heimes wurde eine Woche vorher vereinbart. Trotz dieser angekündigten Anmeldung war die Heimleiterin leider nicht anwesend. Wir wurden "gnadenhalber" von einer sehr hektischen Schwester im Eilzugtempo durch das Haus geschleust. Obwohl uns das Heim extra für MS-Patienten empfohlen wurde, ist es von der baulichen Ausstattung für Rollstuhlfahrer kaum bis gar nicht geeignet:

Die Aufzugstüren sind schwer zu öffnen ( für unsere Patientin ohne fremde Hilfe gar nicht); der Vorraum im Wohnbereich ist so eng, daß das Bad mit dem Rollstuhl nicht zu erreichen ist; Türstaffeln sind nur mit Anstrengung zu überwinden...

Die Fragen der Patientin wurden demontiert oder nicht zur Kenntnis genommen, individuelle Probleme waren nicht vorgesehen. Eine gewisse Enttäuschung unsererseits kommentierte die Schwester mit den Worten, die letzte Entscheidung liege ohnehin bei der Patientin, der Andrang sei groß genug, man sei auf ihr Kommen nicht angewiesen.

Überhaupt fiel uns die Nervosität der dort beschäftigten Schwestern auf, was auch nicht verwunderlich ist, nachdem vier Schwestern für das Wohl von etwa 80 Patienten zu sorgen hatten. Es besteht kein Zweifel, daß sie sicherlich bemüht sind, ihre Tätigkeiten einigermaßen zufriedenstellend zu erledigen, aber die Zeit für ein Gespräch oder ein freundliches Wort ist ganz einfach nicht vorhanden. Die von uns begleitete Dame wurde kaum von der Schwester angesprochen, bzw. konnte deren ängstliches Unbehagen (schließlich plante sie, hier ihr weiteres Leben zu verbringen und war dadurch unsicher) überhaupt nicht abgebaut werden. Auch die übrigen Patienten, die in Stühlen und Rollstühlen vor der Eingangstür saßen, machten einen lethargischen Eindruck. Menschliche Wärme war nicht spürbar.

In diesem wie in vielen anderen Heimen scheint es nur zwei Alternativen zu geben - entweder man ist mobil und selbständig oder bettlägrig und ein Pflegefall. Daß es dazwischen auch noch andere Varianten gibt, wie zum Beispiel bei unserer Antragstellerin, sie ist erst 57 Jahre alt,

geistig rege und nur für bestimmte Dinge auf Hilfe angewiesen, so etwas ist in dieser Heimstrukturierung nicht vorgesehen. Ein Aufenthalt in einem Heim dieser Art könnte ihren Zustand um vieles verschlimmern, und das ist wiederum nicht das, was wir ihr empfehlen wollten.

Trotzdem bat unsere Patientin um eine Vormerkung, wir hinterließen Vor-, Zunamen und Telefonnummer der Betroffenen, dies wurde auf einem Zettelchen von 8 mal 8 cm notiert - als Dokument für die Aufnahme in dieses Heim.

## BEISPIELLOS

Friedrich Sneedse

Meine Lage ist beispiellos,  
jedenfalls anders als geplant.  
Immer kommt etwas dazwischen.  
Immer lenkt mich irgendetwas ab.  
Zerstreut bin ich wie  
gedroschenes Korn,  
wie Salz immer bedroht,  
vom Wasser aufgelöst zu werden.  
Die Einsicht muß ja immer zu spät  
kommen,  
wäre es sonst eine Einsicht?  
Was immer dir fehlt,  
es fehlt mir auch.  
Trotzdem hast du reichlich genug  
von dem, was uns fehlt. -  
Ich übrigens auch.  
Was sollte denn noch  
übrigbleiben.  
Was sollte denn noch anderes  
übrig bleiben.  
Alles ist aufgebraucht.  
Die Träume sind schrecklich,  
weil die Wünsche unerfüllt sind.  
Wünsche, die ja eigentlich kaum  
mehr gewagt werden.  
Ist die Zeit des Wünschens  
vorbei?  
Du glaubst ja nur noch Wünsche zu  
haben.  
Deine Träume lassen dich hoffen,  
daß alles nicht noch  
schrecklicher wird, als es  
ohnehin schon ist.  
Was wird aus dir werden  
- ach du weißt schon -  
Aber was bis dahin tun?

# Psychiatrie: Wohnheime des Psychosozialen Dienstes — Alternative zur Anstaltspflege?

Als Alternative zu den Großinstitutionen im Psychriatriebereich wurde in Wien der Psychosoziale Dienst (PSD) mit der ambulanten Betreuung von Psychriatriepatienten betraut.

Diese ambulanten Dienste umfassen die PSD-Stationen, in denen vor allem die ambulante medizinische Versorgung erfolgt, die PSD-Heime, die Wohnmöglichkeiten bieten und die Tageskliniken. Das Konzept dieser Wohnversorgung geht davon aus, daß Patienten (unter ihnen auch Langzeitpatienten des psychiatrischen Krankenhauses), nach einer "Totalversorgung" im Spital, im Wohnheim selbständiges Leben "trainieren" sollen. In einem weiteren Schritt der Rehabilitation soll die Übersiedlung in ein weniger betreutes Wohnheim erfolgen, als Ziel wird eine eigene Wohnung angestrebt. Soweit das Ziel. Wie dieses in die Praxis umgesetzt wird, gibt immer wieder Anlaß zu Kritik von Seiten der Patienten, deren Angehörigen und außenstehenden Betreuern.

LOS fragte daher Mitarbeiter des Vereins für Sachwalterschaft über konkrete Einzelheiten.

LOS: Wie sieht die räumliche Unterbringung der Bewohner in den PSD-Heimen aus?

Es gibt in Wien an die 10 Wohnheime des PSD. Es handelt sich dabei um Häuser mit ehemaligen Substandardwohnungen in eher schlechtem baulichen Zustand. Diese Häuser sind nur von PSD-Patienten bewohnt; sie wurden mit geringen finanziellen Mitteln hergerichtet.

Die Patienten sind in Zweibettzimmern untergebracht; diese grenzen an einen kleinen Vorraum mit Dusche und Kochnische und Zugang zu weiteren dieser Schlafzimmer (dies mit kleinen Abweichungen - je nach Gegebenheit des jeweiligen Hauses). Das WC befindet sich auf dem Gang und wird von mehreren Bewohnern benützt. Die Zimmer selber sind sehr spartanisch eingerichtet - 2 Betten, 2 Kästen, 1 Tisch, 2 Sessel - keine eigenen Möbel, keine Möglichkeit einer persönlichen Ausgestaltung.

LOS: Können sich die Bewohner ihre Zimmerkollegen aussuchen?

Oft ergibt genau dieser Punkt große Probleme, die Bewohner kennen sich kaum oder gar nicht, bevor sie ein Zimmer teilen. Verständlicherweise wünschen sich die meisten Bewohner ein eigenes Zimmer. Es kommt daher immer wieder zu erheblichen Konflikten innerhalb der Zimmergemeinschaft, was nicht verwunderlich ist. Die

Möglichkeit des Zimmertausches besteht nicht. Es handelt sich daher um eine echte Zwangsgemeinschaft mit allen Konsequenzen.

LOS: Wie funktioniert die Versorgung mit Essen?

Viele Patienten sind auch während des Tages im PSD-Heim. Eine Essensversorgung wird nur in Form gemeinsamen Kochens in der Tagesklinik angeboten - während der Woche. Wem es dort nicht gefällt, der bleibt unversorgt.

Bewohner, die nicht in der Lage sind, selbst zu kochen, können "Essen auf Rädern" bestellen (wenn sie sich das leisten können; ca. öS 1.500,-- kostet dann allein das Mittagessen). Auch damit kommt es allerdings immer wieder zu Problemen, weil es Patienten gibt, die kein Essen haben und daher den anderen das "Essen auf Rädern" wegessen. Das treibt skurrile Blüten; mehrere Bewohner warten z.B. auf die Zustellung des Essens, um sich dann regelrecht darum zu raufen.

Das Wäschewaschen ist dem einzelnen Bewohner überlassen; viele sind damit überfordert, und so gibt es auch damit gravierende Probleme.

LOS: In welcher Weise erfolgt die Betreuung der Bewohner? Gibt es ständig anwesende Bezugspersonen?

Üblicherweise werden die Heime von einem Mitarbeiter und einem Arzt einer PSD-Station mitbetreut - dies in einem Ausmaß von zwei halben Tagen wöchentlich. Die Betreuer sind für diese Tätigkeit z.T. durch keinerlei Berufsausbildung qualifiziert. Die Patienten haben oft sehr lange Krankenhausaufenthalte hinter sich oder sind schwer krank und sind mit lebenspraktischen Dingen nicht vertraut.

Die Strukturierung des Tages macht, genauso wie das Zurechtkommen mit der Krankheit, nachhaltige und unüberwindbar scheinende Probleme. In dieser Situation scheint manchen Bewohnern die "Flucht" als einziger Hoffnungsschimmer. Eine Rückkehr ist dann aber nicht mehr möglich.

Die einzelnen Betreuer sind mit einer Fülle von Problemen konfrontiert, die in den wöchentlich stattfindenden Hausbesprechungen artikuliert werden. Neben den schon erwähnten Konflikten im Zusammenleben, dem Streit ums Essen, gegenseitigem "Beklauen" und Dinge kaputtmachen, werden Probleme mit ungebetenen Besuchern, Raufereien usw. besprochen.

Nicht den einzelnen Betreuer trifft der Vorwurf, daß in den Heimen ein unerträgliches Klima herrscht, sondern diejenigen, die für ein so mangelhaftes Betreuungskonzept verantwortlich sind.

LOS: Stehen die Bewohner in einem Mietverhältnis?

Nein, es gibt eine Vereinbarung (siehe Kasten), die der PSD mit seinen Bewohnern abschließt, aus der hervorgeht, daß es sich um ein jederzeit widerrufbares Benützungsrecht handelt. Für den Bewohner gibt es keinerlei rechtliche Absicherung. Ein "therapeutischer" Heimbeitrag von S 550,-- monatlich wird eingehoben. Worauf sich "therapeutisch" bezieht, ist uns nicht bekannt.

LOS: Nachdem in diesem Gespräch Begriffe wie: trostlos, chaotisch, skandalöse Zustände, Bruchbuden, überfordertes Personal, mangelhafte bis nicht vorhandene Betreuung fallen, entsteht der Eindruck, daß sich diese Heime in keiner Weise eignen, Langzeitpatienten auf ein selbst-

ständiges Leben und Wohnen vorzubereiten.

Danke für das Gespräch.

Das Gespräch führte Christine Petioky

VEREINBARUNG

Abgeschlossen zwischen dem  
KURATORIUM FÜR PSYCHOSOZIALE DIENSTE IN WIEN und

Herrn/Frau ..... geb. : .....

1. Das Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien räumt im Rahmen der Betreuung Herrn/Frau ..... das Benützungrecht eines Wohnplatzes im Hause ..... Es ist prekaristisch und jederzeit widerrufbar.
2. Für die teilweise Abdeckung der entstehenden Betriebskosten wird ein monatlich im voraus zu entrichtender therapeutischer Heimbeitrag in der Höhe von 50,- öS eingehoben.
3. Die zur Benützung überlassenen Räume werden grundsätzlich nur in dem Zustand zur Verfügung gestellt, in dem sie sich jeweils beim Einzug befinden.
4. Herr/Frau ..... verpflichtet sich, die Hausordnung einzuhalten. Ein Verstoß gegen diese kann den sofortigen Widerruf des Benützungrechtes nach sich ziehen.
5. Herr/Frau ..... verpflichtet sich, die Wohnung sowie das überlassene Inventar (siehe bldg. Liste) in gutem Zustand zu halten.
6. Es wird zunächst das Benützungrecht für die Zeit von ..... bis ..... eingeräumt.

