

inmitten – Band 1:

Die Entwicklung des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost in Theorie und Praxis

inmitten

Klaus-Peter Becker (Hrsg.)

Die Entwicklung des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost in Theorie und Praxis



Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost
Eigenverlag

Schriftenreihe der Stiftung
Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

Band 1

**Die Entwicklung
des Rehabilitationszentrums
Berlin-Ost
in Theorie und Praxis**

Herausgegeben
von Klaus-Peter Becker

inmitten

Schriftenreihe der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

IMPRESSUM

Herausgeber:

Prof. em. Dr. habil. Klaus-Peter Becker
im Auftrag des Vorstandes
der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

© Alle Rechte bei den Herausgebern
und bei der Autorenschaft

Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen
des Urheberrechts ist ohne Zustimmung
des Herausgebers unzulässig und strafbar.
Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen,
Übersetzungen, Mikroverfilmungen
und die Einspeicherung und Verarbeitung
in elektronischen Systemen.

Layout:

Christina Kaminski

Anschrift:

Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost,
Allee der Kosmonauten 23 A, 10315 Berlin

Internet: www.rbo-info.de

Druck:

Druckhaus Berlin-Mitte,
Schützenstraße 18, 10117 Berlin

ISBN 978-3-9814923-0-9

Gender Mainstreaming

Der Vorstand der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost
ist darauf bedacht, im Sinne des „Gender Mainstreaming“
Frauen und Männer sowie Mädchen und Jungen
gleichberechtigt anzusprechen.

Sollte in einem Text nur die weibliche
oder männliche Form zu finden sein, dürfen sich trotzdem
beide Geschlechter angesprochen fühlen.

Vorwort des Herausgebers

Der Verein Rehabilitationszentrum Berlin-Ost und die 2008 daraus hervorgegangene gleichnamige Stiftung haben in den vergangenen Jahren fortlaufend von ihren Tätigkeitsfeldern in Wort und Bild berichtet. Eine ehrenamtliche Redaktion hat aus einem schlichten Mitteilungsblatt ein Journal unter dem Titel „Einblicke“ zu einer quasi professionellen Publikation entwickelt. Sie erscheint zweimal im Jahr und stößt immer wieder auf großes Interesse.

Der Vorstand der Stiftung ist dadurch ermutigt worden, noch einen Schritt weiterzugehen. Spiegelt das Journal das Leben unmittelbar praxisbezogen wider, sammeln sich mit der Zeit auch tragfähige Erfahrungen an, die eine tiefgründigere Betrachtung verdienen. Theoretisch aufbereitet, führen sie womöglich zu verallgemeinerungswürdigen Erkenntnissen und können für einen größeren Kreis von Nutzen sein. Solche Vorgänge finden nicht nur im Rahmen unserer Stiftung und deren Tochtergesellschaften statt. Vielfach schlummert ein derartiger Schatz anderswo. Mangels Publikationsmöglichkeiten bleibt er mitunter ungehoben, wenn man beispielsweise an die Sorgen junger Nachwuchswissenschaftler denkt. Der Vorstand hat das zwanzigjährige Jubiläum des Vereins/der Stiftung als Ausdruck einer erfolgreichen Entwicklung deshalb zum willkommenen Anlass genommen, eine Schriftenreihe wissenschaftlichen Inhalts ins Leben zu rufen.

Dieser Vorsatz stimmt mit § 2 des Stiftungszwecks ausdrücklich überein, den praxisbezogenen nationalen und internationalen Erfahrungsaustausch zugunsten der Rehabilitation von Menschen mit mehrfachen Behinderungen zu befördern. Dem Herausgeber haben sich dankenswerterweise als Berater Herr Prof. Dr. K. Große, Frau Dr. G. Wachtel und Frau PD B. Wellnitz zur Seite gestellt.

Die Bände der Schriftenreihe werden nicht im Buchhandel frei verkäuflich angeboten. Der Vorstand behält sich vielmehr vor, die Titel je nach ihrem Inhalt zielgerichtet an die betreffenden Adressaten oder an Interessenten unentgeltlich zu vergeben. Es bleibt den Empfängern unbenommen, sich mit einer Spende zugunsten der Stiftung dafür erkenntlich zu zeigen.

Bleibt abschließend zu hoffen, dass die Intentionen des Vorstandes in Erfüllung gehen. Möge die Schriftenreihe einen nachhaltigen Beitrag leisten, damit Menschen mit mehrfachen Behinderungen am Leben inmitten unserer Gesellschaft teilhaben können.

Im Namen des Vorstandes als Herausgeber

Klaus-Peter Becker

Vorwort

Der Herausgeber der Schriftenreihe „Inmitten“ lässt es sich nicht nehmen, den ersten Band der Schriftenreihe gemeinsam mit verantwortlichen Leitern der Stiftung und ihrer Tochtergesellschaften zu gestalten. Dieser Anspruch wird umso verständlicher, als der Titel dieses Bandes eigens der Entwicklung des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost gilt. Anlass dazu bietet das zwanzigjährige Jubiläum der Gründung des e.V. Rehabilitationszentrum Berlin-Ost, das am 01.11.2010 festlich begangen worden ist. Aus diesem Verein ging im September 2008 die gleichnamige Stiftung hervor. Ihre Zweckbestimmung sieht u. a. vor, auch den wissenschaftlichen Erfahrungsaustausch zu fördern. Diesem Anliegen dient die Gründung der Schriftenreihe, die hiermit eröffnet wird.

Die Autoren versuchen, wie es der Untertitel des Bandes bereits ankündigt, die Entwicklung des Rehabilitationszentrums aus den zeitgenössischen gesellschaftlichen Umständen wie aus den wissenschaftstheoretischen Bezügen heraus nachzuvollziehen. Sie hoffen mit ihrer Darstellung, der Dynamik der Entwicklung gerecht werden zu können. Das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost ist mit der Gründung des gleichnamigen Vereins jedoch nicht originär entstanden, vielmehr aus einer Reihe von Vorstufen hervorgegangen. Um des Verständnisses für die Kontinuität der Entwicklung willen, wird deshalb im Kapitel 1 auch darauf eingegangen. Von Interesse dürfte die Prüfung der Aussage sein, dass sich in dieser Entwicklung, gleichsam als *pars pro toto*, die Entwicklung der Rehabilitation im Allgemeinen widerspiegelt. Und dies nicht nur als Reflex auf internationale Vorgaben oder Vorbilder, sondern unter eigener aktiver Beteiligung. Daran ändern auch zuweilen aufgetretene widersprüchliche Tendenzen und Fehler im eigenen Lande nichts.

Im Besonderen soll sich erweisen, ob sich Theoreme der Rehabilitationspädagogik als tragfähige Grundlagen für praktische Lösungen zur Betreuung von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen bewährt haben und/oder durch anderes Gedankengut bereichert worden sind. Kriterium sollte jeweils das Wohlbefinden derjenigen sein, die unseren Beistand gesucht und gefunden haben. Besonders wichtig erscheint, inwieweit Personen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen gleichberechtigt und möglichst selbstbestimmt leben können.

Es ist dabei zu beachten, dass sich diese Vorgänge zeitgebunden als kontinuierlicher Erkenntnisprozess vollzogen haben und noch vollziehen. Insofern sollen sich die Ausführungen auch nicht nur auf einen Rückblick beschränken, sondern zugleich die aktuellen Herausforderungen aufgreifen und einen Ausblick ermöglichen. Die Autoren verfolgen dabei das Ziel, solche Vorgaben, wie die Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, nach Maßgabe ihrer aktuellen Herausforderung verwirklichen zu helfen. Die vorliegende Schrift möge einen Beitrag dazu leisten.

Berlin 2011, die Autoren

Klaus-Peter Becker (Hrsg.)

Die Entwicklung des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost in Theorie und Praxis



Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost
Eigenverlag

Inhalt

1 Wurzeln des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost	11
1.1 Rehabilitation im Rückblick	11
1.1.1 Deutsche Situation: aus zwei mach eins	11
1.1.2 Schwachstellen im Rehabilitationssystem der DDR.....	12
1.1.3 Das Potenzial der Gesellschaft für Rehabilitation in der DDR.....	15
1.1.4 Ringen um das Selbstverständnis von Behinderung und Rehabilitation.....	16
1.1.5 World Programme of Action Concerning Disabled Persons	18
1.1.6 UN Decade of Disabled Persons, 1983 - 1992, Berichterstattung zur Halbzeit.....	19
1.2 Der Mensch als biopsychosoziale Einheit	22
1.2.1 Überwindung der biosozialen Betrachtungsweise	22
1.2.2 Empirische Untersuchungen	24
1.3 Rehabilitationspädagogik	26
1.4 Struktur und Funktion des Rehabilitationssystems in der DDR am Beispiel des Stadtbezirksrehabilitationszentrums Berlin-Lichtenberg	28
1.4.1 Gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation	28
1.4.2 Organisation der Rehabilitation auf der Ebene eines Kreises	28
1.4.3 Bildung der Stadtbezirksstelle für Rehabilitation in Berlin-Lichtenberg als Etappe auf dem Weg zum Stadtbezirksrehabilitationszentrum	31
1.4.4 Die Bildung des Stadtbezirksrehabilitationszentrums	34
2 Von der kommunalen Trägerschaft zur Gründung einer Stiftung	36
2.1 Ein Übergangsstadium	36
2.2 Bestrebungen zur Gründung einer Stiftung	39
2.3 Die Gründung des Vereins Rehabilitationszentrum	41
2.3.1 Die Initiatoren	41
2.3.2 Vereinssatzung, Organe und Zielstellungen	41
2.3.3 Strukturierung des Vereins – Ausgründung von Tochtergesellschaften	41
2.4 Praktizierte Integration im Spiegel fortgeschriebener Theoreme	44
2.4.1 Von der ICDH zur ICF	44
2.4.2 Die ICF.....	44
2.4.3 Das SGB IX und der Behinderungsbegriff	46
2.4.4 Zwei Funktionen der ICF	47
2.5 Brücken in die Öffentlichkeit	48
2.5.1 Intentionen und Brückenpfeiler	48
2.5.2 Fachwissenschaftliche, sportliche sowie kulturelle Aktivitäten	49
2.5.3 Der Elterngesprächskreis	52

2.6	Bauten im Dienste des Vereins und der Stiftung	53
2.7	Überführung des Vereins in die Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost.....	56
2.7.1	Begründung.....	56
2.7.2	Anerkennung der Stiftung.....	59
2.7.3	Resümee	61
3	Von der Tagesstätte für Erwachsene zur Werkstatt für behinderte Menschen	62
3.1	Berufliche Rehabilitation für Menschen mit Behinderung	62
3.2	Historische Aspekte der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben..	62
3.2.1	Berufliche Rehabilitation für Menschen mit Behinderung zur Zeit der Wiedervereinigung (Vereinsgründung).....	64
3.2.2	Rückblick auf die Entwicklung der Arbeitsstätten (institutionelle Entwicklung).....	65
3.3	Gesellschaftliche Aufgabenstellung von WfbM und Realisierung des dualen Auftrages in der LWB gGmbH – Ziele der beruflichen Rehabilitation	66
3.3.1	Personenkreis und Aufgaben der WfbM	66
3.3.2	Teilhabe am Arbeitsleben	67
3.3.3	Werkstattrat und Elternvertretung	68
3.3.4	Arbeitsbegleitende Maßnahmen unter besonderer Berücksichtigung der Sportangebote	68
3.4	Rehabilitationspädagogisches Handeln als wesentlicher Bestandteil der Betreuung und Beschäftigung in der LWB gGmbH.....	69
3.4.1	Arbeits- und Berufsförderung in der LWB gGmbH	69
3.4.2	Möglichkeiten der umfassende Entwicklung der Persönlichkeit durch rehabilitations- pädagogisches Handeln.....	70
3.4.3	Persönlichkeitsbeschreibungen – Diagnostik.....	71
3.4.4	Förderpläne im rehabilitationspädagogischen Prozess	75
3.4.5	Handbuch der beruflichen Bildung und Rehabilitation der LWB gGmbH	76
3.4.6	Katalog der Schlüsselqualifikationen für die berufliche Bildung und Rehabilitation in der LWB gGmbH	77
3.4.7	Bildung von Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfs zur bedarfsgerechten Gestaltung des rehabilitationspädagogischen Prozesses	77
3.5	Berufliche Bildung als Teil rehabilitationspädagogischer Arbeit in der LWB gGmbH – Voraussetzung für die Teilhabe am Arbeitsleben.....	78
3.6	Rehabilitationspädagogische Arbeit mit schwerst mehrfachbehinderten Menschen ..	80
3.6.1	Strukturmodell der Gruppenzusammensetzung im Förderbereich.....	80
3.6.2	Basisdokumentation und Verlaufsplanung des Förderprozesses	83
3.6.3	Struktur der Dokumentation des Förderprozesses	83
3.7	Die psychologische Betreuung in der LWB gGmbH – eine Aufgabe im Wandel	84
3.7.1	Ziele der psychologischen Betreuung in der LWB gGmbH	84
3.7.2	Besonderheiten der Werkstatt.....	85
3.7.3	Die Veränderungen bei der Klientel der Werkstatt	85
3.7.4	Interne Weiterbildung	86
3.8	Aktuelle Situation der LWB gGmbH im Jahr 2011	87
4	Vom „Heim für Geschädigte“ zu einer differenzierten Wohnstättenkultur.....	90
4.1	Die Ausgangslage	90

4.2	Schrittweise Aufbruch in eine neue Ära.....	91
4.3	Im Wandel der Zeit.....	94
4.3.1	Neue Wohnstätten entstehen.....	95
4.3.2	Erste große Baumaßnahmen im Heim und ihre Auswirkungen.....	97
4.3.3	Übergang des kommunalen Kinderheims „Janusz Korczak“ in das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost	98
4.3.4	Vom Heim zu einer neuen Wohnstätte.....	101
4.3.5	Zur Zufriedenheit der Bewohner	103
4.4	Vom „Trainingswohnhaus“ zum ambulant betreuten Wohnen	106
4.4.1	Das Projekt Trainingswohnhaus.....	106
4.4.2	Die Bewährung des Projektes in der Praxis.....	108
4.4.3	Die Entwicklung des ambulant betreuten Wohnens	110
4.4.4	Die quantitative Entwicklung der Wohngemeinschaften	110
4.4.5	Zusammenfassung	113
4.4.6	Perspektive.....	113
4.5	Ambulant betreutes Wohnen in der eigenen Wohnung – Betreutes Einzelwohnen (BEW).....	114
4.5.1	Territoriale und quantitative Entwicklung.....	114
4.5.2	Rahmenbedingungen, Inhalte und Methoden einer Begleitung im Betreuten Einzelwohnen	115
4.5.3	Projektarbeit im Betreuten Einzelwohnen	116
4.5.4	Resümee und Perspektiven im Betreuten Einzelwohnen.....	121
5	Die psychologische Begleitung von Menschen mit einer geistigen Behinderung im Rehabilitationszentrum Berlin-Ost	123
5.1	Geistige Behinderung und psychische Erkrankung	123
5.2	Psychosoziale Faktoren	124
5.3	Anforderungen durch die Lebensform.....	124
5.4	Beispiele von Belastungssituationen im Lebensalltag der Bewohner.....	125
5.4.1	Situation einer geistig schwerbehinderten Bewohnerin	125
5.4.2	Bewohner mit depressiver Verstimmung.....	125
5.5	Folgerungen.....	125
5.6	Das Vulnerabilitätskonzept	126
5.7	Erwartungen bezüglich der Wirksamkeit und Effizienz der psychologischen/ psycho-therapeutischen Betreuung	126
5.7.1	Die häufigsten Gründe für den Wunsch nach einer Therapie	126
5.7.2	Subjektive Erwartungen der Bewohner an ihre Therapie	128
5.8	Methoden im Therapieprozess	128
5.9	Wirksamkeit der psychologischen Interventionen.....	129
6	Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger mehrfacher Behinderung – Die Gründung der Gemeinwesen Integrierten Wohnanlage (GIW) in Schollene, Sachsen-Anhalt.....	130
6.1	Enthospitalisierung.....	130
6.2	Auswirkungen auf den Menschen.....	130
6.3	Zustände in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts.....	131

6.4	Paradigmenwechsel	131
6.5	Die Lage in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, BRD	132
6.6	Die Lage in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhundert, DDR	133
6.7	Vorhaben nach der Vereinigung von Ost und West	133
6.8	Gemeinwesen Integriertes Wohnen in Schollene, Sachsen-Anhalt	134
6.8.1	Das Angebot 1996	135
7	Vom Freizeitklub für Menschen mit geistigen/mehrfachen Behinderungen zur Begegnungsstätte	139
8	Die Herberge	143
8.1	Geschichte der Herberge – Ein besonderes Projekt des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost ist die Herberge	143
8.2	Herbergen in Berlin	144
8.3	Die Herberge stellt sich vor	144
8.4	Anforderungen an das Personal	145
8.5	Statistik	145
9	Rehabilitationszentrum Berlin-Ost – Vorreiter von Special Olympics Deutschland ..	146
9.1	Die Sportorganisation Special Olympics	146
9.2	Deutschland als Sportnation	146
9.3	Die Berücksichtigung der Belange von Menschen mit geistiger Behinderung	147
9.4	Die Vorreiterrolle des Stadtbezirksrehabilitationszentrums Berlin-Lichtenberg bzw. des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost e. V. bei der Gründung von SOD	149
9.5	Die Auswirkung des Sports auf die Persönlichkeitsentwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung	152
10	Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit und Familienförderung – ein neuer Kinder- und Jugendhilfebereich	154
11	Pflegebedürftigkeit – Pflege – Pflegeheim	161
11.1	Zur allgemeinen Situation in stationären Pflegeeinrichtungen	161
11.2	Geistig behinderte Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf	162
11.3	Die Errichtung des Wohn- und Pflegezentrums für Menschen mit Demenz am Landschaftspark Herzberge	164
11.3.1	Vorsätze	164
11.3.2	Das konzipierte Pflege- und Betreuungskonzept	165
11.3.3	Die Wohnform – Größe und Ausstattung der Einrichtung	166
11.3.4	Personalausstattung	167
11.3.5	Erste Erfahrungen und Ergebnisse	169
12	Behindertenrechtskonvention – Herausforderung in Gegenwart und Zukunft	170
12.1	Stand 2011	170
12.2	Die Behindertenrechtskonvention	173
12.3	Integration: Inklusion	177
12.4	Ausgangsbedingungen zur Umsetzung der BRK	179
12.5	Folgerungen	181

10 Inhalt

Literatur.....	182
Autoren.....	186
Abkürzungen.....	187
Abbildungen.....	191

1 Wurzeln des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost

Klaus-Peter Becker und Helmut Siebert

Die Gründung des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost geht auf das Jahr 1990 zurück. Es ist jedoch nicht aus dem Nichts entstanden. Es hat seine Vorläufer. Dazu bedarf es eines kurzen, komprimierten Rückblicks auf die Zeitgeschichte. Das gilt erst recht, wenn die Entwicklung des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost unter den Aspekten von Theorie und Praxis verfolgt werden soll. Es ist deshalb notwendig, den Bogen über das Rehabilitationszentrum hinaus zu spannen und die wichtigsten Bedingungen zu berücksichtigen, die die Rehabilitation in der DDR bis zum Jahr 1990 geprägt haben. Dabei stößt man unweigerlich auf die Beziehung zu den internationalen Entwicklungstrends, die auch von Vertretern der Gesellschaft für Rehabilitation in der DDR mit beeinflusst worden sind und die ihrerseits auf die Gestaltung der Rehabilitation in der DDR zurückgewirkt haben. Dazu zählen die 1970 ausgerufene „Deklaration zum Jahrzehnt der Rehabilitation“, die „Charter for the 80's“, das „International Year of Disabled People“ und die „United Nations Decade of Disabled Persons, 1983-1992“ mit dem „World Programme Of Action Concerning Disabled Persons“. Auf sie wird im folgenden Text näher eingegangen, wie auf die eigenen Schlussfolgerungen.

1.1 Rehabilitation im Rückblick

1.1.1 Deutsche Situation: aus zwei mach eins

Versetzen wir uns in das Jahr 1990. Große gesellschaftliche Veränderungen hatten sich in der DDR vollzogen. Am 03.10. konnte die Spaltung Deutschlands überwunden werden. Freude und Genugtuung auf der einen Seite hielten sich zumindest bei weitsichtigeren Bürgern mit aufkommenden Sorgen auf der anderen Seite die Waage. Die Sorgen bezogen sich auf die Befürchtung, dass die Eingliederung der DDR in die BRD undifferenziert erfolgen würde. Undifferenziert insofern, als zum Beispiel soziale Errungenschaften der DDR mit der Gesetzlichkeit der BRD nicht kompatibel waren und deshalb kaum eine Chance bestand, sie beizubehalten.

Diese Stimmung beherrschte auch den letzten Kongress der Gesellschaft für Rehabilitation in der DDR. Er fand unter Beteiligung zahlreicher westdeutscher Gäste und des Vizepräsidenten von Rehabilitation International für Europa, H. Stroebel, vom 30.10. bis zum 01.11.1990 in Erfurt statt. Der damalige Vizepräsident versuchte, in seiner Grußadresse dieser Situation Rechnung zu tragen. Wörtlich führte er u. a. aus:

„Sie wissen von dem Bestreben der Rentenversicherung, kurzfristig Rehabilitationsmöglichkeiten in den neuen Bundesländern zu schaffen. Die Krankenversicherung, die Unfallversicherung, die Bundesanstalt für Arbeit und die Arbeitsgemeinschaft der Hauptfürsorgestellen bringen mit ganzer Kraft Hilfe. Das beglückt, verwirrt Sie möglicherweise. Vielleicht wird sogar Gutes, Bewährtes untergehen. Später wird deshalb zu prüfen sein, was in den neuen Bundesländern früher besser war und ob sich aus dieser Erkenntnis Folgerungen ergeben.“ (Stroebel, H. 1990)

Mit diesen Worten erwies Stroebel sich als Realpolitiker, indem er Erwägungen, die Vor- und Nachteile der Rehabilitationssysteme beider bisher voneinander getrennter Staaten zu optimieren, für nachvollziehbar hielt, aber zum damaligen Zeitpunkt ad absurdum führte. Dabei bestanden gute Gründe für eine solche Variante.

1.1.2 Schwachstellen im Rehabilitationssystem der DDR

Die Schwachstellen im Rehabilitationssystem der DDR waren den Kongressteilnehmern aus eigener Erfahrung bekannt und überschaubar. Sie beruhten einmal auf eklatanten Demokratiedefiziten und zum anderen auf wirtschaftlichen Schwierigkeiten.

Ein besonders augenfälliges Beispiel liefert dafür die Errichtung des „Heimes für Geschädigte“ an dem Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie in Berlin-Lichtenberg (FK) in den siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Es wird eigens darauf zurückgegriffen, weil die Kritik an den obwaltenden Umständen von dem Direktor des FKs, Prof. Dr. Hagemann¹, bereits 1988, also zu DDR-Zeiten, in einer Denkschrift publik gemacht worden ist und weil dieses Heim später zu einem – das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost – konstituierenden Element werden sollte.

Die demographische Lücke, die infolge der vom NS-Rassenwahn geleiteten „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ in der Population von Menschen mit geistigen Behinderungen entstanden war, schloss sich nach dem II. Weltkrieg allmählich. Die Geburtsjahrgänge nach 1945 umfassten wieder alle Variationen menschlichen Lebens, darunter auch Kinder mit geistigen Behinderungen. Sie fanden zunächst Aufnahme in den C-Zügen der Hilfsschulen und ab 1968 in sog. Fördertagesstätten. Die Verweildauer in den Fördertagesstätten endete längstens mit dem 21. Lebensjahr. In den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts begannen die ersten Insassen, ihnen zu entwachsen. Viele Jugendliche waren nicht in der Lage, selbständig zu leben. Ihre Eltern übten größtenteils einen Beruf aus, den sie nicht aufgeben wollten. Neue Wege der Betreuung von erwachsenen Menschen mit einer geistigen Behinderung mussten gefunden werden. Tagesstätten mit Beschäftigungsmöglichkeiten entstanden.

Hagemann kommentierte diese Entwicklung insofern mit Genugtuung, als sich damit progressive extramurale, d. h. klinikferne Betreuungsformen für einen großen Teil geistig Geschädigter durchgesetzt hatten. Diese Entwicklung entsprach auch den Empfehlungen des 1. Internationalen Symposiums über psychiatrische Rehabilitation aus dem Jahre 1963, das die Gesellschaften für Psychiatrie und Rehabilitation der DDR mit internationaler Beteiligung in Rodewisch (Sachsen) ausgerichtet hatten. Die Schlussfolgerungen des Symposiums fanden ihren Ausdruck in den sog. „Rodewischer Thesen“. (Rodewischer Thesen. In: Renker, K. 1975, S. 136 - 138)

Dafür trat nun eine weitere Kategorie Geschädigter in den Brennpunkt der Aufmerksamkeit, deren Betreuung dem FK zufiel. Hagemann unterschied vier Gruppen:

- „- Geschädigte, denen in der Nachkriegszeit keine ausreichenden Fördermaßnahmen zugute kamen, so dass sie progressiv hospitalisiert und dadurch im Schwerstgeschädigtenbestand der Fachkrankenhäuser verblieben,
- Behinderte mit schwersten Schädigungsgraden, auch komplexer Art (Erethie, Psychosen, Sinnesschäden), deren Betreuung auch gegenwärtig den Fachkrankenhäusern vorbehalten bleibt,

¹ Die folgenden Ausführungen fußen auf einer „Denkschrift zum ‚Heim für geistig Geschädigte‘ Berlin-Lichtenberg“ von Prof. Dr. Hagemann, die er ursprünglich 1986 verfasst, 1988 geringfügig überarbeitet und um ein kurzes Kapitel: „Die Lösung des Heimes aus der Verantwortung des Fachkrankenhauses“ ergänzt hat. Die Denkschrift schließt ab: „März 1988, Hagemann“.

- Insuffizienz der Eltern usw. durch eigene Alterung und/oder Heranwachsen der geschädigten Kinder,
- als Sonderfall der Nicht-Förderfähigkeit sind intellektuell leicht, im Sozialverhalten jedoch schwer Geschädigte anzusehen. Diese sog. dissozialen Debilien machen keine große Zahl, aber ein sehr belastendes Kontingent für alle Betreuungspartner aus.“ (Hagemann 1988, S. 3)

Nach Hagemanns Auffassung wäre zu dieser Zeit eine systematische Epidemiologie als Grundlage für eine weitsichtige Planung durch das „Büro für Sozialhygiene“ beim Magistrat von Groß-Berlin erforderlich gewesen. Leider ist das Büro diesem Anspruch nicht gerecht geworden. Auf diese Weise entstand eine Situation, die man „von der Hand in den Mund leben“ nennen konnte. Die Eingaben an die Behörden mit der Forderung nach Unterbringung Schwerstgeschädigter häuften sich in einem Maße, dass die SED-Bezirksleitung Berlin von einem Politikum sprach. Dieses Erkenntnis war zu begrüßen, vor allem, wenn sie zu einer dem wissenschaftlichen Stand und den humanistischen Anforderungen entsprechenden Planung und Realisierung geführt hätte.

Mitte der siebziger Jahre deutete sich eine Lösung an. Die Verwendung des Typenbaus „Feierabend-Pflegeheim“ (FPH) schien geeignet, sofern an das geschützte Wohnen von familienge lösten Oligophrenen², leichten Fällen von geistig Geschädigten im höheren Lebensalter und psychisch Geschädigten mit postpsychotischen Zuständen gedacht war.

Bedenken bestanden gegen die Unterbringung geistig schwer geschädigter Kinder und Jugendlicher sowie Komplexgeschädigter. Die Bedenken beruhten auf der Größe des Heims, der Tendenz zur „Ghettobildung“, der Höhe von sieben Stockwerken und der Gefahr von Unfällen. Die Sanitärzellen reichten bei weitem nicht aus, der Flur zog sich lang und monoton über jede Etage, die Aufzugskapazität war viel zu gering und Sicherheitsprobleme bestanden.

Im September 1977 verdichtete sich der Verdacht, dass trotz der erhobenen Einwände gegen die Errichtung eines Typenbaus FPH im Gelände des FKs ein solcher Bau vorgesehen worden war. Bis der Verdacht im Januar 1978 zur Gewissheit wurde, waren weder der Ärztliche Direktor noch der beratende Psychiater in den Entscheidungsprozess einbezogen worden. Am 24.02.1978 fand in der Magistratsfachabteilung eine Aussprache mit den Professoren Hagemann, Müller und Nickel im Beisein des Vertreters der Bezirksleitung der SED statt. In der Debatte nahm das Vorhaben Weisungscharakter an. Die Vorbehalte wurden mit pragmatischen Argumenten der Art entkräftet, dass die einmalige Chance für einen Neubau im FK erst einmal wahrgenommen werden sollte und die derzeit erforderliche Belegung durch Nachfolgereinrichtungen bald überholt würde.

Unter diesen Umständen übernahm die Leitung des FKs diese Aufgabe. Sie ahnte damals wohl noch nicht, auf was für ein Unternehmen sie sich eingelassen hatte. Erste Komplikationen traten schon im Juni 1978 auf. Es wurde offenbar, dass die erforderlichen fachspezifischen baulichen Veränderungen des Typenbaus zugunsten der Aufnahme von Schwergeschädigten nicht vorgenommen werden konnten. Diese neue Ausgangslage gedachte die Krankenhausleitung als Grund benutzen zu können, um das Belegungsprofil doch noch zu ändern. Die Magistratsfachabteilung beharrte jedoch auf ihrem Konzept.

Nachdem die Profilbestimmung des Heimes für Schwerstgeschädigte unabwendbar festgelegt worden war, sah man eine Chance zur Bewältigung der Probleme darin, das Heim als Zentrum der Schwergeschädigtenbetreuung der Hauptstadt zu entwickeln und das wissenschaftliche

² Zeitgenössische psychiatrische Terminologie: Oberbegriff für Schwachsinn, Intelligenzschädigung

Potenzial Berlins in die Arbeit des Heimes einzubeziehen. Zu diesem Zweck wurden Kooperationsverhandlungen mit dem Direktor der Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft, mit dem Direktor der Sektion Biologie und mit ausgewiesenen Einzelwissenschaftlern verschiedener Disziplinen der Humboldt-Universität zu Berlin geführt. Ausländische Experten sollten als Gäste auf Zeit gewonnen werden. Im Endergebnis war an ein „Forschungszentrum für die Betreuung von geistig Schwergeschädigten“ gedacht. Die Basis für die wissenschaftliche Arbeit sollte eine interdisziplinäre medizinisch-rehabilitationspädagogische Gemeinschaftsleistung bei der Betreuung Schwerstgeschädigter bilden, der sich möglichst Psychologen, Soziologen, Verhaltensbiologen u. a. anschließen. Zur Enttäuschung einer gebildeten Arbeitsgruppe bezog die Magistratsfachabteilung zu dieser hochgesteckten Zielsetzung überhaupt keine Stellung. Der Fachabteilung beim Rat des Stadtbezirkes lag vor allem die Lösung der aktuellen Betreuungsaufgaben am Herzen.

Hagemann schreibt zusammenfassend:

„... dass die Etablierung des Heimes für geistig Geschädigte als eines leitungsmäßigen, planerischen und wissenschaftlichen Zentrums für alle Belange der Theorie und Praxis der höheren Schwachsinngrade gerade mit dem Standort Hauptstadt der DDR in vieler Hinsicht außerordentlich vorteilhaft gewesen wäre.“ (Hagemann 1988, S. 22)

Er bedauert im Rückblick, dass kein Entscheidungsträger im hauptstädtischen Gesundheitswesen das Vorhaben unterstützt hat. Er kritisiert die „mangelnde Kampfkraft“ des beratenden Psychiaters, der nicht einmal weitere Sachkenner mobilisiert hat. Auch Einwände angesichts der entstehenden Kosten lässt Hagemann nicht gelten. Wenn er die vielen repräsentativen Investitionen des Gesundheitswesens in der Hauptstadt damit vergliche, konnte die Zurückhaltung dem Projekt gegenüber nur an dessen Bewertung liegen „... und da liegt der Bürger mit dem geistigen Schaden nach wie vor an letzter Stelle.“ (a. a. O.) Bitterkeit spricht aus diesen Worten. Sie lassen schon erahnen, dass sich Hagemann und seine Leitung unverstanden und alleingelassen fühlten.

