

Gegen die Logik der Sondereinrichtung

DIE LOGIK DER SONDEREINRICHTUNG

Viele identifizieren heute Sondereinrichtungen mit dem Willen zur Aussonderung. Sicherlich lag und liegt auch heute noch manchen Einrichtungen eine unbewusste Tendenz der Gesellschaft zugrunde, Krankes und Fremdes dort einzuordnen wo es nicht stört; bis ins vorige Jahrhundert hinein war dies nicht einmal so unbewußt. (...)

Es ist aber da zweifellos auch viel Gutes getan worden. Es entsprach ganz bestimmten Entwicklungsmomenten, und der karitative Aspekt hat schließlich dazu beigetragen, daß außer der Pflege auch das Verständnis von Behinderung gefördert wurde. (...)

Erst aus dem Verständnis der vorliegenden Krankheitsbilder erwuchs der Gedanke der Vorsorge und der Frühbehandlung. „Hilfs“-klassen sollten zunächst helfen und daß daraus eine Diskriminierung entstand, gehört in jenen Widerspruch, den wir, wie gesagt, in unseren Instinkten enthalten finden. Auch Sondereinrichtungen sollten fördern und helfen; so ist es zu verstehen, daß nach dem zweiten Weltkrieg, auch in dem Versuch einer neuen Zuwendung zum Menschen, Zentren entstanden, in denen vor allem Kindern geholfen werden sollte, Behinderung zu mindern oder zu beseitigen. (...)

MEINE PERSÖNLICHEN ERFAHRUNGEN MIT SONDEREINRICHTUNGEN

Am Anfang meines beruflichen Weges (ich spreche von den fünfziger Jahren) stand diese Logik: Einrichtungen schaffen, in denen so früh und so intensiv wie möglich geheilt werden konnte. In diese Tendenz und die immer subtilere Differenzierung der Krankheitsbilder bin ich beruflich hineingewachsen. Der Optimismus war grenzenlos. Es galt Zentren aufzubauen, vor allem Tagesstätten, denn schon am Ende der fünfziger Jahre war man allgemein darum bemüht, Kinder nicht von der Familie zu isolieren. Dies war ein Fortschritt gegenüber jenen Institutionen, die sich darboten, an Stelle der Angehörigen Pflege und Therapie zu übernehmen.

Die Tageszentren sollten schön sein, im Grünen liegen, dem Kind viel mehr bieten als es zu Hause erwarten konnte, von der täglichen Therapie bis zum besonderen Spielzeug, von allen nur erdenklichen Hilfsmitteln für die Motorik zum individualisierten Lehrmaterial, von der Kochecke zum Plansch Becken. Ärzte, Psychologen, Therapeuten, Pflegepersonal und kinderfreundliche Kraftfahrer waren alle bemüht, nicht nur die Behinderung zu lindern, sondern waren auch bereit, um das betreffende Krank-

heitsbild ein Team aufzubauen, das sich immer intensiver zu spezialisieren wußte. Institutionen entstanden, in denen das Personal geschult wurde. Leichtere Fälle wurden von den schwereren getrennt, für diese neue Zentren geschaffen. Die Eltern lernten von den Spezialisten mit den Kindern umzugehen, sie sollten selbst Spezialisten werden, um auch zu Hause mit dem Kind zu arbeiten (in dieser Zeit suggerierte Doman Therapieprogramme, die sich über den ganzen Tag erstrecken sollten).

Harte Arbeit, viel Therapie, viel Freude um den kleinsten Erfolg führten das Kind zur Wahrnehmung des Hauptgegenstandes: seine Behinderung. Für die meisten Eltern waren wir Engel voller Liebe und Wissenschaft; keine Fiktion, sondern realer, enthusiastischer Einsatz, der von dem festen Vertrauen ausging, daß alle diese Arbeit in dem Erfolg gipfeln könne, Behinderung ausgelöscht oder vermindert zu haben.