Gelesen, verstanden und mit Vorstehendem einverstanden:

vor mir:

.....  
Der Kurator/Beistand

.....  
Ärztlicher Leiter (f. d. PSD)

.....  
Herr/Frau

- 1.) Hausordnung übernommen
- 2.) Inventarverzeichnis übernommen

.....

# Forderungen des Arbeitskreises Psychiatrie

Regionaltagung des Berufsverbandes  
der Dipl. SozialarbeiterInnen  
April 1989

- Umschichtung von Mitteln vom stationären in den ambulanten Bereich
- Bessere personelle Ausstattung im verbleibenden stationären Bereich
- Ausbau der ambulanten psychosozialen Versorgung
  - Konzepte für betreute Wohneinheiten
  - Vielfalt von Angeboten (finanzielle Unterstützung verschiedener Initiativen)
  - Kein Monopol für PSD (Psychosozialer Dienst)
- Keine Kostenersatzforderungen an Patienten bei Aufenthalt im Psychiatrischen Krankenhaus
- Rascher Ausbau der Vereinssachwalterschaft (nach fast 5 Jahren Gesetzesreform werden nur 7 % der Betroffenen durch Vereinssachwalter betreut; für den Rest von 93 % besteht die Gesetzesreform nur auf dem Papier).

## Ankündigung "MACHT ARBEIT GESUND"

- Die Bedeutung der Arbeit in der psychiatrischen Rehabilitation

Termin: 5. + 6. Oktober 1989

Tagungsort: Linz/Donau, Bildungshaus St. Magdalena

Veranstalter: Österreichische Gesellschaft für gemeindenahe Psychiatrie (ÖGGP)  
Arbeitstrainingszentrum Linz

# Tausend Wohnplätze für Behinderte

Julia Haslwanter  
Christine Petioky  
Kurt Schneider

Der Plan, 1.000 Wohnplätze für Behinderte zu schaffen, ist ein in Diskussionen und Referaten von Wiener Sozialpolitikern häufig eingebrachtes Thema. Etwa 280 Wohnplätze existieren bereits - so der Stand vom Mai 1989. Die Gemeinde Wien gab die Willenserklärung ab und schuf eine Leitstelle, die "Arbeitsgemeinschaft Wohnplätze". Projekte unterschiedlicher Träger können dort eingebracht werden. Aufgabe der ARGE-Wohnplätze ist es, zu beraten und zu koordinieren.

Dieses Konzept gilt als die aktuelle Alternative zur Heimunterbringung. Wir versuchten, uns näher mit dieser Alternative zu beschäftigen und fanden auch in einigen Zeitschriften Beiträge dazu. Jeff Bernard und Hans Hovorka vom Institut für Soziales Design sind mit einer Begleitstudie zu den 1.000 Wohnplätzen befaßt. Ergebnisse der Studie sollen beim Symposium "Wohnen mit behinderten Menschen - Gemeinwesenintegrierte Wohnformen in Wien" vom 4. bis 5. Dezember 1989 vorgestellt werden. Wir drucken im Anschluß einen Artikel der beiden Autoren zu ihrer Studie, entnommen aus "Störfaktor, 3/4, 1987" ab.

Trotz unserer Recherchen blieben für uns viele Fragen offen:  
- Ist es überhaupt zu unterstützen, daß wieder neue Sondereinrichtungen geschaffen werden, statt die Infrastruktur zur all-

gemeinen Integration zu verbessern?

- Wird hier Ausgrenzung als Integration etikettiert?
- Gibt es von der Leitstelle klare Vorgaben an die Trägerorganisationen hinsichtlich Dezentralisierung, oder werden wieder auf einer Adresse sehr viele Wohnplätze geschaffen?
- Wie professionell ausgebildet sind die MitarbeiterInnen, und wie wichtig ist welche Professionalität?
- Werden mit diesem Vorhaben wieder die großen, traditionellen Vereine - wie etwa Jugend am Werk, Kuratorium für Psychosoziale Dienste etc. - gefördert, oder haben andere Initiativgruppen auch eine Chance? (Ist das Boot schon voll?)
- Machen die großen Vereine das selbe wie bisher, nun unter der Bezeichnung "1.000 Wohnplätze"?
- Werden Personen, die früher als "nichtbehindert" galten, nun als "behindert" etikettiert, und landen schwer behinderte Menschen weiterhin im Behindertenzentrum des Psychiatrischen Krankenhauses (Steinhof)?
- Das Projekt "1.000 Wohnplätze" setzte sich zum Ziel, die Lebensbedingungen von schwer geistig und mehrfach Behinderten zu humanisieren. Wurde bisher tatsächlich diese Zielgruppe erreicht, oder werden andere Sonderschulabgänger mittlerweile zur Zielgruppe des Projektes?

Selbstverständlich spiegeln diese Fragen unsere Skepsis - möglicherweise unsere Vorurteile. Wir

sind gespannt auf die Studie und laden die LOS-LeserInnen somit ein, am Symposium teilzunehmen.

## Symposium

### "Wohnen mit behinderten Menschen" Gemeinwesenintegrierte Wohnformen in Wien

4. und 5. Dezember 1989

ORT: Adolf Czettel Bildungszentrum der Arbeiterkammer Wien, 1140 Wien, Theresianung. 16-18

VERANSTALTER: Sozialamt der Stadt Wien und Arbeitsgemeinschaft Wohnplätze

KOSTEN: bei Anmeldung bis 11.9.: S 400,--; ab 11.9.: S 500,--; Tageskarte S 250,-- (Bedienstete der Gemeinde Wien dürfen gratis hinein)

INFOS und ANMELDUNG: Arbeitsgemeinschaft Wohnplätze, 1150 Wien, Camillo-Sitte-Gasse 6-8, Telefon: 92 11 37

Mit freundlicher Genehmigung aus:  
STÖRFAKTOR 3/4.1987. Heft 3  
Jahrgang 1  
Zeitschrift kritischer Psychologinnen und Psychologen

### Fünfzig Jahre danach

Jeff Bernard, Hans Hovorka

Das Jahr 1988 erinnert uns nicht nur an die Auslöschung Österreichs von der internationalen Landkarte. Die siebenjährige Nazi Herrschaft war bekanntlich auch begleitet von bestorganierten Tötungsprogrammen zur "Ausmerzungen unwerten Lebens", die, volkswirtschaftlich begründet, vom damaligen politischen System ohne großen Widerstand durchgeführt werden konnten. Nicht vergessen darf dabei auf die geistigen Vorarbeiten und die Mithilfe jener "Experten" aus dem medizinischen, psychologischen und pädagogischen Bereich werden, denen die "Sonderbehandlung behinderter Menschen" schon früher wissenschaftliches Anliegen war. Bei der ohnehin halbherzigen Entnazifizierung blieb der Bereich der "Euthanasie" weitgehend ausgespart, obwohl es in Österreich sogar eigene Trainingslager zur effizienten Menschenvernichtung und -verbrennung gab (z.B. Schloß Hartheim in Oberösterreich, das von Ostern 1940 bis Dezember 1944 als "Euthanasie"-Vernichtungsstätte diente).

Der Themenschwerpunkt "Behinderung" dieser Heftnummer sollte uns daher auch zum Nachdenken anregen, warum es vor 50 Jahren nahezu protestlos möglich war, die organisierte Aussonderung

# Normalisierte Wohn- und Daseinsbedingungen für geistig behinderte Erwachsene

behinderter Menschen in eine perfekte Aus"merzung" umzuwandeln. Überlebt haben diesen Massenmord nur ganz wenige geistig behinderte Menschen. Ihr vom gesellschaftlichen Interesse ausgeblendetes Lebensschicksal erregte erst wieder Mitte der siebziger Jahre die Aufmerksamkeit von Fachleuten. Diesmal standen sie vor der Frage, welche Unterbringungs- und Wohnmöglichkeiten sie der steigenden Zahl erwachsen und älter werdenden geistig behinderten Menschen anbieten sollen, wenn die Betreuung aus dem Familienverband vor allem aus Altersgründen nicht mehr gewährleistet werden kann. Zudem gab es damals schon Stimmen, die meinten, daß dieser Personenkreis in Psychiatrischen Anstalten, Altenpflege- und Großwohnheimen oder in isolierten Behindertendörfern fehlplaziert sei.

Das Wiener Institut für Soziales Design hat sich damals vorwiegend mit den Möglichkeiten beschäftigt, der sozial-räumlichen Aussonderung vorwiegend körperlich behinderter und älterer Menschen mit Forschungs-, Entwicklungs- und Öffentlichkeitsarbeiten entgegenzuwirken. Dabei lernten wir hauptsächlich von Behindertsein betroffenen Freund/inn/en und Bekannten die soziale Dimension und Relativität des Behindertenbegriffs besser zu verstehen und von ausschließlich schadensdia-

gnostisch orientierten Erklärungsmodellen abzurücken. Nicht zuletzt waren es diese intensiven Auseinandersetzungen, die uns 1978 ermutigt haben, uns um die Finanzierungsgrundlagen für ein mehrstufiges Forschungsprogramm umzusehen, das darauf ausgerichtet sein sollte, praktikable Grundlagen und Leitlinien für die Schaffung menschengerechter Wohnalternativen für geistig behinderte Erwachsene zu schaffen.

Als von der "Stunde Null" an bei diesen Bemühungen Beteiligter sowie angesichts der laufenden Verschlechterungen im Sozialbereich und in der sozialwissenschaftlichen Forschung ist es mir ein ganz persönliches Anliegen, auf die große Problemeinsicht und Förderung hinzuweisen, die unsere Projektvorschläge bei der Wohnbauforschung des ehemaligen Bundesministeriums für Bauten und Technik um Laufe der Jahre erfahren haben (v.a. durch Frau Staatssekretär a.D. Dr. Beatrix Eypeltauer).

Im folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse zweier umfangreicher Forschungsarbeiten dargestellt, die in den Jahren 1978 bis 1986 vom Institut in enger Kooperation mit Praxisvertretern durchgeführt wurden. In der ersten Arbeit wird ein "Prinzipmodell" für ein gemeinwesenorientiertes Wohnstättennetz vorge-

stellt, dessen punktuelle Realisierung vor allem im Wiener Raum mitsamt der wissenschaftlichen Begleitung in der zweiten Studie skizziert wird. Die einem dialogischen Aktionsforschungsmodell folgenden Projekte fanden ihren vorläufigen Abschluß in der Formulierung von Leitbildern zum Wohnen geistig behinderter Menschen in Österreich, die in zweijähriger intensiver Arbeit auf einer dafür eigens geschaffenen Diskussionsplattform des Österreichischen Komitees für Sozialarbeit (ÖKSA) entwickelt werden konnte (dritter Teil). Der Heftbeitrag schließt mit einer kritischen Rück- und skeptischen Vorschau, hinsichtlich der Umsetzung von Forschungsergebnissen in die Praxis sozialer Arbeit, nicht nur mit behinderten Menschen.

## DREI PROJEKTBERICHTE

"Normalisierung" ist ein wesentliches Anliegen sozialer Umweltgestaltung; eine konkrete Folgerung aus dieser Maxime ist die Stellungnahme gegen jegliche Sondermaßnahmen etwa im Bereich des Wohnens, die zur Zeit für viele Teilgruppen der Bevölkerung traurige Realität darstellen und auch im Rahmen offizieller Planungen nahezu unhinterfragt und unwidersprochen verewigt werden sollen. Eine der vorrangigsten Aufgabenstellungen dieser Zielrichtung besteht in der Konzeptionierung eines integrierten, aus dem psychiatrischen und Pflegeheimbereich ausgelagerten Wohnmodells für die extrem benachteiligte und bislang noch nicht selbst artikulationsfähige Gruppe der geistig Behinderten.

