

zum Behinderten kommt. In England (Rattray) liegen gute Erfahrungen mit gemeindepsychiatrischen Pflegediensten vor, die z.B. von einem Krankenhaus aus arbeiten und ehemalige Patienten, im Bedarfsfalle unterstützt durch Sozialarbeiter und Psychiater, zu Hause, in Familienpflege oder in Wohngruppen aufsuchen und dabei nicht nur den Behinderten betreuen, sondern ggf. auch das Umfeld beraten. Durch solche Nachsorgedienste könnte manche Heimaufnahme vermieden oder doch wenigstens hinausgezögert werden.

Arbeit

Betreuung und Kontrolle ist am ausgeprägtesten bei Beschäftigung auf einer geschlossenen Station. Die Eigenverantwortlichkeit steigt schon, wenn der Patient von einer offenen Station zur Arbeitstherapie auf dem Krankenhausgelände geht. Der Realitätsgrad der Arbeitssituation nimmt weiter zu bei den Stufen beschützende Werkstatt. Aussengruppe in einem Industriebetrieb, Arbeitsversuch als Vorbereitung auf ein Arbeitsverhältnis.

Manche chronisch psychisch Kranke können zu Hause wohnen bleiben, wenn sie tags einer beschützenden Beschäftigung oder Arbeit (Tagesstätte/ Werkstatt) nachgehen und damit auch die Familie entlastet wird. Statt in Heimen mit unbeschäftigten Behinderten im arbeitsfähigen Alter Arbeitstherapien einzurichten, ist es viel sinnvoller, diese in der Regel eigenständig und mit regionaler Zuständigkeit zu planen und ebenso für zu Hause wohnende chronisch psychisch Kranke zu öffnen. Die auch für psychisch Behinderte zuständigen Werkstätten für Behinderte haben zögernd damit begonnen, sich auf diese spezifische Behindertengruppe einzustellen, während Berufsförderungswerke und Berufsbildungswerke nur ausnahmsweise für psychisch Behinderte zugänglich sind.

Wohnen

Die Unterbringung auf einer geschlossenen Station sollte zugleich die Stufe intensivster Betreuung bedeuten. Die Eigenverantwortlichkeit nimmt zu mit den weiteren Stufen offene Station (im Krankenhaus), (Uebergangs-) Wohnheim, Wohngruppe oder Familienpflege, Untermieter, Mieter.

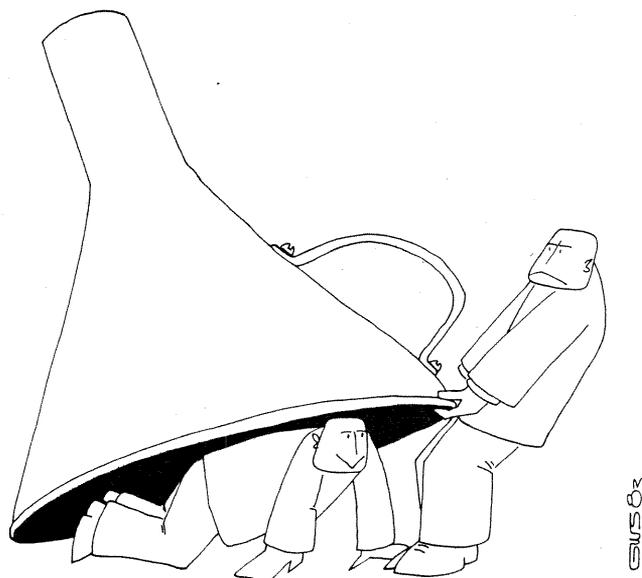
Je dezentraler die Wohnformen, um so leichter ist das Normalisierungsprinzip zu verwirklichen. Bei fester Zuordnung von Personal und Wohneinheiten erfordert ein Wechsel der Betreuungsart und Intensität meist eine Verlegung des Behinderten, d.h. der Behinderte kommt zur erforderlichen Hilfe. Bei dezentralisierten Wohneinheiten, die durch ein mobiles Team versorgt werden, ist in viel grösserem Masse eine Umkehrung möglich, nämlich die erforderliche Hilfe kommt zum Behinderten entsprechend den wechselnden Bedürfnissen.

Kleinere dezentralisierte Wohneinheiten erlauben auch eine spezifischere Gruppenkultur, die auf die Besonderheiten der Behinderung abgestimmt ist. Z.B. Süchtigen kann man so besser gerecht werden (Otto und Oxford), die viele Übergangsheime von der Aufnahme ausschliessen, obwohl ein grosser Bedarf besteht.

Freizeit

Die Eigenverantwortlichkeit nimmt zu von der Freizeitgestaltung auf der geschlossenen Station über Besuch des Sozialzentrums von der offenen Station aus, Wahrnehmung von Freizeitangeboten ausserhalb der Institution in der Patienten- bzw. Behindertengruppe, dann schliesslich eigenständig.