Daß viel Therapie, viel Übung, viele Reize schließlich einen Erfolg zeigen müssen, entspricht einer uralten Vorstellung; Jahrtausende hat sich die Pädagogik auf diese Hypothese gestützt und schließlich hat sie der Positivismus (und der Turnvater Jahn) wissenschaftlich bekräftigt. Der Behaviorismus hat das Seine dazugetan. Sie ist in die Spontangepädagogik des Hausgebrauchs eingegangen und seitdem ist auch Lernen für viele, jenseits des Wollens, hauptsächlich wiederholen, üben, sich beugen („früh übt sich. ...“).

Ausschlaggebend ist dann auch das kräftige Angebot von Reizen, von Bedingungen, die zum reflexologischen Ausbau der Automatismen führen. Das Individuum ist in diesem Erziehungsdruck oft nur ein zur Form und zur Norm zu führendes, amorphes Etwas; für das Kind ist es nur der Erwachsene, der weiß, welches das Ziel ist, und wenn er auch die Konzession machen sollte, dieses zu motivieren, handelt der Erwachsene noch immer in dem festen Glauben, daß das Kind nicht weiß, was es will und was es kann.

Die Logik dieser Pädagogik, in unserem Fall der Heil- und Sonderpädagogik, entbehrt jeglichen Vertrauens in die Lebenskraft des Kindes bei der Suche nach einer Realisierung und Vollendung des eigenen Selbst. Die Logik der Sondereinrichtungen, zur Zeit ihrer Entstehung, war — trotz aller Mahnenden von Dewey bis Winnicott, von Maria Montessori bis Melania Klein — durch die positivistische oder behavioristische Reparatur des behinderten Kindes bestimmt. Nirgends besser als in unseren hochspezialisierten Zentren ist dies zur Geltung gekommen, während die Schule ganz allgemein den alten Dreh der Züchtung von Normmenschen durch das Gießen mit gängigem Kulturgut, in der Resignation aller, weiterbetreibt. Tüchtig (und besser als ande-

re) sein, um zu leben, leben, um tüchtig zu sein.

Ein anderer Aspekt, der die Sondereinrichtungen charakterisiert, ist die Rechtfertigung derer, die in ihr arbeiten: ich lerne mit Behinderten umzugehen, ich spezialisier mich, mein Beruf wird der Behinderte. In der Institution ersetzen wir dem Behinderten die reale Welt und wir überzeugen uns, daß nur wir ihn verstehen, nur wir sein Schicksal einfühlend bestimmen können.

Wenn aber das Ziel „Integration“ sein soll, und niemand wird heute mehr daran zweifeln, dann bedeutet dies, den Behinderten in die Welt hinauszuführen, also von uns fort.

Wie und wann soll sich das vollziehen? Hier liegt der Schlüssel: die Logik der Sondereinrichtung versetzt diesen Augenblick in die „Normalisierung“ durch die der Behinderte sich in der normalen Umwelt behaupten kann. Man spricht von der Sondereinrichtung ja nicht umsonst als von einem Schonraum, in der Erwartung, daß der Behinderte durch unser Wirken eines Tages die Kraft erlangt, die harte Welt zu verkräften. Der Begriff „Rehabilitation“ sollte uns, in diesem Zusammenhang, zu denken geben. Entspricht es wirklich unserer Erfahrung, daß der Behinderte allmählich, durch unser Werk gekräftigt, von der Umwelt akzeptiert (weil er nun mithalten kann) in die Welt hinaus geht? Ist es nicht doch so, daß für die größte Anzahl der Behinderten die Sondereinrichtung sich nur in der Dimension der Alterstufe verschiebt, in der statt Spielzeug und Spiel Werkzeug und Beschäftigung angeboten werden? Auch hier dann nur eine Scheinwelt, eine verständnisvoll „geschützte Produktivität.“