Bei der Bestandsaufnahme existierender Wohnformen für die Genannten stellte sich sehr bald heraus, daß der Problematik mit punktuellen, etwa nur architekturbezogenen Vorschlägen nicht beizukommen sein würde. Neben umraum- und objektbezogenen Überlegungen mußten auch soziologische, infrastrukturelle, letztlich umsetzungsstrategische Komponenten mit ins Kalkül gezogen werden, um alternative Modelle glaubhaft darstellen zu können. Schon die statistische Erfassung der Betroffenen etwa bedingte aus Mangel an greifbaren Daten die Anwendung in diesem Bereich unüblicher Methoden der Wahrscheinlichkeitstheorie, um im weiteren konkrete numerische Unterlagen für die Bedarfshochrechnung "ausgelagerter" Wohnmodelle zu erlangen. Ein weiterer wichtiger programmatischer Punkt war die erstmalige Einbeziehung der Betroffenen selbst, welche über Umweg der zeichnerischen Darstellung emotionell bedeutsame Aussagen zu ihrer derzeitigen Wohnsituation einbrachten.

Nicht der defektologische Standpunkt, sondern das empirisch untermauerte Vertrauen in die Aktivierbarkeit verbliebener Fähigkeiten, in die Möglichkeit von Lernprozessen bei jedem einzelnen Individuum führte letztlich dazu, ein Prinzipmodell "gemeindenahen" integrierten Wohnens für erwachsene geistig Behinderte vorzuschlagen, welches (in Anlehnung an skandinavische Vorerfahrungen) für den Raum Wien als konkretes Fallbeispiel durchsimuliert wurde. Das Modell basiert auf Gruppenwohnungen in gestaffelten Netzwerken innerhalb des "normalen" urbanen Kontextes, welche den verschiedenen lebenspraktischen Eignungsstufen und insbesondere deren Entwicklungsmöglichkeiten sehr weitreichend ent-



FOTO: Monika Kosovic-Schreder

gegenkommen. Erfahrung bestehender Wohngemeinschaften anderer sozialer Herkunft und deren Problematik konnten hierbei nutzbringend berücksichtigt werden. Das Netzwerk alternativer Wohngruppen für die Betroffenen und seine flexible Betreuungssituation verlangten rückwirkend auch nach Einbindung in das Konzept "psychosozialer Versorgungsregionen", welche anhand eines Strukturvergleichs des deutschen Standardversorgungsmodells mit den (pragmatischeren) Leitlinien des "Zielplans" der Stadt Wien kritisch zu durchleuchten und anhand der relativen Distanz des Netzes zum psychiatrischen Bereich neu zu definieren waren.

Im Detail verlangte die Ermittlung von Funktionsschemata offener Wohngemeinschaften schließlich die simulatorische Adaption anhand gezielter Fallbeispiele historischer und rezenter Bau-substanz, deren je nach Vorkommen flächenhafte Umlegung gewisse Vorzugsbereiche im urbanen Raum nahelegte (vereinfachend gesagt, erwiesen sich gründerzeitliche Bestände als flexibler, kombinationsfreundlicher, weniger kostenintensiv etc.). Daneben diente eine umfassende Infrastrukturanalyse Wiens zur Klärung aller relevanten Fragen der Standortwahl; sie berücksichtigte allgemeine demographische, siedlungsstrukturelle incl. städtebaulich-stadtgestalterische Vorgaben, untersuchte die medizinische und sozialdienstliche Infrastruktur, die Verkehrserschließung sowie Bildungs-, Kultur- und Freizeiteinrichtungen etc. immer in Hinsicht auf deren Relevanz und Nutzungsmöglichkeit für die Gruppe der Betroffenen.

Sämtliche vorgeschlagenen Maßnahmen verstehen sich als Prinzipmodelle, deren methodische Übertragbarkeit unter Berücksichti-

gung regionaler Besonderheiten auf andere urbane Kontexte gewährleistet sein sollte. Die Abstimmung der aufgrund einer Infrastrukturanalyse idealtypischen Vorzugszone für Wohnstätten geistig Behinderter auf die Realität der vorhandenen eigentlichen "Behinderten-Infrastruktur" ergibt ein Kontinuum mittelfristiger Verdichtungs-zonen des Gesamtnetzes, welches Wirklichkeit und konkrete Utopie optimalisierend zu vereinigen trachtet.

Die Arbeit wird nach "oben" und "unten" hin abgerundet mit allgemeinen (devianz)soziologischen Überlegungen zur Behindertenproblematik und mit einem unmittelbaren Erfahrungsbericht aus dem Bereich gruppenspezifischer Sozialarbeit innerhalb bestehender (geschlossener) Einrichtungen - so das Spektrum von Theorie und Praxis voll ausleuchtend und miteinander in Bezug setzend. Darüberhinaus sollte hervorgehen, daß ein derartiger sowohl weit ins Detail greifender als auch zugleich umfänglicher und umfassender Ansatz aus dem analytischen Blickwinkel sozialer Umweltgestaltung weit über die unmittelbare Bedeutung für die kleine Gruppe der unmittelbar Betroffenen hinaus wichtige, auch die Allgemeinheit tangierende städtische, regionale, soziale, umweltbezogene Probleme aufzeigt und zum Teil auch generalisierbare Lösungen andeutet.

## 2. DEMONSTRATIVPLANUNGSVORHABEN ZUM WOHNEN GEISTIG BEHINDERTER MENSCHEN

Ausgangspunkt dieser Arbeit war die ebenfalls im Rahmen der Wohnbauforschung abgewickelte Grundlagenstudie "Wohnstätten für erwachsene geistig Behinderte"

(1979 bis 1981; veröff. Wien - München, 1981). Bei der darin erfolgten Bestandsaufnahme in- und ausländischer Wohnformen für die Betroffenen und Festhaltung der Entwicklungstrends wurde deutlich, daß der Problematik nur mit punktuellen, d.h. architektonisch - objektbezogenen Mitteln nicht beizukommen sein würde; es wurden daher auch soziologische, infrastrukturelle, umsetzungsstrategische Aspekte zur Diskussion gestellt. Eines der wesentlichen Ergebnisse unter dem Blickwinkel der angestrebten Normalisierung und sozialen Integration dieser am stärksten von allen Gruppen behinderter Menschen (Körperbehinderte, Sinnesbehinderte etc.) benachteiligten Betroffenenengruppe war die Konzipierung eines "Prinzipmodells zum Wohnen geistig behinderter Menschen" in Weiterentwicklung skandinavischer Vorerfahrungen. Das "Prinzipmodell" sieht ein Netz nahe beieinanderliegender Stammwohnungen (größerer Wohngemeinschaften), mittlerer und kleiner Wohngemeinschaften sowie Einzel- und Paarwohnungen vor, mit abgestufter Betreuungsintensität und guter Einbindung in die sowohl örtliche Infrastruktur (Wohnumgebung, soziales Umfeld) als auch in das "behinderungsspezifische" Serviceangebot (Tageszentren, Werkstätten, interne Kommunikation mit anderen Betroffenen, stationäre und ambulante Betreuung etc.) vor.

Dieses Konzept sollte als Grundlage, als idealtypische Perspektive eines Umsetzungsprojektes dienen, in welchem im Rahmen eines wissenschaftlich vorbereiteten und begleiteten Pilotprojekts die Realisierung von zwei bis drei Wohnungsgruppen vorangetrieben werden sollte, mit dem Ziel, in Österreich einen ersten und beispielgebenden Schritt zur Instal-

lierung tatsächlich integrativer und gemeinwesenorientierter Wohnform für die Betroffenen zu leisten, und damit Erfahrungen für eine kommenden Ausweitung, Verallgemeinerung dieses Konzepts zu sammeln. Schon im Rahmen der zitierten Vorstudie entwickelte sich ein intensiver Erfahrungsaustausch mit den Verantwortlichen der beiden großen Trägerorganisationen der Geistigbehindertenhilfe "Lebenshilfe Österreich" (bzw. insbesondere "Lebenshilfe Wien") sowie "Jugend am Werk". Die beiden Organisationen bekannten sich als erste in Österreich zum "Normalisierungsprinzip" und setzten dahingehende erste punktuelle Schritte ("Geschützte Wohnplätze", Kleinwohnhäuser). Das Konzept des "Prinzipienmodells" erschien daher als praktikable Möglichkeit und Richtlinie für den Versuch, den soeben betretenen Weg in etwas größerem Maßstab fortzusetzen und abzutesten; besonders erfreulich war auch die positive Reaktion seitens des Sozialamtes der Stadt Wien, welches sowohl die Idee des Prinzipmodells als auch das Demonstrativplanungsvorhaben von Anfang an grundsätzlich unterstützte (das Sozialamt war und ist sowohl im Bereich der Tag-satzleistungen als auch der Wohnraumbeschaffung förderlich tätig).

Es wurde daher ein Projektteam gebildet, welchem neben Vertretern des Instituts führende Personen der genannten Institutionen angehörten (Walter Eigner, Helmut Spudich seitens der Lebenshilfe, Hans Sutara, Walte Schaffraneck seitens Jugend am Werk, Werner Pröbsting, Elisabeth Lidmanský seitens des Sozialamtes; auch der amtierende Stadtrat für Gesundheit und Soziales Univ.Prof. Dr. Alois Stacher sprach sich unterstützend aus). Dem Institut soll-

te hierbei die Rolle "aktivierender Begleitforschung" incl. Dokumentation der Ereignisse zukommen. Diese Dokumentation wurde in Form von zwei Bänden zu je ca. 450 Seiten veröffentlicht (Teil I: Grundsätze, Ziele, Positionen; Vor- und Begleitaktivitäten; Modelle in Theorie und Praxis; Teil II: Umsetzung: Projektbericht und Dokumentation; "Plattform" und Abschlußergebnis; Reflexionen).