Am 15.11.1979 wurde das Heim für Geschädigte mit 178 Betreuungsplätzen seiner Bestimmung übergeben. Das Fachkrankenhaus konnte 78, die Stadtbezirke 100 Plätze belegen. Die Vorbehalte Hagemanns u. a. bestätigten sich bedauerlicherweise. Der Baukörper entsprach nicht der notwendigen Funktionalität. Die Arbeit musste demzufolge unter erschwerten Bedingungen geleistet werden und führte zu einer großen Personalfuktuation. Den Mitarbeitern mangelte es zum großen Teil an den fachlichen Voraussetzungen und Erfahrungen. Außerdem erschwerten wirtschaftliche Schwachstellen des Fachkrankenhauses den Betrieb. So nimmt es nicht wunder, dass eine Vollbelegung des Heimes nicht zu Stande kam. Kurzzeitig befanden sich 140 Bewohner in Betreuung.

Der staatliche Vorsatz, für die Fürsorgepflicht für Menschen mit physischen-psychischen Schädigungen allein verantwortlich sein zu müssen, führte zu derartigen dirigistischen Maßnahmen. Er lähmte weiterhin die Initiativen von Menschen mit Behinderungen oder deren Angehörigen als die besten Interessenvertreter in eigener Sache. So blieb es ihnen versagt, Selbsthilfegruppen zu bilden. Es bestanden zwar Interessenvertretungen von Menschen mit Hör- und mit Sehschädigungen. Analoge Zusammenschlüsse von Menschen mit Körperbehinderungen oder mit intellektuellen Schädigungen wurden jedoch unter Verweis auf bestehende gewerkschaftliche Gremien nicht zugelassen. Sie erwiesen sich jedoch als ineffizient.

Mit Hilfe der Wirtschaftskraft der Bundesrepublik und den Strukturen der parlamentarischen Demokratie müssten derartige Mängel relativ rasch überwunden werden können, so dachten

zumindest die meisten Teilnehmer des letzten Kongresses der GfR. Umso verwunderlicher erschien und desto nachdenklicher stimmte das Ergebnis einer in der BRD 1975 durchgeführten Psychiatrie-Enquête, in der festgestellt wurde: „... es werden katastrophale Bedingungen in Großkrankenhäusern und Psychiatrien beklagt“. (zitiert nach Barsch, S. 2007, S. 95)

1.1.3 Das Potenzial der Gesellschaft für Rehabilitation in der DDR

An den genannten Schwachstellen gibt es nichts zu beschönigen. Je hinderlicher sie im Einzelnen auch gewirkt haben mögen, desto erstaunlicher erscheinen die Initiativen und die Fähigkeiten vieler Fachkräfte verschiedener Disziplinen, mit denen sie das System der Rehabilitation in der DDR dennoch erfolgreich gestaltet haben. Man darf nicht vergessen, dass sich in der Rehabilitation von Bürgern mit physisch-psychischen Schädigungen viele Idealisten betätigten, die von dem progressiven Charakter des Sozialismus überzeugt waren und die erwähnten Defizite dem vorherrschenden „Kalten Krieg“, den die beiden Weltlager führten, zuschrieben. Lehrte doch die Geschichte, dass die Rehabilitation stets mit dem System der herrschenden gesellschaftlichen Anschauungen (politischen, ökonomischen, rechtlichen u. a.), kurz: ihrer Ideologie, verbunden war und ist. Gegenüber anderen philosophischen Prämissen ergab sich politisch für die Rehabilitation in der DDR insofern kein Widerspruch, als der deklarierte Sinn des Sozialismus darin bestand, „alles zu tun für das Wohl des Menschen, für das Glück des Volkes, für die Interessen der Arbeiterklasse und aller Werktätigen.“ (Honecker 1971, S. 5) Im Programm der staatstragenden SED hieß es mit Bezug auf die Rehabilitation wörtlich:

„Die Eingliederung physisch-psychisch geschädigter Bürger in das gesellschaftliche Leben wird vor allem durch geeignete Bildungs- und Arbeitsmöglichkeiten, durch komplexe Maßnahmen der Rehabilitation sowie durch medizinische und soziale Betreuung gefördert.“ (Programm der SED 1979)

Gemäß der Auffassung, dass der Staat als das entscheidende Machtinstrument beim Aufbau der sozialistischen Gesellschaft fungiert, lagen auch die Leitung und Organisation der Rehabilitation sowie die Koordination mit konfessionellen Trägern von Rehabilitationseinrichtungen in staatlichen Händen und staatlicher Verantwortung. Die Enthusiasten wurden in ihrer Haltung auch dadurch bestärkt, dass die erzielten Fortschritte auf dem Gebiet der Rehabilitation in der DDR vielfach internationale Beachtung und Anerkennung fanden.

Eine stimulierende Rolle für den Aufbau der Rehabilitation in der DDR spielte dabei die Gesellschaft für Rehabilitation. Sie übte sowohl die Funktion eines Initiators als auch eines Mediators von Theorie und Praxis aus. Die im Jahre 1962 gegründete interdisziplinär zusammengesetzte Gesellschaft für Rehabilitation in der DDR (GfR) ging aus einer kleinen 1957 gebildeten Forschungsgruppe von Sozialhygienikern hervor. Die Rehabilitationspädagogen stellten ca. ein Drittel der Mitglieder der Gesellschaft und bildeten unter vier Sektionen eine eigene. Diese Sektion untergliederte sich wiederum in Arbeitsgemeinschaften. Sie entwickelten ein reges wissenschaftliches Eigenleben und beteiligten sich aktiv an den periodisch stattfindenden, thematisch ausgerichteten Kongressen. Sie profitierten in vielerlei Hinsicht davon, zumal keine pädagogischen Gesellschaften mit einem vergleichbaren wissenschaftlichen Leben in der DDR bestanden.

Die GfR verfolgte ihrem Statut gemäß u. a. auch den internationalen Erfahrungsaustausch und hielt auf diese Weise mit der weltweiten Entwicklung Schritt. Seit 1967 zählte die GfR zu den vollberechtigten Mitgliedern von Rehabilitation International (RI). Dank der aktiven Rolle, die Vertreter der GfR in RI und bei der Konstituierung einer Gruppe von Rehabilitations-

experten der sozialistischen Länder spielten, erging an einige von ihnen der Ruf zur Mitarbeit in internationalen Gremien, wie Weltkommissionen von RI, der WHO, der UNESCO oder dem Department for Social Development and Humanitarian Affairs der UN. Von einer Isolation der Rehabilitation in der DDR von internationalen Erfahrungen und Entwicklungstrends konnte keine Rede sein, im Gegenteil.

1.1.4 Ringen um das Selbstverständnis von Behinderung und Rehabilitation

Die Akzeptanz, die die Vertreter der GfR im internationalen Erfahrungsaustausch erfuhren, stützte sich u. a. auch auf theoretische Vorleistungen zum besseren Rehabilitationsverständnis. Die Bemühungen um die Klärung grundlegender Theoreme reichen bis in die sechziger Jahre zurück. Ein von der GfR angestoßenes und ausgerichtetes internationales Rundtischgespräch im Jahre 1961 in Berlin diente u. a. dem Versuch, das Ziel und den Inhalt von Rehabilitation wie folgt näher zu bestimmen:

„Rehabilitation ist ein System von Maßnahmen und ihr Wirksamwerden, dem physisch oder psychisch geschädigten Menschen die aktive Mitwirkung am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Sie erfolgt in planmäßiger, kollektiver Tätigkeit, durch die ein in seiner Gesundheit und Leistungsfähigkeit beeinträchtigter Mensch durch medizinische Maßnahmen auf einen optimalen Gesundheitszustand gebracht, durch pädagogische, psychologische und arbeitsökonomische Maßnahmen zu einem höchstmöglichen Bildungs- und Qualifizierungsstand geführt, beruflich gefördert und entsprechend seinem Leistungsvermögen in den gesellschaftlichen Arbeitsprozess eingegliedert und einer geordneten Nachsorge zugeführt wird. Rehabilitation ist ein Prinzip und keine Fachrichtung.“ (Empfehlungen 1965, S. 15)

Im Hinblick auf die gesellschaftliche Determiniertheit von Rehabilitation heißt es in einem weiteren Abschnitt:

„Auf dem Gebiet der Rehabilitation bekennen wir uns zur allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, die von der Generalversammlung der Vereinten Nationen am 10.12.1948 genehmigt und verkündet wurde: ‚Jeder Mensch hat Anspruch auf seine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit, ärztliche Betreuung und die notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge gewährleistet; er hat das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Verwitwung, Alter oder von anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände. Invalide Personen genießen das gleiche Recht auf Sicherheit wie voll gesunde Menschen. Alles Mögliche muss für die Rehabilitation geschädigter und invalider Menschen getan werden, um sie einem normalen Leben innerhalb der Gesellschaft wieder zuzuführen. Auch eine Erziehung des Bewusstseins der gesamten Bevölkerung ist notwendig, um den Vollzug der Rehabilitation anzuerkennen.“ (Empfehlungen 1965, S. 15)

Ist es nicht beachtenswert, dass vierzig Jahre vor Erscheinen der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen im Jahre 2006, in der nachdrücklich auf die Erklärung der Menschenrechte Bezug genommen wird, Vertreter der GfR diese Erklärung bereits zum Ausgangspunkt ihrer Bestrebungen zugunsten der Rehabilitanden gemacht haben?! Die Quintessenz dieser Aussagen findet sich in der einvernehmlich beschlossenen Definition von Rehabilitation wieder:

„Rehabilitation ist die zweckgerichtete Tätigkeit eines Kollektivs in medizinischer, pädagogischer, sozialer und ökonomischer Hinsicht zur Erhaltung, Wiederherstellung und Pflege der Fähigkeiten des geschädigten Menschen, aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen.“ (Empfehlungen 1965, S. 15)

Die Definition misst dem Rehabilitanden bereits die Rolle eines aktiv handelnden Subjekts und nicht die des befürsorgten Objekts zu.

Vertreter der GfR gehörten mit zu den Initiatoren der 1970 in Teheran verabschiedeten „Deklaration zum Jahrzehnt der Rehabilitation“. (Renker, K. 1980, S. 13) Insbesondere Prof. Dr. K. Renker, Halle (Saale), wirkte als Konsultant der WHO und Vizepräsident von RI nach Ablauf

dieses Jahrzehnts im Jahre 1980 an der Ausarbeitung eines Folgeprogramms mit. Es lautete „Charter for the 80's“ und stand im Zeichen von „full participation and equality“ (volle Teilhabe und Gleichberechtigung). Eine wichtige Rolle spielte dabei sein „Weltbericht über die Situation Behinderter“. (Renker, K. 1980) Demnach musste mit 600 Millionen (11 %) behinderten Menschen unter 65 Jahren unter der Weltbevölkerung gerechnet werden. Davon lebten nur 150 Millionen in Regionen mit Rehabilitationsdiensten. Der Entwurf der Charta wurde in den 103 Mitgliedsorganisationen von RI in Vorbereitung auf dessen 14. Weltkongress in Winnipeg (Kanada) ausführlich diskutiert und auf dem Kongress am 26.06.1980 unter Beteiligung von Vertretern der GfR verabschiedet. (Rehabilitation International 1981)

Diese EntschlieÙung stellte nicht nur für RI, sondern prinzipiell eine Zäsur in der Stellung von Personen mit Behinderungen dar. Sie bestand darin, sie, wie von Disabled Persons International (DPI) gefordert, von der patriarchalischen Abhängigkeit zu befreien und als Interessenvertreter in eigener Sache anzuerkennen. Die Forderung nach gleichberechtigter Teilhabe wurde unmittelbar mit dem Anspruch auf ihre Vertretung in den verschiedenen Leitungsebenen von RI verbunden. Fortan sollten die führenden Positionen von RI paritätisch von Personen mit und ohne Behinderung besetzt werden.

Diese Übereinkunft wirkte sich auf die GfR als einer wissenschaftlichen Gesellschaft insofern aus, als deren wissenschaftlich tätige Mitglieder mit Behinderungen stärker in die Leitungsebenen einbezogen werden sollten. Demgegenüber gelang es nicht, in der DDR eigene Interessenvertretungen von Menschen mit Körper- und geistigen Behinderungen analog zu den bestehenden Verbänden für Hör- und Sehgeschädigte zu initiieren oder wenigstens Selbsthilfegruppen zu bilden, was bereits ausgeführt worden ist.

Diese Charta prägte auch die Thematik der 3. Europäischen Regionalkonferenz von RI, die 1981 zum Internationalen Jahr der Menschen mit Behinderungen von Prof. Dr. K. Renker als Vizepräsident von RI für Europa in Wien ausgerichtet worden war. Das lebhaftes Echo, das die Charta fand, gab weiterhin den Anstoß dazu, dass die Vereinten Nationen daraus das „World Programme of Action Concerning Disabled Persons“ entwickelt haben. Die Generalversammlung der Vereinten Nationen nahm im Verlaufe ihrer regulären 37sten Session das Weltprogramm am 03.12.1982 als Resolution 37/51 an. (s. Becker, K.-P. 1983)³

In den siebziger Jahren bemühte sich die WHO, den Begriff der Behinderung zu bestimmen. Die existierende ICD (Internationale Klassifikation der Krankheiten) konnte diesem Anspruch jedoch nicht gerecht werden, denn bei der Behinderung handelte es sich um einen Folgezustand von Krankheiten, angeborenen Leiden oder Verletzungen. Bei der von Philip Wood ausgearbeiteten International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps „ICIDH“ (World Health Organization Geneva 1980) handelte es sich um den ersten Versuch, die Behinderung und ihre Entstehung zu kennzeichnen. Die Klassifikation wurde 1980 von der WHO in Genf veröffentlicht.

³ Nach Prof. Dr. K. Renkers plötzlichem Tod am 06.01.1982 wurde Prof. Dr. K.-P. Becker mit der Teilnahme am Komitee zur Ausarbeitung der letzten Fassung des Entwurfs des Weltprogramms auf der Grundlage der Charta betraut. Er wurde von dem UN Centre for Social Development and Humanitarian Affairs, Wien, als Berater beim Monitoring des Weltprogramms während der UN Decade of Disabled Persons, 1983-1992, hinzugezogen.

Ihr lag das folgende Modell zugrunde:



Impairment = Gesundheitsschaden, Funktionsstörung

Disability = Fähigkeits-/Fertigkeitsstörung

Handicap = Behinderung

1.1.5 World Programme of Action Concerning Disabled Persons

Die Vereinten Nationen hatten sich diese Ansicht im World Programme of Action Concerning Disabled Persons zueigen gemacht. In Kapitel I „Anliegen, Hintergrund und Konzepte“ finden sich im Abschnitt C die Begriffe der ICIDH mit ihren Definitionen:

„6. *Impairment*: Jeder Verlust oder jede Anomalie einer psychologischen, physiologischen oder anatomischen Struktur oder Funktion. *Disability*: Jede Beeinträchtigung oder jedes Fehlen (als Folge eines Impairments) einer Fähigkeit zur Ausübung einer Aktivität, die nach Art und Weise sowie Umfang für Menschen als normal gilt. *Handicap*: Die aus einem Impairment oder einer Disability hervorgehende Behinderung eines Betroffenen, die die Ausübung dessen als normal geltende Rolle hinsichtlich Alter, Sexualität, sozialen und kulturellen Faktoren begrenzt oder verhindert.“ (United Nations 1983, S. 3)

Zur Verwirklichung des Anliegens des Weltprogramms „Volle Teilhabe und Gleichberechtigung“ wurden drei Elemente hervorgehoben. Es handelt sich um Prävention, Rehabilitation und Equalization of Opportunities. Diese Begriffe spielen wiederum eine Schlüsselrolle. Deshalb wird ihre Definition ebenfalls wiedergegeben:

„10. *Prävention* bezeichnet Maßnahmen, die einmal auf die Verhütung der Entstehung von mentalen, physischen und sensorischen Gesundheitsschäden/Funktionsstörungen abzielen (primäre Prävention) und weiterhin die Verhütung negativer physischer, psychischer und sozialer Folgen aus einem einmal entstandenen Gesundheitsschaden/einer Funktionsstörung.“ (United Nations 1983, S. 3)

Bereits 1981 hatte ein Expertentreffen der WHO allerdings dazu geführt, den Begriff der Prävention viel weiter zu fassen:

„*Primäre Prävention* – Unterbindung von Gesundheitsschäden/Funktionsstörungen;

Sekundäre Prävention – Begrenzung oder Zurückführung einer Fähigkeits- oder Fertigkeitstörung, die von einem Gesundheitsschaden/einer Funktionsstörung verursacht worden ist;

Tertiäre Prävention – Verhütung des Übergangs einer Fähigkeits-/Fertigkeitstörung in eine Behinderung. (WHO 1981)

11. *Rehabilitation* bedeutet einen zielorientierten und zeitlich begrenzten Prozess zur Befähigung einer Person mit einem Gesundheitsschaden/einer Funktionsstörung, ein Optimum an mentalen, physischen und/oder sozialen Funktionen zu erreichen, so dass sie mit diesen Mitteln in der Lage ist, ihr eigenes Leben zu verändern. Der Prozess kann Maßnahmen einschließen, die einen Funktionsverlust oder eine Funktionseinschränkung kompensieren (z. B. mit technischen Hilfsmitteln) und Maßnahmen, die dazu dienen, die soziale Eingliederung oder Wiedereingliederung zu fördern.

12. *Equalization of Opportunities (Chancengerechtigkeit/Zugänglichkeit)* bezeichnet den Prozess, mit dessen Hilfe allen Menschen die Gesellschaft generell zugänglich gemacht wird. Dies bezieht sich auf die materielle und kulturelle Umwelt, Wohnen und Transport, Sozial- und Gesundheitsfürsorge, Bildungs- und Arbeitsmöglichkeiten, das kulturelle und gesellschaftliche Leben, eingeschlossen Sport und Erholung.“ (United Nations 1983, S. 3)

Den Mitgliedern der Vereinten Nationen lag mit dem Weltprogramm auch ein Aufgabenkatalog vor. In Kapitel III, Abschnitt 4 listet das Weltprogramm unter dem generellen Anliegen „Equalization of Opportunities“ in nicht weniger als 29 Abschnitten konkrete Forderungen auf. Sie werden differenziert nach Gesetzgebung, materieller Umwelt, Erziehung und Bildung, Beschäftigung, Erholung, Kultur, Religion, Sport bis ins Einzelgehende benannt. Im Bewusstsein der Schwierigkeiten,

diese Forderungen zu erfüllen, wurde dafür ein Zeitraum von zehn Jahren ins Auge gefasst. Die Generalversammlung der UN erklärte ihn seiner Bedeutung halber zur UN Decade of Disabled Persons/UN Dekade der Personen mit Behinderungen 1983-1992". (UN Assembly 1982)

1.1.6 UN Decade of Disabled Persons, 1983 - 1992, Berichterstattung zur Halbzeit

Zur Gewährleistung einer kontinuierlichen Umsetzung des Weltprogramms dienten Zwischenberichte, die die Länder zu erstatten hatten. Das Regionalbüro der WHO für Europa veranstaltete zu diesem Zwecke periodische Expertentreffen, zur Halbzeit der Dekade im März 1987 eines in Ljubljana. Das Wiener Büro der UN führte im September 1987 in Stockholm aus dem gleichen Anlass ein repräsentatives Expertentreffen durch, das der Auswertung von 82 Länderberichten und der Bewertung des Erreichten diente.

Dem Expertentreffen in Stockholm war unmittelbar eine Veranstaltung nichtstaatlicher Organisationen vorangegangen, dominiert von Disabled Persons International und International Council on Disabilities. Sie endete mit der Forderung, ausschließlich Personen mit Behinderungen als Experten und legale Vertreter in eigener Sache anzuerkennen. Von den sechs für das Expertentreffen vorgesehenen Vizepräsidenten stellten die Vertreter der Behindertenverbände allein fünf. Auf die sechste Position wurde Prof. Dr. K.-P. Becker gewählt. Ohne die Kompetenz von Personen mit Behinderungen in Frage zu stellen, musste umgekehrt die Akzeptanz von professionellen Kooperationspartnern gewahrt werden. Es gelang, eine sachbezogene produktive Arbeitsatmosphäre zu schaffen, die zu ausgewogenen Lösungen führte.

Dazu zählte u. a., eine der zukunftsreichsten Forderungen zu vereinbaren. Ohne es damals zu ahnen, wurden in Artikel 11 die Weichen für die Entwicklung der Behindertenrechtskonvention gestellt, auch wenn der vorgegebene Zeitraum von fünf Jahren bis zu ihrer Verabschiedung um vierzehn Jahre überschritten wurde. Wörtlich lautete der Artikel:

„11. The General Assembly should convene a special conference on the human rights of disabled people, with the mandate to elucidate such rights and to draft an international convention on the elimination of all forms of discrimination against disabled persons, to be ratified by States by the end of the decade.“ (United Nations Office at Vienna 1987)

In diesem Zusammenhang ist der Verweis auf das im Jahr 1961 von der Gesellschaft für Rehabilitation initiierte und geführte Rundtischgespräch zur gesellschaftlichen Determination von Rehabilitation, dessen Empfehlungen ausdrücklich auf die Menschenrechtskonvention Bezug nehmen, noch einmal hervorzuheben. (s.S. 16)

Diese Forderung beruhte auf der Erfahrung, dass die Charta für die 80er Jahre, das Weltaktionsprogramm sowie die Bemühungen der WHO ihrem Charakter nach zwar Willensbekundungen der Vereinten Nationen waren, jedoch keine Rechtsverbindlichkeit für die Mitgliedsländer einschlossen.

Ohne Zweifel gab es auch gute Gründe für die Vertreter von DPI Kritik an offiziellen Dokumenten zu üben. Dazu zählte die ICIDH. Folgt man dem Modell (s.S. 18), dann geht aus dem Impairment der Folgezustand Disability hervor. Daraus folgt wiederum das Handicap. Diese drei Stufen der ICIDH wurden quasi als Kettenreaktion verstanden. Das Handicap erschien im Endergebnis als personale Eigenschaft. Mangelhafte Integration in die Gesellschaft im Allgemeinen und unbefriedigende Partizipation am beruflichen, politischen und kulturellen Leben galten demnach auch als selbstverschuldet. Die Vereinigungen behinderter Menschen empfanden diese Darstellung als Diskriminierung. Die Vertreter von DPI forderten bereits 1985 auf einem Treffen der führenden Be-

gutachter der ICIDH in Voorburg/NL eine grundsätzliche Neuorientierung der Klassifikation. Sie hätte unbedingt die Rolle der materiellen wie sozialen Umweltbedingungen bei der Entstehung von Behinderungen zu berücksichtigen. Es bliebe in der Klassifikation unberücksichtigt, dass die vorherrschenden Normen des Denkens und Verhaltens der Menschen in der Gesellschaft selbst an der Konstituierung einer Behinderung beteiligt sind, zu einer Voreingenommenheit diesen Menschen gegenüber führen und ihrerseits verändert werden müssten.

Der Urheber der ICIDH, Philip Wood, hatte zu dem WHO-Expertentreffen im März 1987 in Ljubljana bereits mit einer Zusammenfassung aller aufgetretenen Probleme auf die Kritik reagiert. Er interpretierte die Forderung von DPI u.a. nach einem bipolaren dynamischen Modell. (Wood, Ph.1987, S. 13) Auf diese Weise fand eine Revision der ICIDH statt. Daraus ging ein Entwurf Namens Beta-1 oder ICIDH-2 hervor und gelangte zur Erprobung. Im Unterschied zum bisherigen „medizinischen Modell“ wurde der Klassifikation ein „soziales Modell“ zugrunde gelegt, „d.h. der Schwerpunkt liegt auf der Integration der Menschen mit Behinderungen in die Gesellschaft. Behinderung ... ist eine komplexe Konstellation von Umständen, von denen viele durch das soziale Umfeld geschaffen werden. Daher verlangt die Behinderung soziales Handeln; ...“ (WHO 1998, S. 11) In der deutschen Fassung werden an Stelle der negativ besetzten Begriffe Impairment, Disability und Handicap nunmehr Begriffe mit positiven Konnotationen verwendet: Schäden, Aktivitäten und Partizipation. Die neue Version bezweckt neben anderen Absichten: „Eine Grundlage zur Verfügung zu stellen, um die Bedeutung von Behinderungen für das Leben von betroffenen Personen und ihre Partizipation in der Gesellschaft zu verstehen:

- Die Folgen von Gesundheitsproblemen genau zu definieren, um eine bessere Pflege und Versorgung zu bieten, die die Partizipation von Menschen mit Behinderungen in der Gesellschaft verbessern;
- Daten über Faktoren zu sammeln, die die Partizipation von Menschen mit Behinderungen erleichtern oder erschweren.“ (WHO 1998, S. 13).

Dieser Entwurf stellt den Vorläufer der ICF, d.h. der International Classification of Functioning, dar. Erwähnenswert erscheint in diesem Zusammenhang, dass in dem Buch „System Heilpädagogik“ der Behinderungsbegriff zur gleichen Zeit vielseitig abgehandelt worden ist (Speck, O. 1988, S. 99 ff.). Es fehlt jedoch jeglicher Bezug zur ICIDH und zu den damals stattgefundenen Diskussionen. Unerwähnt bleibt auch das biopsychosoziale Modell als Grundlage für das Verständnis der Humanontogenese, das an der Humboldt-Universität schon in den siebziger Jahren entwickelt worden war und die Theorie der Rehabilitationspädagogik mitbestimmt. Ungeachtet dessen schreibt Speck im Kapitel II dieses Buches mit Bezugnahme auf die Rehabilitationspädagogik:

„Resümierend lässt sich kritisch feststellen, dass der Rehabilitationsansatz dem Medizinischen Modell folgt (Runde 1979) und die Rehabilitationsprozesse einseitig gesteuert werden. Er hebt zu sehr auf außengesteuerte, organisierte Lernprozesse, auf organisierte Hilfeleistung ab. Die Eigeninitiative des Rehabilitanden kommt zu kurz. Erfolgreiche Reha-Maßnahmen sind nicht gleichbedeutend mit wirklicher sozialer Eingliederung.“ (Speck, O. 1988, S. 43/44)

Selbst wenn man dem Autor konzidiert, dass er sich auf Sekundärliteratur (Runde) stützt, enthebt es ihn nicht von der Kritik, dass diese Feststellungen einer diskussionswürdigen Begründung entbehren. Der Autor lässt z. B. offen, was unter wirklicher sozialer Eingliederung zu verstehen ist. Unbeachtet bleibt dabei die Subjektposition, die der Rehabilitand per definitionem in der Rehabilitationspädagogik im Rehabilitationsprozess einnimmt. Es verdichtet sich vielmehr der Eindruck, dass sich zumindest zu dieser Zeit viele Vertreter der Sonder- oder Heilpädagogik in der BRD den Bemühungen der WHO und anderer Rehabilitationsgesellschaften gegenüber voreingenommen

zeigten und aus den unterschiedlichsten Gründen einer Diskussion aus dem Wege gingen. Die Vorteile einer interdisziplinären Gemeinschaftsarbeit wurden verschenkt. Es darf deshalb nicht unerwähnt bleiben, dass derselbe Autor 23 Jahre später wiederum zur Feder greift, diesmal aber, um dem vereinseitigten „positiven Denken“ in der Heilpädagogik entgegenzutreten. Abgesehen davon, dass sich die Heilpädagogik zu sehr mit der Sonderpädagogik auf die Sonderschule eingengt hätte, schreibt er wörtlich:

„In Frage gestellt bzw. verdrängt wurde dabei die Realität biologisch-pathologischer Faktoren. Nach Auffassung des Bremer Neurobiologen Roth (2007, 210) wurde damals ein völlig überzogener Bildungsoptimismus propagiert, gepaart mit einem „extremen Anti-Biologismus“. Diese einseitige Sicht sei nach seiner Beobachtung damals von einem „politisch sehr erwünschten sozialwissenschaftlichen Meinungsterror“ begleitet gewesen. Verpönt waren u. a. auch Begriffe wie Mitleid und Leiden. Erst jüngst hat Alfred Großer in der Paulskirche in Frankfurt am Main hervorgehoben: „Menschlichkeit heißt, das Leiden der anderen zu verstehen (zit. nach Braun/Drobinski/Widmann 2010).“ (Speck, O. 2011, S. 86)

Eine Ausnahme bildet W. Jantzen in seinem Buch „Allgemeine Behindertenpädagogik“ von 1987 insofern, als er auf die Definition der Behinderung des Weltgesundheitsamtes von 1981, also auf die ICDH eingeht. Ohne dass er allerdings in dieser Edition auf die aktuelle Diskussion *expressis verbis* Bezug nimmt, schreibt er wörtlich:

„Ich kann der Benennung dieser Ebenen (biologische, psychologische, soziale) durchaus zustimmen. Nicht zustimmen kann ich den angesprochenen Annahmen zur Kausalität, zur Verursachung.“ (Jantzen, W. 1987, S. 17)

Genau dieselbe Kritik übten Vertreter der Rehabilitationspädagogik. Sie haben schon vor der Entwicklung der ICDH versucht, eine derartige mechanistische Betrachtungsweise zu überwinden, und das biopsychosoziale Modell der Humanontogenese entwickelt. Es bleibt jedoch auch in Jantzens Publikation unerwähnt.

An der Humboldt-Universität zu Berlin hatte sich seit der Mitte der sechziger Jahre eine Wissenschaftsentwicklung vollzogen, die sich um die Klärung theoretischer Grundpositionen bemühte und sich in der Folgezeit an der Diskussion um die Positionen der WHO sowie der UN beteiligte. Im Ergebnis dieser Entwicklung erfolgte eine Umbenennung der Disziplin, die bisher als „Sonderschulwesen“, „Sonderpädagogik“ oder „Heilpädagogik“ bezeichnet wurde. Zumindest die Fachvertreter an der Humboldt-Universität zu Berlin tendierten zu einer begrifflichen Verbindung des Grundwortes Pädagogik mit dem näheren Bestimmungswort Rehabilitation zu dem Terminus Rehabilitationspädagogik. In diesem Zusammenhang fand auch eine Diskussion der Definition von Rehabilitation statt, wie sie 1965 vereinbart worden war. Diese Definition stieß im Hinblick auf die Situation des Kindes auf Widerspruch. Der Vorbehalt rührte daher, dass im Kindesalter die Entwicklung dominiere, bevor von Erhaltung, Wiederherstellung oder Pflege die Rede sein kann. Insofern müsste Habilitation und nicht Rehabilitation die treffendere Bezeichnung sein. Allerdings korrespondiert Pädagogik grundsätzlich mit Entwicklung und schließt Habilitation insofern ohnehin ein. Als Problemlösung wurde ein Vorschlag von Becker akzeptiert, die Definition von Rehabilitation zu erweitern und die Konvention einzugehen, Habilitation unter Rehabilitation zu subsumieren. Die Definition von Rehabilitation lautete demnach:

„Rehabilitation ist eine zweckgerichtete Tätigkeit eines Kollektivs in medizinischer, pädagogischer, sozialer und ökonomischer Hinsicht zur Entwicklung, Erhaltung und Wiederherstellung und Pflege der Fähigkeiten des geschädigten Menschen, aktiv am produktiven, wirtschaftlichen, politischen, kulturellen und familiären Leben der Gesellschaft teilnehmen zu können.“ (Becker, K.-P. u. a. 1984, S. 236)

Weiterhin bedurfte eine Tendenz ganz anderer Art einer Auseinandersetzung. Presber/Schorr/Seidel (1974) stießen in den sechziger Jahren in der DDR in der ärztlichen Praxis auf die Ten-

denz, den Begriff der Rehabilitation im Allgemeinen auf die Berücksichtigung des sozialen und beruflichen Milieus der Patienten zu beschränken. Sie setzten dieser Tendenz den Begriff der speziellen (komplexen) Rehabilitation entgegen, um ausdrücklich auf die interdisziplinäre Verflechtung der Rehabilitation und ihre speziellen Felder zu verweisen.