Die Erkenntnis, daß gemeinsam leben und lernen besser als hochspezialisierte Förderung in Sondereinrichtungen ist, basiert aber nicht auf der einfachen moralischen Forderung, Menschen, behinderte Menschen, nicht abseits von der Realität des täglichen Lebens zu erziehen, um sie zunächst einmal zu „heilen“ oder zu kräftigen. Viel entscheidender ist eine theoretische Überlegung, wie sie beispielsweise Milani-Compartti vorgeschlagen hat: der Mensch ist eben nicht nur ein Reiz-Antwort-Mechanismus. ER BRINGT IM WECHSELSPIEL ZWISCHEN UMWELT UND EIGENER PERSÖNLICHKEIT EINE ENTWICKLUNG INS ROLLEN, IN DER DURCH DEN EIGENEN LEBENSWILLEN LÖSUNGEN ANGEBOTEN WERDEN, DIE NUR DORT WIRKSAM SEIN KÖNNEN WO SIE SICH MIT DER REALITÄT DER UMWELT MESSEN. Sondereinrichtungen, sagten wir, errichten aber eine künstliche Welt, in der die Forderungen vorsichtig abgestuft sind. In diesem Schonraum nimmt nicht nur das behinderte Kind keine Kenntnis von der realen Umwelt, sondern diese nimmt auch das behinderte Kind nicht

wahr, es bleibt ein „Noch-nicht-Mensch“, ein Fremdes.

Zwei Dinge werden also in der korrekten Behandlung unerlässlich: erstens, daß sich schon das ganz kleine Kind mit seinen Problemen in der normalen Umwelt auseinandersetzt, und zweitens, daß diese Umwelt seine Probleme kennenlernt.

IM MITTELPUNKT DAS KIND, DAS SCHWIERIGKEITEN HAT

Um diesen Weg zu gehen, ist es zunächst von großer Bedeutung, daß bei der Evidenzierung einer Behinderung diese nicht in den Vordergrund gestellt wird: nicht als ein „behindertes Kind“, sondern zunächst einmal EIN KIND, EIN INDIVIDUUM, DAS SCHWIERIGKEITEN HAT. Dieser feine Unterschied bestimmt zwei grundverschiedene Wege: in der Logik der „Rehabilitation“ und schließlich der Sonderpädagogik erleben die Eltern und das Kind selbst die Behinderung als eine Katastrophe, der Defekt steht im Vordergrund und im Mittelpunkt steht, wenn wir genauer hinschauen, nicht das Kind, sondern das Bedürfnis der Erwachsenen, von der Norm Abweichendes zurechtzubiegen, zu heilen oder zu vertuschen. In erster Linie geht es um Krankheit und Therapie; das Individuum und seine Realität, seine Fähigkeiten, das eigene Selbst wirken zu lassen, das Vertrauen auf seinen Lebenswillen geraten in den Hintergrund. Es erlebt sich als minderwertig, so sehr es auch geliebt werden mag, denn durch die Arbeit an ihm intuiert es früh seine Fehlerhaftigkeit. Wie teilhaft bei dieser Arbeit oft vorgegangen wird, ohne Rücksicht auf die pscho-physische Ganzheit des Kindes, zeigt sich besonders in einigen Methoden, in denen die Aggression, mit der der Defekt angegangen wird, schließlich das Nicht-akzeptieren des Kindes und seiner Behinderung zu symbolisieren scheint.

Der andere Weg wäre dann, SICH NICHT ZU FRAGEN, WAS DAS KIND NICHT KANN, SONDERN auszugehen von dem was es kann. Hierbei ist der wichtigste Aspekt, daß die in seinem Lebenswillen verankerte Anpassung an die Umwelt zur vollen Geltung kommt. (...)

Wer mit den verschiedensten Arten von Behinderung in Kontakt gekommen ist, wird beobachten haben, welche Lösungen schon ganz kleine Kinder anbieten, wo sie Hindernisse spüren, sehr oft selbst im Wi-

derspruch mit den therapeutischen Indikationen. Das sprachlich retardierte Kind, das sich mit seiner Zeichensprache verständlich macht, das spastische Kind, das sich fortbewegt, wie es das eigentlich (aus therapeutischen Gründen) nicht tun sollte, das schwerstbehinderte Kind, das Wege der Kommunikation entdeckt, der kleine Mongoloide, der lieber auf dem Gesäß rutschend seine Umwelt erobert als die Fördergymnastik mitzumachen, das blinde Kind, daß sehr bald besser hört und tastet als seine sehenden Altersgenossen.