Am Ausgangspunkt stand die Erkenntnis der teilweise noch ghettoähnlichen oder zumindest isolierenden, die lebenspraktischen Fähigkeiten nur bedingt oder kaum fördernden, "verwahrenden" Wohn- und Lebensbedingungen einer grossen Zahl von erwachsenen geistig behinderten Österreichern (insg. etwa 22.000 Personen). Aufgrund der Ergebnisse vorliegender Studie hat sich sowohl die Forderung nach rascher Ausgliederung dieser Menschen aus Großwohnheimen, Wohnheimen und insbesondere auch psychiatrischen Krankenhäusern erhärtet, und es hat sich vor allem die Funktionsfähigkeit der dezentralisierten, kleinen Wohnformen nach dem Prinzipmodell (und nach einigen weiteren alternativen Modellerfahrungen, die inzwischen ins Blickfeld getreten sind) bestätigt, die als Grundlage für intendierte flächendeckende Ausweitung dienen können. Mit der praktischen Verwirklichung des Gesamtprogramms von Wohnalternativen kann der in den nächsten Jahren lt. mehreren übereinstimmenden Berechnungen stark ansteigende Bedarf an menschenwürdigen Wohnplätzen (u.a. durch Wegfall der familiären Bezugspersonen durch Todesfall) nun erwiesenermaßen sowohl mit integrativerem Grundkonzept als auch effizienter abgedeckt werden als mit dem Bau neuer Großobjekte herkömmlicher Art, die aus zahlrei-

chen nun bekräftigten Gründen einer nunmehr endgültig überwundenen Epoche angehören sollten. Im Projektbericht werden zunächst die Voraussetzungen anwendungsorientiert rekapituliert und die notwendigen Begleitmaßnahmen umrissen. So wird der Wandel, d.h. die Differenzierung des Normalisierungs- bzw. Integrationsgedankens festgehalten, die seit Abfassung der Vorstudie eingetreten sind (räumliche, funktionelle, soziale, personale, gesellschaftliche, organisatorische Integration). Auch wird die internationale Entwicklung weiterverfolgt, was Anlaß gibt, auch den Gedanken des Prinzipmodells zu relativieren und den Akzent noch stärker auf den Pluralismus alternativer Modelle zu legen, was die kommende Aufgabenstellung betrifft. Weiters erfolgten eine Reihe von Vor- und Begleitaktivitäten, um den Stand der Entwicklung bei Projektbeginn zu orten und tendenziell abzusichern, in Form von Untersuchungen bestehender Wohnformen (der "Übergangsphase") vor Ort, von Interviews mit Verantwortlichen der Trägerorganisationen (Funktionäre, Betreuer), schließlich in Form einer Expertenumfrage innerhalb der Rehabilitationsszene, die ein deutliches Votum gegen herkömmliche Heimunterbringung und für wohngemeinschaftliche und dem Prinzipmodell folgende Wohnformen ergab. Außerdem wurde eine große Anzahl weiterer forschungsbegleitender Öffentlichkeitsarbeiten mit verschiedenen Zielgruppen geleistet, von denen als wichtiges Beispiel nur die Durchführung eines Plansimulationsspiels im Rahmen des 7. Kongresses für Sozialarbeit und Rehabilitation genannt werden soll, in welchem die praxis- und basisnahe Öffentlichkeitsherstellung bei Installierung von Wohngruppen integrativen Typs untersucht wurde.

Diesen seitens des Instituts gesetzten Schritten werden dokumentarisch einige der konzeptuellen und praxiserwachsenden Leistungen der Kooperationspartner beigegeben und gegenübergestellt, vor allem z.B. das sog. "Wohnachsen"-Konzept der Trägerorganisation Jugend am Werk, welches im wesentlichen die organisationsorientierte Umlegung des Prinzipmodells vorantreibt, unter Berücksichtigung aller infrastrukturellen Rahmenbedingungen. In ungenanntem Maße rückte im Projektverlauf auch die Betreuungsfrage in den Vordergrund, und im Gefolge die Berufsbild-, Ausbildungs- und Fortbildungsfragen. Zentriert auf gemeinwesenintegrative Anforderungen gibt der Verein der Fachbetreuer seine kollektive Sicht der Problemlage wieder. Der Einheit von Theorie und Praxis am nächsten kommt schließlich das Umsetzungsmodell der "Heilpädagogischen Wohngemeinschaft" im Rahmen des Kuratoriums für Psychosoziale Dienste in Wien, das wir gesondert hervorheben, weil es die Normalisierung auch schwer geistig behinderter Menschen (aus dem psychiatrischen Krankenhaus) sehr erfolgreich vorantrieb. Der Projektbericht verfolgt sodann die Bemühungen um Realisierung des Prinzipmodells und schildert Erfolge und auch Widerstände. Es standen anfangs mehrere "Hoffungsgebiete" zur Diskussion, die untersucht wurden, hinsichtlich Tauglichkeit und Realisierungsvoraussetzungen. Daraus ergaben sich einerseits gewisse Abstriche und Enttäuschungen (so konnte etwa ein in der Steiermark intendiertes Pilotprojekt nicht realisiert werden), andererseits neue Schwerpunktbildungen, Umgewichtungen und Ausweitungen. Die Objektdokumentation existierender gemeinwesenintegrierter und -orientierter Wohngemeinschaften

und Einzelobjekte gibt in der Folge eine große Anzahl inzwischen realisierter oder z.T. gerade in Realisierung befindlicher Wohngruppen und Einzelobjekte wieder. Schwerpunkte im Sinne des Prinzipmodells entwickelten sich vor allem unter der Obhut von Jugend am Werk, nämlich im Bereich Ottakring/Thalheimergasse und im Bereich Alsergrund/Sobieskigasse (wo ein zwar noch größeres, doch streng wohngemeinschaftlich-integrativ konzipiertes Objekt entstanden ist und weitere Einzelobjekte seitens der Gemeinde Wien zur Verfügung gestellt werden). Ein weiterer Schwerpunkt ist in Rudolfsheim/Fünfhaus entstanden (zwei Wohngemeinschaften in enger Nachbarschaft, wo ebenfalls in Kürze kleinere Objekte noch hinzukommen sollen). Als Nukleusbildungen im Sinne des Prinzipmodells können weiters die beiden vor kurzem ihrer Bestimmung übergebenen Wohngemeinschaften im Heinz-Nittel-Hof/Floridsdorf gelten, sowie auch die nahe beieinanderliegenden Objekte der Lebenshilfe in der Hetzendorferstraße (Schwerbehindertenwohnhaus) bzw. Schlögelgasse (Kleinwohnhaus mit einigen zusätzlichen Trainingswohnungen). Schließlich ist im Sinne der Nukleusbildung nochmals die "Heilpädagogische Wohngemeinschaft" Fuchsthalergasse zu nennen, zu welcher ebenfalls bereits einige ausgelagerte Wohnungen existieren (wobei die in der Folge bereits entstandenen zusätzlichen Einzelwohnungen leider nicht dem Idealtypus entsprechend in unmittelbarer Nachbarschaft gelegen sind).

Weiters wurde erstmalig auch seitens der Caritas der Erzdiozese Wien eine kleinere Wohngemeinschaft (mit z.Z. fünf Personen) in der Denisgasse (Brigittenau) realisiert. Außerdem haben sich die Kleinwohnhäuser der Le-

Lebenshilfe Wien im Beobachtungszeitraum anzahlmäßig etwa verdoppelt; sie sind ebenfalls als "gemeinwesenorientiert" zu bezeichnen. Darüberhinaus existieren mehrere Einzelwohnungen für geistig behinderte Menschen, verteilt über das ganze Stadtgebiet von Wien.

Auch in den Bundesländern wurden mehrere wichtige Akzente gesetzt; allen voran die Integrierte Wohngemeinschaft für behinderte und nichtbehinderte Menschen in Linz (welche schon seit einiger Zeit existiert) sowie eine gleichgelagerte Wohngemeinschaft aus jüngster Zeit in Wels. Seitens der Lebenshilfe in Oberösterreich entstanden zwei Wohngemeinschaften ebenfalls in Linz und in Wels, eine dritte ist in Planung. In Bludenz/Vbg. ist die "Wohngemeinschaft Föhrenburgstraße" bereits in Vorbereitung und steht kurz vor Bezug. Auch innerhalb traditioneller Großeinrichtungen konnten erwähnenswerte Fortschritte mit wohngemeinschaftlichen Modellen erzielt werden, die in einigen Beispielen bestandserhoben und dokumentiert wurden, so etwa die kleine Wohngemeinschaft für mehrfach behinderte Personen im "Alten Martinsstift"/Gallneukirchen und andere Beispiele dasselbst, incl. einiger bereits bestehender oder in Planung stehender "Satellitenwohnungen". Es zeigt sich also, daß sich nicht nur in Wien die Entwicklung zu gemeinwesenintegrierten und -orientierten Wohnformen zu verallgemeinern beginnt. Während in der ersten Planungsphase Kooperation, Beratung und Meinungsaustausch im Projektteam erfolgte, weitete sich der Expertenkreis in der Folge zu einem gesamtösterreichischen aus; bewußt wurde eine der Verbreitung des Normalisierungsprinzips und des Integrationsgedankens dienen-

de "Plattform" ins Leben gerufen: der Arbeitskreis "Behindertenhilfe" im Rahmen des Österreichischen Komitees für Sozialarbeit (ÖKSA), an dem Fachleute aus verschiedenen Trägerorganisationen, aus der Betreuerschaft, von verschiedenen körperschaftlichen Ebenen und sonstigen Bereichen der Behindertenarbeit teilnahmen. Dieser Arbeitskreis war mehr als zweieinhalb Jahre tätig (und hat sich inzwischen als "Plattform" institutionalisiert); er behandelte viele wesentliche Aspekte der Wohn- und Lebenszusammenhänge geistig behinderter Menschen unter der Perspektive der Gemeinwesenintegration und erarbeitete ein vom ÖKSA als Broschüre zu publizierendes Papier, die "Charta" (Leitbilder zum Wohnen geistig behinderter Menschen in Österreich - unter besonderer Berücksichtigung der Gemeinwesenintegration). Damit wurde auf österreichweiten Expertenkonsens beruhend ebenfalls ein wesentliches Projektziel erreicht.

Ein weiteres programmatisches Ziel war die Errichtung einer "Leitstelle" zur Systemweitergabe und Koordination zukünftiger gemeinwesenintegrierter Ausbauprogramme. Auch diese Leitstelle wurde auf besonderes Betreiben der Lebenshilfe und des Vereins Jugend am Werk in Zusammenarbeit mit der Übergeordneten politischen Ebene in Wien realisiert: in Form der "Arbeitsgemeinschaft Wohnplätze für behinderte Menschen", deren Gründung gekoppelt war mit der Deklaration eines 1.000-Wohnplatzprogrammes seitens der Gemeinde Wien für die nächsten zehn Jahre (je ca. 100 Plätze pro Jahr, in einer dreijährigen "Bewährungsphase" und einer siebenjährigen Planerfüllungsphase). Die Koordination dieser Arbeitsgemeinschaft wird von einem der Projektteamsmitglieder,

Walter Schaffraneck, wahrgenommen, womit die Kontinuität des Übergangs von Pilotphase zur Realisierung eines umfangreichen Wohnplatzprogramms auch in inhaltlichem, gemeinwesenorientierten Sinne erhofft werden darf.

Die Sitzungen des Arbeitskreises, die Entstehungsgeschichte der Leitstelle und ihre Aufgabenstellung sind umfänglich dokumentiert. Der Projektbericht schließt mit ausführlichen Reflexionen der Projektteammitglieder aus Sicht der verschiedenen beteiligten Institutionen bzw. Körperschaften. Ein Rückblick mit kritischer Vorausschau rundet die Überlegungen auch unter Berücksichtigung möglicher zukünftiger Beeinträchtigungen des Ausbauprogrammes ab.

### 3. LEITBILDER ZUM WOHNEN GEISTIG BEHINDERTER MENSCHEN IN ÖSTERREICH

#### Unter besonderer Berücksichtigung der Gemeinwesenintegration

Der Arbeitskreis "Behindertenhilfe" des Österreichischen Komitees für Sozialarbeit, in dem zahlreiche Fachleute aus dem Bereich der Hilfe für geistig behinderte Menschen aus ganz Österreich vertreten waren, erarbeitete in mehr als zweijähriger Tätigkeit Leitbilder zum Wohnen dieser am meisten benachteiligten Gruppe behinderter Menschen.