1.2 Der Mensch als biopsychosoziale Einheit

1.2.1 Überwindung der biosozialen Betrachtungsweise

Die 1969 erfolgte Gründung der Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft der Humboldt-Universität zu Berlin bewirkte eine fortlaufende Arbeit an der Entwicklung einer Theorie der Rehabilitationspädagogik. Dabei musste auf die Kompatibilität mit vorherrschenden Auffassungen zur Rehabilitation im Allgemeinen geachtet werden. In diesem Zusammenhang fand die ICDH der WHO Beachtung. Allerdings folgten die Initiatoren weder diesem Modell noch seiner ICDH-2-Version. K.-F. Wessel, Philosoph, und K.-P. Becker, Rehabilitationspädagoge, überwandern gemeinsam mit Wissenschaftlern anderer Fachdisziplinen an der Humboldt-Universität zu Berlin die bisher gängige bipolare Interpretation der menschlichen Entwicklung als biosozial. Sie konzipierten die Humanontogenese als einen biopsychosozialen Vorgang. Zu der biologischen und der sozialen Komponente trat als ebenbürtige dritte die psychische hinzu. Die drei bilden eine Einheit.

Die Humanontogenese verläuft auf dem Boden des sich kontinuierlich verändernden Faktors Zeit, dem alle Komponenten unterliegen. Dabei eignet sich der Mensch mit seinem genetischen Programm und seiner physischen Konstitution in einer gegebenen Gesellschaftsformation ein Leben lang Kulturgut an, knüpft soziale Beziehungen und trägt durch die Vergegenständlichung seiner eigenen Wesenskräfte wiederum zu ihrer Bereicherung bei. Dieser Prozess beinhaltet die psychische Entwicklung. Die Psyche bildet sich im Wechselverhältnis mit den biotischen Entwicklungsvoraussetzungen und den sozialen Entwicklungsbedingungen zu einem selbständigen Entwicklungsfaktor aus, der seinerseits als „subjektiver Faktor“ aktiv auf das eigene Sein wie auf die äußere Umwelt interessengerichtet einwirkt. Der subjektive Faktor korrespondiert mit dem Selbstbestimmungsrecht jedes Menschen, auch des Menschen mit einer Behinderung. Die Konsequenz zieht K.-P. Becker für den Bildungs- und Erziehungsprozess daraus, indem er ihm die intentionale Bezogenheit von Lehrendem und Lernendem zugrunde legt und beide Positionen variabel austauschbar in dem Prozess enthalten sind. Ohne auf Maturana und Varela⁴ eingegangen zu sein, liegt eine Betrachtung des Menschen als autopoietisches System nahe.

Aus der Sicht einer pädagogischen Disziplin kann der Grundprozess der das Leben umspannenden menschlichen Persönlichkeitsentwicklung weiterhin als Lernprozess verstanden werden. Er vollzieht sich in unterschiedlichen Formen der Auseinandersetzung des Menschen mit seiner Umwelt, im Tätigsein. Tätigsein im weitesten Sinne. Die augenfälligsten Formen begegnen uns im Spiel, dem Unterricht, der Arbeit, interesselgeleiteten Beschäftigungen u. a. mehr. Das Lernen im Unterricht stellt nur eine Variante des Lernens im umfassenden Sinne dar. Dialektisch gesehen, vollziehen sich Lernen und Entwicklung in der kontinuierlichen Lösung von Widersprüchen auf jeweils höherem Niveau. Die Widersprüche können allerdings zu entwicklungshemmenden Konflikten ausarten. Das ist der Fall, wenn die angestrebte Niveaustufe infolge biotischer Belastungen/Gesundheitsschäden oder Funktionsstörungen des Betreffenden und dafür inadäquaten

⁴ Bezugnahme auf konstruktivistische Überlegungen

sozialen Entwicklungsbedingungen als unerreichbar erscheint. Umgekehrt können inadäquate soziale Entwicklungsbedingungen von traumatisierender Wirkung biotische Schäden oder Funktionsstörungen auslösen und eine gleichartige Widerspruchslage hervorrufen. Wird die Stufe zur Barriere und ist nicht mehr zu überwinden, so entwickelt sich kausal gesehen eine Störung des Verhältnisses der wechselseitig verbundenen biotischen, psychischen und sozialen Komponenten, symptomatisch gesehen eine Lernbehinderung. Sie orientiert sich an invarianten Merkmalen der menschlichen Entwicklung, wie Motorik, Sensorik, Sprache, Kognition, Sozialverhalten. Im Prozess der Aneignung von Kulturgut und sozialen Verhaltensweisen offenbart sie sich schließlich als Einschränkung oder gar als Verlust an Partizipation/Teilhabe in verschiedenen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens. Der Betroffene erlebt diesen Zustand im Vergleich zum Leben seiner Mitmenschen und besonders zu deren Einstellung und Verhalten ihm gegenüber. Er reflektiert ihn nach Maßgabe seines intellektuellen Niveaus und Anspruchs sowie seiner emotionalen Sensibilität. Er muss ihn emotional wie rational verarbeiten. Je nach seiner Frustrationstoleranz (Relianz) reagiert er konstruktiv und sucht mit sozialer Hilfe nach einer Lösung oder er reagiert panisch, depressiv. Der Gesellschaft erwächst daraus die Pflicht, solidarische Hilfe zu leisten, sei es in Form der Einstellung dem Betroffenen gegenüber, des Nachteilsausgleichs oder gesetzlicher Regeln.

Das Recht auf Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderung wurde bereits von der Charta der 80er, dem Weltaktionsprogramm für Menschen mit Behinderungen und wird jüngst von der Behindertenrechtskonvention eingefordert. Damit korrespondiert die nachvollziehbare Forderung der Interessenvertreter von Menschen mit Behinderungen im Sinne des Empowermentgedankens „Nichts über uns, ohne uns“. Sie darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass generalisierende Aussagen oder Forderungen, die mit Integration oder Inklusion verbunden sind, sich keinesfalls immer mit den Interessen eines Einzelnen decken müssen. Die Art und Weise, wie ein Mensch über sich bestimmt, hängt sowohl von der Wahrnehmung der sozialen Umstände und darin eingebettet seiner eigenen Lage und seinen davon abzuleitenden Wünschen ab. Dabei spielt der Grad an intellektueller Ein- und Weitsicht eine wegweisende Rolle. Je mehr sich das Denken auf die elementaren Alltagsverrichtungen reduziert, wie es bei Menschen mit einer geistigen Behinderung in abgestuften Graden der Fall ist, umso mehr engt sich der individuelle Aktionsradius desjenigen an Selbstbestimmtheit ein. Er benötigt Fürsprache. Sie ist sorgfältig von Fremdbestimmung zu unterscheiden. Als Orientierungsgröße bietet sich das Wohlbefinden, das Wohlgefühl als Attribut des täglichen Lebens an. Es kann unabhängig von dem intellektuellen Niveau der behinderten Person relativ eindeutig ermittelt werden. Die Überlegungen zur biopsychosozialen Humanontogenese haben zu dem folgenden Modell (s. Abb. 1 auf S. 24) geführt.

Die biopsychosoziale Interpretation der Humanontogenese fand jedoch weder bei der Diskussion der ICIDH in der Sektion Medizinische Rehabilitation der GfR sowie dem Institut für die Organisation des Gesundheitswesens der DDR hinreichend Beachtung noch bei der Revision der ICIDH zur ICIDH-2 Berücksichtigung. Die inzwischen erfolgte offizielle Übersetzung von ICIDH ins Deutsche lautete: Internationale Klassifikation der Schäden, funktionellen Einschränkungen und sozialen Beeinträchtigungen. Wie schon erwähnt, erfüllte auch die ICIDH-2 die Erwartungen nicht vollends, so dass sich die Revision weiter auf die neunziger Jahre verlegte. Die GfR bestand zu dieser Zeit nicht mehr. K.-P. Becker beteiligte sich an der Diskussion nun innerhalb des ständigen Ausschusses Interdisziplinäre Rehabilitationsforschung der Deutschen Gesellschaft für die Rehabilitation Behinderter e. V. Einen Fortschritt bewirkte die Quebec Company sowie die Kanadische Gesellschaft für die ICIDH durch eine weiter entwickelte Klassifikation (CSICIDH). Das Überra-

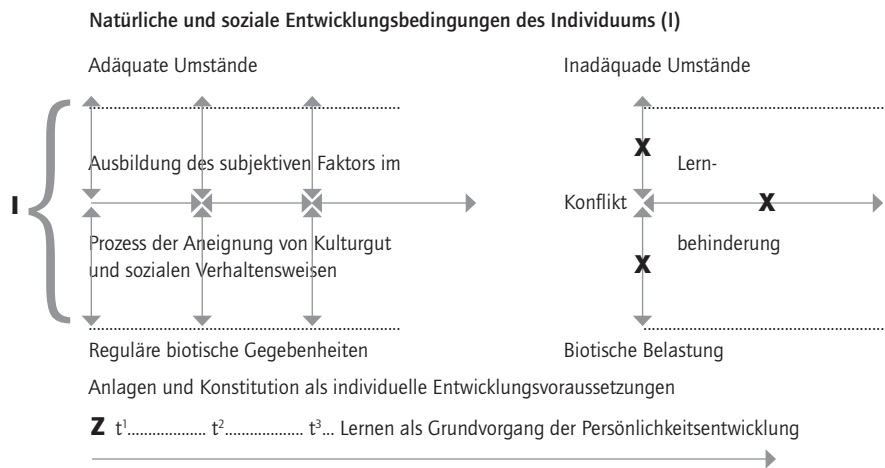


Abb. 1: Idealisierte und behindernde Ausgangsbedingungen für die Persönlichkeitsentwicklung

schende daran war, dass ihr ebenfalls eine biopsychosoziale Betrachtungsweise zugrunde lag. Sie bestimmte fortan die Diskussion. In den folgenden Kapiteln 2 und 3 wird im Zusammenhang mit der Einführung der jetzt gültigen International Classification of Functioning (ICF), deutsch: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, darauf noch einmal eingegangen werden.

1.2.2 Empirische Untersuchungen

Es sollte hinsichtlich der Bedeutung des humanontogenetischen Modells nicht bei konzeptionellen hypothetischen Aussagen bleiben. Ein empirischer Nachweis war gefordert. Zu diesem Zweck begann Ende der 70er Jahre eine interdisziplinär zusammengesetzte Forschungsgruppe der Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft der Humboldt-Universität, die Einflüsse biotischer, psychischer und familiärer Persönlichkeitskomponenten in ihrer gegenseitigen Verschränkung auf die Entwicklung von Kindern zu untersuchen.

Eine streng nach dem Zufall ausgewählte Stichprobe für eine Longitudinalstudie aus einem demographisch repräsentativen Gebiet Mitteldeutschlands umfasste 634 Kinder. Sie befanden sich zu Beginn der Untersuchungen im Alter von 3; 0 bis 3; 6 Lebensjahren. Jugend- und Fachärzte, Rehabilitationspädagogen, Pädagogen und Psychologen verschiedener Fachrichtungen nahmen in drei aufeinander folgenden Zweijahresschritten unter Zuhilfenahme ausgewiesener Verfahren Untersuchungen aller Probanden vor. Auf diese Weise konnten Daten gewonnen werden, die sich einmal im Querschnitt auf ein Lebensalter bezogen und zum anderen, im Längsschnitt verbunden, die Entwicklung über mehrere Jahre dokumentierten.

Die Untersuchungsergebnisse wurden anonymisiert und EDV-gerecht aufbereitet. Zum dritten Messpunkt standen noch die Daten von 579 Probanden zur Verfügung. Sie wurden einer Clusteranalyse unterzogen. Im Ergebnis konnten 9 weitgehend homogene Gruppen gebildet werden.

Es zeigte sich ein Gefälle der Ausprägung der Lernbehinderung am Niveau des Entwicklungsstandes in den Äußerungsbereichen, das in Gruppe 1 ausgeprägt in Erscheinung tritt und mit zunehmender Gruppennummer bis Gruppe 6 sinkt. Gruppe 7 nimmt eine Sonderstellung ein. Die Gruppen 8 und

Tab. 1: Ergebnisse geordnet nach Probandengruppen 1 bis 7 (Becker, K.-P. u. a. 1991, S. 159)

Gruppe	Probanden	%	Entwicklungsniveau in den Äußerungsbereichen (Ä) ⁵
1	18	3,1	Niedriger Entwicklungsstand in allen Ä
2	22	3,8	Niedriger Entwicklungsstand in Kombination von je 3 Ä
3	72	12,4	Niedriger Entwicklungsstand in Kombination von je 2 Ä
4	13	2,8	Nur Auffälligkeiten im Bereich Sprache
5	24	4,2	Wenig entwickelte kognitive Fähigkeiten
6	29	5,0	Wenig entwickelte motorische kognitive Fähigkeiten
7	80	13,8	Auffälliger Encephalopathie-Gesamtwert weist auf einen Zusammenhang mit Verhaltensauffälligkeiten hin

9 mit 55,8% aller Probanden wiesen keinerlei Merkmale einer Lernbehinderung auf. Sie fehlten deshalb in der Tabelle. Die Probanden der Gruppe 9 zeigen sogar überdurchschnittliche Leistungen.

Die Ergebnisse dieser Untersuchung bestätigten die Aussage, dass sich die ausgeprägte Lernbehinderung in allen vier Äußerungsbereichen manifestiert und hohe biotische Belastungsgrade gehäuft mit sehr ungünstigen familialen Erziehungsbedingungen kulminieren, aber in Abhängigkeit von der Ätiologie des Hirnschadens und der familialen Konstellation keineswegs immer kulminieren müssen! Bei abnehmender Intensität einer Lernbehinderung korrelierten die variablen Kombinationen von Äußerungsbereichen mit geringeren biotischen und familialen Belastungsgraden. Wie erwartet bestand eine enge Wechselwirkung zwischen diesen drei Faktoren, wobei der wichtigen Rolle der sozialen Lebensbedingungen in dem folgenden Abschnitt nachgegangen werden sollte.

Die Kulmination von hohen biotischen Belastungsgraden und ungünstigen familialen Lebens-/Erziehungsbedingungen bei einer hochgradigen Ausprägung der Lernbehinderung veranlasste uns, die Wechselbeziehung dieser Faktoren möglichst zu erhellen. Ein weiterer Grund bestand darin, der Frage nachzugehen, ob die von Bleuler in seinem Lehrbuch der Psychiatrie von 1955 vertretene Auffassung zutrifft, „dass unter den Fällen von leichtem und mittelschwerem Schwachsinn die vererbten Formen die große Mehrzahl ausmachen. Man rechnet, dass etwa $\frac{2}{3}$ bis $\frac{4}{5}$ der Fälle von Debilität und Imbezillität vererbt sind“. (Bleuler, E. 1955, S. 495)

Die Untersuchung erfolgte mit Hilfe von erhobenen Kasuistiken von Kindern, die zu damaliger Zeit zur Population der Schüler an Hilfsschulen gehörten. Nach psychiatrischer Klassifikation wären sie als debil und teilweise als grenzwertig imbezill zu bezeichnen gewesen. Die heute gebräuchliche Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) der WHO würde sie in die Grade leichte geistige Behinderung (IQ 50 bis 69) und mittelgradige (IQ 35 bis 49) einstufen. Der aufgedeckte Zusammenhang der biotischen, sozialen und psychischen Faktoren kann wie folgt beschrieben werden:

Mütter und/oder Väter mit geringem Bildungsniveau, unvollständiger Berufsausbildung, häufigem Arbeitsstellenwechsel, losen Partnerbeziehungen u. a. m. praktizieren einen „subkulturellen Lebensstil“, wie wir ihn genannt haben. Dieser Stil geht keineswegs immer mit materieller Armut einher. Er drückt sich u. a. darin aus, dass Schwangere Genussmittelmissbrauch treiben, hygienische Normen vernachlässigen, die Erziehungspflichtigen zu ihren Kindern eine mangelhafte emotionale und/oder soziale Bindungsfähigkeit entwickeln u. a. m. Unter solchen Milieueinflüssen werden Föten mit bio-

⁵ Äußerungsbereiche = Symptome der Lernbehinderung in den Bereichen Motorik, Kognition, Sprache, Verhalten

tischen Risiken belastet. Sie kommen meist mit frühkindlichen Hirnschäden im Sinne des psychoorganischen Achsensyndroms zur Welt und müssen in den ersten Lebensjahren unter den gleichen unzulänglichen sozialen Entwicklungsbedingungen aufwachsen, unter denen sie gezeugt und ausgetragen worden sind. Dabei bereiten die ungünstigen biotischen Entwicklungsvoraussetzungen den Boden für eine noch schädlichere Auswirkung des subkulturellen Lebensstils auf die kindliche Entwicklung und bilden eine Kette von Belastungen, die über Generationen fortwirken kann, so dass die Lernbehinderung als Ausdruck einer intellektuellen Schädigung sozial übertragen, quasi „sozial vererbt“ wird. Allgemein gesagt: Soziale und biotische Belastungen bedingen sich in der Genese von intellektuellen Schädigungen und unter dem Einfluss der Persönlichkeitseigenschaften des Heranwachsenden wechselseitig.

Debilität/Imbezillität stellen demnach das Ergebnis einer Kette reaktiv verbundener sozialer, biotischer und psychischer Faktoren dar, die sogar Generationen umspannen kann, wie Hilfsschullehrer aus eigener Erfahrung zu berichten wussten. Obgleich die Untersuchung nach der Zahl der Probanden nicht als demographisch repräsentativ gelten kann, stellt sie die Vererbungsthese nach Bleuler mehr als in Frage.

In Diskussionen wurde, wie schon auf den Seiten 20/21 vermerkt, verschiedentlich der Vorwurf erhoben, die Rehabilitationspädagogik folge dem medizinischen Modell, das die Defizite eines Menschen auflistet und deren Behandlung betreibt. Dieser Vorwurf übersieht, dass ohne eine biotische Belastung, d.h. einer Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit im Sinne der ICF eine Behinderung nicht zustande kommt. Das ist ebenso wenig der Fall, wie ohne damit korrespondierende inadäquate soziale Umstände. Daraus resultieren abhängig von der psychischen Verfassung des Betroffenen Beeinträchtigungen dessen Tätigseins. Schließlich manifestiert sich der Zustand im Leistungs- und Sozialverhalten der Persönlichkeit auf je individuellem Niveau und verändert sich mit dem Lauf der Zeit. Daran knüpft jeder Bildungs- und Erziehungsprozess wie jeder Rehabilitationsprozess an, ganz gleich, ob er Fähigkeitsentwicklung oder das Ausschöpfen von Ressourcen genannt wird. In jedem Falle gilt es, das soziale Milieu derart zu gestalten, dass die alters- und bedürfnisgerechte Teilhabe an gesellschaftlichen Aktivitäten möglich wird.

1.3 Rehabilitationspädagogik

Der Rehabilitationspädagogik (Rp) liegt das Theorem zugrunde, dass Lernbehinderungen verhütet, beseitigt oder zumindest gemildert werden können. Ganz gleich, welcher Art die spezielle Hilfe sei und wo sie geleistet werden soll, sie muss stets von der Analyse der Wechselwirkung biotischer, psychischer und sozialer Faktoren in der bisherigen Lebensgeschichte des Betroffenen ausgehen. Sie muss versuchen, die sozialen Barrieren zu beseitigen, Förderfaktoren zu mobilisieren und die individuellen Entwicklungspotenziale auszuschöpfen. Auf diese Weise wirkt die Rp je nach der konkreten Situation sowohl im Sinne der primären, sekundären und tertiären Prävention als auch als interdisziplinäre Komponente der Rehabilitation. Sie strebt die aktive Teilnahme jedes Betroffenen am gesellschaftlichen Leben in seinen wichtigsten Bereichen an.

Die Rehabilitationspädagogik versteht sich dabei als Einheit von Erziehung, Bildung und Rehabilitation. Prävention, Beseitigung oder Minderung der Lernbehinderung sind dem Bildungs- und Erziehungsprozess immanent, der seinerseits adäquate soziale Umstände repräsentiert und darüber hinaus für solche sorgt. Die Rehabilitationspädagogik knüpft dabei insbesondere an den Auffälligkeiten an, mit deren Hilfe die Lernbehinderung erkannt und bestimmt wird. Es sind dies die Motorik, die Sensorik, die Sprache, das Denken und die Emotionen/das Verhalten, auch Äußerungsbereiche der Lernbehinderung genannt. Die Auffälligkeiten orientieren sich ihrerseits an invarianten Merkmalen der Persönlichkeitsentwicklung.

Davon abgeleitet konstituieren sich die Wirkungsbereiche: Bewegungs-, Sinnes-, Sprach-, Denk- und Gefühls-/Verhaltenserziehung sowie die Einwirkung auf das Milieu. Die Rehabilitationspädagogik unterscheidet sich demzufolge von solchen Auffassungen, die die Erziehung und Bildung nur trotz bestehender Behinderungen gestalten und auf die „Spontanentwicklung“ oder gar auf die „Selbsteilungskräfte“ des menschlichen Individuums vertrauen und sich nicht als Disziplin in interdisziplinärer Kooperation an der komplexen Rehabilitation beteiligen.

Nichtsdestotrotz erscheint es erwähnenswert, dass sich die Sonder-/Heil- oder Behindertenpädagogik in der BRD ohne Verweis auf die Wirkungsbereiche der Rehabilitationspädagogik jetzt dieses Ansatzes in Form von Förderschwerpunkten und Förderbereichen bedient.

Folgt man der Auffassung, dass das Lernen der Grundvorgang der Persönlichkeitsentwicklung ist und diese sich ein Leben lang vollzieht, dann weitet sich der Aktionsradius der Rehabilitationspädagogik über das Kindes- und Jugendalter entsprechend aus. Anstoß erregt in diesem Zusammenhang allerdings weniger der Begriff der Bildung als der Begriff der Erziehung. Man muss allerdings dabei das Zugeständnis machen, dass entgegen dem klassischen Bildungsbegriff, der mit dem Erwerb des Kulturgutes Erziehung einschließt, zwischen beiden unterschieden werden kann. In diesem Falle korrespondiert Bildungserwerb vorrangig mit Wissenserwerb und gilt über die Schulzeit hinaus ein Leben lang als eine positive Eigenschaft. Erziehung impliziert demgegenüber Verhaltensregulierung, mehr oder weniger fremdbestimmt. Verbreitet ist die Auffassung, mit Abschluss der Schulzeit und der Berufsausbildung sei Erziehung keine öffentliche Angelegenheit mehr. Selbst wenn man Erziehung als intentionale Bezogenheit mindestens zweier Personen mit dem Ziel der Persönlichkeitsentwicklung definiert und Erwachsenen zugesteht, an der Vervollkommnung ihres eigenen Leistungs- und Sozialverhaltens interessiert zu sein und sich darum zu bemühen, bleibt das Ressentiment gegenüber Erziehung im Allgemeinen bestehen.

Löst man sich jedoch von der konventionellen Vorstellung von Erziehung, so kann man feststellen, dass so viele Umwelteinflüsse indirekt oder direkt, absichtsvoll oder unbeabsichtigt auf die Gefühle der Menschen sowie auf ihr gesamtes Verhalten einwirken. Zumindest eine Reihe von therapeutischen Prozessen entspricht den Merkmalen erzieherischer Prozesse. Augenfällig wird diese Korrelation bei folgender Zuordnung:

Bewegungserziehung	Heilgymnastik, Rhythmik, Physiotherapie, Ergotherapie, Wandern
Sinneserziehung	Ergotherapie, Gymnastik, visuelles, auditives, haptisches Wahrnehmungstraining
Spracherziehung	Logopädie
Denkerziehung	alle Arten kognitiver Förderung
Verhaltens-/Gefühlserziehung	Psychotherapie, Musiktherapie, Autogenes Training, Verhaltenstraining

Die Rehabilitationspädagogik stieß in der DDR bei den Volksbildungsbehörden auf Ablehnung. Mit Verweis auf die Defektologie in der Sowjetunion benötigte man keine eigene Theorieentwicklung, entspreche der Leben umspannende Aktionsradius nicht pädagogischen Auffassungen, lenke die interdisziplinäre Orientierung vom pädagogischen Grundanliegen ab und fehlten die Forschungskapazitäten bei der Ausarbeitung von Lehrplänen. Die Ablehnung machte vor einer Zensur entsprechender Artikel in der Fachzeitschrift nicht halt. Dank der Schriftenreihe zur Rehabilitationspolitik bei dem VEB Verlag Volk und Gesundheit blieben davon die Buchpublikationen unberührt. Dennoch haben viele der Absolventen der Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswis-

senschaft der Humboldt-Universität zu Berlin die Rp zur Leitlinie ihres Handelns gewählt. Das gilt besonders auch für diejenigen, die mit dem Aufbau und der Ausgestaltung des Stadtbezirksrehabilitationszentrums Berlin-Lichtenberg an verantwortlichen Stellen betraut wurden.

Die Darstellung der Entwicklung des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost wird deshalb unter anderem dem Gesichtspunkt folgen, wie sich Theoreme der Rehabilitationspädagogik bewährt haben bzw. durch welche neuen Erkenntnisse sie bereichert oder ersetzt worden sind. Diese Frage ist deshalb von einem gewissen Interesse, da sich das Institut für Rehabilitationswissenschaften der Humboldt-Universität als Nachfolger der Sektion Rehabilitationspädagogik seit 1990 nicht mehr mit der Weiterentwicklung der Rehabilitationspädagogik befasst hat. Das Potenzial der Rehabilitationspädagogik sei jedoch bei weitem noch nicht ausgeschöpft, so vermutet zumindest Prof. Dr. F. Klein, Emeritus und Gastprofessor an der Universität Bratislava sowie Dr. h. c. und Ehrenprofessor an der Fakultät für Heilpädagogik der Universität zu Budapest.

1.4 Struktur und Funktion des Rehabilitationssystems in der DDR am Beispiel des Stadtbezirksrehabilitationszentrums Berlin-Lichtenberg

1.4.1 Gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation

Die Gesetze, Verordnungen, Anordnungen (sog. Normativakte) auf dem Gebiet der Rehabilitation dienen ihrem Wesen nach dazu, die Nachteile, die ein Mensch infolge einer Behinderung erfährt, als Solidarakt ausgleichen zu helfen.

Rehabilitation als interdisziplinäre Aufgabe, in die verschiedene gesellschaftliche Bereiche für Menschen aller Altersgruppen einbezogen sind, erfordert neben den üblichen sektorialen Normativakten eine gesetzlich verankerte, gesicherte Koordination. In der DDR fußten die Schwerbeschädigtenbetreuung und Rehabilitation sowohl auf grundsätzlichen Rechtsvorschriften als auch auf speziellen. Zu den ersteren gehörten beispielsweise die Verfassung, das Gesetz über die örtlichen Volksvertretungen, das Arbeitsgesetzbuch oder die Verordnung über die besondere Unterstützung der Familien mit schwerstgeschädigten Kindern.

Spezielle Rechtsvorschriften bezogen sich auf die medizinische, pädagogische, berufliche und soziale Rehabilitation; des Weiteren auf die ärztliche Begutachtung, Vorschriften über das Betriebsgesundheitswesen, Feierabend- und Pflegeheime sowie hinsichtlich der Versicherung. Es ist im Rahmen dieses Abschnitts unmöglich, auf die vielen Normativakte im Einzelnen einzugehen. Unter dem Titel: „Schwerbeschädigtenbetreuung und Rehabilitation“ liegen zwei Sammlungen von Rechtsvorschriften mit Erläuterungen von 1978 und 1987 vor. Hervorgehoben werden im Folgenden lediglich die gesetzlichen Vorschriften, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Konstituierung des Stadtbezirksrehabilitationszentrums Berlin-Lichtenberg stehen.