Zusammen mit den Eltern entdecken wie ein behindertes Kind seine Probleme löst, führt dann auch dazu, seine Schwierigkeiten zu verstehen, sie fachlich einzuordnen, sie in der Sicht einer Entwicklung zu analysieren. Es führt vor allem dazu, sich zusammen mit dem Kinde in der Suche nach Ausdrucks-, Bewegungs- und Wahrnehmungsalternativen zu üben. Dies aber nun nicht losgelöst vom täglichen Geschehen in einer hypothetischen Umwelt, sondern Tag für Tag in der gewohnten Umgebung.

Sie werden verstanden haben, daß ich für diesen zweiten Weg bin.

"REHABILITATION = VON VORNEHEREIN NICHT AUSSONDERN"

Der Enthusiasmus, mit dem ich noch in den sechziger Jahren die Entwicklung von Sondereinrichtungen förderte und verfolgte, wurde zum erstenmal ganz stark gebremst als ich damit beauftragt wurde, für die großgewordenen Betreuten eine geschützte Werkstatt aufzubauen.

Aus dem von der realen Umwelt abgesonderten Schulleben sollte nun ein ebenso abgesondertes Arbeitsleben in Gang gebracht werden. So fragten wir uns: war dies das Ziel aller bisherigen Bemühungen? Wo blieb die Annäherung an die Welt, die wir hypothesiert hatten? (...)

Hier wurde es mit einem Male klar, wie wenig wir Experten darüber nachgedacht hatten. Entsprach es wirklich der Wahrheit, daß nur eine intensive Rehabilitation Hoffnung auf Integration garantieren konnte? Hatten wir die persönlichen Reserven und die alternativen Fähigkeiten des Behinderten genügend beachtet? Entsprach unser Ziel dem ihrigen? Oder hatten wir uns von vornherein von der Überzeugung leiten lassen, daß die Welt draußen nur produktive Menschen akzeptiert?

Aus diesen Zweifeln heraus entstand der Gedanke, DASS DAS VON „VORNEHEREIN NICHT AUSSONDERN“ EINE BESONDERE ART DER „REHABILITATION“ DARSTELLEN KONNTE, ein Prüfen der Behinderung an der Realität des täglichen Lebens, eine Suche nach den Anpassungskräften des behinderten Kindes. Denn welche Vorstellungen von sich selbst und der Welt konnte in einer Einrichtung entstehen, in der Sprachgestörte mit Sprachgestörten, Blinde mit Blinden, Taube mit Tauben, Spastiker mit Spastikern und Geistiggestörte mit Ihresgleichen großgezogen wurden?

Die ersten formalen Versuche der Integration, die zunächst den Charakter der Sozialisierung hatten, fanden sofort in uns Fachleuten, in den Kindern, in den Eltern, in den

Erziehern der Normalschule eine ganz starke emotionale Reaktion: Verblüffung, Enthusiasmus, Wille zum Umbruch.

Integration eine menschliche, eine moralische Pflicht, eine soziale Aufgabe, eine Revolution.

Die Gefahr, sich von den ersten Erfolgen, von der Lebenskraft des behinderten Kindes, von der Bereitschaft vieler Eltern und Erzieher hinreißen zu lassen, lag auf der Hand. Stattdessen galt es sogleich eine Theorie zu entwickeln, die von diesen emotionalen Elementen absehen konnte und geeignet war, eine neue Einstellung gegenüber der Behinderung zu entwickeln und sie fachlich zu fundieren.

Ein Kind ist behindert: was eine solche Gegebenheit an Ängsten, falschen Vorstellungen und Hoffnungen, vor allem in den Eltern auslöst, ist unbeschreiblich. Verzweiflung, Sorge um die Zukunft, Unerfülltheit, Anklage konzentrieren sich in der Suche nach Lösungen. Hier gilt es fachlich zu wirken und zu beweisen, vom ersten Lebenstag an, daß dieses Kind trotz seiner Grenzen ein Mensch ist, der froh werden kann, wobei Voraussetzung ist, DASS DIESE GRENZEN ERKANNT UND AKZEPTIERT WERDEN.