Die Leitlinien sind den Prinzipien der Gemeinwesenstärke, der Normalisierung, der größtmöglichen Integration der Betroffenen verpflichtet. Die Broschüre ent-

hält Ausführungen über den Problemhintergrund, über die gesellschaftlichen, infrastrukturellen und räumlichen Voraussetzungen, über die rechtliche Situation, über Finanzierungsfragen, über Begleitmaßnahmen und Umsetzungsfragen hinsichtlich offener Wohnkonzepte. Einen wichtigen Stellenwert nimmt auch der Entwurf für ein Berufsbild der Fachbetreuer ein. Ein Dokumentationsteil umfaßt Darstellungen der Wohnstättenkonzepte verschiedener Trägerorganisationen und Vergleichsbeispiele. Die angeschlossenen Grundrißbeispiele für gemeinwesenintegrierte Wohngruppen führen einerseits idealtypisch das vom Institut für Soziales Design vorgeschlagene "Prinzipmodell" vor und zeigen andererseits existierende wohngemeinschaftliche Wohnformen verschiedener Trägerorganisationen. Eine Liste von fachspezifischen Kontaktstellen, weiters Literaturhinweise und ein kleines Glossar runden die Broschüre ab, die verbindliche Anhaltspunkte für die zukünftige Gestaltung der Wohn- und damit Lebenszusammenhänge geistig behinderter Menschen in Österreich anbietet, deren gesellschaftliche Integration ein Gebot der Menschenrechte ist. Die Leitbilder wenden sich an alle im Bereich der Behindertenhilfe und des Rehabilitationswesens Tätigen, im besonderen auch an die Elternschaft, und schließlich an die allgemeine und repräsentative Öffentlichkeit, mit dem Ziel, das Problembewußtsein in diesem Bereich zu fördern und die Lebensbedingungen der Betroffenen entscheidend zu verbessern.

## Kritischer Rückblick und nachdenkliche Vorausschau

Wer forschend in die Praxis sozialer Arbeit eindringt, muß mit Überraschungen rechnen. Bei unseren Bemühungen, Initiativen und Projekte zur Normalisierung der Wohn- und Daseinsbedingungen geistig behinderter Menschen wissenschaftlich zu unterstützen und Widerstände beseitigen zu helfen, sind wir phasenweise selbst auf uns vorerst unverständliche Abwehr bei maßgeblichen Fachleuten der Behindertenarbeit und -politik gestoßen. Andererseits haben wir von Menschen, Vereinen und Institutionen Schützenhilfe für unsere Arbeit erhalten, denen wir anfangs eher distanziert gegenübergestanden sind. Nun ist es ja keine Neuigkeit, daß in Österreich einer offensiven, parteilichen und auf Veränderung ausgerichteten Forschung, die noch dazu interdisziplinär agiert, vielfach zumindest mit Mißtrauen begegnet wird. Warum machen die das eigentlich? Wieso mischen sich die in unsere Arbeit ein und stellen jahrzehntelang erprobte Praxismodelle in Frage? Die wollen doch nur ihr Geld verdienen, die armen Behinderten sind denen doch weitgehend egal! Solche und ähnliche Fragen und Aussagen müssen ernst genommen und vorausgedacht werden, wenn man mit seinem Forschungsauftrag selbst ernst genommen werden will. Zumeist bleiben von sogenannten Begleitforschungsprojekten ja tatsächlich nur für die alltägliche soziale Arbeitspraxis untaugliche Forschungsberichte und frustrierte Basisakteure übrig, während sich die "profiliereten" Forscher neuen Unersuchungsaufgaben zuwenden können.

Bezogen auf das erbärmlich geringe öffentliche Interesse an professioneller Behindertenarbeit und insbesondere an den reduzierten Lebensperspektiven geistig behinderter Menschen, "fünfzig Jahre danach", ist es verständlich, wenn die in diesem Bereich jahrelang engagiert, schlecht bezahlt und unbedankt tätigen Menschen auf kritische Forschungsfragen sensibel reagieren. Mitschuld an der generell feststellbaren passiven Abwehrhaltung von Sozialarbeit und Sozialpädagogik trägt sicher ein jahrzehntelanges individualisierendes und therapeutisierendes Berufsverständnis, das den Blick auf aktuelle gesellschafts- und sozialpolitische Entwicklungen und Tendenzen trübt.

Die Benennung klar erkennbarer Ursachen fortschreitender sozialer Benachteiligung ist hierzulande verpönt, beklagt werden nur deren Erscheinungen, denen zusehends hilfloser gegenübergestanden wird. Zur Rettung aus dieser Misere werden "wertfreie" Methoden rezepthaft übernommen und die rasante (Re)Privatisierung und Entprofessionalisierung wird besonders in der Behindertenarbeit resignativ hingenommen oder sogar begrüßt, weil es dabei "gegen" die aufgeblähte Sozialbürokratie und "gegen" den übermächtigen Staat geht. Entsolidarisierung, Abgrenzung nach außen und die Sehnsucht nach dem kleinen persönlichen Glück sind warnende Zeichen des Zurückweichens vor weiteren Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen. Man spricht "über" die Vorgesetzten oder "über" sich selbst und vergißt darüber sich fachübergreifend zusammenzuschließen und gemeinschaftlich "für" Veränderungen zu agieren.

Mit unserer mehrjährigen Forschungstätigkeit wollten wir zeigen, daß es möglich ist, diese Ohnmacht zeitweilig zu durchbrechen und kooperative Gesprächssituationen herzustellen, aus denen vorwärtsgerichtete Handlungskonzepte entstehen.

So stellen die im Rahmen des ÖKSA auf einer sehr heterogen zusammengestellten Dialogplattform erstellten "Leitbilder zum Wohnen geistig behinderter Menschen in Österreich" die ernsthafte Übereinkunft dar, diesem besonders benachteiligten Personenkreis alters- und bedürfnisgerechte Wohn- und Lebensalternativen zur Verfügung zu stellen, die der jahrzehntelangen Aussonderungspraxis widersprechen. Die von uns als wissenschaftliche Moderatoren vorangetriebene Herstellung einer diskursiven Fach- und darüber hinausgehenden Öffentlichkeit war ein wichtiger Motor für die beschleunigte Vernetzung von Initiativen und Projekten zur Nor-

malisierung der Lebensräume geistig behinderter Menschen. Forschung hat hier mitgewirkt, Praxisbedingungen zu verändern, ohne diese expertenhaft zu dominieren. Das 1987 in zwei Etappen angelaufene "Wiener Programm" zur Schaffung von 1.000 gemeinwesenintegrierten Wohnplätzen ist ein lokaler Erfolg, der jedoch nicht übermütig machen darf. Erst die im Modellprogramm vorgesehene Bewertung des Verlaufs der ersten, dreijährigen Realisierungsphase wird zeigen, ob sich die klar formulierten Leitlinien gegenüber den politischen und finanziellen Sachzwängen behaupten und eine Verwässerung der Inhalte verhindert werden konnte. Als Mitinitiatoren sind wir natürlich an dieser Evaluationsarbeit sehr interessiert, weshalb wir uns derzeit bemühen, die dafür notwendigen Ressourcen sicherzustellen.

(Reichhaltige Literaturangaben sind in der LOS-Redaktion erhältlich.)

## Mein Leben als Behinderter

Aufgezeichnet von Eva Rittberger

Ein junger Mann (Name der Redaktion unbekannt), der während seiner Schulzeit mehrere Allgemeine Sonderschulen besuchte und schließlich die letzten Jahre seiner Schulpflicht in einer Sonderschule für Schwerstbehinderte absolvierte, schrieb folgenden "Lebenslauf":

... Schließlich wurde ich ein ganzes Jahr vom Unterricht ausgeschlossen. Danach kam ich sie-

ben Wochen zu einer Nervenbehandlung in eine Klinik. Anschließend wurde ich wieder in eine Schule eingegliedert. Da ich täglich Medikamente nehmen und die Lehrkraft sie mit in der großen Pause verabreichen mußte und der Direktor das schließlich verbot, kam es wieder zu Hänseleien der Mitschüler und in weiterer Folge zu Ausschreitungen. Diesen Grund benützte der Direktor, um mich von der Schule zu weisen.

Danach kam ich in eine Schule für schwerstbehinderte Kinder, da mich keine andere Schule mehr

nahm. In dieser Schule fühlte ich mich das erste Mal verstanden und geborgen. Ich konnte über meine Probleme sprechen, und die Lehrerin half mir, sie zu lösen. Und so lernte ich zum ersten Mal richtig lesen, schreiben und rechnen. Das waren die vier glücklichsten Jahre meines Lebens.

Als ich die Schule beendet hatte, gab es das Problem, einen Arbeitsplatz für mich zu finden. Ich kam in eine Behindertenwerkstätte. Ich vertrug mich dort aber nicht mit den Erziehern, da ich nicht verstehen konnte, warum sie mit den Behinderten so schimpften und sie so schlecht behandelten. Da gab es die ersten Probleme zwischen den Erziehern und mir. So ging ich von dieser Werkstätte weg und versuchte, einen Arbeitsplatz auf dem freien Arbeitsmarkt zu finden. Doch bei allen Vorstellungsgesprächen bekam ich immer nur folgendes zu hören: "Um Gottes Willen, so nervös wie Sie sind, wollen Sie arbeiten? Sie sind doch für meinen Betrieb eine Lachfigur und lenken meine Arbeiter ab. Haben Sie sich schon in den Spiegel geschaut? Mit so einem Gesicht wollen Sie arbeiten?"

Das machte mir so zu schaffen, daß ich versuchte, meine Probleme im Alkohol zu ertränken. Dadurch trieb ich mich den ganzen Tag in verschiedenen schlechten Gasthäusern herum und lernte Leute kennen, die ebenfalls arbeitslos waren. Sie hatten aber Geld und luden mich auch ein. So dachte ich, nette Freunde gefunden zu haben. Ich konnte das aber nicht richtig überblicken und erkannte daher nicht, was diese Leute tatsächlich vorhatten. Und das war mein Untergang. Ich wurde straffällig, kam mit dem Gesetz in Konflikt. Ich tat leichtgläubig alles, was diese Leute von

mit verlangten, da sie immer wieder betonten, man könne leichter eine Arbeit finden, wenn man vorher etwas angestellt hatte. Ich bemerkte zu spät, daß ich es nun noch schwerer hatte als früher und griff wieder zur Flasche.

Später machte ich einen sechswöchigen Kurs, es war dies ein Arbeitstraining. Dort lernte ich eine Sozialhelferin kennen, mit der ich noch heute in Kontakt stehe. Sie verschaffte mir einen Arbeitsplatz auf einem Bauernhof im Waldviertel. Ich arbeitete dort ein ganzes Jahr, machte mir aber dabei - ich mußte Steine klopfen - die Hände kaputt, sodaß ich operiert werden mußte. Der Arbeitsvertrag wurde danach nicht mehr verlängert.

Ich nahm wieder Kontakt zu meinen ehemaligen Lehrern auf, die mir halfen, meine Probleme auch ohne Alkohol zu bewältigen. Ich bin noch immer mit ihnen in Kontakt und froh, diese Leute zu kennen. Zur Zeit arbeite ich wieder bei einer Behindertenorganisation, wieder auf ein Jahr befristet. Was danach sein wird, ist noch ungewiß.

# Neues für Blinde

Zusammengestellt von  
Alfred Kielmayer

## - Akustische Markengeber

Dieses Gerät dient dem Setzen von akustischen Marken auf Kassetten zum Auffinden bestimmter Textstellen. Das Gerät präsentiert sich in einem beige gehaltenen Plastikgehäuse mit den Maßen 110 mal 196 mal 40 mm. Links vorne befindet sich der Mikrophoneingang. An der oberen Fläche sind zwei Drucktasten, rot und schwarz, und zwischen den beiden Drucktasten ist eine Leuchtdiode fühlbar. An der hinteren Seite des Gerätes sind von links nach rechts eine Ausgangsbuchse, das 220-V-Anschlußkabel des Gerätes und eine 220-V-Europasteckdose für den Anschluß eines Kassettenrekorders angeordnet.