1.4.2 Organisation der Rehabilitation auf der Ebene eines Kreises

Die Organisation der Rehabilitation lässt sich vereinfacht an zwei Schemata darstellen. Das erste Schema bildet die Leitungslinien auf den verschiedenen politischen Ebenen unter Einschluss der verschiedenen Institutionen und gesellschaftlichen Organisationen ab. Die aufgeführten Rehabilitationskommissionen sind infolge eines Beschlusses des Präsidiums des Ministerrates der DDR vom 22.12.1960 gebildet worden. Ihre Aufgabe regelt sich nach ihrer Arbeitsrichtlinie vom 05.04.1961: „Diese beraten die zuständigen Organe auf dem Gebiet der Rehabilitation und unterbreiten Vorschläge.“

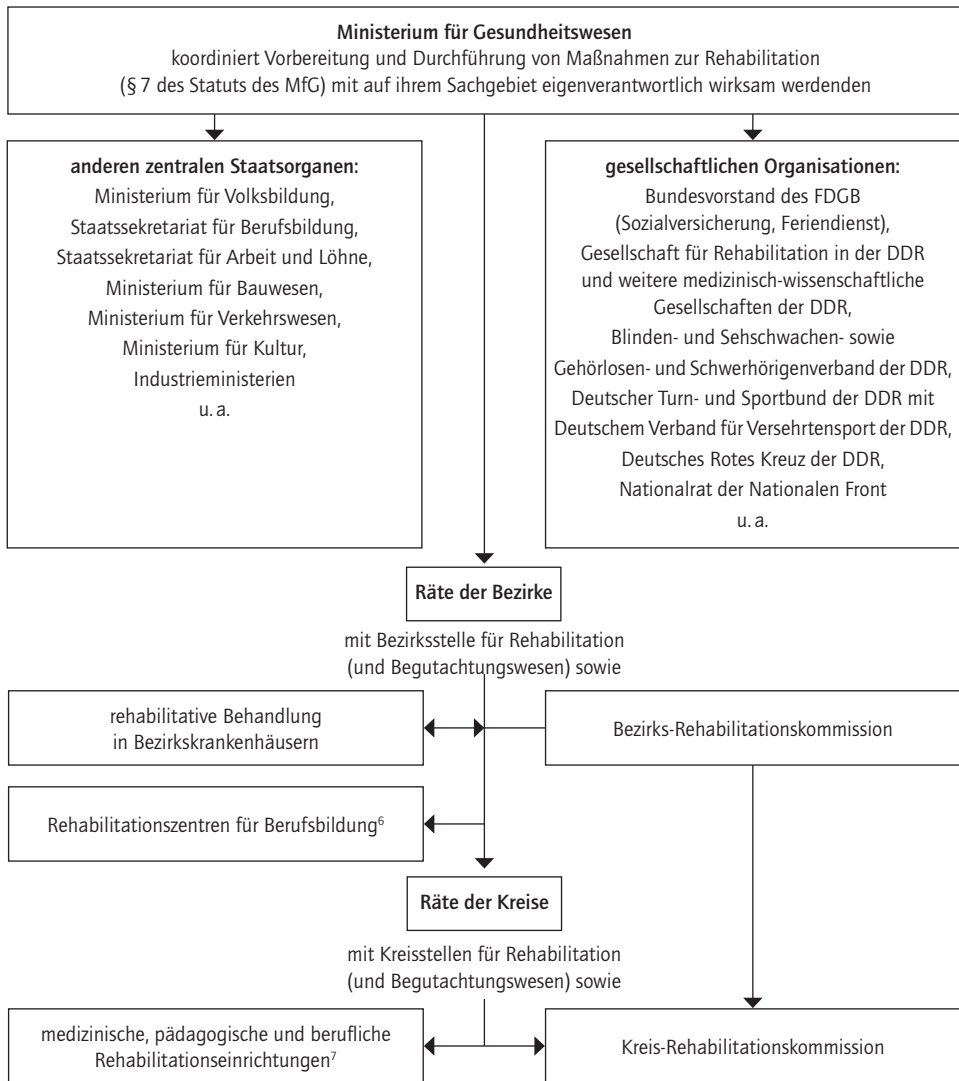
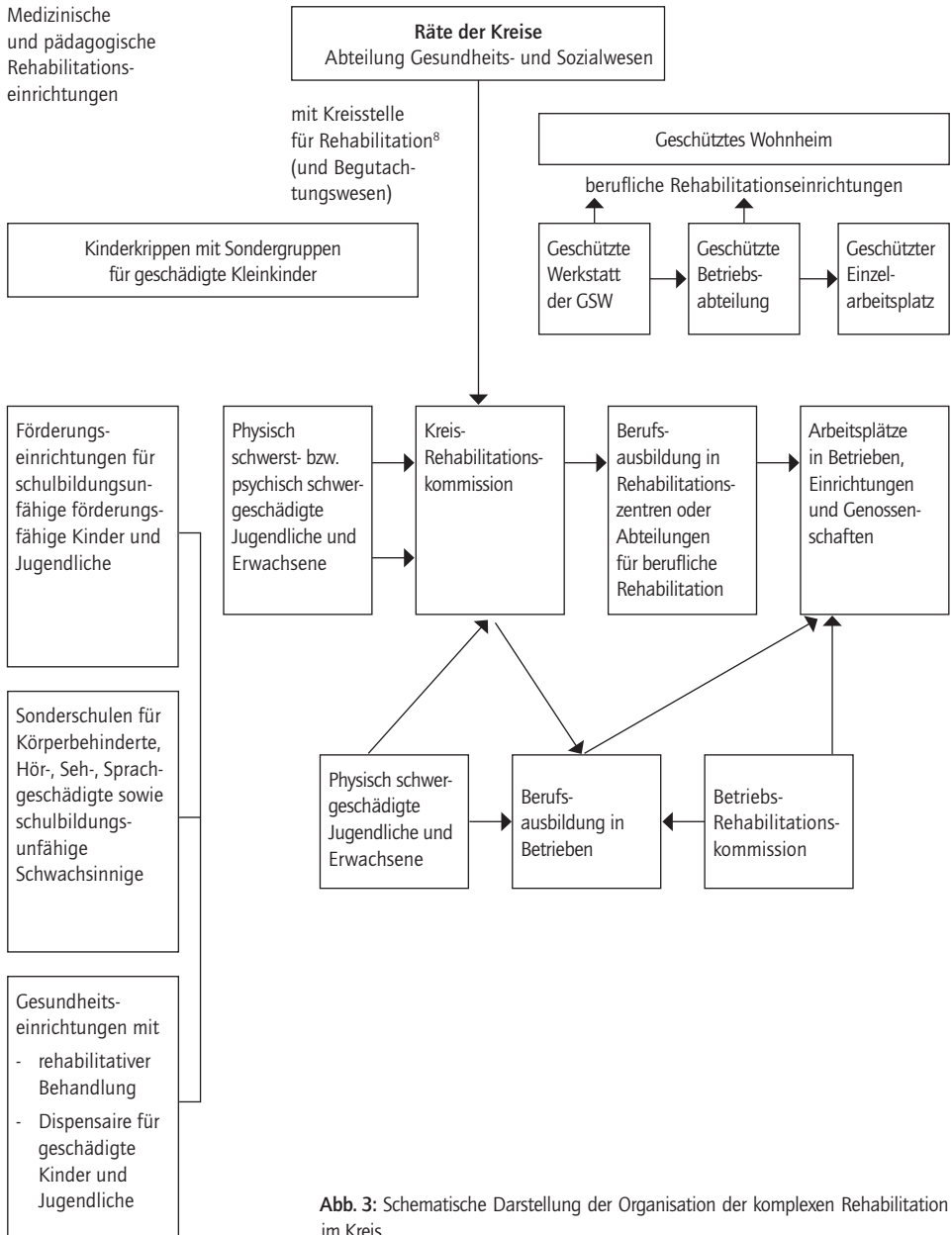


Abb. 2: Schematische Darstellung der Organisation der Rehabilitation geschädigter Bürger

⁶ Die Klinik für Rehabilitation Berlin-Buch sowie die Rehabilitationszentren für Berufsbildung in Dresden und Karl-Marx-Stadt wurden mit ausgewählten Leitfunktionen beauftragt.

⁷ siehe Abb. 3



⁸ Zur Qualitätserhöhung und Senkung des Koordinierungsaufwandes werden in geeigneten Kreisen die Förderungseinrichtungen, Geschützten Werkstätten, Geschützten Wohnheimen den Kreisstellen angeschlossen und Kreisrehabilitationszentren gebildet.

Das zweite Schema verdeutlicht die Vernetzung der verschiedenen Rehabilitationseinrichtungen ohne Rücksicht auf ihre administrative Zuordnung auf der Ebene eines Kreises. Der dargestellte medizinische, pädagogische, und berufliche Rehabilitationsablauf wird durch soziale Rehabilitationsmaßnahmen ergänzt.

Wie aus der Anmerkung zu dem Schema hervorgeht, führte die gewachsene Zahl an Institutionen mit einem zunehmenden Versorgungsgrad zu einem immer größeren Koordinierungsaufwand. Daraus erwuchs das Bedürfnis nach effektiveren Organisations- und Leitungsstrukturen, wie sie im Rehabilitationszentrum auf Kreisebene verwirklicht werden sollten.

Im Weiteren wird nun auf die etappenweise fortgeschrittene Bildung des Stadtbezirksrehabilitationszentrums Berlin-Lichtenberg eingegangen.

1.4.3 Die Bildung der Stadtbezirksstelle für Rehabilitation in Berlin-Lichtenberg als Etappe auf dem Weg zum Stadtbezirksrehabilitationszentrum

Der Stadtbezirk Berlin-Lichtenberg umfasste im Jahre 1968 ca. 175.000 Einwohner. Angesichts der Größe des Stadtbezirks innerhalb einer Großstadt mit einer traditionell wie aktuell funktions-tüchtigen Infrastruktur bestand ein relativ dichtes Netz von Rehabilitationseinrichtungen. Allerdings reichten auch unter Einbeziehung der konfessionellen Institutionen die Kapazitäten zur Befriedigung der rehabilitativen Bedürfnisse von Menschen mit schweren Intelligenzschädigungen nicht aus. Die von Frau Dr. Blumenthal im Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie errichtete Kinderpsychiatrische Tagesklinik konnte von ihrem Charakter und ihrer Kapazität her die klaffende Lücke auch nicht schließen. Sie propagierte die notwendige Eröffnung von speziellen Kindertagesstätten. Im Stadtbezirk Berlin-Lichtenberg hatte Frau Dr. med. Jun die Initiative ergriffen, eine Art Selbsthilfegruppe mit Eltern gebildet und vor Ort die ersten Einrichtungen dieser Art geschaffen. Sie befanden sich jedoch zunächst in regulären Wohnhäusern mit vielen damit verbundenen räumlichen Unzulänglichkeiten. Die Lage verschärfte sich noch dadurch, weil das Ministerium für Volksbildung mit einem Verwaltungsakt die Schüler der Hilfsschulen, die die Kulturtechniken Lesen, Schreiben und Rechnen nicht erwerben konnten, für schulbildungsunfähig erklärte und vom Schulbesuch ausschloss. Sie sollten in den Zuständigkeitsbereich des Ministeriums für Gesundheits- und Sozialwesen wechseln. Ein Konflikt auf Regierungsebene bahnte sich an.

Die Situation nahm der Ausschuss für Gesundheitswesen der Volkskammer zum Anlass, sich mit dieser Problematik zu beschäftigen. Dabei stützte er sich auf vorausgegangene Untersuchungen des Fachkrankenhauses für Neurologie und Psychiatrie in Berlin-Lichtenberg und u. a. auf die Forschungsergebnisse von S. Eßbach (1966), die er an dem Institut für Sonderschulwesen der Humboldt-Universität zu Berlin gewonnen hatte und die die Bildungsfähigkeit dieser Population belegten. Der Ausschuss beriet mit Experten verschiedener Disziplinen, beurteilte die entstandene Situation außerordentlich kritisch und formulierte 1968 „Programmatische Empfehlungen“ (Volkskammer der DDR 1968). Den Empfehlungen folgte 1969 ein Beschluss des Präsidiums des Ministerrats „Zur Förderung, Beschulung und Betreuung geschädigter Kinder und Jugendlicher sowie psychisch behinderter Erwachsener“ und schließlich hieß es in der Direktive (1971) zum VIII. Parteitag der SED, dass „... die Betreuung psychisch und physisch Geschädigter ..., insbesondere durch Einrichtung von Tagesstätten sowie von geschützten Betriebsabteilungen und Werkstätten einschließlich Wohnheimen zu erweitern ist.“ (Direktive des VIII. Parteitages der SED ... 1971, S. 125)

Im September 1968 wurde schon die erste „Sonderkindertagesstätte“ für schwer intelligenzgeschädigte Kinder im Alter von 5 bis 10 Jahren in der Archenholdstraße in Lichtenberg eröffnet. 1973 folgte eine zweite Tagesstätte in der Pfarrstraße mit 30 Plätzen und 1976 eine dritte neu erbaute in der Volkradstraße mit 130 Plätzen für Kinder und Jugendliche. Das Aufnahmealter der Insassen umfasste die Altersspanne von 3 bis 18 Jahren. Die Einrichtung hatte mit Ausnahme der Sonn- und Feiertage kontinuierlich über das Jahr täglich von 7 bis 17 Uhr geöffnet. Die Leitung der Einrichtung lag in den Händen von Diplom-Rehabilitationspädagogen, unterstützt von einem Psychologen und einer Physiotherapeutin. Die 63 Mitarbeiter waren ihrer Qualifikation nach allerdings noch bunt zusammengewürfelt. Der „Rahmenplan zur Förderung schulisch nicht mehr bildbarer, aber noch förderungsfähiger hirngeschädigter Kinder und Jugendlicher in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens“, erarbeitet von S. Eßbach, bildete die Grundlage für die Planung der rehabilitationspädagogischen Förderung.

Die erste Fördereinrichtung unterstand zunächst dem Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie. Es erwies sich sehr bald, dass diese Trägerschaft weder für die rehabilitationspädagogische Förderung noch für die Ausschöpfung materieller Ressourcen vorteilhaft war. Außerdem widersprach sie der generell deklarierten „Entpsychiatisierung“⁹. Ohne dass die fachärztliche Betreuung der Insassen und deren medikamentöse Versorgung in Frage gestellt worden wäre, gingen deshalb die Sondertagesstätten 1971 in den Aufsichtsbereich „Soziale Betreuung“ des kommunalen Lichtenberger Gesundheits- und Sozialwesens über und wurden der Krippenvereinigung angegliedert. Die Fördereinrichtungen zählten später zu den Bausteinen der Stadtbezirksstelle für Rehabilitation.

Die Rehabilitationswerkstätten Berlin-Buch eröffneten 1975 eine „Geschützte Werkstatt des Gesundheits- und Sozialwesens“ im Stadtbezirk mit einer Kapazität von 50 Plätzen für Rehabilitanden Lichtenbergs und angrenzender Stadtbezirke. Aufgenommen wurden Personen, „die wegen der Schwere ihrer körperlichen und geistigen Schädigung in Betrieben, Einrichtungen oder sozialistischen Produktionsgemeinschaften ... auch unter geschützten Bedingungen nicht arbeiten konnten“; die Aufgaben der Werkstatt bestanden in der Durchführung komplexer „Rehabilitationsmaßnahmen zur Erhaltung bzw. Erhöhung der Leistungsfähigkeit der Rehabilitanden, um diese zu befähigen, ihr Leben weitestgehend selbständig zu gestalten.“

Der Stadtbezirk Berlin-Lichtenberg befand sich auf dem besten Wege, die „Verordnung zur weiteren Verbesserung der gesellschaftlichen Unterstützung schwerst- und schwergeschädigter Bürger“ (1976) zu verwirklichen. Im Einzelnen gehörten dazu: die Betreuung, Förderung, Bildung und Erziehung schwerst- und schwergeschädigter Kinder und Jugendlicher; die berufliche Rehabilitation; die Verbesserung der Wohnverhältnisse; die Gewährung von Mietzuschüssen und sonstigen finanziellen Zuwendungen; die gesundheitliche Betreuung und Erziehung; die Erleichterungen durch Dienstleistungen und sonstige Maßnahmen.

Der Magistrat von Berlin fasste 1978 den Beschluss, zur „Verbesserung der Organisation der komplexen Rehabilitation“ Stadtbezirksstellen für Rehabilitation zu schaffen. Bis 1982 entstanden daraufhin in den meisten der 11 Stadtbezirke diese Einrichtungen. Aber erst im April 1983 nahm in Lichtenberg die Stadtbezirksstelle für Rehabilitation ihre Arbeit auf.

⁹ Als Schlagwort gebrauchter Terminus für die Ergebnisse des I. Internationalen Symposiums über psychiatrische Rehabilitation im Jahre 1963 in Rodewisch/Sachsen, genannt „Rodewischer Thesen“. Sie sahen u. a. gegenüber der stationären geschlossenen Psychiatrie eine Orientierung auf die ambulante Versorgung vor.

Im Gründungsdokument ist darüber zu lesen:

„Stellung der Stadtbezirksstelle

Die Stadtbezirksstelle für Rehabilitation ist eine nachgeordnete Einrichtung der Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Stadtbezirkes Berlin-Lichtenberg. Ab 20.04.1983 fungiert sie ‚voll funktionsfähig mit gleichzeitiger Angliederung der Rehabilitationseinrichtungen des Stadtbezirkes‘ (Beschluss des Rates des Stadtbezirkes 0325 vom 10.12.1981). Zum Leiter der Stadtbezirksstelle wurde ein an der Humboldt-Universität als Diplom-Pädagoge examinierter Rehabilitationspädagoge berufen.“ (Grundsatzdokument 1983)

Wie festgelegt, übernahm die Stadtbezirksstelle zunächst alle drei „Rehabilitationspädagogischen Tagesstätten“ von der Krippenvereinigung. Das „Heim für Geschädigte“ (siehe Kapitel 1.1.2) verblieb als stationäre Einrichtung zunächst im Kompetenzbereich des Fachkrankenhauses für Neurologie und Psychiatrie Berlin-Lichtenberg. Allerdings gab es seit der Eröffnung der Einrichtung im November 1979 unübersehbare Unzulänglichkeiten und eine Flut von „Eingaben“ (Beschwerden) über die Heimzustände durch Eltern und Angehörige der Heimbewohner. Auch außerhalb von Lichtenberg war der Ruf des Heimes nicht gut und vom Erreichen der Zielstellung, formuliert im Grundsatzdokument vom 20.04.1979 zum „Heim für Hirngeschädigte am Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie“ in Berlin-Lichtenberg, weit entfernt. Ab November 1983 kulminierten die Schwierigkeiten. Sie rührten nicht nur von den strukturellen, materiellen und personellen Mängeln her, sondern hingen ebenfalls mit konzeptionellen Auffassungen zusammen, wie sie bereits im Zusammenhang mit der ICDH diskutiert worden sind. Die Kritik bezog sich vor allem auf die Unterschätzung der sozialen Umstände in ihrer Bedeutung für die Konstituierung einer Behinderung und die damit verbundene Stigmatisierung der Menschen mit einer Behinderung. Die Auffassungen der Rehabilitationspädagogik hatten in ärztlich geführten Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens, auch wenn schon pädagogische Kräfte beschäftigt waren, noch keine nachhaltige Beachtung gefunden. Die Bewohner des Heimes sind quasi noch als Kranke nach dem Regime eines Krankenhauses mit einem Arzt an der Spitze behandelt worden.

Diese Umstände hatten schließlich die überstürzte Übergabe des Heimes in die Verantwortung der Stadtbezirksstelle für Rehabilitation ab 01.01.1984 zur Folge. Mit diesem Wechsel konnten die materiellen und personellen Probleme natürlich auch nicht „über Nacht“ gelöst werden. Dennoch wirkte sich die andere Betrachtungs- und Vorgehensweise eines Rehabilitationspädagogen als Leiter mehr und mehr handlungsbestimmend zu besseren Verhältnissen aus.

Mit der Übernahme (1986) der „Geschützten Werkstatt des Gesundheits- und Sozialwesens“ von den Rehabilitationswerkstätten Berlin-Buch gelangten alle Rehabilitationseinrichtungen von Berlin-Lichtenberg in die Verantwortung der Stadtbezirksstelle für Rehabilitation. Damit wurden im Stadtbezirk Berlin-Lichtenberg formal wichtige Teile des Magistratsbeschlusses 498/78 erfüllt. In einem internen Protokoll des damaligen Leiters der Bezirksrehabilitationsstelle, Herrn Prof. Presber, ist über die weiteren Aufgaben zu lesen:

„Die Stadtbezirksstellen für Rehabilitation müssen eine Übersicht über alle schwer- und schwerstgeschädigten Bürger ihres Stadtbezirks haben, die unter die Bestimmungen der Verordnung im Gesetzblatt 33/76 fallen (siehe Verordnung 1976). Die in einigen Stadtbezirken eingeleitete Entwicklung, die Tagesstätten (vormals Sonderkindertagesstätten) der Stadtbezirksstelle zu unterstellen, wird in der Perspektive voraussichtlich auf alle Stadtbezirke ausgedehnt. Die Stadtbezirksstellen werden damit und mit der vorgesehenen Angliederung geschützter Werkstätten sowie evtl. sonstiger Rehabilitationseinrichtungen zu Stadtbezirksrehabilitationszentren“ (Beratung mit den Leitern der Stadtbezirksstellen für Rehabilitation).

1.4.4 Die Bildung des Stadtbezirksrehabilitationszentrums

Aus der Stadtbezirksstelle wurde ab 01.01.1989 das Stadtbezirksrehabilitationszentrum mit

- einer Einrichtung für schulbildungsunfähige förderungsfähige Kinder und Jugendliche (130 Plätze),
- einer Einrichtung für schulbildungsunfähige förderungsfähige Erwachsene (30 Plätze),
- einem Dauerheim für schwerstbehinderte Kinder, Jugendliche und Erwachsene (140 Plätze),
- einem „Geschützten Wohnheim“ (20 Plätze),
- einem Trainingswohnhaus (18 Plätze),
- einer Wohngemeinschaft für 4 Personen,
- zwei geschützten Werkstätten des Gesundheits- und Sozialwesens mit insgesamt 110 Plätzen,
- einem Freizeitklub für Menschen mit und ohne Behinderung.

Durch die Abteilung Soziale Rehabilitation des Stadtbezirksrehabilitationszentrums wurden nachfolgende Aufgaben wahrgenommen:

- Früherfassung Geschädigter und Einleitung notwendiger Betreuungs- und Rehabilitationsmaßnahmen,
- Sicherung geeigneter Arbeits- und Wohnmöglichkeiten für Geschädigte,
- Versorgung mit technischen Rehabilitationshilfen,
- Zusammenarbeit mit dem Blinden- und Sehschwachen-Verband, dem Gehörlosen- und Schwerhörigen-Verband und dem Deutschen Verband für Versehrten-sport der DDR,
- unmittelbare Beratung und Unterstützung geschädigter Bürger bzw. der Familien mit geschädigten Angehörigen.

Im Stadtbezirksrehabilitationszentrum waren im Januar 1989 247 Mitarbeiter tätig, darunter 22 mit einem Hochschul- und 63 mit einem Fachschulabschluss. Die Anleitung des Lichtenberger Zentrums oblag, wie die aller anderen Rehabilitationszentren der Stadtbezirke, der Bezirksstelle für Rehabilitation.

Die Ziel- und Aufgabenstellung der Rehabilitation, wie sie aus den einleitenden Abschnitten dieses Artikels zu entnehmen sind, entsprachen internationalen Standards. Das Engagement der Mitarbeiter in staatlichen sowie konfessionellen Rehabilitationseinrichtungen war außerordentlich groß, von Ausnahmen abgesehen.

Von Vorteil war die Vernetzung der im Stadtbezirksrehabilitationszentrum vereinten Institutionen. Dank dieser Zentralisation verliefen die Kommunikationswege übersichtlich und rationell. Der Informationsaustausch erfolgte schnell. Diese Transparenz kam den Rehabilitanden zugute. Damit ließ sich der Verwaltungsaufwand zu Gunsten sachgerechter Entscheidungen gering halten. Die relative Selbständigkeit der einzelnen Institutionen sowie die Wahrung der Spezifik ihrer Arbeitsweise blieben unberührt und gewährleisteten eine fachgerechte profunde Arbeit. Die Rehabilitationskommission unterstützte das Stadtbezirksrehabilitationszentrum. Sie vereinte Fachvertreter verschiedener Disziplinen, Berufe und Institutionen und bot die Möglichkeit, Probleme ausgewogen zu lösen sowie Empfehlungen zu unterbreiten. Der Einfluss reichte bis in die Betriebe, wenn es galt, geschützte Einzelarbeitsplätze oder Abteilungen einzurichten. Die Vervollkommnung des Netzes an Rehabilitationseinrichtungen im Territorium sowie die Befriedigung wachsender qualitativer Ansprüche konnte systematisch betrieben werden. Die Stadtbezirksverordnetenversammlung konnte jederzeit von dem Stadtbezirksrehabilitationszentrum öffentlich Rechenschaft verlangen.

Als Nachteile, die jedoch nicht strukturspezifisch den Stadtbezirksrehabilitationszentren anzulasten waren, erwiesen sich die zunehmend materiellen Engpässe, die die Arbeit spürbar belasteten. Dazu zählten z. B. die spärlichen Zuweisungen an Wohnraum für das betreute Einzelwohnen, der Mangel an Rehabilitationshilfen, Kapazitätslücken an Pflegeplätzen und ein großer Nachholebedarf an spezifisch vorbereiteten Fachschulabsolventen. Politisch lähmte geradezu der von Funktionären des ZK der SED gehegte Argwohn den Bestrebungen gegenüber, Selbsthilfegruppen zu bilden und analog wie beispielsweise zum Gehörlosen- und Schwerhörigenverband Verbände für andere Gruppen von Menschen mit Behinderungen zu gründen. Unter diesen Umständen schlug die staatliche Fürsorgepflicht in ihr Gegenteil um. Sie führte zu doktrinärer Gängelerei und Entmündigung. Daraus erwuchsen entweder Opposition und Vertrauensschwund oder Lethargie. Die individuelle Eigenverantwortung wich mitunter einer Mentalität, versorgt werden zu müssen.

Das Lichtenberger Stadtbezirkrehabilitationszentrum konnte den Nachweis für eine höhere Effektivität der Leitung des Rehabilitationswesens und eine bürgernahe Lösung seiner Aufgaben nur ein Jahr führen. Die allgemeine Unzufriedenheit mit den obwaltenden politischen Verhältnissen in der DDR, die Rufe nach einem besseren Sozialismus und die Demonstrationen unter der Losung „Wir sind das Volk“ ließen das Rehabilitationszentrum nicht unberührt. Einige seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter schlossen sich denjenigen an, die über Ungarn den Weg in die BRD suchten. Jene, die blieben, sorgten unter schwierigen Bedingungen mit einem Mehraufwand an Zeit und Kraft für das Wohl der Menschen mit Behinderungen in den Wohneinrichtungen, den Tagesstätten und in den Werkstätten. Die gesellschaftliche „Wende“ zeichnete sich ab und vollzog sich mit dem Beitritt der DDR an die BRD. Herkömmliche politische Strukturen wurden in Frage gestellt, das Stadtbezirksrehabilitationszentrum nicht ausgenommen. Es galt, sich über die Vorzüge und Nachteile dieser Struktur auf dem Gebiet der Rehabilitation klar zu werden, um neue Strategien in einer Gesellschaft zu entwickeln, die u. a. der freien Trägerschaft sozialer Einrichtungen den Vorzug gibt.

2 Von der kommunalen Trägerschaft zur Gründung einer Stiftung

Klaus-Peter Becker und Helmut Siebert

2.1 Ein Übergangsstadium

Die politische Entwicklung in der DDR ab Frühjahr 1990 ging einher mit der schleichenden Auflösung der Berliner Stadtbezirksrehabilitationszentren. Selbstverständlich wurde versucht, mit Petitionen und Konzeptionen, adressiert an unterschiedliche Institutionen, wie dem Ministerium für Gesundheitswesen sowie der Arbeitsgemeinschaft Rehabilitation und Integration von Behinderten, die Vorteile der Zentren herauszustellen und zumindest für eine Übergangszeit in kommunaler Trägerschaft zu erhalten. Dabei taten sich besonders die Leiter der Rehabilitationszentren aus Berlin-Mitte, Lichtenberg, Köpenick und Marzahn hervor.

Am 15.11.1989 wandte sich die Leitung des Lichtenberger Rehabilitationszentrums an den Vorsitzenden des Ministerrates der DDR und übergab nachfolgenden Forderungskatalog:

- „1. Umgehende Überprüfung und Revidierung der im Schreiben vom 12.04.1989 von OMR Dr. sc. med. B. Schirmer, Stellv. des Ministers für Gesundheitswesen, an den Bezirksarzt der Hauptstadt getroffenen Aussagen und
 - Beseitigung des Zustandes der Gültigkeit von zwei Rahmenkollektivverträgen innerhalb der Rehabilitationszentren (RKV für die Beschäftigten des Staatlichen Gesundheits- und Sozialwesens v. 01.02.1983, Reg.-Nr. 94/83 und RKV Volksbildung und kommunale Einrichtungen der Berufsbildung, Reg.-Nr. 57/83);
 - Gewährleistung eines einheitlichen leistungsorientierten Tarifs für Erzieher, Betreuer (Ord.-Nr. 5/0/144) und Arbeitsgruppenleiter (Ord.-Nr. 7/0/61) in
 - . rehabilitationspädagogischen Tagesstätten für Kinder und Jugendliche, rehabilitationspädagogischen Dauer- und Wochenheimen für Kinder und Jugendliche,
 - . Tagesbetreuungseinrichtung für Erwachsene,
 - . geschützten Werkstätten,
 - . geschützten Wohnheimen
 - unter Berücksichtigung der Qualifikation der Mitarbeiter und der Anerkennung der Berufsjahre;
 - Gewährleistung einer zusätzlichen Altersversorgung der Erzieher, Betreuer, Arbeitsgruppenleiter der Rehabilitationszentren analog der AO über die zusätzliche Versorgung der Pädagogen-Versorgungsordnung vom 02.05.1988 bzw. der AO über die Freiwillige zusätzliche Versorgung für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und andere Hochschulkader in Einrichtungen des staatlichen Gesundheitswesens vom 20.04.1988;
 - Gewährleistung einer einheitlichen Urlaubsregelung für Erzieher, Betreuer und Arbeitsgruppenleiter in Rehabilitationszentren.
2. Herausgabe von verbindlichen Festlegungen zum Einsatz von Fachschul-Rehabilitationspädagogen in Rehabilitationseinrichtungen für Erwachsene;
3. Sicherung einer optimalen Betreuung in Tagesstätten, Wochen- und Dauerheimen, Tagesbetreuungseinrichtungen für Erwachsene, geschützten Werkstätten und Einrichtungen des geschützten Wohnens durch die Bestätigung realitätsnaher Stellen- bzw. Arbeitskräftepläne und des dazugehörigen Lohnfonds und umgehende Aufhebung der praxisfernen, starren und rehabilitationsfeindlichen Richtlinien;
4. Gründung einer DDR-Gesellschaft zur Förderung Geschädigter mit Arbeitsgemeinschaften für die unterschiedlichen Geschädigten-Kategorien;
5. Beitritt der DDR in die internationale Sportbewegung für Intelligenzgeschädigte: „Special Olympics International“ und planmäßige Ausrichtung nationaler Sportveranstaltungen für Intelligenzgeschädigte und Beteiligung einer Sportlerdelegation aus der DDR an den „Summer Special Olympics Games“ in Strathclyde/Schottland, Juli 1990;

6. Aufhebung der Reglementierung für Lehrer, Erzieher und Kindergärtnerinnen bei einer Arbeitsaufnahme im Gesundheits- und Sozialwesen;
7. Umgehende Verbesserung der Taxibeförderung von Rollstuhlfahrern in der Hauptstadt durch die Bereitstellung entsprechender Fahrzeuge;
8. Errichtung eines Hörgerätezentrums in der Hauptstadt;
9. Heim für Geschädigte im Rehabilitationszentrum Berlin-Lichtenberg, Herzbergstraße 79, Berlin, 1130
 - 9.1 Herabsetzung der gegenwärtig unrealistischen Kapazität des Heimes für Geschädigte von 140 Plätzen auf die realistische Kennziffer von 120 Plätzen, entsprechend unserem Antrag mit ausführlicher Begründung vom 14.03.1989;
 - 9.2 Bestätigung von Kennziffern des Arbeitskräfte- und Stellenplanes und des dazugehörigen Lohnfonds nach den tatsächlichen Erfordernissen zur Betreuung mehrfach geschädigter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener;
 - 9.3 Bereitstellung von behindertengerechten Mobiliars und gesundheitstechnischer Ausrüstungsgegenstände für das Heim;
 - 9.4 Beseitigung der Praxis der administrativen Einmischung in die Belegung des Heimes durch die Abt. Gesundheits- und Sozialwesen des Magistrats;
 - 9.5 Überprüfung der Notwendigkeit der Errichtung eines Neubaus für das Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie Berlin-Lichtenberg auf dem Krankenhausgelände südlich der Straßenbahntrasse (z.Z. Lagerplatz VEB LTA) zugunsten eines Neubaus für das Heim für Geschädigte auf dem gleichen Gelände (unter Berücksichtigung der Erfahrungen bei der Errichtung des Dauerheimes in der Wartiner Straße, Berlin, 1090).
Ein Neubau ist zur Verbesserung der Betreuungsbedingungen und der Arbeits- und Lebensbedingungen im Heim für Geschädigte dringend notwendig.
Das Objekt Heim für Geschädigte könnte dem Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie für dessen Zwecke (Patientenbetreuung, Werkessenversorgung der Mitarbeiter) zur Verfügung gestellt werden.“ (Archiv des Vereins)

Die politische Entwicklung überholte die Mehrzahl der Forderungen.

Ein Teil der Forderungen wurden in den nachfolgenden Jahren in anderer Weise erfüllt. So gab es beispielsweise keinen Neubau für das „Heim für Geschädigte“, sondern einen grundlegenden Umbau, allerdings erst mehr als 15 Jahre später.

Die bevorstehende Auflösung der Stadtbezirksrehabilitationszentren konnte trotz aller Bemühungen nicht verhindert werden.

Erfolgreicher waren in dieser Zeit aber die Lichtenberger Aktivitäten zur umgehenden Verbesserung der Struktur von Wohn- und Werkstätten.

So wurden dem Zentrum 1989/1990 von dem Konversionsausschuss der Bezirksverordnetenversammlung Berlin-Lichtenberg aufgrund ausführlich begründeter Anträge folgende Immobilien zur Nutzung für Menschen mit Behinderungen zur Verfügung gestellt:

- Grimnitzstraße 13/15, 10318 Berlin
- Rheingoldstraße 9-10, 10318 Berlin (Vorder- und Hinterhaus)
- Köpenicker Allee 56, 10318 Berlin
- Robert-Siewert-Straße 51, 10318 Berlin
- Waldowallee 103, 10318 Berlin

Die meisten Immobilien waren für eine sofortige Nutzung nicht geeignet. Es mussten Umbauten vorgenommen werden, für die finanzielle Mittel zunächst nicht zur Verfügung standen.