DIE BEDEUTUNG EINER KORREKTEN PROGNOSE

Wenn es wahr ist, daß Depressionen und mangelnder Lebenswille dadurch entstehen, daß sich das Gleichgewicht zwischen Erwartungen und Möglichkeiten nicht herstellt, dann ist der erste und wichtigste Schritt in einer neuen Vorstellung der Rehabilitation eine korrekte Prognose. Diese entspringt nicht einer unmittelbaren Diagnose.

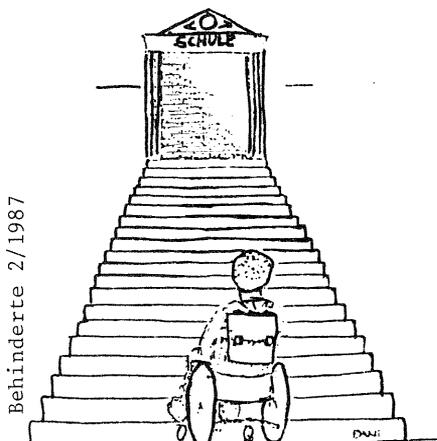
Eine korrekte Prognose ergibt sich erst, wenn die genaue Kenntnis des Verlaufs eines Krankheitsbildes sich mit der Analyse der persönlichen Gegebenheiten des Individuums, d. h. seiner Einmaligkeit in seiner sozialen Umwelt, verbindet.

Hieraus entwickelt sich die Vorstellung eines Ziels, das sich aber selbst wieder durch das Geschehen korrigiert und entfaltet. (...)

Wir waren davon ausgegangen, daß eine korrekte Prognose als Verbindung von Diagnose und Analyse der persönlichen und ambientalen Gegebenheiten eine wichtige Arbeitshilfe in der Behandlung von Behinderung darstellt. Sie kann sich nur außerhalb der Sondereinrichtungen **ambulant** vollziehen. (...)

Viele Variablen, die in die Entwicklung des Individuums und in die Realität seiner Umwelt eingreifen, sind nicht vorauszusehen. Dies gilt ja ganz allgemein für jede Entwicklung. Wir haben auch die Vorstellung, daß der sogenannte Normalmensch den Begegnungen mit dem — nennen wir es ruhig — Schicksal irgendwie gewachsen ist und die Kräfte in sich findet, Auswege zu suchen und die Widerstände zu bekämpfen.

Ich würde behaupten, dies ist ebenso wahr wie die Vorstellung, daß Behinderte von der Umwelt verstoßen im Dschungel unserer Gesellschaft untergehen. ICH KENNE BEHINDERTE, DIE WEIT LEBENSKRÄFTIGER SIND ALS SCHEINBAR NICHTBEHINDERTE! Die alte Vorstellung, daß Kinder grausam sind und be-



Behinderte 2/1987

hinderte Altersgenossen seelisch mißhandeln, entspricht nicht unserer Erfahrung. Im Gegenteil!

DIE GRÖSSTE GEFAHR DER SONDEREINRICHTUNG LIEGT DAMIT IN DER ÜBERZEUGUNG, DASS DAS BEHINDERTE KIND DAS NORMALE LEBEN NICHT BESTEHEN KANN (ODER ERST, WENN ES DURCH DIE SONDERSCHEULE GEGANGEN IST).

Sind einmal Ängste und instinktives Schutzbedürfnis, vor allem in den Eltern des behinderten Kindes überwunden, ist in den Eltern selbst die Konfrontation mit der Realität akzeptiert, ist Vertrauen entstanden, nicht nur in die fachliche Stütze in der Außenwelt, sondern vor allem in die Fähigkeit des Kindes, jetzt und in der fernerer Zukunft Lebenskraft zu entwickeln, ist die Erfahrung gemacht, daß die Welt nicht voller Tiger ist, dann gehen die Dinge ihren Lauf auf einem Weg, der sicherlich nicht ohne Dornen ist, aber mitten ins Leben führt.