Kommt nun die Vorlesekraft zum vorletzten Satz eines Textabschnittes, so drückt sie kurz die rote Taste am Signaltongeber, ohne das Lesen unterbrechen zu müssen, und die Stimme wird mit einem tiefen Ton überlagert, der aber bei normaler Abspielgeschwindigkeit nicht hörbar ist. Beim schnellen Vor- und Rücklauf wird allerdings der überlagerte Ton für eine Sekunde hörbar. Die Funktion der schwarzen Drucktaste ist gleich der roten, jedoch ohne Zeitkonstante. Die Dauer des auf das Band zu modulierenden Tones bestimmen Sie selbst: solange die Taste gedrückt bleibt. Die Leuchtdiode leuchtet während das Signal ausgesendet wird.

## - Sprechende Personenwaage

TEFAL MAGIC heißt das Modell mit den Maßen 23 mal 23 mal 4 cm mit abwaschbarer Trittfläche aus Kunststoff. Dieses Gerät schaltet sich automatisch ein, wenn man in die Hände klatscht oder das Gehäuse leicht anstößt. An dieser Waage befindet sich ein Batteriefach und ein Lautstärkereglер. Das Gewicht wird von einer weiblichen Stimme bis auf ein Kilogramm genau angesagt. Das Gerät schaltet sich kurz nach dem Wiegevorgang automatisch ab.

- Im Tiroler Blindenversand können tastbare Kopien hergestellt werden. Mit Hilfe eines Tiefziehgerätes können Reliefdarstellungen auf PVC-Folien produziert werden. Es werden Unterrichtsbeihilfe für Schüler und Gymnasialisten, Grundrisse von Wohnungen und öffentlichen Gebäuden, Schaltpläne usw. hergestellt. Die Maße dieser Kopien sind: 25 mal 35 mal 9 cm.

- Ferner sind beim Tiroler Blindenverband, 6023 Innsbruck, Amraserstraße 87, Telefon: 05222/42 514 0, erhältlich: Meridiandarstellung des gesamten Körpers; Reflexzonendarstellung der Fußsohlen; Pläne der Universität Wien (altes und neues Gebäude); Schulschrift mit Zahlen und Satzzeichen.

Ich besitze bereits die Pläne der Universität. Nach gewisser Übung war es mir möglich, mich in diesem Gebäude zu orientieren. Von der Ö8 habe ich den Plan von der Uni geholt und in Innsbruck kopieren lassen.



FOTO: Monika Kosovic-Schreder

- In der Buchhandlung GEROLD am Graben 31 in Wien gibt es ein reichhaltiges Sortiment an Hörbüchern. Je nach Dauer kostet ein Buch zwischen S 150,- und S 300,-

- In Finnland wurde ein Hilfsmittel für Taubblinde hergestellt. Es wird als DIALOGOS 2001 A bezeichnet und kann sowohl für die telefonische als auch die persönliche Kommunikation verwendet werden. DIALOGOS 2001 A besteht aus der Brailletastatur, einer elektronischen Schreibmaschine und einem Kassettenrekorder. Dieses Gerät wiegt 6 kg und hat die Maße 34 mal 37 mal 14 cm.

- Uhr mit Sprachausgabe  
Diese quartzgesteuerte Harp-Universal-Uhr ist leicht zu bedienen und sehr gut verständlich. Je nach Einstellung sagt sie im Ein-, Fünf- oder Zehn-Minuten-Abstand die verstrichene Zeit an. Auf Knopfdruck sagt die Uhr die genaue Zeit an. Man kann sie auch als Wecker oder Stoppuhr verwenden.

- Am 3. Dezember 1987 initiierte Frau Maria Rauch, Obfrau des Vereins "Elternselbsthilfe sehgeschädigter Kinder", im Bundesrat einen Gesetzesantrag, der die gesetzlichen Voraussetzungen zur Errichtung einer Zentralstelle für Lehrmittel für behinderte, insbesondere blinde Schüler schafft (Lehrmittelzentrale). Dieser Initiativantrag wurde einstimmig angenommen und an das zuständige Ministerium weitergeleitet.

- BRAILDEC ist ein neues elektronisches Hilfsmittel, das in Belgien hergestellt worden ist. Diese elektronische Box kann an mechanische Braille-Schreibmaschinen oder Terminals angeschlossen werden. BRAILDEC hat einen 8- oder 32-Speicher. Die Maße sind 4 mal 12 mal 18 cm, Gewicht 440 g. BRAILDEC ist für Blinde insofern interessant, als mit dessen Hilfe sowohl mit Braille als auch mit Schwarzschrift kommuniziert werden kann.

- BRAILLEXCONTROL ist eine Brailleausgabe, die an Schreibmaschinenmodelle verschiedener Hersteller angepaßt wurde. Die Leuchtschriftanzeige dieser Speicherschreibmaschinen wird elektronisch abgelesen und auf die gleichlange Braillezeile übertragen. Weiters ermöglicht BRAILLEXCONTROL die Kontrolle aller Zusatzfunktionen und Geräteparameter der Schreibmaschine. Dieses Zusatzgerät wird in Österreich hergestellt.

- Die sprechende Nähmaschine GALAXIE kostet S 30.000,--. Der Speicher der Nähmaschine merkt sich 100 Stiche. Die Sprachausgabe gibt dem Benutzer Ratschläge, erforderliche Hinweise und erläutert sogar die Beseitigung von Fehlern.

- Von der Arbeitsgruppe für Rehabilitationstechnik, ARTEC, an der Technischen Universität Wien wurde ein Informationsdienst für Blinde und sehbehinderte Menschen eingerichtet. Der BLINFO, Kurzform dieses Informationsdienstes, berichtet unter anderem über: Veranstaltungen in Österreich und Umgebung; technische Hilfsmittel für Beruf und Alltag.

Der BLINFO kann in Schwarzschrift, auch in Großdruck und in Braille bezogen werden. Auch ein Tonbanddienst unter der Wiener Telefonnummer 505 32 04 wurde eingerichtet. Für nähere Informationen steht die ARTEC unter der Wiener Telefonnummer 588 01 38 87 zur Verfügung.

- Von der ARTEC wurde der LUMITEST 3 entwickelt. Hierbei handelt es sich um die akustische Darstellung von Lichtquellen. Einige Anwendungsmöglichkeiten von LUMITEST 3 sowohl für den beruflichen als auch den privaten Bereich:  
Überprüfen von Kontroll- und Warnlampen;  
Erkennen von Raumbeleuchtung;  
Ablesen von Leuchtanzeigen bei Telefonanlagen;  
Orientierung nach Lichtquellen;  
Erkennen von Glut und Feuer;  
Aussteuern von Tonbandanlagen.  
Einige technische Daten von LUMITEST 3: Dieser hat die Form eines Kugelschreibers. Er ist 15 cm lang, Durchmesser 13 mm und 45 g schwer.

# Definitely

*Christian Rathner.*

## Immerhin, der Goldene Bär

Eigentlich kennen wir manche Versatzstücke schon aus anderen Beispielen amerikanischer Filmkunst. Eine Reise quer durch den Kontinent war (hier wie dort, durch Flugangst bedingt, auf dem Landweg) unlängst in "Midnight Run" mit Robert DeNiro zu sehen und ist ein Grundmotiv der Neuen Welt, seit sich die Planwagen der Einwanderer auf der Suche nach Land in den Westen fraßen. Daß sich das verblühende Las Vegas dabei noch einmal in seinem ganzen mondänen Schick, werbeträchtig im berühmten Cesar's Palace fotografiert, präsentieren darf, ist wohl eine Reverenz an bessere Zeiten. Und wollte man etwas boshaft die Moral von der Geschichte mit "business contra Menschlichkeit" umschreiben, so fielen einem wohl eine ganze Reihe von Titeln im Hollywood'schen Werkverzeichnis ein, die sich dieses Endlosthemas nordamerikanischer Gewissensforschung mit mehr oder weniger Geschmacksicherheit angenommen haben.

Eine billige Sammlung von Klischees also? - Mitnichten. (Der "Goldene Bär" von Berlin, gegen eine schnoddrige "profil"-Kritik sei es bemerkt, ist kein aufgebundener, und Immerhin acht Oskarnominierungen sagen einiges, wenn auch nicht alles.) "Rain man" mit Dustin Hoffman und Tom Cruise in den Hauptrollen ist ein großer, ein berührender Film.

Die Geschichte ist schnell erzählt. Charlie Babbit (Tom Cruise), ein sportlich-lockerer Autohändler aus Los Angeles, erfährt anlässlich des Todes seines Vaters, daß er einen Bruder hat - und daß es dieser Bruder ist, der das gesamte nicht unbeträchtliche Vermögen des Vaters erben soll. Für einen Mann vom Typ des Charlie Babbit entsteht in solchen Fällen dringender Handlungsbedarf. ("Drei Millionen hat er geerbt und weiß nicht einmal, was Geld bedeutet. Ist ja fast schon poetisch.") Raymond Babbit lebt in einer Anstalt. Er ist Autist. Doch das hindert seinen Bruder nicht, ihn quasi zu kidnappen und - Immer in der Hoffnung, doch zum eigentlichen Erben aufzusteigen - vorerst mit sich zu nehmen. Dabei zieht er sich zunächst den Unmut seiner Freundin zu, die sich damit nicht einverstanden erklären kann, wie Charlie seinen Bruder behandelt. Dann lernt er aber die eigenartige Krankheit seines Bruders kennen, entdeckt dessen unglaubliche Fähigkeit, mit Zahlen umzugehen, lernt in dieser Begegnung viel über sich selbst und seine Kindheit und ist am Ende wie verwandelt: todtraurig, seinen Bruder in die Obhut der Behörden zurückgeben zu müssen.

## Dustin Hoffman, der Unersetzliche

Was wäre "Rain man" ohne Dustin Hoffman? Gibt es auch nur einen Schauspieler des amerikanischen Films, der in dieser unendlich schwierigen Rolle an Hoffmans statt agieren könnte? - Ob in "Papillon" mit Steve McQueen (Regie Franklin Schaffner), ob in "Tootsie" (Sydney Pollack), ob in "Little big man" (Arthur Penn) oder mit Laurence Olivier in "Marathon Man" (Schlesinger), ob in seiner ersten großen Rolle, "Die Reifeprüfung" (Mike Nichols) oder seiner ausgereiften Darstellung des Willy Loman in der Volker-Schlöndorff-Verfilmung von Arthur Millers "Tod eines Handlungsreisenden" - Dustin Hoffman hat mit seiner ungekünstelten und zutiefst menschlichen Darstellungskunst immer wieder fasziniert. Als Partner von Meryl Streep in "Kramer gegen Kramer" (Robert Benton) hat er dafür einen Oscar erhalten, mehrmals war er für diesen Preis nominiert.

Die Rolle des Raymond Babbit ist nun ein neues Glanzstück in der Karriere Dustin Hoffmans. Über ein Jahr lang hat er sich darauf vorbereitet, hat den Kontakt zu autistisch sonderbegabten Menschen gesucht und sich mit ihrem Verhalten auseinandergesetzt. Die im Film überzeugend dargestellten schüchternen Kontaktversuche Raymonds mit einer immer als bedrohlich erfahrenen Umwelt, seine Unfähigkeit zu Blickkontakt und Nähe, seine Versponnenheit in eine fremde, eigene Welt, deren Hauptinhalt Zahlen zu sein scheinen, seine Stereotypen, mit denen er krampfhaft Ordnung in das Chaos seiner Sinneseindrücke zu bringen versucht - und die heftigen Ausbrüche, wenn diese Ordnung ernsthaft bedroht erscheint: All das wird in Dustin Hoffmans Spiel auf eine fast schon erdrückende Weise präsent. Drehbuch (Ronald Bass und Barry Morrow) und Regie (Barry Levinson) stehen im Schatten seiner Fulminanz; seine Partner, Tom Cruise und Valeria Golino, verblassen mitunter zu freundlichen Komparsen an der Wand. Sie haben es schwer, zu bestehen, denn die Figuren, die sie verkörpern, stammen aus einer anderen Welt: aus unserer.