Im Nachhinein erscheint es wie ein Wunder, dass die Mittelbeschaffung durchaus erfolgreich war. So stellte beispielsweise das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR kurzfristig Mittel des Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes in Höhe von 800 T Mark der DDR für das 1. Halbjahr 1990 und 200 TDM für das 2. Halbjahr 1990 zur Verfügung. Umgehend mussten Baupläne

erstellt und Firmen zur Umsetzung der Baumaßnahmen gebunden werden. Die Rechnungslegungen für die baulichen Maßnahmen im ersten Halbjahr hatte umgehend zu erfolgen, denn das Ministerium erstattete nur bis zum 27.06.1990 Kosten für Rechnungen in Mark der DDR.

Die Immobilie Grimnitzstraße, ein ehemaliges Gästehaus des Dienstleistungsamtes für ausländische Vertretungen der DDR, konnte ohne größere Umbaumaßnahmen als eine Einrichtung des familienentlastenden Dienstes genutzt werden. In anderen Häusern war die Nutzung komplizierter. So musste am 25.09.1990 der Abt. Finanzen im Ministerium für Gesundheitswesen mitgeteilt werden, dass zweckgebundene Mittel für den Um- und Ausbau des Hauses Robert-Siewert-Straße 51 zur Wohnstätte für Behinderte (das Haus sollte Bewohner aus dem „Heim für Geschädigte“ aufnehmen) leider nicht eingesetzt werden können. Von der Wohnungsbaugesellschaft Lichtenberg mbH wurde dem Rehabilitationszentrum mit Schreiben vom 29.08.1990 mitgeteilt, dass bis zur Klärung von Eigentumsansprüchen der Grundstückeigentümer sämtliche Baumaßnahmen einzustellen sind. Die Immobilie wurde daraufhin dem Konversionsausschuss zurückgegeben.

Größere Schwierigkeiten gab es auch mit der Nutzung des Vorderhauses in der Rheingoldstraße 9-10. Das Hinterhaus wurde als anerkannte Betriebsstätte der Werkstatt genutzt und beherbergte die erste Wäscherei der Werkstatt.

Bereits im Juni 1991 glaubte der Vorsitzender der Fraktion Bündnis 90 in der Bezirksverordnetenversammlung Berlin-Lichtenberg eine „Zweckentfremdung des Wohnhauses in der Rheingoldstraße 10, welches vom Ausschuss „Stille Villen ...“ dem Rehabilitationszentrum für die Wohnunterbringung von geistig behinderten Jugendlichen zugesprochen wurde ...“ feststellen zu müssen (Drucksache Nr. 13 [90-94] 10. Tagung 19.06.1991).

Obwohl der Vorwurf nicht zutraf und alle beteiligten Stellen die notwendigen Informationen erhielten, schrieb der Vorsitzende des Konversionsausschusses an den Rechnungshof von Berlin:

„Betr.: Antrag zur Überprüfung der Ausgaben des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost e.V.
Berlin, 10.02.1992

Hiermit bitten wir Sie, die Ausgabenüberprüfung des Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V. zu folgendem Sachverhalt vorzunehmen:

In Abstimmung mit der Treuhand, dem Land Berlin und dem Bezirksamt Berlin-Lichtenberg erhielt im Oktober 1990 das Rehabilitationszentrum Lichtenberg (ab 01.01.1992 Verein in freier Trägerschaft) eine Villa des ehemaligen Ministeriums für Staatssicherheit der DDR in der Rheingoldstraße 10, Berlin, 1157.

Durch Umzug und mehrfache Baumaßnahmen sind zusätzliche Gelder verausgabt worden, die den Behinderten verloren gingen. Das zuständige Bezirksamt hat keine Konsequenzen aus diesem Vorfall gezogen und auch die Kontrolle des Rechnungsprüfungsausschusses der Bezirksverordnetenversammlung Lichtenberg erbrachte kein befriedigendes Ergebnis, da es sich hierbei um Spendenmittel handelt.

Wir bitten Sie daher, die Verwendung von

- Spendenmittel
 - Pflegekostensätze im Werkstatt- und Wohnbereich
 - Einnahmen durch die Arbeit der Behinderten
- zu überprüfen.

Mit freundlichen Grüßen

gez. H. M.

Vorsitzender des Konversionsausschusses“

Mit Schreiben vom 20.03.1992 wandte sich der Rechnungshof an das Bezirksamt Lichtenberg und bat um Aufklärung. Diese erfolgte umgehend und lückenlos durch den Verein bzw. durch die damalige noch bestehende „Vereinskontrollkommission“ unter Leitung von Achim Drischmann.

Der Rechnungshof bestätigte daraufhin, dass es in Zusammenhang mit der Nutzung und dem Umbau der Immobilie Rheingoldstraße 10 keinerlei Unregelmäßigkeiten gegeben hat.

Die Gründe für das Vorgehen des Konversionsausschusses bzw. der Fraktion Bündnis 90 gegen das Rehabilitationszentrum bzw. den Verein sind nicht bekannt geworden. Vermutlich spielten Missgunst anderer Interessenten für die Immobilie und politische Ränkespiele im Bezirk eine Rolle. Das sind aber nur Vermutungen.

Die Immobilie Rheingoldstraße wurde übrigens nach kurzzeitiger Nutzung als Wohn- bzw. Werkstattstätte dem Konversionsausschuss wieder zurückgegeben. Sie war für die Belange von Menschen mit geistiger Behinderung auf die Dauer ungeeignet und hätte nur mit einem unverhältnismäßig hohen finanziellen Aufwand nutzbar gemacht werden können.

Gleiches traf auch auf das Haus in der „Köpenicker Allee 57“ zu. So verblieben bis heute zur Nutzung durch das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost lediglich die Grundstücke Waldowallee 103 und die Grimnitzstraße 13-15. Das Haus in der Waldowallee 102 wird gegenwärtig noch als Herberge genutzt und soll zukünftig als Einrichtung dem Kinder- und Jugendhilfereich dienen. Eigentümer der Immobilie ist das Land Berlin. Das Haus Grimnitzstraße 13-15 wurde 2010 von der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost erworben. Gegenwärtig finden Modernisierungs- und Erweiterungsmaßnahmen statt. Ab Mitte 2012 werden appartementähnliche Wohnheimplätze für 11 Personen und 3 Appartements zur Verfügung stehen. Doch zurück zum Jahre 1990 und der Notwendigkeit, die Strukturbedingungen zu verbessern.

Am 04.07.1990 wurde dem Rehabilitationszentrum vor dem Roten Rathaus in feierlicher Form sein erstes Beförderungsfahrzeug, ein MB 100 D, zur Nutzung übergeben. Es war ein bewegender Augenblick. Aus heutiger Sicht ist dies kaum nochvollziehbar, denn die RBO gGmbH verfügt beispielsweise 20 Jahre später über 14 Beförderungsfahrzeuge.

Zu keiner Zeit war in diesen stürmischen Jahren die Betreuung der Menschen mit Behinderung in den Wohnstätten und Wohngemeinschaften, den rehabilitationspädagogischen Fördereinrichtungen und der Geschützten Werkstatt, später WfB und Förderbereich, in Frage gestellt. Darüber hinausgehende Aktivitäten – insbesondere für bauliche Maßnahmen – waren schwieriger zu finanzieren. Es mussten Anträge über Anträge geschrieben werden. Die meisten blieben erfolglos, doch einige wurden bestätigt.

So stellte beispielsweise das Ministerium für Familie und Frauen 1990/1991 100.000 DM für das 1. Gesamtberliner Sport- und Spielfest, für Urlaubs- und Feriengestaltung und für bauliche Maßnahmen zur Verfügung. Mittel für den „Aufbau-Ost“ konnten zur ersten grundlegenden Instandsetzung einiger Bereiche des „Heim(s) für Geschädigte“ eingesetzt werden.

2.2 Bestrebungen zur Gründung einer Stiftung

Die Leitung des Stadtbezirksrehabilitationszentrum Berlin-Lichtenberg informierte die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ständig über das aktuelle Geschehen und die Maßnahmen zum Erhalt des Zentrums. Es bestand die Hoffnung, in einem vereinten Berlin die schöpferischen Kräfte zugunsten der Menschen mit geistiger Behinderung ungehindert freisetzen zu können.

Rehabilitationspädagogisch geprägte Vorsätze sowie Planung mit dem Ziele der Integration von Menschen mit Behinderungen, die noch ihrer Verwirklichung harrten, sollten in die Tat

umgesetzt werden. Es spricht für das Verantwortungsbewusstsein aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, dass es in dieser Zeit nicht zu kleinkarierten Diskussionen und zu Meinungsunterschieden über den zu beschreitenden Weg kam. Auch die sich umgehend gebildeten Betriebsräte beteiligten sich verantwortungsvoll an der Realisierung der Zukunftspläne. Zunächst gab es die Bestrebung, das Zentrum in eine kommunale Stiftung zu überführen.

Der notwendige Antrag mit den entsprechenden Unterlagen (Stiftungssatzung u. a.) wurde am 24.07.1990 dem damaligen Stadtbezirksrat Soziales übergeben. Im Antragstext war zu lesen:

„Zweck der gemeinnützigen Stiftung wäre die Gewährleistung der Rehabilitation behinderter Menschen.

Die Arbeit der Stiftung konzentrierte sich auf die pädagogische, soziale und berufliche Rehabilitation insbesondere geistig mehrfach behinderter Menschen.

Zur Stiftung würden auch künftig Einrichtungen gehören, die

- Bildung und Erziehung geistig behinderter Kinder und Jugendliche gewährleisten,
- verschiedene Formen des Wohnens für Behinderte praktizieren,
- Arbeitstraining und Arbeit unter geschützten Bedingungen und die lebenspraktische Förderung geistig behinderter Erwachsener ermöglichen,
- familienentlastende, familienbegleitende, beratende Dienste und Freizeitarbeit leisten.

Die Kommune müsste der Stiftung die jetzt vom Rehabilitationszentrum Berlin-Lichtenberg genutzten Objekte, so wie sie stehen und liegen, zur unentgeltlichen Nutzung übertragen.

Die Aufsicht über die Stiftung hätte die Kommune durch den Vorstand, dem u.a. Vertreter der mit Problemen der Rehabilitation befassten Bereiche der Kommunalverwaltung angehören sollen ...“ (Archiv des Vereins)

Der Stadtbezirksrat für Soziales wurde gebeten, der Stadtbezirksverordnetenversammlung Lichtenberg folgenden Beschluss zu unterbreiten:

- „1. Das Rehabilitationszentrum Berlin-Lichtenberg wird mit Wirkung vom 01.01.1991 in eine gemeinnützige Stiftung des bürgerlichen Rechts umgewandelt.
2. Die Stiftung führt den Namen „Rehabilitationszentrum Berlin-Lichtenberg“. Sie ist eine rechtsfähige Stiftung des bürgerlichen Rechts. Die Stiftung hat ihren Sitz in Berlin-Lichtenberg.
3. Ausschließlicher und unmittelbarer Zweck der Stiftung ist die Gewährleistung der Rehabilitation Behinderter, insbesondere geistig behinderter Menschen, ausgenommen bleibt die medizinische Rehabilitation.
4. Die Satzung der Stiftung wird bestätigt.
5. Die Kommune Berlin-Lichtenberg übergibt der Stiftung „Rehabilitationszentrum Berlin-Lichtenberg“ die jetzt vom Rehabilitationszentrum Berlin-Lichtenberg genutzten Objekte wie sie stehen und liegen zur unentgeltlichen Nutzung (siehe Anlage 1) sowie sämtliches z.Z. genutztes Inventar in Mietobjekten (Anlage 2).

Die Übergabe erfolgt auf der Grundlage der vom Rat des Stadtbezirkes Berlin-Lichtenberg bestätigten Haushaltsrechnung für das Jahr 1989 (Anlage 3).

Begründung: In der Mehrzahl der Ostberliner Stadtbezirke haben sich im Laufe der Jahre organisch gewachsene Rehabilitationseinrichtungen herausgebildet und zu Rehabilitationszentren zusammengeschlossen. Im Stadtbezirk Berlin-Lichtenberg ist diese Entwicklung am weitesten vorangeschritten.

Erfahrungen in der Arbeit des Rehabilitationszentrums Berlin-Lichtenberg wie auch Erfahrungen aus Berlin (West) bzw. der Bundesrepublik Deutschland belegen die Vorteile stadtbezirksbezogener und damit gemeinde- und bürgernaher Einrichtungen für die behinderten Bürger, deren Angehörige und letztlich auch für die Mitarbeiter in den Einrichtungen. Das System der stadtbezirksbezogenen Rehabilitation ist überschaubar, trotzdem vielfältig und differenziert. Die auf die jeweilige Kommune bezogenen Rehabilitationszentren entsprechen darüber hinaus weitestgehend dem in der Bundesrepublik Deutschland angestrebten Regionalitätsprinzip. Es ist daher dringend notwendig, die erhaltenswerten Strukturen zu belassen und in quantitativer und qualitativer Hinsicht weiter auszubauen (Anlage 4)“ (Archiv des Vereins)

Bedauerlicherweise blieben die damaligen Stiftungsaktivitäten erfolglos. Sie konnten erst 18 Jahre später (2008) realisiert werden. Dazu kam, dass auf Vorschlag der Arbeitsgruppe „Rehabilitationspädagogische Tagesstätte“ bei der Landesregierung Berlin, Magistratsverwaltung für Soziales, die Umwandlung dieser Einrichtungen zu Schulen für Geistigbehinderte beschlossen wurde. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Lichtenberger Einrichtung in der Volkradstraße begrüßten einmütig diese

Entscheidung und verließen damit das Stadtbezirksrehabilitationszentrum. Selbstverständlich hätte die Möglichkeit der Gründung einer sog. Ersatzschule in freier Trägerschaft bestanden. Den Mut dafür brachte aber das Kollegium der Volkradstraße – im Gegensatz zur Stephanus-Stiftung, zum Evangelischen Kinderheim „Siloah“ und der Caritasschule in der Gürtelstraße – nicht auf.

2.3 Die Gründung des Vereins Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V.

2.3.1 Die Initiatoren

Um nach der fehlgeschlagenen Stiftungsgründung einer weiteren Auflösung des Stadtbezirksrehabilitationszentrums vorzubeugen, wurde nunmehr die Gründung eines gemeinnützigen Vereins erwogen. Für beherzte Mitarbeiter des Zentrums Berlin-Lichtenberg sowie einige Angehörige oder Betreuer von Menschen mit Behinderungen hatte damit „ihre Stunde“ geschlagen.

An ihrer Spitze stand Dipl.-Päd. Helmut Siebert. Er ergriff, unterstützt von Udo Kantwerk, Ingrid Finzel, Prof. Dr. Gerhart Lindner und anderen, die Initiative, um mit Hilfe des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes eine tragfähige perspektivische Lösung zu finden. Sie scharten 10 der Aktivsten um sich und planten die Gründung eines e.V. Rehabilitationszentrum Berlin-Ost, kurz Reha-Ost genannt. Keiner ahnte damals, auf was für ein Unternehmen er sich einlässt, geschweige denn, was 20 Jahre danach daraus entstanden sein würde. Am 01.11.1990 wurde dieser Plan in die Tat umgesetzt.

2.3.2 Vereinssatzung, Organe und Zielstellungen

Die Aufgaben des Vereins wurden im § 2 der Satzung wie folgt formuliert:

- „(2) Zweck des Vereins ist die allgemeine Förderung und Betreuung von Menschen mit Behinderungen und von alten und hilfsbedürftigen Menschen.
- (3) Zu seinen Aufgaben gehören insbesondere:
- a) Zusammenarbeit aller Mitglieder zum Wohle des gesamten Personenkreises
 - b) Errichtung und Unterhaltung von Einrichtungen auch im Rahmen der unter e) genannten Maßnahmen, die
 - Bildung und Erziehung, Förderung und Betreuung von Menschen mit Behinderungen und von alten und hilfsbedürftigen Menschen gewährleisten
 - verschiedene Formen des Wohnens für Behinderte praktizieren
 - Arbeitstraining, Arbeit und die lebenspraktische Förderung Behinderter ermöglichen
 - familienentlastende Dienste, familienbegleitende Dienste und Freizeitarbeit leisten
 - der Kinder- und Jugendhilfe und der allgemeinen Förderung von Kindern und Jugendlichen i.S. des KJHG dienen
 - c) Durchführung von Erfahrungsaustauschen mit interessierten Personen, Vereinen und Einrichtungen für Behinderte im In- und Ausland
 - d) Fort- und Zusatzausbildung der Mitarbeiter, auch in Zusammenarbeit mit anderen Organisationen“ (Vereinssatzung)

Im Arbeitskonzept des Vereins für die Jahre 1990 bis 1992 ist u. a. zu lesen:

„Ein umfassender Einfluss auf die gezielte Rehabilitation – von der Frühförderung bis in das Erwachsenenalter hinein – war durch das Vorhandensein verschiedener Rehabilitationseinrichtungen innerhalb des Zentrums gegeben. Darüber hinaus waren die Vorteile einer stadtteil- bzw. bezirkseigenen Rehabilitationsarbeit spürbar. In der gegenwärtigen Entwicklung deuten sich für den notwendigen Ausbau einer kontinuierlichen Rehabilitation einige Probleme an.“ (Internes Arbeitsmaterial 1990).

2.3.3 Strukturierung des Vereins – Ausgründung von Tochtergesellschaften

In dem Bestreben, Bewährtes zu erhalten, gute Erfahrungen anderer zu übernehmen und die bisherigen Strukturen denen der alten Bundesländer anzugleichen, bemühte sich der gemein-

nützige Verein, seit dem 01.07.1991 Mitglied des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, um die Übernahme des kommunalen Rehabilitationszentrums.

Die Abgeordneten des Stadtbezirkes Lichtenberg folgten den Intuitionen des Vereins nur zum Teil. Die Abteilung Soziale Rehabilitation verblieb ohne diesen Namen als Leistungsabteilung beim Bezirksamt Lichtenberg in der Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen. Auf Beschluss der Abgeordneten des Stadtbezirks Lichtenberg wurden dem gemeinnützigen Verein Rehabilitationszentrum Berlin-Ost mit Wirkung vom 01.10.1991 die Tages- bzw. Werkstätten und ab 01.01.1992 die Wohneinrichtungen sowie der Freizeitklub in Trägerschaft übergeben. Die Mitglieder des Vereins verpflichteten sich mit der Trägerschaft zu der folgenden Zielstellung:

„Der Verein ist gewillt, einen Beitrag zur bürgernahen, regionalisierten Behindertenarbeit in Berlin-Lichtenberg, einem Bezirk von mehr als 170.000 Bürger/innen, zu leisten. Vorrangiges Ziel des Vereins ist die Betreuung geistig behinderter Menschen in dieser Region, wobei Mehrfachbehinderte, z. B. geistig Behinderte mit zusätzlicher Sinnesbehinderung, individuelle Förderung erhalten können.

Im Wohnbereich Behinderter ist die Enthospitalisierung der bisher kliniknah strukturierten Heimeinrichtungen (Wohnebenen im Heim für Geschädigte) notwendig. Zentrale und pflegeorientierte Strukturen sind in dezentrale Klein-Einrichtungen umzubilden. Den Behinderten sind umfassende Möglichkeiten individueller Förderung bereitzustellen, um ihnen ein weitgehend normales Leben zu ermöglichen. Dabei spielt die Durchsetzung des Normalisierungsprinzips als einem realitätsgerechten und praktikablen Weg für die Umsetzung aller Integrationsbemühungen die entscheidende Rolle.

Für den Bereich der Arbeit für Behinderte ist eine Erweiterung der Angebotspalette entsprechend der individuellen Leistungsfähigkeit (Differenzierung) vordringlich. Daneben steht die dringend erforderlich investive und einrichtungsbezogene Standardverbesserung im Vordergrund. Ziel der Arbeit ist weiterhin die weitmögliche Integration der Menschen mit Behinderung in Regeleinrichtungen durch Kooperation mit anderen Institutionen und Einrichtungen aus der Region. Der Verein wird mit medizinisch-pädagogischen Ambulanz-Einrichtungen bzw. anderen Trägern der Behindertenhilfe eng zusammenarbeiten. Das Rehabilitationszentrum befindet sich in einem Entwicklungsprozess, an dem nicht nur die Mitarbeiter, sondern auch die Behinderten und ihre Angehörigen beteiligt werden müssen.“ (Internes Arbeitsmaterial 1990)

Der Verein wuchs auf ca. 20 Mitglieder an, konsolidierte sich und wählte zunächst Ingrid Finzel und 1992 Prof. Dr. Klaus-Peter Becker als Vorsitzende, unterstützt von jeweils einem Stellvertreter und drei Beisitzern. Helmut Siebert konnte sich nunmehr als Geschäftsführer des Vereins ganz den anstehenden operativen Aufgaben widmen.

Der Vorstand bildete als Gesellschafter der ausgegründeten gemeinnützigen GmbHs mit Helmut Siebert als Geschäftsführer aller Tochtergesellschaften über die Jahre ein gut aufeinander abgestimmtes Gremium. Es betrieb den Ausbau des Rehabilitationszentrums zielstrebig und konstruktiv als Ganzes, wie im Folgenden nachzuvollziehen ist. Dazu ist auch eine synchronoptische Darstellung der Entwicklung im Anhang dieses Buches einzusehen. Sie verdeutlicht in anschaulicher Weise die Fortschritte in den Bereichen Wohnen, Arbeiten und Freizeit, in Beziehung gesetzt zu wichtigen kommunalpolitischen Ereignissen. Zunächst ging es vor allem darum, für die Menschen mit Behinderungen die Bedingungen in den Wohn- und Werkstätten sowie dem Förderbereich zu verbessern. Gleiches traf auf die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten zu. Die Qualifikationsstruktur der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter war zu erhöhen und die Fort- und Weiterbildung zu forcieren.

In den Folgejahren bildete sich nach und nach die Struktur des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost mit den Bereichen Arbeit/Beschäftigung, Wohnen sowie Freizeit heraus:

LWB - Lichtenberger Werkstatt für Behinderte gGmbH

Bereits zum 01.01.1994 konnte der Verein die beruflich-soziale Rehabilitation der zu diesem Zeitpunkt gegründeten hundertprozentigen Tochtergesellschaft „LWB - Lichtenberger Werkstatt für Behinderte gGmbH“ übertragen. Am 26.06.1995 eröffnete der Neubau eines Werkstatt-

gebäudes für 170 Werkstattbeschäftigte in der Lichtenberger Wotanstraße seine Tore. Mit der Inbetriebnahme der modernen Werkstatt konnten die Werkstattstandorte

- Herzbergstraße 79 (Baracke),
- Moldaustraße 10,
- Pfarrstraße 179

und der Werkstattladen in der Frankfurter Allee 249 aufgegeben werden.

Die Maßnahmen zur zukunftssträchtigen Orientierung der Werkstatt können besonders deutlich an der Entwicklung des Arbeitsbereiches „Papierrecycling“ dargestellt werden. Der Bereich besteht seit 1991 und wurde zunächst in der Bernhard-Bästlein-Straße 10 angesiedelt. 4 Werkstattbeschäftigte und 1 Gruppenleiter waren dort tätig. Ab Januar 1992 wurde der Bereich bedarfsgemäß systematisch erweitert. Er bezog danach Räumlichkeiten in der Max-Brunnow-Straße 5. Zeitweise wurden dort 10 Werkstattbeschäftigte tätig. 1999 zog der Bereich zusammen mit der Abteilung „Elektrorecycling“ in den separaten Standort Straße am Heizhaus 1 in Karlshorst ein. Eine bestätigte Kapazität von 44 Arbeitsplätzen stand dort zur Verfügung. Trotz der beachtlichen Kapazitätserhöhung zeichnete sich ein wachsender Mehrbedarf ab. Eine erfolgreiche Weiterentwicklung der beiden Bereiche war an diesem Standort aus unterschiedlichen Gründen nach mehr als 8 Jahren auch nicht mehr möglich. Die Geschäftsleitung der LWB entschloss sich zu einem erneuten Standortwechsel. Im Jahre 2007 entstand eine neue Betriebsstätte in der Vulkanstraße 13 für mehr als 1 Mio. Euro, mit einer Kapazität von 80 Plätzen. Die Werkstattentwicklung wurde durch die schrittweise Anmietung der gesamten Immobilie Herzbergstraße 33-34 und der Errichtung der Versorgungsküche in der Allee der Kosmonauten 23 A abgeschlossen.

Allerdings machte die ständig steigende Belegung der Werkstatt schließlich noch einen zweiten Neubau unumgänglich. Auf dem eigenen Grundstück in der Bornitzstraße 91/93/95 konnte die LWB 2009 ein neues Werkstattgebäude mit einer Kapazität von 120 Plätzen eröffnen. Dafür wurden anschließend die Werkstattplätze in der Bernhard-Bästlein-Straße aufgegeben. Dieser Standort kommt nun ausschließlich den Menschen mit schwersten Behinderungen zugute.

Der Wohnbereich

Ähnlich stürmisch wie der Werkstattbereich gestaltete sich die Entwicklung des Wohnbereichs. Mit Neubauten in der Eisenacher Straße und der Moldaustraße sowie der Übernahme der kommunalen Einrichtung „Janusz Korczak“ erweiterten sich die Wohnstättenkapazitäten erheblich. Durch grundlegende Umbaumaßnahmen entstanden aus dem früheren „Heim für Geschädigte“ und der Einrichtung „Janusz Korczak“ moderne Wohnstätten. Die Zahl der Wohngemeinschaften stieg kontinuierlich auf 19 mit 90 Plätzen (2011). Das zur Wendezeit vorzeigbare Trainingswohnhaus in der Kaskelstraße entsprach nach 20 Jahren erfolgreicher Betreuungszeit nicht mehr den Anforderungen. Es war u. a. nicht barrierefrei und wurde 2010 aufgegeben. Mit dem „Victoriahaus“ in der Spittastraße öffnete gleichzeitig eine moderne Nachfolgeeinrichtung ihre Pforten.

Gründung weiterer Tochtergesellschaften

Der Verein gründete weitere Tochtergesellschaften, so die gemeinnützige GmbH „GIW - Wohnanlage Mühlenberg gGmbH“ in Schollene, Sachsen-Anhalt zum 01.01.1997 und die gemeinnützige GmbH „RBO - Rehabilitationszentrum Berlin-Ost“ zum 29.05.2000. Im Oktober 2003 folgten die Gründung des Integrationsunternehmens „LIDIS - Dienstleistungsgesellschaft mbH“ und im Dezember 2008 die der „LBD - Lichtenberger Betreuungs-Dienste gemeinnützige GmbH“.

Anerkannter Träger der freien Jugendhilfe

Der Verein wurde bereits 1992 durch die zuständige Senatsverwaltung als anerkannter Träger der freien Jugendhilfe bestätigt. Mit der Übernahme von Einrichtungen des ehemaligen Jugendaufbauwerkes am 01.10.2006 erweiterte sich der Aktionsradius des Vereins im Kinder- und Jugendhilfebereich erheblich. Im Jahre 2008 gehörte „Rehabilitationszentrum Berlin-Ost“ zu den Initiatoren, die den „Lichtenberger Beirat für Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit und Familienförderung“ gegründet haben.

Special Olympics

Von Anfang an widmete sich der Verein intensiv der Entwicklung von Bewegung und Sport für Menschen mit geistiger Behinderung. Er setzte die seit 1986 in Lichtenberg bestehende Tradition der Sportfeste fort und wurde 1991 Mitgründer von Special Olympics Deutschland.

2.4 Praktizierte Integration im Spiegel fortgeschriebener Theoreme

2.4.1 Von der ICIDH zur ICF

Wie schon ausgeführt, wurden die Betreuung und das Integrationsbestreben all derer, die sich in der Obhut des Stadtbezirksrehabilitationszentrums Berlin-Lichtenberg befunden hatten, bis zur Vereinsgründung und darüber hinaus zu keiner Zeit in Frage gestellt. Die sich verändernden gesellschaftlichen Verhältnisse schufen zweifellos bessere materielle Voraussetzungen und boten den Akteuren des Vereins weitere Möglichkeiten, Menschen mit mehrfachen Behinderungen zu befähigen, aktiv am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Den gedanklichen Leitfaden bildete die Rehabilitationspädagogik (Rp), ohne dass sie ständig *expressis verbis* angeführt worden wäre. Schließlich hatte die Rp bereits 1980 humanontogenetische Positionen bezogen, die über die ICIDH im Grundsätzlichen hinausgingen. Es war in Kapitel 1 bereits darauf verwiesen worden, dass die Quebec Company sowie die Kanadische Gesellschaft für die ICIDH in dem Bemühen um eine weiterentwickelte Klassifikation (CSICIDH) Vorschläge eingebracht hatten, die ebenfalls auf dem biopsychosozialen Modell beruhten. Insofern herrschte eine gespannte Aufmerksamkeit, zu welcher Lösung die WHO gelangen würde.

2.4.2 Die ICF

Die WHO veröffentlichte die ICF im Jahre 2001. Die von der WHO autorisierte deutsche Fassung erschien 2005 unter dem Titel „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“. (World Health Organization, 2005). Die Klassifikation bezieht sich primär auf den weit gefassten Gesundheitsbegriff, der mit Wohlbefinden korrespondiert. Von grundsätzlicher Bedeutung ist, dass sie sich auch am biopsychosozialen Modell orientiert. Als allgemeiner Bezugspunkt dient die funktionale Gesundheit.

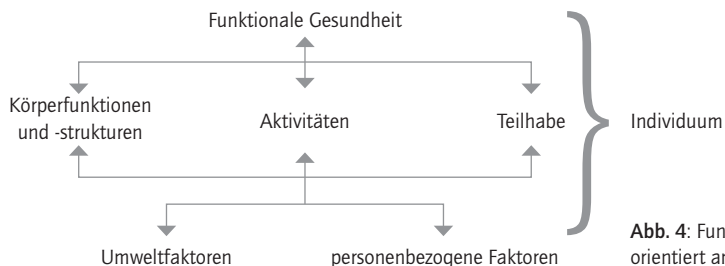


Abb. 4: Funktionale Gesundheit, orientiert am biopsychosozialen Modell

Definition der funktionalen Gesundheit

„Eine Person gilt nach ICF als funktional gesund, wenn – vor ihrem gesamten Lebenshintergrund (Konzept der Kontextfaktoren) –

- ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des körperlichen und seelischen Bereichs) und ihre Körperstrukturen allgemein anerkannten (statistischen) Normen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
- sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (Gesundheitsproblem im Sinn der ICF) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten), und
- sie zu allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, Zugang hat und sich in diesen Lebensbereichen in der Weise und dem Umfang bewegen kann, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird. (Konzept der Teilhabe an Lebensbereichen)“ (Schuntermann 2005, S. 17)

Schuntermann beurteilt die ICF:

„Tatsächlich enthält die Philosophie der ICF bis auf einen wichtigen Paradigmenwechsel inhaltlich kaum Neues. Das Verdienst ist, dass sie das, was intuitiv gedacht und wonach gehandelt wird, systematisiert und begrifflich formuliert.“ (Schuntermann 2005, S. 11)

Allerdings setzt der Paradigmenwechsel, wenn man darunter den Übergang von einem biosozialen zu einem biopsychosozialen Modell versteht, mehr als intuitives Denken und Handeln voraus. Es wird vielmehr das Verständnis für die Wechselwirkung der biotischen, psychischen und sozialen Komponenten und seiner Folgen bei der Entwicklung eines Menschen verlangt. Davon hängt eine Anwendungsmöglichkeit der ICF auch im Dienste rehabilitativen Denkens ab. Es handelt sich dann sowohl um die Bestimmung einer Behinderung bei einer Person als auch um die Ableitung rehabilitativer Maßnahmen zu deren Gunsten. Weiterhin gestattet die ICF eine Kodierung nach den von ihr genannten und im Einzelfall festgestellten Sachverhalten. Beide Möglichkeiten verlangen die Befolgung der spezifischen Terminologie der ICF.