Wir sprachen zu Anfang von einem doppelten Effekt: nicht nur lernt das behinderte Kind und später der Erwachsene auf diese Weise seine Fähigkeiten und Grenzen kennen, sondern, was unter vielen Aspekten für unsere kulturelle Entwicklung vielleicht noch wichtiger ist, seine Mitmenschen lernen Behinderung zu verstehen.

So lange arbeite ich nun schon außerhalb der Sondereinrichtungen, daß ich bei vielen, frühzeitig integrierten Behinderten den Weg in die Welt der Arbeit verfolgen konnte.

GIBT ES IN UNS GRENZEN DER INTEGRATION?

Was aber wird, so fragt man häufig, aus den Schwerst- und Mehrfachbehinderten? Gibt es Grenzen der Integration? Die Frage ist falsch gestellt, insofern sie nach den Grenzen im Behinderten fragt; gerade dieses gilt es zu überwinden. Wer Schwerbehinderte auch nur kurze Zeit aus den Pflegeheimen heraus in den lebendigen Alltag geführt hat, heraus aus den Räumen gemeinsamen Jammerns, weiß, welche glückliche Erregung diese Kinder erfaßt. Und dann die Frage: wer ist schwerbehindert? Wer kann dies theoretisch beantworten und quantitativ bestimmen? Die Antwort kann nur im Kontakt mit der Umwelt gegeben werden.

Die Grenzen liegen nämlich nicht im Behinderten, sondern in uns. Die ungenügende menschliche und materielle Unterstützung der betroffenen Familien, die Hilflosigkeit gegenüber dem Auffälligen, das Verfangensein in Normen, die Müdigkeit, die durch das scheinbar Sinnlose erzeugt wird — sind alles Probleme, die aus unseren Schwächen und Grenzen erwachsen. Aber auch hier ist Vertrauen in eine menschliche und kulturelle Entwicklung unerlässlich. Es gibt da keine statische Wahrheit, denn wie käme es sonst

zustande, daß z. B. ein großer Teil der Staaten auf dieser Erde in der zweiten Hälfte dieses Jahrhunderts die Todesstrafe in Frage gestellt hat, wo sie noch vor wenigen Jahrzehnten als Recht empfunden wurde.

DIE NOTWENDIGKEIT EINER FACHLICHEN ABSICHERUNG VON INTEGRATION

Kehren wir also zurück auf den Weg, von dem wir glauben, daß er aus der Logik der Sondereinrichtungen herausführen kann. Er darf uns nicht **nur** vom Menschlichen her überzeugen, sondern muß zunächst einmal rigoros im Fachlichen abgesichert sein.

Da steht am Anfang eine soziale und gesundheitliche Organisation, die Früherkennung garantiert. Früherkennung erzeugt sogleich, vor allem in den betroffenen Eltern, Angst und Verzweiflung. Das Gleichgewicht der Familie, die Beziehung der Eltern zueinander, das Verhältnis schon vorhandener Geschwister untereinander, wird gestört. Es ist also wichtig von vorneherein, die Angehörigen psychologisch zu stützen; in einer solchen Familie sollte immer frühzeitig mit den Mitteln der FAMILIENTHERAPIE gearbeitet werden.

Diagnose und Prognose müssen unter Berücksichtigung der Persönlichkeit des Kindes und der Besonderheit seiner sozialen Umgebung vermittelt werden. Dies bedeutet lange Beobachtung des Kindes unter allen fachlichen Aspekten und enger Kontakt mit der Familie. Wir müssen das Haus kennenlernen, in dem das behinderte Kind lebt. Die im Vermittler und Therapeuten unerlässliche Grundhaltung ist die der „positiven Semeiotik“ (Milani), d. h. Aufbau der Entwicklung des Kindes auf seinen gegebenen und auf seine zukünftig möglichen Fähigkeiten. Die Aufmerksamkeit wendet sich hauptsächlich den Alternativen zu und konzentriert sich nicht auf den Defekt. Zu starker Therapieerfolg zerstört das Verhältnis zwischen Kind und Eltern. Therapie wird von vornherein in das tägliche Leben eingebaut.