Aber es ist nicht allein das kunstvolle Spiel des Dustin Hoffman, das besticht und fasziniert. Nicht minder ist es das geheimnisvolle Phänomen der menschlichen Psyche, deren Darstellung er sich widmet: der Autismus.

### Eine "faszinierende" Krankheit?

"Faszinierend" nennt "profil" (Gaby Regenermel, Fremde unter uns, profil 14, 5.4.88) den Autismus, "selbstzerstörerisch, unnahbar - und faszinierend." Auch Kurt Schneider, Sekretär der "Österreichischen Autistenhilfe"<sup>1</sup> sieht im Gespräch mit den WIENER BLÄTTERN eine gewisse Faszination dieses Syndroms auf Außenstehende. Autismus könne, so Schneider, durchaus "in" werden. "Autistische

Züge haben wir alle", so begründet er die eigenartige Anziehungskraft dieser Krankheit, und verweist in diesem Zusammenhang auf den nicht unwesentlichen Umstand, daß manche Autisten sehr gut mit Computern umgehen können. Die kommunikationsarme Atmosphäre vor dem Bildschirm und das genau berechenbare, schrittweise, häufig monotone Vorgehen, das der Computer verlangt, kommt ihrer Veranlagung entgegen. Ist mit dem autistischen Syndrom also die geheime Dynamik der Entwicklung unserer Gesellschaft formuliert?

"Faszinierend" erscheint der Autismus freilich vor allem denen, die ihn nicht ertragen müssen. Für andere, etwa für Eltern autistischer Kinder, bedeutet er mitunter eine Herausforderung, die an den Rand des Erträglichen geht. Es ist allemal einfacher, über Raymond Babbit zu schmunzeln, wenn er beim Abendessen aus der Fassung gerät, weil statt der gewohnten acht Würstchen nur vier auf dem Teller liegen (und sofort zufrieden ist, als sein Bruder die Anzahl durch Auseinanderschneiden verdoppelt), als die charakteristischen Stereotypen autistischer Menschen im Alltag zu erleben. Da kann ein autistischer Bub etwa nur dann aufstehen, ohne ins Bett oder auf den Boden zu urinieren, wenn man ihn mit "Guten Morgen, es ist Zeit zum Aufstehen!" begrüßt. Da verfangen viele exakt zur selben Zeit exakt dieselbe Mahlzeit, und ein Stück Brot statt einer Semmel kann ernste Konflikte heraufbeschwören. Es ist allemal leichter, Dustin Hoffman zu bewundern, wenn er Schreianfälle und ängstliche Hyperreaktionen mimt, als selbst Zeuge dieser aggressiven oder autoaggressiven Exzesse zu sein. Da bindet etwa ein autistisches Kind ständig Aufmerksamkeit auf sich, weil es in unbewachten Momenten ohne ersichtlichen Grund mit dem Kopf durch die Fensterscheibe fährt. Andere schlagen sich die Stim an der Mauer blutig. Es ist allemal leichter, sich von einem Hollywood-Film berühren zu lassen, (diesen Artikel) über Autismus zu schreiben und zu lesen als mit dieser Krankheit zu leben.

### Hilfe für Autisten

Was Autismus eigentlich ist, darüber kann keine befriedigend klare Aussage gemacht werden. Seit er im Jahre 1943 von Leo Kanner (USA) und Hans Asperger (Wien) - unabhängig voneinander - erstmals beschrieben wurde, ist in der Forschung vieles vorangetrieben worden. Die Ursachen des mit etwa 50 Symptomen umschriebenen Syn-

droms blieben jedoch weitgehend im Dunkel. Die Vermutungen gehen in verschiedenste Richtungen. Dementsprechend weitgestreut sind auch die Therapieansätze. Von spielerischen Formen der Verhaltenstherapie über sehr streng strukturierte "Festhaltetherapien", bei denen der Widerstand des Kindes durch Festhalten gebrochen werden soll, bis hin zu biochemischer Behandlung reicht die Palette.

Der amerikanische Psychoanalytiker Bruno Bettelheim etwa ortet bei autistischen Kindern die Überzeugung, sehr bald sterben zu müssen. Autistisches Verhalten wäre so gesehen ein Versuch, sich angesichts dieser Bedrohung vor Frustrationen zu schützen. In jüngster Zeit wurden auch genetische und biochemische Veränderungen an Autisten festgestellt, die als Ursachen in Betracht zu ziehen sind. So wurde eine Abweichung in der Struktur des X-Chromosoms ebenso geltend gemacht wie eine Überproduktion an Opiaten (die die Wahrnehmungsfähigkeit beeinträchtigt) und erhöhte Mengen des Botenstoffs Serotonin. Zumindest im deutschen Sprachraum scheint sich die Ansicht immer mehr durchzusetzen, daß Autismus keine Störung des Kontaktverhaltens, sondern vielmehr eine Reizverarbeitungsstörung ist. Das hieße, daß zwar alle Umweltreize in das Gehirn des Autismuskranken gelangen, dort aber nicht zu einem Ganzen zusammengefügt werden können.

So verstanden, wären Rückzug und stereotypes Verhalten hilflose Versuche, ein Quentchen Ordnung in ein quälendes Reizchaos zu bekommen.

Die panischen Reaktionen auf leichte Veränderungen wären so als Antwort auf eine existentielle Bedrohung durchaus begreiflich.

Was immer diese schwer faßbare Krankheit verursacht mag, sie ist Realität - auch in Österreich.

Vier bis fünf von 100.000 Menschen sind im statistischen Durchschnitt Autisten, wobei einzelne Symptome durchaus auch bei fehlendem Vollbild auftreten können. Auf ein autistisches Mädchen kommen vier Buben - ein Umstand, der die Vererbungsthese zu stützen scheint. Prinzipiell gilt: Je früher die Störung, die immer schon bei Kleinkindern auftritt, erkannt wird, desto größer ist die Chance der Therapie, die Stereotypen aufzulockern und den Handlungsspielraum des autistischen Menschen zu erweitern.

Bereits 1979 hat sich in Wien auf Initiative betroffener Eltern der "Verein Österreichische Autistenhilfe" konstituiert, der bis zur Eröffnung einer Ambulanz der Stadt Wien am 15. Dezember 1988 auch die therapeutische Arbeit zu gewährleisten hatte. Jetzt sind durch das Mitziehen der Gemeinde Wien Kapazitäten frei, die man unter anderem verstärkt für die Beratung Betroffener in den Bundesländern verwenden will. Natürlich steht als Ziel der Bemühungen des Vereins die Integration autistischer Kinder in die Gesellschaft an oberster Stelle. Aber, so Kurt Schneider, "auch die Forderungen vieler Eltern nach Tagesheimplätzen und ähnlichen Entlastungsangeboten sind nicht von der Hand zu weisen." Immer wieder rufen verzweifelte Eltern an, die mit ihren Kräften am Ende sind. Vor allem in Phasen rastloser Hyperaktivität, in denen manche Autisten Tag und Nacht rastlos und mitunter lärmend durch die Wohnung ziehen, sind die Nerven der Mitbewohner enormen Belastungsproben ausgesetzt. Der Wunsch vieler Eltern nach Erholung ist so äußerst verständlich und steht intensiven Bemühungen um Therapie und Integration auch nicht im Weg.

#### "Teilspitzenleistungen"

Doch zurück zu Raymond Babbit. Dustin Hoffman spielt im Film ja nicht "den Autisten" schlechthin, sondern er spielt Raymond Babbit, einen an Autismus erkrankten Menschen mit seinem individuellen Charakter, mit einer individuellen Geschichte, mit hoher Intelligenz, die ihn in Verbindung mit dem autistischen Syndrom zu unglaublichen Leistungen befähigt. Raymond Babbit hat ein enormes Gedächtnis. Er erkennt auf einen Blick, wieviele Streichhölzer in einem Haufen am Boden liegen, er lernt über Nacht das Telefonbuch auswendig, und er ist beim Kartenspiel nicht zu schlagen. Er spielt nicht, er "zählt Karten". ("...counted cards...") Die Autismusforschung spricht in diesem Zusammenhang von "autistischer Sonderbegabung" oder "Teilspitzenleistungen". Die ganze Kraft und Konzentration eines menschlichen Geistes, der in so vielen Bereichen versagt, kommt in einem Ausschnitt, einem Segment, voll zum Tragen. Die Ergebnisse - im Film als Sensation und Verneigung vor einem wundersüchtigen Publikum wohl etwas zu deutlich unterstrichen - sind verblüffend. Allerdings zählen diese Sonderbegabungen nicht zum Durchschnitt. Nur bei etwa 5 bis 10 Prozent der Autisten sind sie nachzuweisen.

#### Behindert?

Raymond Babbit zieht sich vor einer Welt zurück, die ihm nicht geben kann, was er braucht. Auf dem Highway ist

ein Unfall. Raymond gibt einen für ihn charakteristischen Laut (etwa "n-n") von sich. In dessen Tonfolge<sup>2</sup> Verneinung wie mühsame Selbstberuhigung zu spüren sind - und geht davon, geht einfach weg, und läßt das Unangenehme, das Bedrohliche hinter sich. Seinen Schutz vor Verletzung bezahlt er mit einer Gleichgültigkeit, die fast nichts an ihn heranläßt. Wo sie bedroht wird, wo er aus dem Gleichgewicht gerät, reagiert er mit hilfloser Aggression. Er will nicht fliegen, und er weiß auch, warum nicht: Aus dem Gedächtnis zählt er die Daten der Flugzeugkatastrophen auf, in die die jeweils offerierte Linie verwickelt war. Als sein Bruder ihn bedrängt, beginnt er zu schreien. Selbst seine zarten Andeutungen von Empfindung und Zärtlichkeit sind von dieser beruhigenden und dämpfenden, aber auch angespannten und krampfhaft gesuchten Gleichgültigkeit überlagert. Der erste Kuß einer Frau war "wet", sonst nichts. Versuche, nach dem Vorbild des Bruders zu scherzen, bleiben im selben gleichgültigen Ton und sind nur für den Bruder erkennbar.

Raymond Babbit hat die Haltung und den verzweifelten Mut eines Ertrinkenden, der nicht ertrinken will. "Definitely", mit diesem ständig wiederholten Wort definiert er willkürlich anrollende Wellen als rettende Felsen. "Definitely", damit bohrt er nach Sicherheit im schwankenden Grund. Seine Stereotypen sind mühsame Stützen in einer berstenden Welt, die ohne Krücken nicht mehr begehbar ist. "Definitely", damit überlebt er, indem er sich verweigert. Deshalb, nicht nur wegen seines Hinweises auf das Schicksal autistischer Menschen, ist "Rain Man" von bedrückender Aktualität.