Merkmale der funktionalen Gesundheit

Bei den oben aufgeführten Merkmalen der funktionalen Gesundheit handelt es sich um *Körperstrukturen und -funktionen*. Erstere beziehen sich auf die Anatomie, die zweiten auf die Physiologie des Körpers. Dazu zählen nach ICF auch psychische Funktionen. (Nach Meinung des Verfassers müsste es sich um elementare, genetisch angelegte psychische Funktionen handeln. Erst auf deren Fundament entwickeln sich die höheren psychischen Funktionen im Laufe der Aneignung der Umwelt durch das Individuum. Die höheren psychischen Funktionen sind Bestandteil der Fähigkeiten, die zur Ausführung von *Aktivitäten*, d. h. von Handlungen dienen.)

Mit Hilfe der Aktivitäten wird eine Person in die Lage versetzt, an Bereichen im gesellschaftlichen Leben teilzuhaben, die für sie relevant sind. Diese Teilhabe orientiert sich an verbindlichen Maßstäben, wie an den Menschenrechten und solchen Merkmalen, wie sie in der Subjektposition des Betroffenen als gleichberechtigter und gleichgestellter Bürger zum Ausdruck kommen. Diese Orientierung entspricht ganz und gar der Rehabilitationspädagogik (Rp), die auf die aktive Beteiligung am produktiven/wirtschaftlichen, politischen, kulturellen und familiären Leben der Gesellschaft abzielt. Sie greift ebenso die Forderung des Weltaktionsprogramms nach „full participation and equality“ auf.

Die Wechselwirkung der aufgeführten Merkmale führt zur funktionalen Gesundheit, sofern die Merkmale und ihre gegenseitigen Beziehungen positiv besetzt sind. Sie können jedoch auch negativ besetzt sein. In diesem Falle spricht die ICF von Beeinträchtigungen. Man findet dafür auch im deutschen Sprachgebrauch zuweilen die Bezeichnung Gesundheitsprobleme.

Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit

Das Modell der ICF ermöglicht es, Beeinträchtigungen der funktionalen Gesundheit darzustellen. Sie ergeben sich aus negativ besetzten Merkmalen und den daraus folgenden Störungen ihrer Wechselbeziehungen, insbesondere dann, wenn innerhalb der Kontextfaktoren Barrieren für die Teilhabe der betreffenden Person an relevanten Lebensbereichen bestehen. Je nach den Störstellen ergibt sich eine ganz spezifische Konstellation einer Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit. Nicht jede Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit nach der ICF gilt jedoch nach deutscher Rechtsauffassung als eine Behinderung.

2.4.3 Das SGB IX und der Behinderungsbegriff

„Sozialgesetzbuch – Neuntes Buch – (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.06.2001 (BGBl. I, S. 1046)“, lautet die offizielle Bezeichnung dieses Gesetzes. In seinem Titel kommt bereits die Orientierung der Rehabilitation an der Teilhabe zum Ausdruck. In der Einführung zum Gesetzestext heißt es dazu wörtlich:

„Bei Definition des Behindertenbegriffs orientiert sich der Gesetzgeber nicht mehr an wirklichen oder vermeintlichen Defiziten, sondern rückt das Ziel der Teilhabe an den verschiedenen Lebensbereichen in den Vordergrund. Der Gesetzgeber hat mit der Einführung des Behindertenbegriffs die internationale Diskussion um eine Weiterentwicklung der Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung (ICIDH-1 und ICDH-2) zugrunde gelegt.“ (SGB IX, S. 9)

Das SGB IX spricht auch von einem Partizipationsmodell, das behinderten Menschen ein selbstbestimmtes Leben ermöglichen soll. Deshalb dienen die Rehabilitationsleistungen der Teilhabe. Beeinträchtigungen der Teilhabe können jedoch vielfältige Ursachen haben.

Es sei als Beispiel lediglich auf die Probleme von Immigranten bei der Integration in die deutsche Gesellschaft mangels ausreichenden Sprachkenntnissen verwiesen. Sie dürften im Allgemeinen keine Rehabilitationsleistungen auslösen. Deshalb ist der Begriff des behinderten Menschen in seiner spezifischen Beziehung zu Beeinträchtigungen der Teilhabe genauer zu bestimmen.

Im SGB IX § 2 lautet die Definition von *Behinderung* wie folgt:

- (1) „Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind *von Behinderung bedroht*, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.
- (2) Menschen sind im Sinne des Teils 2 schwerbehindert, wenn bei ihnen ein Grad der Behinderung von wenigstens 50 vorliegt und sie ihren Wohnsitz, ihren gewöhnlichen Aufenthalt oder ihre Beschäftigung auf einem Arbeitsplatz im Sinne des § 73 rechtmäßig im Geltungsbereich dieses Gesetzbuches haben.
- (3) Schwerbehinderten Menschen gleichgestellt werden sollen behinderte Menschen mit einem Grad der Behinderung von weniger als 50, aber wenigstens 30, bei denen die übrigen Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen, wenn sie infolge der Behinderung ohne die Gleichstellung einen geeigneten Arbeitsplatz im Sinne des § 73 nicht erlangen oder nicht behalten können (gleichgestellte behinderte Menschen). (SGB IX, S. 29)

Streng genommen spezifiziert die Definition eine Beeinträchtigung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft im Hinblick auf eine Behinderung nur dahingehend, dass deren Verursachung auf einer länger als sechs Monate anhaltenden Abweichung des alterstypischen körperlichen, geistigen und seelischen Zustandes beruht. Damit wird zumindest klargestellt, dass eine Behinderung stets an eine ausgeprägte Beeinträchtigung der Körperstrukturen oder -funktionen (nach ICF) gebunden ist, die in diesem Fall wiederum konstitutiv in die Beeinträchtigung der Teilhabe eingeht.

2.4.4 Zwei Funktionen der ICF

Die ICF als Orientierungshilfe

Es gilt zu beachten, dass die ICF einmal nur als Orientierungshilfe dient. Sie eignet sich, zur Erhellung der Genese einer Behinderung beizutragen, indem sich der Diagnostiker an den Komponenten des ICF-Modells orientiert. Die ICF stellt jedoch kein diagnostisches Instrumentarium dar, kein Assessmentverfahren. Zur differenzierten Bestimmung der Merkmale jeder ihrer Komponenten bedarf es eigener und noch dazu verifizierter diagnostischer Methoden. Darin besteht gerade die Schwierigkeit, die auch die weiter oben schon erwähnte zweite Funktion der ICF betrifft.

Die zweite Funktion der ICF

Die zweite Funktion der ICF bezieht sich auf die Kodierung der in den einzelnen Komponenten der ICF mit geeigneten Assessmentverfahren festgestellten Merkmale und Sachverhalte. Dazu werden die Komponenten der ICF jeweils mit Hilfe von Präfixen kodiert. Jede Komponente wird ihrerseits nach verschiedenen Merkmalsebenen differenziert und innerhalb jeder Ebene jedes Item nach dem Ausprägungsgrad bewertet. Ausgenommen von dieser Struktur bleiben die Kontextfaktoren. Der damit verbundene Arbeitsaufwand ist sehr groß und setzt vor allen Dingen sowohl ein hohes Maß an Fachkenntnissen als auch an Detailkenntnissen der ICF, aber vor allem das geeignete diagnostische Instrumentarium voraus. Unter diesen Umständen halten sich die Versuche zur Anwendung der Kodifizierung bisher in Grenzen.

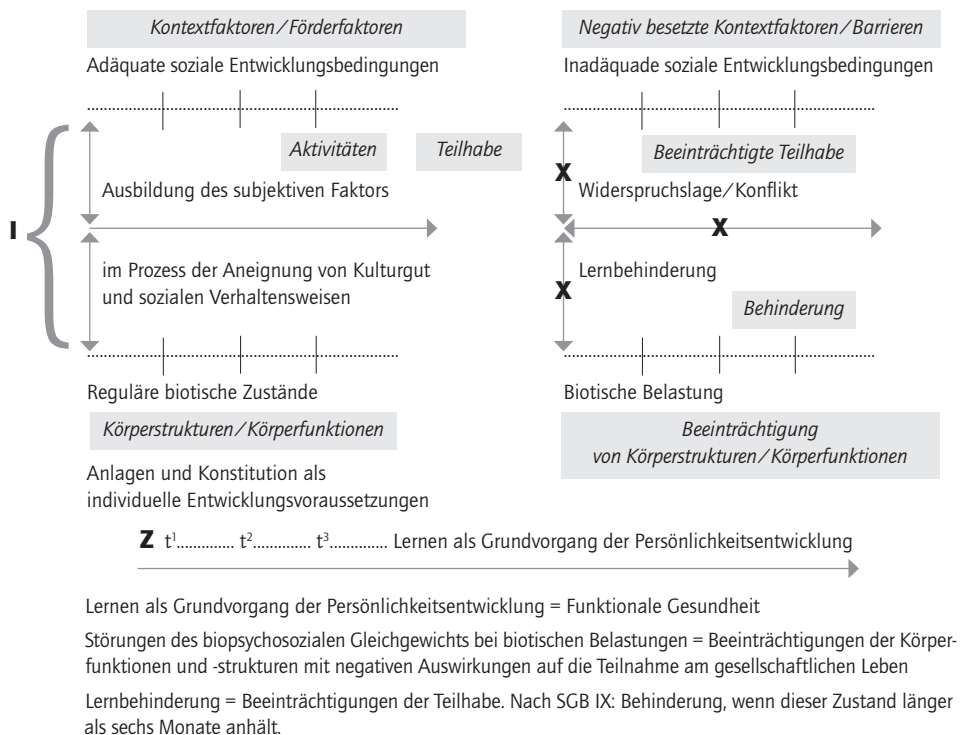


Abb. 5: Modellvergleich Rp : ICF (ICF = kursiv)

Die ICF als pädagogisches Instrument

Die WHO hat mit der Veröffentlichung der ICF Erwartungen verbunden. Sie geht davon aus, dass die ICF auch „als pädagogisches Instrument – für die Curriculumentwicklung, die Schaffung von Problembewusstsein und als Anstoß für soziales Handeln“ (World Health Organisation 2001/2005, S. 11) angewendet werden kann. Hollenweger (2005, S. 150 ff.) hat die Relevanz der ICF für die Sonderpädagogik behandelt und sieht darin u. a. ein Modell von Behinderung, das die Chance bietet, sowohl für eine konzeptionelle Analyse als auch als Planungsinstrument zu dienen. Damit ergibt sich ein unmittelbarer Berührungspunkt zu ähnlichen Bestrebungen der Rehabilitationspädagogik. Die Situation stellt sich im Modellvergleich wie folgt dar (s. Abb. 2, S. 47), wenn man die Komponenten des ICF-Modells denen der Rehabilitationspädagogik zuordnet.

Den biopsychosozialen Intentionen der Modelle nach sind sie weitgehend kompatibel. Allerdings bedürfte es der Diskussion, ob die enge Koppelung von Körperstrukturen und -funktionen in der ICF dem Entwicklungsaspekt gerecht wird. Wenn z. B. „Höhere kognitive Funktionen“ darunterfallen, deren Ausbildung erst in den Prozessen der Aneignung/Aktivität/Teilhabe erfolgt, erscheint diese Bindung, speziell bezogen auf Kinder, fraglich. Insofern tendiert das ICF-Modell mehr zu einer statischen als dynamischen Betrachtungsweise. Es bleibt abzuwarten, ob die ICF das Problem löst. Rehabilitative Maßnahmen setzen in beiden Modellen im sozialen Feld an, seien es bei der Rehabilitationspädagogik (Rp) die Wirkungsbereiche im Aneignungsprozess oder bei der ICF die positiv in Förderfaktoren gewendeten Barrieren.

2.5 Brücken in die Öffentlichkeit

2.5.1 Intentionen und Brückenpfeiler

Der Verein hat es sich von Anbeginn angelegen sein lassen, mit seinen Tochtergesellschaften der Öffentlichkeit gegenüber offen und aufgeschlossen zu agieren. Die Stiftung hat diese zur Tradition gewordene Gewohnheit geradlinig fortgesetzt.

Dazu zählen einmal die offiziellen Kontakte zu den kommunalen Behörden, seien es die Dienststellen im Senat oder insbesondere die im Rathaus des Bezirks Lichtenberg. In der Gewissheit, im Prinzip das gleiche Ziel zu verfolgen, lassen sich Geschäftsführung und Vorstand von der Idee eines fairen Miteinanders leiten. Im Ringen um angemessene Lösungen bleiben Widersprüche in Detailfragen zuweilen nicht aus. Das betrifft sowohl das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost im Einzelnen wie gleichartige Einrichtungen im Allgemeinen. Deshalb schien es von Anfang an angezeigt, sich einer gemeinsamen Interessenvertretung anzuschließen. Vor allem aber auch zum Erfahrungsaustausch und zur Entwicklung konsensfähiger Vorschläge für sozialpolitische Entwicklungsprojekte größerer Dimension. Schon der erste Vereinsvorstand strebte die Mitgliedschaft im Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband, Landesverband Berlin e.V., an. Sie wurde bewilligt und bewährte sich in vollem Umfang. Die Stiftung konnte die Nachfolge antreten. Gleichartige Gründe bewegen die Stiftung, nach wie vor in Ausschüssen und Kommissionen auf der Ebene des Bezirks Lichtenberg mitzuwirken.

Zu den Geschäftspraktiken mit gewerblichen Partnern, deren wirtschaftliche Interessen ohne Zweifel dominieren, gehört, sie zumindest für das sozialpolitische Anliegen, das die Stiftung und ihre Tochtergesellschaften verfolgen, zu sensibilisieren.

Stiftungen und gemeinnützige GmbHs, wie sie von der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost mit ihren Tochtergesellschaften repräsentiert werden und quasi den Charakter von Sozialun-

ternehmen erlangt haben, sind der Öffentlichkeit in besonderem Maße gegenüber verpflichtet, sorgsam und redlich mit der Verwendung der Gelder umzugehen. Im Bewusstsein dieser Verpflichtung sind seit Bestehen des Vereins die Geschäftsberichte jedes Jahres von einer unabhängigen renommierten Wirtschaftsprüfungsgesellschaft geprüft und in Übereinstimmung mit der Vereinssatzung für korrekt befunden worden. Diese Praxis hat die Stiftung selbstverständlich beibehalten. Anstelle der Mitgliederversammlung erteilt in der Stiftung das Kuratorium dem Stiftungsvorstand gegebenenfalls für das jeweils abgeschlossene Geschäftsjahr Entlastung. Der Stiftungsvorstand übt seinerseits in der Funktion der Vertreter des Gesellschafters der Tochtergesellschaften über sie die Aufsicht aus und entlastet auf der Grundlage der entsprechenden Prüfungsberichte der Wirtschaftsprüfer die jeweiligen Geschäftsführer.

In den Jahren 2010/2011 sind in der Berliner Presse Vorwürfe an ein ortsansässiges Sozialunternehmen gerichtet worden, Gelder unverhältnismäßig verwendet zu haben. Der Paritätische Wohlfahrtsverband ist einem Generalverdacht sofort entgegengetreten und hat seine Mitglieder aufgefordert, der „Initiative Transparente Zivilgesellschaft“ beizutreten. Die Stiftung und ihre Tochtergesellschaften sind dem Aufruf gefolgt und stellen Eckdaten ihrer Entwicklung kontinuierlich ins Netz. Jedes Jahr sind die Geschäftsberichte in vollem Umfang im Bundesanzeiger frei zugänglich einzusehen.

2.5.2 Fachwissenschaftliche, sportliche sowie kulturelle Aktivitäten

Eine wichtige Strategie der Stiftung besteht darin, unter keinen Umständen hinter den Erwartungen der Gesellschaft an eine erfolgreiche Rehabilitation von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen zurückzubleiben. Im Gegenteil, es besteht der Anspruch, zu den Schrittmachern der Entwicklung zu zählen. Aus diesem Grunde ist die Stiftung bestrebt, in wissenschaftlichen wie sozialpolitischen Gremien präsent zu sein. Dazu zählen beispielsweise die Mitgliedschaften in der Deutschen Vereinigung für die Rehabilitation, Special Olympics Deutschland sowie Vertretungen in kommunalen Ausschüssen und Kommissionen.

Fachwissenschaftliche Aktivitäten

In Übereinstimmung mit der Stiftungssatzung veranstaltet die Stiftung gemeinsam mit der Gemeinwesen integrierten Wohnanlage GIW - Wohnanlage Mühlenberg gGmbH in Schollene, einer Tochtergesellschaft der Stiftung, jährlich Fachkonferenzen. Sie dienen dazu, eigens gesammelte Erfahrungen zu aktuellen Themen in einen größeren theoretischen Kontext zu stellen, der von namhaften Fachwissenschaftlern vertreten und jeweils referiert wird. Nutznießer sind nicht nur die Mitarbeiter der Stiftung und ihrer Tochtergesellschaften, sondern die eingeladenen Mitarbeiter von gleichartigen Sozialeinrichtungen des Kreises Stendal, in dem Schollene liegt, sondern auch Studenten der Bildungsstätten in Stendal und Brandenburg. Die Fachkonferenzen finden in der Regel an einem Tage im Juni des laufenden Jahres statt. Sie vereinen im Durchschnitt 70 Teilnehmer. Die Zahl schwankt in Abhängigkeit von dem Interesse an der aktuellen Thematik. Die folgende Übersicht gibt einen Einblick in die abgehandelten Thematiken und die Hauptreferenten:

1. Tagung 1998: „Inmitten – Menschen mit Behinderungen“

Referentinnen/Referenten: Katrin Milkun, Edith Braun, Dr.-Ing. Klaus Beyer, Ute Fischer, Othmar Eiterer, Hasso Gäde, Doreen Warzinski, Heinz Timme, Rolf Noftz, Andreas Volkmann

Einen aktuellen Anlass bot die bevorstehende Eröffnung der Wohnanlage auf dem Mühlenberg in Schollene, Sachsen-Anhalt – Wohnen und Leben inmitten der Gemeinde Schollene. Die Fachtagung fand mit Unterstützung der „Aktion Sorgenkind“ statt.

2. Tagung 1999: „Betreutes Einzelwohnen – ein wichtiger Schritt in die Selbständigkeit“

Referentinnen/Referenten: Prof. Dr. Klaus-Peter Becker, Günter Liebers, Heike Woost, Dr. Heike Berger, Kathleen Thölkens, Sabine Hofmann, Helga Volkmann, Karin Stopp, Bertold Hellriegel, Peggy Mielke, Wolfgang Mielke, Andreas Volkmann
Es wurden Erfahrungen mit dem Betreuten Einzelwohnen aus der Sicht der verantwortlichen Mitarbeiter von Instituten, einer Psychiaterin sowie einer Mutter vorgestellt. Außerdem berichteten Bewohner, die den Schritt in die größere Selbständigkeit gemacht hatten, über ihren Alltag.

3. Tagung 2000: „Von der Betreuung zur Assistenz – anthropologische Aspekte“

Referentinnen/Referenten: Prof. Dr. Martin Th. Hahn, Dr. Madeleine Rottmann, Reinald Purmann, Prof. Dr. Gerhart Lindner, Heidemarie Kröger

Während die Worte „Betreuung“, „Versorgung“ und „Pflege“ im Allgemeinen mit der Bedeutung auf Fremdbestimmung und Bevormundung gebraucht werden, wird mit Assistenz die selbstbestimmte Hilfe bezeichnet, die ein Mensch mit Behinderung benötigt. Diese Delegation von Aufgaben an Assistenten setzt Vorausdenken und Planen voraus. Auf der Tagung wurden neben dem Hauptreferat Maßnahmen und Ziele zur Entwicklung der Selbständigkeit vorgestellt.

4. Tagung 2001: „Wider die Gewalt – bei der Begleitung von Menschen mit Behinderungen“

Referentinnen/Referenten: Dr. Kerstin Ziemer, Dr. Erik Boehlke, Carlos Escalera

Im Mittelpunkt standen Unterstützungsansätze für die professionelle Begleitung von Menschen mit Behinderungen in irritierenden, einengenden, belastenden oder verletzenden Situationen. Dabei wurden Biografiearbeit und Begleitung des Alltags im Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen hervorgehoben.

5. Tagung 2002: „Geistige Behinderung verstehen. Rehistorisierende Diagnostik“

Referentinnen/Referenten: Prof. Dr. Wolfgang Jantzen, Dr. Willehad Lanwer, Dipl.-Beh.-Päd. Dagmar Meyer

Rehistorisierung bzw. rehistorisierende Diagnostik ist ein Ansatz, der von Prof. Dr. Jantzen in der Tradition von Alexander Lurija entwickelt wurde. Sie ist Kern von Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung.

6. Tagung 2003: „Altern als Konzentration des Lebens“

Referentin: Dr. Maria Bruckmüller, Österreich

Verbesserte Lebensbedingungen, kulturelle und medizinische Fortschritte sind Gründe dafür, dass heute auch Menschen mit Behinderungen älter werden als noch vor Jahrzehnten. Es ist aber auch bekannt, dass Menschen mit geistiger Behinderung häufig frühzeitig altern. Ein wesentlicher Aspekt der Betrachtung bei der Unterstützung alternder Menschen ist das Eingehen auf die Vergangenheit in der Familie, auf frühere Wohn- und Arbeitssituationen.

7. Tagung 2004: „Psychische Erkrankungen bei Menschen mit geistiger Behinderung“

Referent: Dr. Christian Gaedt

Lange Zeit wurden psychische Erkrankungen bei Menschen mit geistigen Behinderungen nicht als solche wahrgenommen. Nicht selten zeigen sie Verhaltensweisen, unter denen sie selbst und/oder andere leiden. Dr. Gaedt hat ein psychodynamisch orientiertes Konzept zum Verständnis geistig behinderter Menschen und ihrer psychischen Störungen, vor allem Verhaltensstörungen, entwickelt.

8. Tagung 2005: „Trägerübergreifendes Persönliches Budget“

Referentinnen/Referenten: Hermann Thies, Peter Dietrich, Steffi Buske, Dr. Josef Gabert

Die Fachtagung sollte über den Stand der Einführung des Persönlichen Budgets informieren und dazu beitragen, dass die Einrichtungen sich besser auf das neue Modell der Selbstbestimmung einstellen können. Es wurden u.a. Erfahrungen aus Schweden vorgetragen.

9. Tagung 2006: „Tiere als ‚Therapeuten‘“

Referentinnen: Prof. Dr. Christa Seidel, Katja Süß, Kathleen Stahlberg, Dr. Brigitte Seifert

Die Therapie mit Tieren wird seit Anfang der 60er Jahre wissenschaftlich erforscht. Bekannt sind positive Wirkungen auf den Menschen, die vom Umgang mit Tieren ausgehen. Wichtig ist, zwischen tiergestützten Aktivitäten und tiergeschützter Therapie zu unterscheiden. Die Fachtagung informierte über den möglichen Einsatz von Tieren (Pferde, Hunde, Alpakas), über Zielstellungen und Anforderungen.

10. Tagung 2007: „Demenz“

Referenten: Prof. Dr. Christian Zippel, Klaus Pawletko, Günter Meyer

Die Zahl der Menschen mit Demenz nimmt in unserer Gesellschaft noch immer zu. Eine wesentliche Ursache dafür ist die gestiegene und noch steigende Lebenserwartung der Menschen. Die Tagung informierte über Häufigkeit, Entstehung, Diagnostik und Behandlung von Demenzerkrankungen sowie über verschiedene Wohn- und Betreuungsformen.

11. Tagung 2008: „Bewegung und Sport in der Rehabilitation“

Referenten: Prof. Dr. Hans-Jürgen Schulke, Klaas Brose, Gernot Buhr, Uwe Sänger, Dr. Walter Pohl

Die Fachtagung informierte über die Rolle des Sports bei der Integration geistig behinderter Menschen, über Special Olympics – die Sportorganisation für Menschen mit geistiger Behinderung – und ließ Menschen zu Wort kommen, die an einem Segelturn bzw. an den Special Olympics in Karlsruhe teilgenommen hatten.

12. Tagung 2009: „Das TEACCH-Programm ...“

Referentinnen: Eva Gottesleben, Kathrin Waschkau, Karin Stopp

TEACCH steht für Treatment and Education of Autistik and other Communication related handicapped CHildren und dient der Förderung autistischer und in ähnlicher Weise kommunikationsbehinderter Menschen. Es wurde 1972 in North Carolina, USA, entwickelt und hat das Ziel, diesen Menschen ein Höchstmaß an Selbständigkeit und Unabhängigkeit zu ermöglichen.

13. Tagung 2010: „Rechtsfragen in der Arbeit mit Menschen mit Behinderungen“

Referent: Dr. Thomas Auerbach

Betreuungsrecht: Rechts- und Geschäftsfähigkeit von Menschen mit Behinderung – Haftungsrecht: Aufsichtspflicht sowie Schweigepflicht und Datenschutz – waren Schwerpunkte dieser Fachtagung.

Sportliche Aktivitäten

Bewegung und Sport zählen zu den invarianten Komponenten der Persönlichkeitsentwicklung eines jeden Menschen. Sie erlangen innerhalb der Rehabilitation von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen einen besonderen Stellenwert., der in ihrer Verankerung als Wirkungsbereich in der Rp oder als Förderfaktor nach der ICF zum Ausdruck kommt. Neben dem internen Sportbetrieb fördern die Stiftung und ihre Tochtergesellschaften auch den leistungsorientierten Sport. Darin wird auf Leistungssteigerung durch Vergleich, auf Wettbewerb orientiert. Er findet in der Regel in aller Öffentlichkeit statt und findet zunehmend mehr allgemeine Aufmerksamkeit. Auf diesem Wege können Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen auch dazu beitragen, althergebrachte Vorurteile gegenüber ihrer Leistungsfähigkeit zu widerlegen. Special Olympics International als Interessenvertreter dieses Personenkreises organisiert weltweite Wettkämpfe, die auf der Ebene nationaler Landesverbände und Sportgemeinschaften vorbereitet werden. Der Bedeutung dieses Komplexes innerhalb der Rehabilitation halber, ist ihm in diesem Buch ein eigenes Kapitel (Kap. 9) gewidmet.

Interessengeleitete Freizeitgestaltung

Die Interessen der Menschen mit geistigen Behinderungen sind außerordentlich vielfältig. Außerdem befinden sich nicht alle in Berlin-Lichtenberg oder den angrenzenden Bezirken ansässigen Personen mit geistigen oder mehrfachen Behinderungen in der Obhut einer Einrichtung der Stiftung. Dem Wunsch nach einem Treffpunkt im öffentlichen Raum, zu dem möglichst auch Anwohner und Bekannte stoßen, konnte bereits 1985 durch das Stadtbezirksrehabilitationszentrum entsprochen werden. Es entwickelte sich daraus der Freizeitklub. Auf diesem Wege gelang es, einem zunehmend wachsenden Kreis interessengeleitete Angebote zu Formen der Freizeitgestaltung zu unterbreiten, wie sie allgemein üblich sind. Dazu zählten und zählen heutzutage Veranstaltungen innerhalb der Klubräume, wie Kochzirkel, Malzirkel aber auch ABC-Kurse, Wochenendwanderungen oder -fahrten und Urlaubsreisen über die Landesgrenzen weit hinaus. Der Klub erschließt auf diese Weise seinen Besuchern die Teilhabe an einem weiten Feld von Lebensbereichen. Klubleitung und Klubräume werden durch Zuwendungen des Senats und der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost finanziert. Weitergehende Ausgaben bestreiten die Besucher selbst. Der Bedeutung dieser für die Integration so wichtigen Aktivitäten halber, werden sie in einem eigenen Kapitel (Kap. 7) ausführlicher dargestellt.

2.5.3 Der Elterngesprächskreis

Ingrid Morgenstern

Viele Eltern, die oft auch gesetzliche Betreuer sind, begleiten ihre behinderten Töchter und Söhne meist schon seit vielen Jahren, womöglich Jahrzehnten auf ihrem Lebensweg. Dieser Weg war und ist oft sehr beschwerlich. Vielfach mussten bürokratische Hemmnisse überwunden werden. In Gesprächen mit anderen Eltern wurde man gewahrt, dass diese ähnliche Erfahrungen gemacht haben und sich oft in den gleichen Situationen befanden, in denen man dachte, es geht nicht mehr weiter. Während sich hinsichtlich der Betreuung vieles verbessert hatte, konnten die persönlichen Belange und Probleme der Eltern oft nicht berücksichtigt werden. Aus Rücksicht auf die eigenen behinderten Familienangehörigen wurden viele persönliche Wünsche und Hoffnungen aufgegeben. Aber Vieles erscheint einfacher, wenn man feststellt, dass man nicht allein solche Situationen erlebt.

Ein Angebot für gesetzliche Betreuer (Eltern/Amtsbetreuer)

Daher beschlossen betroffene Angehörige, eine Plattform zu bilden, die einen interessanten Erfahrungsaustausch unter den Betreuern ermöglichte. Damit sollte erreicht werden, dass auftretende Spannungen im Alltagsleben ausgeglichen werden. Im Austausch der Angehörigen und gesetzlichen Betreuer sollten und konnten auch Lösungsmöglichkeiten angeboten werden. Wenn man die Sorgen und Nöte anderer Betroffener erfährt, erscheint das eigene Leben wieder einfacher und zufriedener.

Seit Mitte 2008 wird von der der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost zum „Elterngesprächskreis“ für Eltern und/oder gesetzliche Betreuer sowie Amtsbetreuer behinderter Menschen eingeladen. Mehrmals im Jahr treffen sich interessierte Eltern und/oder gesetzliche Betreuer. War es zu Beginn das Anliegen, dass sich Eltern, deren behinderte Angehörige zwar die LWB besuchen aber noch zu Hause wohnen, austauschen, hat sich der Personenkreis erweitert. Das Interesse ist mit der Zeit ständig gestiegen. Es sind jetzt auch Eltern vertreten, deren Kinder in allen möglichen Wohnformen der Stiftung eine Unterkunft gefunden haben.

Die Zusammenkünfte werden nicht nur zum Erfahrungsaustausch genutzt. Die Eltern werden mit den unterschiedlichsten Betreuungsformen, die sich unter dem „Dach“ der Stiftung befinden, vertraut gemacht. Demzufolge fanden die Treffen immer an anderen Orten statt, wie z.B. in der Wohnstätte Moldaustraße, in der LWB und im Kinder- und Jugendhilfereich in der Möllendorffstraße 68. Die Leiter dieser Einrichtungen haben immer einen umfassenden Einblick in die jeweiligen Aufgabenbereiche gegeben. Die Eltern waren und sind immer wieder von der Vielfalt der Arbeit überrascht. Dieser „Elterngesprächskreis“ dient den Eltern aber nicht nur als Informationsquelle.

Die Ansprechpartner des Elterngesprächskreises möchten auch nicht nur die Probleme erörtern und klären, die im privaten Leben zwischen Eltern und ihren behinderten Angehörigen auftreten. Sie wollen auch helfen, Probleme zu lösen, die womöglich im Bereich der Werkstätten oder verschiedenen Wohnformen vorkommen. Die Ansprechpartner möchten zur Lösung von Unstimmigkeiten beitragen, die zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der RBO/LWB und den Eltern und/oder gesetzlichen Betreuern auftreten können. Sie verstehen sich als neutrale „Schlichter“. Dabei haben die Ansprechpartner des Elternkreises auch Verständnis für die Belange der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der RBO und der Werkstatt. Es ist das Ziel, das Zusammenleben oder Arbeiten aller Betroffenen in einer angenehmen Atmosphäre zu gewährleisten. Der

Elterngesprächskreis möchte, möglicherweise auftretende Spannungen im Alltagsleben ausgleichen und gleichzeitig allen Angehörigen Möglichkeiten zu ihrer psychischen Entlastung eröffnen. Wenn man die Sorgen und Nöte anderer Betroffener erfährt, kann auch das eigene Leben wieder einfacher und optimistischer gestaltet werden.