Sie geht natürlich von den in der ambulanten Beratungsstelle festgelegten Richtlinien aus; hier werden nicht nur die Angehörigen beraten, sondern auch das Kind selbst wird behandelt, dort wo sich dies als notwendig erweist: Sprachtherapie für Hörbehinderte, Physiotherapie, Psychotherapie werden zum Ausgangspunkt aller Beobachtungen und Hinweise, die sich dann im täglichen Leben zu Hause als Wege entwickeln, auf denen Kinder und Eltern Behinderung zu kompensieren und zu lindern suchen. Ein solches Vorgehen verlangt große Geduld (denn Eltern sollen ja nicht zu Therapeuten werden), eine kontinuierliche interdisziplinäre Besprechung des Falls (Arzt, Psychologe, Therapeuten, Sozialdienst) und erfordert einen weitreichenden Plan (Dia-

gnose und Prognose). Eine solche Arbeitsweise ist bei allen Behinderungsarten möglich.

Dann schließlich der wichtigste Schritt: so früh es nur geht, kommt das behinderte Kind mit Nichtbehinderten zusammen.

Von vielen wird die frühzeitige Loslösung von den Eltern und der Besuch einer Kinderkrippe als negativ betrachtet. ICH HABE DIE ERFAHRUNG GEMACHT, daß für behinderte Kleinstkinder der Besuch einer Kinderkrippe, wenigstens stundenweise, schon nach dem ersten Lebensjahr ausgesprochen positiv ist (zunächst natürlich sollte ein naher Angehöriger dabei sein), und zwar weil dadurch das Kind gerade in dieser so wichtigen Phase der Imitationen durch die Lebhaftigkeit der anderen Kinder stimuliert wird, und dann, weil dadurch einer der größten Ängste der Eltern verfliegt: die Furcht, daß das Kind sich nicht unter den anderen Kindern behaupten könne. Der Kontakt mit den anderen Eltern ermutigt, das Personal der Kinderkrippe beteiligt sich an den therapeutischen Indikationen, und so eben wird Therapie schon ganz frühzeitig in die normalen Tätigkeiten des Kindes, sagen wir ruhig „spielerisch“ eingebaut. Von hier aus in den Kindergarten und dann in die Regelschule stellt nur dort ein Problem dar, wo Schule nicht als allgemeiner Lernprozeß, sondern als Auslese verstanden wird.

Sicherlich ist die Konfrontation und die Auseinandersetzung mit der realen Umwelt für das behinderte Kind oft hart und scheinbar unbefriedigend, sie führt aber zweifellos zu einer optimalen Entwicklung seiner Möglichkeiten und zur Aktivierung seiner Lebenskräfte.

Worin unterscheidet sich der hier aufgezeigte Weg von der Praxis der Sondereinrichtungen?

Er ist der Schwierigere. Nichts gibt uns und den Angehörigen mehr Sicherheit und Genugtuung als das Wirken im geschlossenen Kreise einer Sondereinrichtung. Die Sondereinrichtung schützt nicht nur Behinderte, sondern auch uns. Eventuelle Mißerfolge bleiben in der Familie. Aber auch die Leute draußen können ruhiger schlafen.

Dagegen, mit dem Behinderten in der realen Umwelt leben und wirken erfordert ein ständiges überdenken und Suchen, erfordert Kreativität, Flexibilität, Auseinandersetzung. Wir sollten uns nicht davor fürchten, denn Sondereinrichtung ist Ausdruck von Angst und Pessimismus, Integration ist Ausdruck einer hoffenden, einer sich entwickelnden Welt.

*Dr. Ludwig Otto ROSER, Psychologe in der Florentiner Gesundheitsbehörde.
Am 3.7.26 in Rom geboren und italienischer Staatsangehöriger.*

Aus Platzgründen mussten die Ausführungen von Professor Dr. SANDER und Dr. ROSER zum Teil erheblich gekürzt werden.

Interessenten können jedoch Kopien der integralen Texte auf Anfrage zugestellt werden.