Es ist etwas von unserer eigenen Weise zu leben in den lebenswerten und erschütternden Grotesken des Raymond Babbit. Wer kennt nicht Stereotypen im eigenen Daseinsvollzug: die nie gewechselte Lieblingskassette, der Griff zur rettenden Zigarette? Die schmerzhaft bunte Welt unseres modernen Lebens, die tausend Segmente, in die unser Leben zerfällt, verführen zu eigenen oder über "Gesinnungsfreunde" vermittelte Eigendefinitionen von Sicherheiten. Die Feinde der Ordnung sind markiert, definitely. Auf Veränderungen von Gewohntem reagieren wir mit Angst und Aggression - nicht weil die Gewohnheit an sich so wichtig wäre, sondern weil sie der letzte Halt vor dem drohenden Chaos ist, weil gleich hinter ihr der Abgrund droht. Wo alles auseinanderstrebt, wird nach Sicherheit, Einheit, Wahrheit gerufen - und sie wird dekretiert, statt erworben. So und nicht anders muß es sein, definitely. Should be eight sauses, definitely, should be eight. Ausländer sind bedrohlich, wir sind wir, definitely. Die Kirche muß identisch werden, das Wort des Papstes gilt, definitely. Endlich - vermeintlich - Grund unter den Füßen im Chaos der Ideen. Aber Unverständnis, Sprachlosigkeit und Flucht sind im

Wachsen.

Raymond Babbit lebt in seiner eigenen Welt. Sie ist klein, aber sie scheint sicher, und ihr einziges Kriterium, die Zahl, ist beherrschbar. Ist das unsere Zukunft? Ist unser Rückzug ins private Idyll die Resignation angesichts des Scheiterns des Dialogs? Reden wir noch von denselben Dingen, wenn wir dieselben Worte verwenden? Sind wir in unseren wissenschaftlichen Bemühungen noch fähig, auch nur die Fragen anderer Fachbereiche zu verstehen? Am Ende des Films erhebt sich die berühmte Frage, die sich bei der Beschäftigung mit der Problematik der Behinderung immer wieder stellt: Wer eigentlich ist behindert? Wer eigentlich ist krank? Ohne ein Wort darüber wird deutlich, daß auch die Welt des Geschäftsmanns Charlie Babbit klein ist, und von Zahlen beherrscht...

Sind wir dabei, Autisten zu werden?

Der Film hinterläßt den Betrachter nachdenklich. Eine Antwort, wenn es sie gibt, muß anderswo gesucht werden.

#### Anmerkungen:

(1) Österreichische Autistenhilfe, Blumengasse 21/6, 1170 Wien, Tel. 484718 (Donnerstag 10-16 Uhr). An den Kinokassen liegen Spenden-erlagscheine auf.

(2) Da Dustin Hoffman Sprache und Sprachmelodie sehr charakteristisch einsetzt, kann der Besuch (auch) der englischen Originalfassung nur empfohlen werden.

Nachdruck mit freundlicher Genehmigung  
der Wiener Blätter

- Forum für Kirche und Universität

# Buchbesprechungen

*Karl Ernst BRILL (Herausgeber):  
"Betreutes Wohnen - Neue Wege in  
der psychiatrischen Versorgung"  
AG SpaK-Bücher (Materialien der  
AG SpaK; M89) 1988*

Bei dem Buch handelt es sich um eine Sammlung von Artikeln verschiedener Autoren, die sich kritisch und, was besonders wohl-tuend ist, selbstkritisch mit dem Aufbau und Ausbau sozialtherapeutischer Wohngemeinschaften für psychiatrische Patienten befas-sen.

Es wird fast von allen Autoren versucht, ihre Arbeit im Gesamt-zusammenhang der Psychiatrie-reform zu sehen.

In vielen Städten in der BRD wird seit einigen Jahren versucht, als Alternative zur Anstaltspsychia-trie ein ambulantes Versorgungs-netz aufzubauen - meist aus Kostenersparnisgründen, wodurch die Trägervereine und Gruppen, die therapeutische Wohngemein-schaften (TWG) betreiben, ver-führt sind, diese als "Sonder-angebote" anzupreisen und mit Kostenersparnis zu begründen. Daß es sich dabei um eine Falle han-deln kann, haben inzwischen et-liche Vereine erkannt und daher ihre Vorgangsweise insofern ver-ändert, als sie zumindest for-dern, daß betreutes Wohnen zur staatlichen Regelversorgung ge-hören soll und daher Gelder kon-sequent vom stationären in den ambulanten Bereich umgeschichtet werden sollen.

Im einzelnen beschreiben die Au-tor(inn)en die Entstehung eines ambulanten Versorgungsnetzes für psychiatrische Patienten in ver-

schiedenen Städten der BRD, be-sonders ausführlich in Berlin, Kassel und Heidelberg. Es kommen dabei Themen wie: Auswirkungen mangelnder finanzieller Absiche-rung auf das Betreuungskonzept, die Betreuer und die Betroffenen sowie Auswahlkriterien für TWG-Bewohner zur Sprache. Über die methodische Entwicklung der Arbeit, die Einbeziehung der Le-bens- und Krankheitsgeschichte bei der Aufnahme, über Laienhil-fe, Selbsthilfe, Freiwilligkeit, Gleichberechtigung von Klienten und Mitarbeitern, basisdemokrati-sche Entscheidungsstrukturen usw. wird nachgedacht und geschrieben.

Besonders erwähnenswert scheint mir ein Beitrag von zwei Frauen (Speer-Bäumer und Weigand) zum Thema: "Wo ist die Heimat der Langzeitpatienten?"

Sie beschreiben anhand von Fall-beispielen und praktischen Er-fahrungen den Aufbau eines ambu-lanten Dienstes im ländlichen Raum nahe Gütersloh und beschäf-tigen sich dabei auf ungewöhni-liche Art mit den Begriffen "Heimat" und "Entwurzelung". Sie vertreten die These, daß dieses Spannungsverhältnis zwischen Heimat und Entwurzelung prägend für die Identität chronisch er-krankter Menschen ist. Bei der "Rückführung von Patienten in ihre Heimat" meinen sie nicht ein Zurückbringen in eine falsche heile Welt, sondern folgendes Konzept: "Wiederbeheimatung soll-te die Möglichkeit einer Neube-heimatung ebenso enthalten wie die Nichtbeheimatung unentwegt reisender Betroffener zuzulassen und diese - wenn gewollt - zeit-weise zu beherbergen."

Sehr interessant scheint mir ein zweiter Beitrag von Hildegard Weigand zum Thema: "Raumpflege oder Haushaltstherapie in Langzeit-Wohnungen". Sie will mit diesen zweideutigen Begriffen provozieren und unterschiedliche Assoziationen aufwerfen - einerseits andeuten, daß die Hilfe in diesem Bereich einen umfassenden alltagspraktischen Teil hat; daß Helfer putzen, kochen, einkaufen und dabei mit dem akademischen Selbstverständnis Probleme bekommen. Sie geht aber auch auf die weniger umgangssprachliche Bedeutung dieser Begriffe ein und befaßt sich mit der Pflege von Räumen, von Lebensräumen, von Milieus. Sie schreibt über das Haushalten mit Energien und Kräften, das Halten, also Aufrechterhalten des Hauses. Ihre Fragen lauten: "Wie kann unsere Hilfe dabei aussehen? Welchen Stellenwert hat dann die Therapie im Betreuungsalltag?"

Das beschriebene Buch ist ein sehr interessantes Lese- und Arbeitsbuch, das einen Überblick über die Entwicklung und den Stand, sowohl der Diskussion als auch der Praxis im Bereich betreuten Wohnens vermittelt.

Bedauerlich, daß es ähnliches über Österreich, meines Wissens, nicht gibt.

Marlies Feuerstein-Sutterlüty

*Morgens um sieben ist der Tag schon gelaufen*

*Der alltägliche Skandal im Pflegeheim*

Herausgegeben von  
Alteninitiativen  
Extrabuch Verlag, Frankfurt 1983

Dieses Buch dokumentiert mittels Betroffenenberichten die Zustände in Pflegeheimen. Der Beschluß dazu wurde bereits 1980 auf dem ersten Bundestreffen von Alteninitiativen und Selbsthilfegruppen in der BRD gefaßt. (Erfreulich wäre, wenn die Berichte seither an Aktualität verloren hätten).

Sinn der Dokumentation ist, so das Vorwort, der üblichen Suche nach Schuldigen im Pflegepersonal und der Bagatellisierung der Zustände als Einzelfälle, also "dem Prozeß kollektiver Verdrängung und Vernebelung der Verantwortung" ein Ende zu setzen.

Die Betroffenenberichte stammen in der Mehrheit von Pflegepersonal: Schwestern, Pflegern, AltenhelferInnen; immer wieder ist der Schock, nach der Ausbildung den Heimalltag, abseits von Beschönigungen, zu erleben, thematisiert. Wie ein roter Faden zieht sich die Schilderung von Stress-Situationen durch die verschiedenen Berichte. Einige Zitate als Beispiele:

"Das hatte die Notwendigkeit, daß die Nachtwache mithalf, das heißt ein paar Leute wusch, und diese schon um 4.00 Uhr oder 4.30 Uhr geweckt wurden. (...) Auf anderen Stationen durften sich die Leute aus Zeitmangel noch nicht einmal selbst waschen und anziehen. (...) Durch den zunehmenden Stress wird es immer schwieriger, natürlicherweise auftretende Dis-

harmonien auszutragen, der Fließbandcharakter der Arbeit wird immer deutlicher."

"Hatten wir uns aber beeilt, um uns danach den Alten zu widmen, wurden wir gebeten, doch noch die Toiletten, Badewannen und Duschen zu schrubben. (...)"

Diese Zitate könnten noch seitenlang fortgesetzt werden.

Paradoxerweise steht diesem Dauerstress gähnende Leere und Ereignislosigkeit gegenüber, zumindest für die Bewohner:

"Danach gab es das Mittagessen, anschließend dann "Abtopfen", zu Bett bringen. Zum Kaffeetrinken konnten sie wieder aufstehen, um den Rest des Nachmittags damit auszufüllen, auf das Abendessen zu warten."

Absurde Zustände - nichtsdestoweniger alltägliche, undramatische Realität für eine große Bevölkerungsgruppe. Weitere unerträglich scheinende Mißstände, Menschenrechtsverletzungen, die nicht mehr als solche gesehen werden, weil sie Teil der Struktur sind, werden nachvollziehbar geschildert.

Die Chancen der Pflegepersonen, etwas an den Zuständen zu ändern, sind offensichtlich äußerst gering. Diesbezüglich konnten die AutorInnen von nahezu keinem Erfolg berichten.

Der Schlußteil des Buches dokumentiert Protestaktionen der Grauen Panther gemeinsam mit einer - auch untereinander - sehr solidarischen Gruppe von Schwestern eines Blindenheimes. Es gelang, Kündigungen zu verhindern, und gewisse Verbesserungen für die BewohnerInnen durchzusetzen. Die Aktionen machten überhaupt Machtstrukturen und Entscheidungskriterien bei Leitung und Trägerinstitutionen (etwa ein bestimmter Begriff von "Wirtschaftlichkeit") sichtbar. Dieser Be-

richt endet mit den Worten: "Trotzdem beobachten wir weiterhin kritisch die Vorgänge. (...)"

Im Mittelteil befindet sich ein kritischer Kommentar zu diversen Werbeanzeigen für "Pflegehilfen"; es handelt sich hier offenbar um Behelfe, die vor allem die Bewegungsfreiheit der Gepflegten im Dienste der weiteren Rationalisierung der Arbeit weiter einschränken sollen ("Schutzdecke", "Sicherheitsweste" etc.).

Ich glaube, daß die Zustände, die in diesem Buch geschildert werden, zum Großteil bekannt sind. Da sich aber nichtsdestoweniger kaum jemand näher damit beschäftigt, ist diese eindringliche Dokumentation sehr wertvoll: vielleicht ruft sie manches in Erinnerung.

Niemand von uns wird später behaupten können, wir hätten nichts davon gewußt.

Christine Petioky