Die starke Isolationstendenz von psychisch Be-



hinderten sowohl in Einrichtungen wie auch zu Hause erfordert gezielte nachgehende Freizeit-hilfen (z.B. Clubs, Ferienprogramme). Auch hier sollte das Angebot eher regional sein, d.h. Behinderte verschiedener Betreuungsformen zusammenbringen und nach Möglichkeit in der Gemeinde vorhandene Angebote nutzen.

3. Dosierte Unterstützung statt pauschaler Vollversorgung

Trennung der Hilfebereiche, räumliche Dezentralisierung und trägerübergreifende Verbundsysteme sind wichtige strukturelle Bedingungen zur Vermeidung neuer Formen totaler Institutionen - ein Ziel, für das grössere administrative Komplexität in Kauf zu nehmen sich lohnen sollte.

In diesem Sinne konzipierte komplementäre Dienste setzen ein Strukturprinzip fort, das ein rehabilitativ orientiertes psychiatrisches Krankenhaus auch kennzeichnet. Alle genannten Bereiche, medizinische und soziale Dienste, Arbeit und Beschäftigung, Wohnen und Freizeit, kommen zur Dekkung, wenn ein psychisch Kranker sich auf einer geschlossenen Station befindet (vgl. Goffmans Begriff der totalen Institution). Zwischen dem einen Pol der weitestgehenden Unselbständigkeit und Betreuung auf der geschlossenen Station und dem anderen Pol des eigenverantwortlichen Lebens spannt sich ein Kontinuum aus mit zunehmender Differenzierung der Lebensbereiche: ein sozialtherapeutisches Übungs- und Unterstützungs-feld, dessen Anforderungen in den verschiedenen Bereichen entsprechend den Fähigkeiten und Behinderungen des Patienten unabhängig voneinander "dosiert" werden können (Abb.).

Rehabilitation in diesem Sinne ist zu verstehen als ein Prozess der stufenweisen Verselbständigung in einem - oder mehreren- Hilfebereichen bis zum jeweils erreichbaren persönlichen Optimum, das als differenziertes Profil in bezug auf die genannten Achsen zu definieren ist. Dieses Optimum ist bei psychisch Kranken und Behinderten nicht einfach als statisch fixierbarer Zustand aufzufassen, sondern muss ggf. bei wechselhaftem Verlauf der Krankheit oder Rückfällen jeweils neu bestimmt werden. Das Optimum kann bedeuten: Wiedergewinnung der Selbständigkeit auf allen Achsen, oder nur einzelne Achsen, oder auch nur unterschiedliche Teilselbständigkeiten in verschiedenen Lebensbereichen. Für Behinderte wie Therapeuten ist es wichtig, jede erreichbare Stufe als Teilerfolg und nicht als Misser-

folg (noch nicht erreichtes Endziel) zu definieren und zu erleben.

(...)

Die pauschale Vollversorgung bedeutet für die meisten Behinderten eine je individuell verschiedene Mischung von Unter- und Überversorgung: Denn die vorhandenen - wenn auch insgesamt unzureichenden - Möglichkeiten des natürlichen Umfeldes des einzelnen werden nicht einbezogen und nicht gezielt nur um die fehlenden Hilfen ergänzt.

Daraus leitet sich der (zu dem beim Individuum ansetzenden) komplementäre, nicht konkurrierende Ansatzpunkt für Rehabilitation her: Defizite an natürlich gegebener Unterstützung (Arbeitsplatz, Wohnung, Freizeitangebote) durch systematisch geplante Unterstützung aufzufüllen.

Jeder Behinderte ist entsprechend seinen spezifischen Behinderungen und Defiziten in der Tragfähigkeit seines sozialen Umfeldes individuell zu unterstützen durch ambulante Dienste und in-

stitutionelle Hilfen nach dem Prinzip: so wenig wie möglich, aber so viel wie nötig. Vollversorgung ist nicht mehr die nächste Hilfeform, wenn ambulante und teilstationäre Hilfen fehlen, sondern nur die ultima ratio, wenn alle nach Baukastenprinzip denkbaren Zwischenformen unzureichend sind.

(...)

Rehabilitation im oben beschriebenen Sinn setzt Wohnortnähe der Rehabilitationshilfen voraus. Nur dann kann verhindert werden, dass Eingliederungsmassnahmen zur weiteren Ausgliederung führen: weil die notwendige Hilfeart nur wohnortfern verfügbar ist, können die natürlich vorhandenen Unterstützungen nicht einbezogen werden, weshalb zusätzliche Hilfen erforderlich werden.

Heinrich Kunze, Psychiatrische Übergangseinrichtungen und Heime.

Psychisch Kranke und Behinderte im Abseits der Psychiatrie-Reform, Stuttgart 1981