2.6 Bauten im Dienste des Vereins und der Stiftung

Klaus Beyer

Nach den ersten Vorstellungen der Herausgeber sollte der Titel dieses Kapitels „Bauten im Dienste der Rehabilitation“ lauten. Doch beim Nachdenken stellt sich heraus, dass Spezifika von Rehabilitationsbauten hinsichtlich der Ästhetik nicht bestehen und abgesehen von etwas mehr Fläche und breiteren Öffnungen auch nicht in der Geometrie, ebenso wenig in der Funktion und den Materialien. Also gibt es keine Besonderheiten. Es sind Gebäude, die vielfältigen Zwecken dienen und durch verschiedene Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten genutzt werden.

Die Zusammenarbeit mit Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V. begann im Jahr 1991/92 im Rahmen der Planung des Gebäudekomplexes Wotan-/Gotlindestraße in Berlin-Lichtenberg. Es folgte eine 20-jährige Entwicklung und die Verwirklichung eines großartigen Investitionsprogramms, das bessere Arbeits-, Wohn- und Freizeitbedingungen für Menschen mit geistigen und mehrfach Behinderungen schuf. Die Idee zu einem Gebäude, möglichst in einem voll funktionsfähigen innerstädtischem Gebiet gelegen, in dem unterschiedliche Tätigkeiten, wie Arbeiten, Einkaufen, Wohnen und Freizeit noch dazu von Menschen mit unterschiedlichen Fähigkeiten ausgeübt werden können, war bei dem Autor schon in den frühen 80ziger Jahren entstanden. Der damalige Paradigmenwechsel im Städtebau der DDR, weg vom Bauen auf der grünen Wiese hin zum innerstädtischen Bauen, weckte die Hoffnung, Derartiges zu gestalten.

Erst die Vereinigung Deutschlands ermöglichte es, auf dem vorgesehenen Standort diese Idee Wirklichkeit werden zu lassen. Mit großer Unterstützung der Senatsverwaltung Soziales und des frei gewählten Stadtbezirksparlamentes Lichtenberg mit dem Bürgermeister Dr. Mucha an der Spitze konnte das Gelände von der Gutzeit-Beyer-Gruppe erworben werden sowie die Planung und Realisierung erfolgen. In städtebaulich sehr guter Lage entstanden in dem Gebäudekomplex

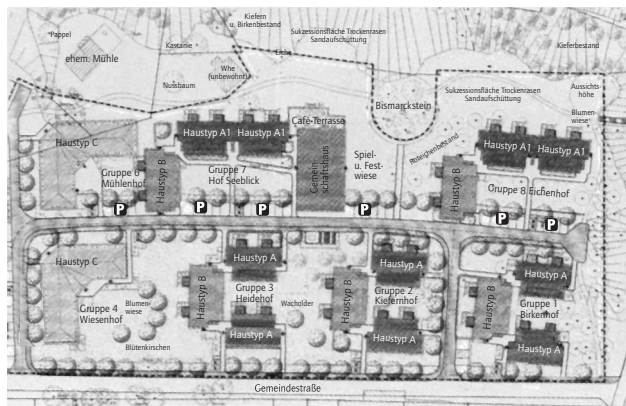
- 54 Sozialwohnungen, davon 2 Wohnungen für je 8 geistig bzw. mehrfach behinderte Menschen,
- etwa 2.800 m² Gewerbe- und Verkaufsfläche u. a. für Apotheke, Bäckerei, Gaststätte, Drogerie,
- auf 3.000 m² die Lichtenberger Werkstatt für Behinderte (LWB gGmbH) mit 170 Arbeitsplätzen,
- 40 Stellplätze in einer Tiefgarage.

Im Jahr 1995 wurde die Werkstatt feierlich eingeweiht und die Wohnungen bezogen. Weitere Betriebsstätten durch Um- bzw. Neubau entstanden in der Herzberg-, Bernhard-Bästlein- und in der Bornitzstraße. Nach 16-jährigem Bestehen dieser Bauten ist es erfreulich festzustellen, dass das Miteinander von Menschen in unmittelbarer Nachbarschaft zu den Altbauwohngebieten und deren Bewohnern sehr gut funktioniert. Davon unberührt muss aber erwähnt werden, dass es bei der Größe der Lagerflächen für die Werkstatt und bei der Warenan- wie -auslieferung einige Einschränkungen gibt.

Aus der Arbeit an diesem Projekt entstand eine 20-jährige, andauernde Partnerschaft zwischen dem Verein und der daraus hervorgegangenen Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost und der Dr. Klaus Beyer GmbH.

Die Fortsetzung der Bautätigkeit erfolgte in der gemeinwesenintegrierten Wohnanlage „Am Mühlenberg“ in Schollene, Landkreis Stendal, Sachsen-Anhalt. Dieses Projekt stellte sowohl für die Stiftung als auch für den Planer eine völlig neue Herausforderung dar. Eine Frage lautete: Wie werden die etwa 1.600 Menschen des über 1.000-jährigen Ortes Schollene auf die neuen Einwohner mit geistiger und mehrfacher Behinderung reagieren? In mehreren Gemeinderatssitzungen wurden diese diffizilen Fragen diskutiert und das Für und Wider abgewogen. Probleme der barrierefreien Gestaltung des Ortes wurden angesprochen. Letztlich fiel die gemeinsame Entscheidung vom Gemeinderat und vom Vorstand des Vereins Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e. V. zugunsten des Projekts. Nach dem Beschluss der Mitgliederversammlung des Vereins wurde der Kaufvertrag zum Baugrundstück am 04.12.1996 unterzeichnet. Welch ein herrliches Baugelände! Von ihm aus, auf dem Mühlenberg gelegen, schweift der Blick auf den unter Naturschutz stehenden Schollener See. In Anwesenheit des Ministers für Wohnungswesen, Städtebau und Verkehr des Landes Sachsen-Anhalt wurde am 25.01.1997 der Grundstein gelegt. Im September feierten die Bauleute Richtfest und im März des folgenden Jahres bezog die erste Bewohnerin „ihre Wohnung“. Drei Häuser im Pavillonstil, sog. Höfe, bieten jeweils 10 Personen mit geistigen oder mehrfachen Behinderungen eine Wohnstätte. In der Regel stehen Einbettzimmer zur Verfügung. Dazu gehört in jedem Hof ein geräumiger Gemeinschaftsraum, kombiniert mit einer Küche. Zusätzlich umfasst die Wohnanlage 15 Doppelhäuser, deren Erdgeschosswohnungen Bewerber mit einem Wohnberechtigungsschein offen stehen. Alle Bäder in den Gebäuden sind rollstuhlgerecht ausgelegt und verfügen über Dusche und Badewanne. Eine Fußbodenheizung, die je Raum individuell regelbar ist, erzeugt in allen Räumen eine angenehme Temperatur. Durch eine hohe Wärmedämmung wurde der zur damaligen Zeit geltende Richtwert für Niedrigenergiehäuser um 28 % unterboten. Die gesamte Anlage ist rollstuhlgerecht ausgebaut. Kurze Wege führen vom Stellplatz des Fahrzeugs zu den Wohnungen.

GIW - Gemeinwesen Integriertes Wohnen und Leben für Menschen mit Behinderungen in Schollene, Sachsen-Anhalt¹



Das Problem

- Eine große Anzahl von Menschen mit Behinderungen ist in Sachsen-Anhalt noch fehlplaziert.
- Sie leben in zu großen Einrichtungen der Behindertenhilfe.
- Es mangelt an Wahrung der Intimsphäre und angemessener Förderung.
- Die beruflichen Angebote für Behinderte sind zu begrenzt.

Die Aufgaben

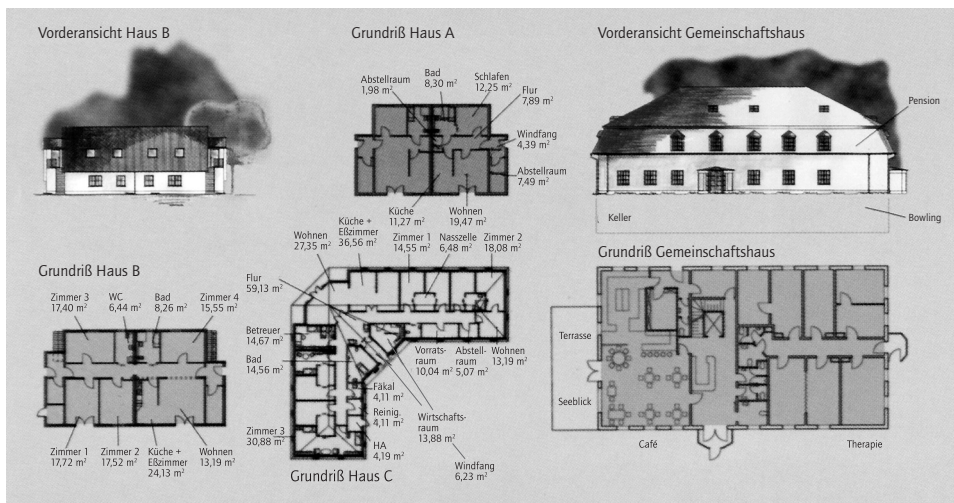
- Entospitalisierung.
- Ambulante Hilfe geht vor stationärer.
- Kleine Wohnstätten für Menschen mit Mehrfachbehinderungen schaffen.
- Betreute Wohnformen aufbauen.
- Möglichkeiten für vielgestaltige Arbeitsplätze erschließen.

Die Lösung

Projekt GIW Mühlenberg Schollene

- 40 % Fördermittel des Ministeriums für Wohnungswesen, Städtebau und Verkehr LSA und Ministerium für Arbeit, Soziales und Gesundheit LSA
 - 40 % Kredite Bank für Sozialwirtschaft DtA – Sozialprogramm
 - 20 % Eigenmittel und Eigensatzmittel (Zuwendungen Dritter)
- Beginn: Juni 1997/ Einweihung: Mai 1998

¹ Posterpräsentation zum 32. Kongress für Rehabilitation Behinderter in Erkner bei Berlin vom 24. bis 26.09.1997 der Deutschen Vereinigung für Rehabilitation – vorgetragen von K.-P. Becker, K. Beyer und H. Siebert.



Konzeption Wohnen

- 24 bis 30 Bewohner Rund-um-die-Uhr-Betreuung (Haus Typ C)
- 4 Bewohner Wohngemeinschaft
- 18 1-Personenhaushalte im Betreuten Wohnen (Haus Typ A)
- 16 2-Personenhaushalte im Betreuten Wohnen (Haus Typ B)
- 18 Ausbauwohnungen im Dachgeschoss möglich

Konzeption Arbeiten/ Beschäftigung

- Rehabilitative Förderung
- Tagesförderstätte
- Werkstatt für Behinderte
- Pension/Café
- Arbeit im Forst und Wildpark

Konzeption Freizeit

- Naturverbundenes Leben
- Integration in Landgemeinde, Zentrum für Freizeit und Geselligkeit
- Kulturelle Fertigkeiten: Malen, Töpfern, Schneiden
- Fahrmöglichkeiten: Rathenow, Havelberg, Berlin
- Urlaubsgestaltung und -austausch/Sport

Ganz im Sinne der Intention vom gemeinwesenintegrierten Wohnen wurden in den Dachgeschossen von 10 Doppelhäusern zusätzlich 18 Wohnungen zur Vergabe an Interessenten ohne Wohnungsbeurteilungsschein ausgebaut.

Mit dem Bau des „Hauses am See“ konnte der Prozess des Miteinanders weiter unterstützt werden. Der Ort Schollene erhielt damit ein modernes, barrierefreies Hotel und einer neuen schönen Gaststätte mit dazugehöriger Bowlinganlage. Der gesamte Komplex ordnet sich gestalterisch in das Dorfbild so ein, als ob er schon immer dazu gehört hätte.

Im Investitionsprogramm des Rehabilitationszentrums kamen weitere Wohnprojekte in der Hauptstadt dazu. Dazu zählen die Generalsanierung und Modernisierung der Wohnstätten „Allee der Kosmonauten 23 A“ mit 93 Wohnplätzen und Eisenacher Straße mit 32 Plätzen sowie der Neubau des Wohnhauses Spittastraße. Eine besondere Herausforderung stellte die Generalsanierung der Wohnstätte „Janusz Korczak“, Krugstege in Berlin-Blankenburg, dar. Dieses denkmalgeschützte Gebäude aus dem Jahre 1908 verlangte eine feinfühligende Planung einerseits zur Sicherung des erforderlichen Standards für das Wohnen von Kindern und Jugendlichen mit Assistenzbedarf im Alltag und andererseits, die Belange des Denkmalschutzes einzuhalten.

Nach Diskussionsrunden und der Einschaltung von Restauratoren wurde eine gute Synthese von Gestaltung und Funktion gefunden. Das äußere Erscheinungsbild, die Freianlagen, die Treppenaufgänge und das Erdgeschoss wurden weitestgehend nach den Originalen des Architekten A. T.

Hoffmann wieder hergestellt. Der Anbau eines Aufzuges im Hofbereich ermöglicht die Barrierefreiheit bis zum 2. Obergeschoss. Beim Einbau schwellenloser Duschen erlebten die Planer und Bauleute eine Überraschung, die Decken über dem Erd- und 1. Obergeschoss bestanden aus einer Holzbalkendecke mit einer 8 cm dicken Betonschicht darüber. Die relativ großen Spannweiten und hohen Gewichte wurden durch Stahlbetonüberzüge in Form von Sprengwerken auf die Mauern abgetragen. Die weiteren Nutzung als Sonderbau (Wohnanlage für Menschen mit Handicap werden so eingestuft) war aus sicherheitstechnischen Bestimmungen zum Brandschutz nicht möglich. Zusammen mit der Bauaufsicht, Feuerwehr, Statikern und Architekten wurden technische Lösungen gefunden und das Gebäude konnte weiter für die bisherige Nutzung zugelassen werden. Es entstanden 35 zeitgemäße Wohnplätze mit Duschen und Pflegebädern für Kinder und Jugendliche, die auch dem Standard für Erwachsene nach der Heimmindestverordnung entsprechen.

Die ganzheitliche Betreuung der Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung spielt auch in der Investitionspolitik der Stiftung eine wichtige Rolle. Um Plätze für immer älter werdende Menschen mit hohem Pflegebedarf, die an Demenz leiden, zu schaffen, wurde ein bislang leer stehendes 8-geschossiges Gebäude auf der Freifläche der Allee der Kosmonauten 23 B erworben. Es folgte der Auftrag, das ehemalige Bürogebäude zu einem Wohngebäude für Menschen mit Demenz umzubauen. Pläne über das Objekt existierten nicht. Bei der Bestandsaufnahme wurde eine solide Tragkonstruktion festgestellt. Für die neue Funktion und die Erfüllung der ENEC 2010/10 (Energieeinsparverordnung) mussten das Gebäude völlig entkernt und auch die Fassade entfernt werden. Um die strengen Brandschutzbestimmungen für Hochhäuser (letzte Nutzungsebene 21 m über Gelände) aus Kostengründen zu vermeiden, wurde das Gebäude auf 7 Geschosse zurückgebaut. Es entstanden in fünf Wohngeschoßen je neun Einzelzimmer, ein Pflegebad, eine Wohnküche mit einem großzügigen Balkon und ein Bereitschaftsraum für das Personal. Diese Räume gruppieren sich an der Außenfassade entlang und werden durch einen Rundgang um den inneren Kern verbunden. Der Aufzug und die Funktionsräume, z. B. die Fäkalienpüle, liegen im Kern. Damit ist im Jahr 2010 eine neue Kapazität von 45 Plätzen und einem zusätzlichen Tagespflegebereich im Erdgeschoss entstanden.

In allen Objekten der Stiftung wurde großer Wert auf die Gestaltung der Freifläche zur Nutzung für die Bewohner gelegt. Die Planung und Realisierung dieser vielfältigen Aufgaben allein aus der Sicht der Ästhetik, der Geometrie, der Funktion, der Farbgestaltung, der statischen und brandschutztechnischen, der energetischen und ökologischen Anforderungen zu bewältigen, erforderte eine permanente Zusammenarbeit zwischen den Bauherren, Planern und Bauleuten. Damit hat es aber noch nicht sein endgültiges Bewenden. Es gilt, dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit von Neubau und Erhaltung insgesamt auch Rechnung zu tragen. Es war für den Autor dieses Beitrags eine schöne berufliche Erfüllung, das Ganze mit gestalten zu können.

2.7 Überführung des Vereins in die Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

Christian Werner

2.7.1 Begründung

Die Entwicklung des Vereins und seiner Tochtergesellschaften nahm Zeit ihres Bestehens einen stürmischen und verheißungsvollen Verlauf. Der Erfolg wiegt umso schwerer, als er in einem zunehmend rauerem Wirtschafts- und Sozialklima erzielt worden ist. Er wird an Hand der synchronoptischen Darstellung, die sich im Anhang befindet, noch einmal anschaulich verdeutlicht.

Diese Entwicklung führte im Jahre 2007 dazu, für die Sicherung des inzwischen zu einem Sozialunternehmen angewachsenen Vereins auf lange Sicht Sorge zu tragen. Die im Laufe der Zeit scheidenden Initiatoren der Vereinsgründung sollten die Gewissheit erhalten, dass ihre Intentionen zugunsten der Rehabilitation von Menschen mit geistigen/mehrfachen Behinderungen einerseits nicht verfälscht, andererseits neuen zeitgemäßen Anforderungen angepasst werden können. Dem Vorstand schien es angezeigt, die Vereinsmitglieder für den Übergang des Vereins in eine neue Gesellschaftsform zu gewinnen, die diesem Anliegen gerecht wird. Es kam eine Stiftung in Betracht.

Die wesentlichen Merkmale einer Stiftung

Die Stiftung unterscheidet sich in einer Reihe von wesentlichen Merkmalen von einem eingetragenen Verein (e.V.). Beide Rechtspersonen geben sich eine Satzung, in welcher der Zweck, die Organe, der Sitz und weitere Merkmale festgeschrieben werden.

Das höchste Organ des Vereins ist die Mitgliederversammlung, welche bei Vorliegen formeller Voraussetzungen, wie Beschlussfähigkeit und das Zustandekommen erforderlicher Mehrheiten die Grundsätze der Tätigkeit des Vereins und seine Organe bestimmt. In dieser streng genommen personengebundenen Entscheidungsbefugnis liegen zwar die Möglichkeiten dieser Rechtsform, aber auch ihre Grenzen. Im Laufe der Zeit und dem damit zwangsläufig verbundenen Generationswechsel kann es nicht ausbleiben, dass neue Vereinsmitglieder aufgenommen werden müssen, denn ein Verein ohne Mitglieder kann nicht existieren. Damit aber kann das Anliegen der Gründungsväter auch abgewandelt werden oder mit der Zeit gänzlich verloren gehen.

Eine Stiftung dagegen ist eine juristisch selbständige Vermögensmasse. So unglaublich es auch klingen mag, die juristische Person einer Stiftung ist deren Vermögen und nicht etwa der Stifter oder die Mitglieder der Stiftungsorgane. Diese Vermögensmasse darf nicht verringert werden. Damit ist der Bestand der Stiftung, wie auch ihr Satzungszweck losgelöst von der Existenz und den Interessen einzelner Menschen und in seinem Bestand auf lange Sicht gesichert.

Gemeinnützigkeit

Natürlich sind Vereine und Stiftungen auf die Förderung eines bestimmten Zwecks ausgerichtet. Dieser Vereins- oder Stiftungszweck wird in der Satzung formuliert und damit festgeschrieben. Die Stiftung kann wie jeder Verein einen gemeinnützigen Zweck oder einen nicht gemeinnützigen Zweck verfolgen.

Steuervergünstigungen

Stiftungen, die einen gemeinnützigen Zweck verfolgen, genießen weitgehende Steuerbefreiungen. Welche Zwecke der Gesetzgeber als gemeinnützig anerkennt, wird in § 52 Abgabenordnung (AO) formuliert. Im Mittelpunkt steht dabei der Gedanke, die Allgemeinheit selbstlos zu fördern. Gewöhnlich konzentriert sich der Stiftungszweck auf die Bereiche Soziales, Bildung und Erziehung, Gesundheit, Wissenschaft und Forschung, Kunst und Kultur, Religion, Umwelt und Völkerverständigung (gemeinnützige Stiftung). Aber auch die Versorgung einer Familie (Familienstiftung) oder das Führen eines Unternehmens (unternehmensverbundene Stiftung) kann das verfolgte Ziel sein. Einnahmen kann eine Stiftung aus der Anlage ihres Vermögens erzielen, dabei erzielt die Stiftung Zinseinnahmen und ähnliche Erträge, wie z. B. Dividenden.

Aber nicht nur die Stiftung an sich erfährt die Erleichterung der Steuerbefreiung, sondern auch diejenigen Personen, die eine Stiftung und ihren Satzungszweck durch die Übertragung von Vermögen im Wege der Schenkung oder durch Vererbung unterstützen.

Zustiftungen und Spenden

Viele Stiftungen beziehen den Hauptteil ihrer laufenden Einnahmen aus Spenden und Zustiftungen. Zustiftungen sind Vermögenszuwendungen für eine bereits bestehende Stiftung. Sie erhöhen den Kapitalstock einer Stiftung und werden nicht für die Erfüllung des Stiftungszweckes verwendet. Dagegen stärken Spenden nicht den Kapitalstock, sondern werden direkt für den Stiftungszweck verausgabt. Diese Einnahmen unterliegen keiner Ertragsbesteuerung.

Der Gesetzgeber befreit eine Vermögensübertragung an gemeinnützige Stiftungen von der Erbschaft- und Schenkungsteuer. Darüber hinaus können Spenden in den Vermögensstock einer nach § 5 Abs. 1 Nr. 9 Körperschaftsteuergesetz (KStG) steuerbefreiten Stiftung im Veranlagungszeitraum der Zuwendung oder in den folgenden neun Veranlagungszeiträumen bis zu einem Gesamtbetrag von 1 Mio. Euro zusätzlich zu den Freibeträgen nach § 10 b EStG als Sonderausgaben abgezogen werden.

Durch das Gesetz zur weiteren Stärkung des bürgerlichen Engagements lassen sich also Zuwendungen an eine gemeinnützige Stiftung in Deutschland bis zu einer Million Euro pro Person bei der Einkommensteuer abziehen. Ehepaare können doppelt so viel stiften. Bei Spendern und Stiftern mit hoher Steuer-Progression sorgt das im Ergebnis dafür, dass sie nach Abzug der Steuerersparnis netto nur rund die Hälfte selbst aufwenden müssen.

Viele Menschen spenden regelmäßig einen Teil ihres Einkommens für wohltätige Zwecke. Sie tun dies, um benachteiligten Menschen eine bessere Teilhabe am allgemeinen gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Menschen, die am Abend ihres eigenen Lebens durch ihre Lebensarbeitsleistung ein gewisses Vermögen erworben haben und dieses gern einem wohltätigen Zweck widmen wollen. Menschen, die in Ihrem eigenen Leben in schwierigen Situationen mildtätige Hilfe erfahren haben und davon gern etwas zurückgeben möchten. Menschen, die in der eigenen direkten sozialen Umgebung hilfsbedürftige Personen haben und eine Betreuung allein nicht organisieren können. Der Gedanke der Solidarität ist dabei äußerst wünschenswert. Einrichtungen wie „Ärzte ohne Grenzen“ oder wie „Brot für die Welt“ sind wohl jedem bekannt und könnten ohne diese Spenden wohl kaum existieren.

Viele Menschen, die gern spenden würden und es auch könnten, spenden jedoch nicht, weil sie befürchten, dass ihre Spende letztlich nicht bei den Bedürftigen ankommt. Hier wiederum liegt ein weiterer wichtiger Vorteil der Stiftung. Das allgemeine gesellschaftliche Ansehen einer Stiftung ist wesentlich höher als das Ansehen eines Vereins. Das liegt wohl daran, dass die Ernsthaftigkeit des sozialen Anliegens wegen des wesentlich höheren Gründungsaufwands und der personenunabhängigen Zweckverfolgung glaubhafter vertreten werden kann.

In einer Einrichtung wie der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost kommen alle Spenden vollständig und zeitnah den betreuten Menschen zugute, die im Mittelpunkt des satzungsmäßigen Interesses stehen. Denn Kosten für nicht direkt satzungsgemäße Zwecke, wie die Kosten der Verwaltung werden durch eigenbetriebliche Einnahmen abgedeckt. All jene, die ihr eigenes soziales Engagement bekräftigen oder verstärken wollen, seien hiermit ermuntert, dies zum Wohle der betreuten Menschen in unserer Stiftung zu tun.

Manch ein Vereinsmitglied hatte sich anlässlich der angekündigten Umwandlung des Vereins in eine Stiftung jedoch gefragt, ob das Ganze notwendig sei und die Umwandlung letztlich nicht nur viel Geld zu Lasten des gemeinnützigen Zweckes kosten würde?

Neben dem Stiftungsgeschäft waren tatsächlich eine Reihe weiterer formeller Akte erforderlich, um alle Bereiche des vielschichtigen Vereinslebens und den Vermögensstock auf den neuen Rechtsträger zu übertragen. Gedacht sei nur an die vielen Partner, mit denen der Verein wie seine Tochtergesellschaften im täglichen Betrieb verbunden war und auch weiterhin bleiben wird: Ämter und Register, Vereinigungen und Verbände, Renten-, Kranken- und Pflegekassen, Berufsgenossenschaften, Banken und nicht zuletzt die vielen Unternehmen und Betriebe, von denen Leistungen bezogen werden oder für die Leistungen zu erbringen sind. All jene mussten zumindest von der Umwandlung in Kenntnis gesetzt werden. Urkunden mussten geändert, Verträge erneuert und Fördermittel umgewidmet werden.

Doch alle Befürchtungen waren schließlich unbegründet. Seit der Gründung der Stiftung im Jahre 2008 hat sich die Qualität der Betreuung derjenigen hilfsbedürftigen Menschen, die sich unserer Einrichtung und ihren engagierten Mitarbeitern anvertraut haben, nicht verschlechtert, sondern weiterhin kontinuierlich verbessert. Das Sommerfest aller Bewohner der Wohnstätten des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost wie der Beschäftigten der Lichtenberger Werkstatt für Menschen mit Behinderungen gemeinsam mit ihren Angehörigen und Betreuern aus Anlass des zwanzigjährigen Bestehens des Vereins/der Stiftung hat davon ein ebenso beredtes Zeugnis abgelegt wie die politisch geprägte Festveranstaltung.

2.7.2 Anerkennung der Stiftung

Die Senatsverwaltung für Justiz des Landes Berlin erkannte am 22.09.2008 die Stiftung als rechtmäßig an. Sie übt die Aufsicht über die Stiftung insofern aus, als sie die Bewahrung des Stiftungszweckes kontrolliert.



Das Organigramm vermittelt einen Überblick über die aktuelle Struktur der Stiftung:

Im September 2010 waren in den der Stiftung zugehörigen Sozialunternehmen 609 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tätig. Sie betreuten, begleiteten und pflegten zu diesem Zeitpunkt 1.158 hilfsbedürftige Personen.

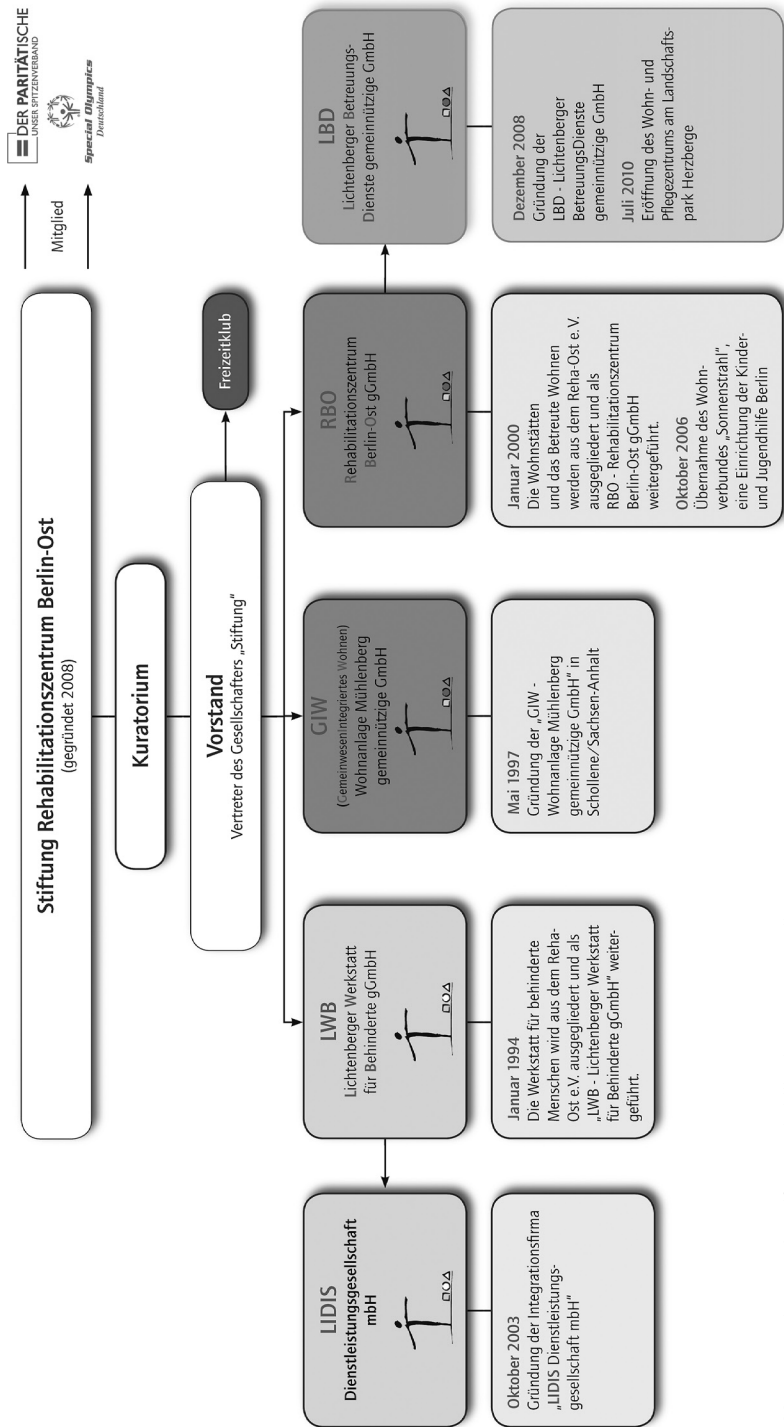


Abb. 6: Organigramm der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

2.7.3 Resümee

Versucht man, die Entwicklung von „Rehabilitationszentrum Berlin-Ost“ im Rückblick nach Kontinuitäten und Brüchen zu beurteilen, dann stößt man im Laufe der Entwicklung auf ein buntes Spektrum. Der dominierende Vorteil des Stadtbezirksrehabilitationszentrums bestand in seiner Anlage und Funktion als umfassendes Netzwerk. Dieser Vorteil ist verloren gegangen. Dem „Rehabilitationszentrum Berlin-Ost“ ist es jedoch im Rahmen seiner wieder erlangten Struktur gelungen, diese Potenz zum Nutzen aller Beteiligten weitgehend zu bewahren, wie am Organigramm abzulesen ist. Das in der Ausführung sich befindende Planvorhaben, der Bau eines Generationenhauses in einem Lichtenberger Sozial-Brennpunkt, schließt mit der Errichtung einer Kindertagesstätte im Ensemble dieses Sozialprojektes das Bestreben ein, fehlende Glieder der sog. „Rehabilitationskette“ wieder zu ergänzen. Je früher es gelingt, Maßnahmen zur sekundären und tertiären Prävention wirksam werden zu lassen, desto erfolgreicher werden sich die Bemühungen um eine Integration/Inklusion im Sinne der Behindertenrechtskonvention verwirklichen lassen.

Die Rehabilitationskommission mit ihrer aufklärungswirksamen und entscheidungsförderlichen Funktion im Interesse der Rehabilitanden besteht ebenfalls nicht mehr. Sie kann durch wahlweise gebildete Arbeitsgemeinschaften oder fachspezifische Kommissionen nicht kompensiert werden. Dadurch fehlt es den Rehabilitationsbedürftigen u. a. an Informationen über Anspruchsmöglichkeiten sowie Rechtssicherheit. Die Differenziertheit der Sozialgesetzgebung und deren fachspezifische Sprache sind vielfach nur Fachleuten zugänglich und verständlich.

Die materiellen Möglichkeiten, die „Rehabilitationszentrum Berlin-Ost“ in Anspruch nehmen konnte, haben den Spielraum für die Umsetzung rehabilitationspädagogischer Konzeptionen offenkundig erweitert.

Zusammenfassend: Kapitel 1 begann mit einer Replik auf die letzte Tagung der Gesellschaft für Rehabilitation der DDR in Erfurt und der Frage an den damaligen Vizepräsidenten von RI für Europa, Hubertus Stroebel, nach einer möglichen Optimierung der Rehabilitationssysteme beider deutscher Staaten. Hubertus Stroebel hielt sich damals mit seiner Antwort zurück, wohl um den allgemeinen Reformstau wissend. Trotz der „Charta für die 80er“, das Weltaktionsprogramm zugunsten von Menschen mit Behinderungen“ und die stringenteren Bemühungen der Vereinten Nationen, die Staaten zu dessen Umsetzung zu veranlassen, hielten sich die Effekte in Grenzen.

Mehr als zwanzig Jahre sind im wieder vereinten Deutschland vergangen. Das föderale System der Bundesrepublik sowie die differenzierte Rechtslage haben uns gelehrt, dass ein Reformstau weder durch den Abbau sozialstaatlicher Elemente noch durch Verharren im Überkommenen zu lösen ist. Offensichtlich schlagen generalisierende Vorhaben fehl. Das bedeutet nicht, die Reformbedürftigkeit sozialer Systeme prinzipiell in Abrede zu stellen. Wir stimmen mit Jantzen u. a. (1999) überein:

„Sie hat sich u. E. jedoch an den wandelnden Bedürfnissen und Erfordernissen der behinderten Menschen zu orientieren. Und vor allem sollten die Prinzipien der Bedarfsdeckung, der Einzelfallgerechtigkeit und der Solidarität beibehalten werden“.

In diesem Sinne hat der Verein versucht zu wirken, wie es die Stiftung weiterhin unter diesen Aspekten tut. Auf diese Weise kann der Stiftungszweck, humanistisch fundiert, sozial orientiert sowie theoriegeleitet erfüllt werden. Das schließt ein, die 2006 von den Vereinten Nationen beschlossene und von der Bundesregierung Deutschlands 2009 ratifizierte Behindertenrechtskonvention (BRK), die neben den Betroffenen und der Fachwelt auch die Öffentlichkeit bewegt, als Orientierungsgröße zu setzen. Im Kapitel 12, dem Ausblick, wird das der Gegenstand der Überlegungen sein.

3 Von der Tagesstätte für Erwachsene zur Werkstatt für behinderte Menschen

Walter Pohl

3.1 Berufliche Rehabilitation für Menschen mit Behinderung

Mit diesem Beitrag wird der Versuch unternommen, die Wurzeln und die Entwicklung der Partizipation von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben zu beschreiben. Den Hintergrund dafür bietet die LWB - Lichtenberger Werkstatt für Behinderte gGmbH. Als anerkannte Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) trägt sie im Bezirk Lichtenberg wesentlich zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Lebensbereich Arbeit bei. (Cramer, Horst H. 2006, S. 179)

WfbM sind seit vielen Jahren erforderliche und bedeutende Institutionen in der Arbeitswelt der BRD, die auch durch die aktuelle Inklusionsdebatte ihre Bedeutung nicht verlieren. Sie sind Stätten der beruflichen Bildung und Entwicklung, ermöglichen die Teilhabe am Arbeitsleben und stellen für einen großen Teil der Beschäftigten und Betreuten den wichtigsten Ort der sozialen Einbindung in das gesellschaftlich-öffentliche Leben dar. WfbM unterliegen seit ihrem Bestehen, bedingt durch sich ändernde politisch-rechtliche und vor allem wirtschaftliche Rahmenbedingungen, einem ständigen Wandel. Beeinflusst wird dieser Wandel aber auch maßgeblich durch neue Erkenntnisse auf dem Gebiet der rehabilitationswissenschaftlichen Forschung.

3.2 Historische Aspekte der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben

Auch den heutigen Werkstätten liegt die Erkenntnis zugrunde, dass der Arbeit die entscheidende Rolle bei der Entwicklung des Menschen zukommt. Arbeit ist eine wesentliche Voraussetzung für das Lernen, für Erkenntnisgewinn, Entwicklung geistiger, sozialer sowie körperlicher Fähigkeiten und Fertigkeiten. Diese Überlegungen führten schon in der Frühgeschichte der Menschheit zur Nutzung einfacher körperlicher Arbeit in der Betreuung von kranken und behinderten Menschen mit dem Ziel, ihre Leistungsfähigkeit wieder herzustellen. (Renker, K. und Renker, U. 1985, S. 175 ff.)

Eine Wurzel der heutigen LWB gGmbH ist die im 19. und 20. Jahrhundert entwickelte Arbeitstherapie, die vor allem in psychiatrischen und orthopädischen Krankeneinrichtungen mit einer gewissen Systematik entwickelt wurde. Arbeitstherapie hatte in der Psychiatrie vor allem die Funktion, die schwierige Betreuungssituation zu entspannen aber auch soziale Verhaltensweisen zu entwickeln, die ein Leben innerhalb und vor allem außerhalb von beschützenden Einrichtungen möglich machen sollte. In der Orthopädie galt die Arbeitstherapie lange Zeit als Fortsetzung der Krankengymnastik mit den Mitteln der Arbeit. Erst in den 50iger Jahren des vorigen Jahrhunderts wurden die ökonomischen und vor allem sozialen Potenziale dieser Therapieform erkannt. (Presber, Wolfgang 1996) Die Entwicklung der LWB gGmbH ist sehr eng mit der Entwicklung der Arbeitsstätten für Menschen mit Behinderungen im damaligen Ostteil Berlins verbunden. Wesentliche Impulse kamen aus der orthopädischen Klinik des Klinikum Berlin-Buch (1960 Klinik für

Rehabilitation, 1982 Rehabilitationszentrum – Leiteinrichtung für die Rehabilitation in der DDR) in den 1950iger Jahren. Hier wurden eine Vielzahl von Kriegs- und Nachkriegsopfern medizinisch versorgt, die nach der Beendigung der medizinischen Behandlung sich oft an eine veränderte Lebenssituation aufgrund des Fehlens von Gliedmaßen oder Lähmungserscheinungen gewöhnen mussten. Dazu wurde im Rahmen der Krankengymnastik ein wesentlicher Beitrag geleistet. Schnell wurde jedoch erkannt, dass eine funktionelle Gymnastik bzw. Bewegungsübungen ohne erkennbare Sinnbestimmung nicht ausreichen, um Fähigkeiten und Fertigkeiten zu entwickeln, die dauerhaft die Lebenssituation der überwiegend körperbehinderten Menschen verbessern. (Presber, Wolfgang 1996, S. 108) Aus dieser Überlegung entwickelte sich schnell die Arbeitstherapie, die zuerst körperliche Fähigkeiten und Fertigkeiten im Rahmen von Arbeitstätigkeiten entwickelte. In der Folge wurde auch die soziale Bedeutung der Arbeit im Prozess der Wiederherstellung bzw. Wiedereingliederung in das gesellschaftliche Leben erkannt. Um dem Rechnung zu tragen, wurde an der Klinik für Rehabilitation eine Abteilung Rehabilitations-Werkstätten Berlin (RWB) geschaffen. (Presber, Wolfgang 1996, S. 125) Die Arbeit begann mit der Bildung einer Heimarbeitszentrale, die am 04.01.1962 die ersten vier Heimarbeiter mit Arbeit versorgte (Presber, Wolfgang 1996, S. 101). Die erste Werkstatt wurde 1963 in einem leer stehenden Ecklokal in der Boxhagener Straße/Gabriel-Max-Straße eröffnet. Hier wurden bereits Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung betreut, die aufgrund mangelnder Schulausbildung den Weg über eine Ausbildung in das berufliche Leben nicht gefunden hatten. Bis zur Auflösung der Bucher Leiteinrichtung hatten die RWB im Rahmen ihrer Aufgaben im Gesamtkonzept der Rehabilitation in allen Berliner Stadtbezirken Modellwerkstätten eingerichtet. Von hier aus gingen nachhaltige Impulse an die sich allmählich entwickelnden Stadtbezirks- und Kreisstellen für Rehabilitation, denen in den späten achtziger Jahren die inzwischen entstandenen Rehabilitationswerkstätten angeschlossen wurden. Die Struktur der RWB hatte den gestellten Aufgaben Rechnung getragen, indem Mitarbeiter eingestellt wurden, die für ein breites Arbeitsangebot sorgten, die soziale Betreuung während der Tätigkeit und auch über den Arbeitsprozess hinaus sicher stellten und mit der Schaffung der Ergodiagnostischen Zentrale im Jahr 1972 bereits Verfahren für die differenzierte Einschätzung der Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft von Menschen mit Behinderungen erarbeiteten. (Mürner, Christian 2000, S. 65 ff.) Darüber hinaus hatten die RWB die Aufgabe, geeignete Arbeitsplätze für Menschen mit Behinderungen in der Wirtschaft zu suchen und zu betreuen. Auf dieser Grundlage entstanden bereits 1969 z. B. in der Zeuke AG (später TT-Bahnen), der Schilkin AG und dem VEB Berlin-Chemie geschützte Arbeitsplätze und in der Folge geschützte Betriebsabteilungen. (Mürner, Christian 2000, S. 20)

Die erste Rehabilitationswerkstatt im Bezirk Lichtenberg wurde auf dem Gelände des Fachkrankenhauses für Neurologie und Psychiatrie Berlin-Lichtenberg gegründet, die von einem Rehabilitationspädagogen geleitet wurde. Es bestand eine enge Kooperation mit der Arbeitstherapieabteilung des Krankenhauses. Die Beschäftigten erhielten damals ein monatliches Entgelt von 60 Mark. Diese Summe konnte auch nicht gesteigert werden, da ab 75 Mark die Versicherungspflicht galt, die bereits vorhandene Rentenansprüche aufhob (Mürner, Christian 2000, S. 29).

Eine weitere Wurzel der heutigen LWB gGmbH ist in der Eröffnung einer „Sonderkindertagesstätte für schwer intelligenzgeschädigte Kinder im Alter von 5 bis 10 Jahren in der Archenholdstraße in Lichtenberg“ (Sieglind Ellger-Rüttgardt/Grit Wachtel 2000, S. 324) zu sehen, die 1968 auf Initiative von Bürgern, die behinderte Kinder hatten, Pädagogen und Ärzten des Fachkrankenhauses für Neurologie und Psychiatrie Berlin-Lichtenberg entstand. 5 Jahre später folgte eine

weitere Tagesstätte in der Pfarrstraße. Auf der Grundlage des von S. Eßbach entwickelten Förderkonzeptes erhielten die Kinder eine Förderung, die alle Persönlichkeitsbereiche betraf – Sprache, Kognition, Sozialverhalten, Motorik, Emotionen. (Eßbach, Sigmar 1985, S.115). Sie erwarben damit wesentliche Voraussetzungen für das Leben und das Tätigsein in der Gesellschaft. Diese Einrichtungen stellten für einige Jahre eine Lösung dar. Mit Erreichung des Erwachsenenalters bestand die theoretische Möglichkeit, in die Rehabilitationswerkstatt auf dem Gelände des Fachkrankenhauses für Neurologie und Psychiatrie zu wechseln. Die Raumkapazität setzte jedoch enge Grenzen. Deshalb wurde ein neuer Weg beschritten.

1976 wurde in der Lichtenberger Volkradstraße eine rehabilitationspädagogische Tagesstätte für Kinder und Jugendliche eröffnet. Es war ein Neubau und hatte eine Kapazität von 130 Plätzen. Damit war es nun möglich, die Einrichtungen in der Archenhold- und Pfarrstraße ausschließlich für Erwachsene zu nutzen.

1983 wurden alle Tagesstätten der Stadtbezirksstelle für Rehabilitation übergeben, die in der Folge weitere strukturelle Veränderungen vornahm. So wurde 1988 die Tagesstätte für Erwachsene in der Archenholdstraße geschlossen und dafür in der Bernhard-Bästlein-Straße 10 eine „geschützte“ Werkstatt eröffnet. Gleichzeitig verlagerte sich der Schwerpunkt der betreuenden und anleitenden Tätigkeit zur produktiven Arbeit der Menschen mit Behinderungen. Inhalte der Betreuung blieben jedoch weiterhin Sport, die Vermittlung von Kulturtechniken, die Befähigung zur Selbständigkeit im Hinblick auf die Befriedigung wesentlicher Grundbedürfnisse, die Entwicklung der Kommunikation und das Sozialverhalten. Das betreuende Personal bestand zu mehr als 80% aus Frauen. Dafür gab es mehrere Gründe. Für diese Tätigkeit wurden Fachkräfte gesucht, die entweder pädagogisch oder medizinisch qualifiziert waren (Erzieher, Krankenschwestern, Fürsorger). In diesen Berufsgruppen dominierten traditionell Frauen. Darüber hinaus wurde eine Vielzahl von Frauen beschäftigt, die zwar nicht die Qualifikation aufwiesen aber oft viele Jahre ihre behinderten Kinder zu Hause betreut hatten. Für die Aufnahme der Kinder gab es keinen gesetzlichen Anspruch, wie in Einrichtungen der Volksbildung. Deshalb wurde mit der Aufnahme oft die nachdrückliche Bitte verbunden, eine Tätigkeit in der Sondertagesstätte aufzunehmen.

3.2.1 Berufliche Rehabilitation für Menschen mit Behinderung zur Zeit der Wiedervereinigung (Vereinsgründung)

In den 40 Jahren der Teilung Deutschlands hatten sich zwei voneinander unabhängige Systeme der beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderungen entwickelt. Es gab in beiden Teilen Deutschlands vergleichbare Institutionen, die die Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen in das Arbeitsleben ermöglichten und beförderten. Die sozialökonomischen Wurzeln und die ideologischen Intentionen waren jedoch sehr verschieden. Diese unterschiedlichen Ausgangsbedingungen hatten zur Folge, dass nach dem Beitritt der DDR im Westteil Deutschlands nach 1990 die Existenz einer funktionierenden beruflichen Rehabilitation in der DDR mitunter infrage gestellt wurde. Das fand u.a. seinen Ausdruck in der faktischen „Nichtanerkennung“ der bestehenden geschützten Werkstätten und der Forderung, diese in einem festgelegten Zeitraum den Strukturen der alten Bundesrepublik anzupassen. Diese Aufgabe übernahm zunächst das kommunale Stadtbezirksrehabilitationszentrum. Ein Problem stellte in diesem Prozess die historisch gewachsene Mitarbeiterstruktur dar. Dieser Personenkreis erfüllte nicht die Anforderungen der Werkstattverordnung, die in erster Linie auf Facharbeiter mit sonderpädagogischer Zusatzqualifikation fixiert war. Es bestand jedoch die Möglichkeit, diese Qualifikation in einer angemessenen Frist zu erwerben.

Die Werkstattverordnung der BRD von 1980, basierend auf dem Bundessozialhilfegesetz von 1961 und dem Schwerbehindertengesetz von 1974, wurde als einzig gültige Richtschnur der Struktur und Leitung von WfbM vorgeschrieben. Die Erkenntnisse der vielen Fachleute wurden im theoretisch-juristischen Sinne negiert, die praktischen Erfahrungen waren für den Fortbestand vieler Einrichtungen der beruflichen Rehabilitation aber von unschätzbarem Wert. So wurde die LWB gGmbH fast ausschließlich von den Kolleginnen und Kollegen weitergeführt, die bereits vor 1990 hier tätig waren.

3.2.2 Rückblick auf die Entwicklung der Arbeitsstätten (institutionelle Entwicklung)

Bis September 1990 wurden die Werkstätten in Berlin-Lichtenberg durch das kommunale Stadtbezirksrehabilitationszentrum geführt. Dadurch und vor allem durch die 1990 erfolgte Gründung des Vereins „Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V.“ wurde die Fortsetzung der rehabilitationspädagogischen Arbeit in Werkstätten gesichert. Die befristete Anerkennung als Werkstatt für Behinderte (WfB) im August 1990 durch die zentrale Arbeitsverwaltung der DDR und ab April 1992 durch die Bundesanstalt für Arbeit, die bis 1998 jährlich beantragt und verlängert werden musste, war mit der Forderung verbunden, Strukturen in dieser Werkstatt entsprechend der bundesdeutschen Gesetzgebung (Werkstättenverordnung) zu schaffen und die Betreuung, Beschäftigung und Förderung danach auszurichten. Das bedeutete u.a. einen Arbeitstrainingsbereich für die berufliche Bildung zu schaffen, der von jedem Beschäftigten nach Aufnahme in die Werkstatt zu absolvieren war. Erst danach erfolgte die Übernahme in den Arbeitsbereich. (Cramer, Horst H. 2006, S. 179) Diesen Weg gingen alle Werkstattbeschäftigten, unabhängig davon, wie lange sie bereits in den Vorgängereinrichtungen betreut und beschäftigt waren. Menschen mit schwersten und mehrfachen Behinderungen, die nicht in der Lage waren ein wirtschaftlich verwertbares Arbeitsergebnis zu erzielen, konnten in den Förderbereich aufgenommen werden.

Das kommunale Stadtbezirksrehabilitationszentrum erhielt einige Gebäude von ehemaligen staatlichen Organen der DDR zur Nutzung, die überwiegend nicht den Ansprüchen einer sachgerechten rehabilitationspädagogischen Arbeit genügten. Nach der Vereinsgründung und insbesondere ab Oktober 1991 durch Übernahme der Werkstatt in die Trägerschaft des Vereins stellte die Schaffung der personellen, räumlichen und finanziellen Rahmenbedingungen die wesentliche Leistung der Vereins- und Geschäftsführung dar. Das war die Voraussetzung, um eine soziale Arbeit für ca. 130 Menschen mit z.T. schwersten Behinderungen ohne Beitritt zu einem bereits im Westteil Berlins agierenden Träger fortzusetzen.

Am 01.01.1994 wurde der Werkstattbereich aus dem Verein ausgegliedert und als gemeinnützige GmbH unter den Firmennamen „LWB - Lichtenberger Werkstatt für Behinderte gGmbH“ weitergeführt. Die Namensgebung sollte die Verbundenheit dieser Werkstatt mit dem Bezirk Lichtenberg von Berlin zum Ausdruck bringen.

Seit den Wendejahren setzten sich die Verantwortungsträger im kommunalen Stadtbezirksrehabilitationszentrum und im Verein vehement für die Schaffung eines neuen Werkstattgebäudes ein, das allen baulichen Anforderungen und rechtlichen Vorschriften der BRD entsprach. Mit Hilfe der Bundesanstalt für Arbeit, des Berliner Senats und des Integrationsamtes Berlin und Zuwendungsmitteln der „Aktion Sorgenkind“ wurde am 01.07.1995 eine der ersten Werkstattneubauten im Ostteil Berlins eröffnet, die 170 Beschäftigten Platz bot. Zusammen mit der Zweigwerkstatt Bernhard-Bästlein-Straße 10-12 und einer kleinen Außenstelle in der Max-Brunnow-Straße konn-

te die Werkstatt insgesamt 250 Personen betreuen. Werkstattstandorte, die mitunter erhebliche Mängel auswiesen, konnten nun aufgegeben werden.

Unter dem Dach des Vereins wurden einige dieser Immobilien einer anderen Nutzung zugeführt, so u. a. die in der Moldaustraße 10.

Ab 1992/93 ersuchten viele Schwerbehinderte, die bis 1990 und darüber hinaus in Firmen des ersten Arbeitsmarktes beschäftigt waren, um die Aufnahme in eine Werkstatt für behinderte Menschen. Oftmals verbarg sich dahinter der Abbruch einer bis zu diesem Zeitpunkt erfolgreichen beruflichen Rehabilitation. Mit dem Eintritt in die Werkstatt verbanden sie den Wunsch, weiterhin am Arbeitsleben teilzuhaben.

Die Werkstattentwicklung in den Jahren 1995 bis 2011 kann als rasant bezeichnet werden, denn in diesem Zeitraum wurde die Zahl der Menschen mit Behinderungen mehr als verdoppelt, die betreut und beschäftigte werden. Mit der Zunahme der Betreuten- und Beschäftigtenzahl ging die Schaffung neuer Betriebsstätten einher. Für die in jeder Hinsicht unzulänglichen Bedingungen in der Max-Brunnow-Straße wurde 1998 in Berlin-Karlshorst, Straße am Heizhaus 1 ein Entsorgungsfachbetrieb errichtet, der ca. 45 Beschäftigten Platz bot und 2007 zugunsten einer größeren Betriebsstätte für 80 Beschäftigte in der Vulkanstraße 13 wieder aufgegeben wurde. Die Übernahme von Beschäftigten einer Integrationsfirma, die Konkurs anmelden musste, führte 2001 zur Anmietung des Erdgeschosses eines Werkstattgebäudes in der Herzbergstraße 33/34. Die steigende Zahl der Beschäftigten machte die Anmietung weiterer Etagen dieses Gebäudes in den folgenden Jahren erforderlich. Nach der Rekonstruktion des Heimes für Behinderte im Jahr 2006 konnte in der Allee der Kosmonauten 23 A eine Versorgungsküche eingerichtet werden, in der täglich mehr als 650 Mittagessen von 12 Beschäftigten und drei Köchen zubereitet werden. Für interne und externe Kunden bietet die Abteilung ein Cateringservice an. Der Neubau eines zweiten Werkstattgebäudes in der Bornitzstraße 63-65 schuf 2009 Platz für 120 Beschäftigte unter nochmals verbesserten Arbeitsbedingungen. Somit betreibt die LWB gGmbH fünf Betriebsstätten und unter ihrem verlängerten Dach einen Förderbereich in der Bernhardt-Bästlein-Straße 10-12.

3.3 Gesellschaftliche Aufgabenstellung von WfbM und Realisierung des dualen Auftrages in der LWB gGmbH – Ziele der beruflichen Rehabilitation

3.3.1 Personenkreis und Aufgaben der WfbM

In WfbM werden Menschen betreut und beschäftigt, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit weniger als drei Stunden täglich unter den Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes tätig werden können. Ziel der Betreuung, Beschäftigung und Förderung ist die Erhaltung, Entwicklung oder Wiederherstellung der Leistungs- oder Erwerbsfähigkeit (Cramer, Horst H. 2006, S. 155). Die Rehabilitationsleistung ist dabei nicht vordergründig auf die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit gerichtet sondern umfasst die Entwicklung der gesamten Persönlichkeit. Dem wird durch die Gestaltung einer breiten Förderarbeit Rechnung getragen. Der duale Auftrag beinhaltet die Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten über verschiedene Berufsfelder ebenso wie die Entwicklung von Kulturtechniken, des Sozialverhaltens oder der Kommunikation. Die Vermittlung in eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung steht dabei nicht im Vordergrund. Es geht auch um die Heranführung an eine Beschäftigung, um die Erhaltung, Erweiterung und Stabilisierung der vorhandenen Fähigkeiten, Fertigkeiten, des Wissens und der Kenntnisse. Teilhabe am Arbeitsleben bedeutet auch, in einer WfbM für sehr lange Zeit tätig zu sein.

Die Fixierung auf den dualen Auftrag verstellt oftmals den Blick auf die vielfältige gesellschaftliche Aufgabenstellung einer WfbM.

Diese beinhaltet:

- Ermittlung der Leistungseigenschaften und -voraussetzungen von Menschen mit Behinderungen im Hinblick auf ihre berufliche und soziale Rehabilitation (Diagnostik, Ergodiagnostik, Eignungstests innerhalb des Eingangsverfahrens),
- berufliche Bildung auf möglichst mehreren Tätigkeitsfeldern (Berufsfeldern) innerhalb des Berufsbildungsbereiches für die Dauer von zwei Jahren, die die Chancen der Eingliederung in den allgemeinen Arbeitsmarkt erhöhen,
- Entwicklung von Menschen mit Behinderungen in allen Äußerungsbereichen der Persönlichkeit und
- Einbindung in eine langfristige Tätigkeit im Arbeitsbereich einer WfbM als eine besondere Form der beruflichen Verwirklichung und Teilhabe.

3.3.2 Teilhabe am Arbeitsleben

Eine zentrale Aufgabe für die LWB gGmbH ist die Hinführung der Beschäftigten zum allgemeinen Arbeitsmarkt. Dieser wichtige Schritt erfolgt in mehreren Stufen. Geeignete Beschäftigte absolvieren Praktika in Firmen, die Voraussetzungen für die Anleitung und Betreuung von Menschen mit Behinderungen bieten. Die Vereinbarung von Praktika erfordert immer individuelles Eingehen auf die Personen. Neben der Eignung des behinderten Menschen sind leistbare Tätigkeiten sowie die richtigen Bezugspersonen in dem jeweiligen Betrieb wichtige Voraussetzungen. Verlaufen diese Praktika von einem bis drei Monate positiv, kann über die Vereinbarung von Außenarbeitsplätzen nachgedacht werden. Diese Vereinbarungen enthalten Festlegungen zur Betreuung des Beschäftigten durch den Betrieb und durch die LWB gGmbH. Die Arbeitszeit wird den individuellen Bedürfnissen des Beschäftigten und des Betriebes angepasst. Eine weitere Festlegung betrifft die Zahlung eines Geldbetrages des Betriebes an die LWB gGmbH, der dem Arbeitsergebnis aller Beschäftigten zufließt und aus dem i. d. R. ein höheres monatliches Entgelt an den Beschäftigten auf dem Außenarbeitsplatz bezahlt wird. Aus der Vereinbarung zum Außenarbeitsplatz können nach nicht festgelegten Zeiten reguläre Arbeitsverhältnisse entstehen. Dieser immer wünschenswerte Schritt muss jedoch sehr gut vorbereitet werden. Alle sozialrechtlichen Rahmenbedingungen, die damit für den künftigen Arbeitnehmer verbunden sind, müssen beachtet werden. Und nicht zuletzt ist der Wunsch des behinderten Menschen für den Abschluss eines Arbeitsvertrages entscheidend.

Diese Aufgabenstellung umreißt zugleich die Möglichkeiten und Grenzen der beruflichen Rehabilitation im Rahmen der LWB gGmbH. Es ist sicher vereinzelt möglich, Menschen mit Behinderungen auf Arbeitsplätze des allgemeinen Arbeitsmarktes mit Hilfe von Integrationsfachdiensten zu vermitteln. Berücksichtigt man die durchschnittliche Vermittlungsquote unter den gegebenen gesetzlichen Bedingungen (Behindertenrechtskonvention) in der BRD von weniger als 0,2 %, werden die Chancen der gegenwärtig 435 Beschäftigten im Arbeitsbereich deutlich.

Die Werkstatt hat auch die Aufgabe und das Ziel, durch ein leistungsgerechtes Entgelt, das aus dem Arbeitsergebnis der Beschäftigten gespeist wird, die Motivation zur Teilhabe am Arbeitsleben zu fördern. Dieses Entgelt stellt keine Lohnleistung dar, von der der Lebensunterhalt zu bestreiten wäre. Dieser wird über Renten oder Grundsicherungsleistungen der Sozialämter

garantiert. Die teilweise Anrechnung der Entgelte auf die Grundsicherungsleistung stellt in der Praxis kein gravierendes Problem dar, da viele Beschäftigte stolz sind, zu einem gewissen Teil mit ihrer Arbeitsleistung zum eigenen Lebensunterhalt beitragen zu können.

Die Möglichkeit, im Arbeitsbereich der Werkstatt in den verschiedenen Tätigkeitsfeldern wirksam werden zu können, schafft die Voraussetzung für ein lebenslanges Lernen. Jede neue Arbeitsaufgabe ist mit dem Kennenlernen unterschiedlicher Tätigkeiten, Werkzeuge, Maschinen und Materialien verbunden. Z. B. vermittelt der Wechsel in die Abteilung Garten- und Landschaftspflege nicht nur neue Arbeitstechniken sondern auch Wissen über die Entwicklung der Natur (Pflanzen, Jahreszeiten, Beschaffenheit des Bodens, Verwendung von Wasser, Nutzung von Düngemittel). Ein Einsatz der Beschäftigten in der Abteilung Küchen, Kantinen, Catering vermittelt nicht nur Kenntnisse über die Essenzubereitung oder die Küchenhygiene sondern auch Wissen über die gesunde Lebensweise, den Wert von Lebensmitteln (Obst, Gemüse, Fleisch). Da Beschäftigte fast immer dort arbeiten, wo sie es möchten, ergeben sich viel größere Möglichkeiten der Wissenserweiterung als es auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich ist.

3.3.3 Werkstatttrat und Elternvertretung

Die Werkstattbeschäftigten LWB gGmbH haben gesetzlich vorgeschriebene Mitwirkungsrechte. Aus den Reihen der Beschäftigten des Arbeitsbereiches wird im Abstand von 4 Jahren ein Werkstatttrat gewählt, der die Interessen der Beschäftigten im Arbeitsbereich vertritt und mit der Werkstattleitung z. B. über die Arbeitsbedingungen, begleitende Maßnahmen und das Entgeltsystem diskutiert. Die Geschäftsführung der LWB gGmbH ist ihrerseits verpflichtet und gut beraten, den Werkstatttrat in die Entwicklung der Werkstatt einzubeziehen, da von den Beschäftigten häufig sehr praktikable Hinweise zur Gestaltung des Arbeitsalltages gegeben werden. Die Anliegen der Teilnehmer im Berufsbildungsbereich sowie im Eingangsverfahren werden gleichfalls berücksichtigt. In der „Werkstätten-Mitwirkungsverordnung“ sind Rechte und Pflichten des Werkstatttrates, aber auch der Werkstattleitung geregelt. Da der Werkstatttrat mitunter für die Formulierung von Forderungen oder die Durchführung von Sitzungen oder Weiterbildungen Unterstützung benötigt, sucht er sich für die regelmäßige Arbeit eine Person seines Vertrauens. Diese Vertrauensperson kann ein Mitarbeiter der LWB gGmbH oder eine betriebsfremde Person sein. Seit Bestehen der LWB gGmbH wird der Werkstatttrat von Mitarbeitern des Sozialdienstes unterstützt, die jeweils ihre Rolle als Vertrauensperson auf der einen und Sozialarbeiter auf der anderen Seite voneinander trennen müssen.

Im Einvernehmen mit der Geschäftsführung arbeitet seit der Gründung der Werkstatt eine Elternvertretung, die sich regelmäßig vom Geschäftsführer über die Situation und beabsichtigte Entwicklungen unterrichten lässt. Im Rahmen ihrer Möglichkeit gibt die Vertretung Hinweise zur Arbeit der Werkstatt. (Cramer, Horst H. 2006, S. 319 ff.)

3.3.4 Arbeitsbegleitende Maßnahmen unter besonderer Berücksichtigung der Sportangebote

Der Arbeitstag in der LWB gGmbH beinhaltet für die Beschäftigten nicht nur das produktive Tätigsein sondern auch das Lernen auf vielen Gebieten (Kulturtechniken, PC-Arbeiten, kreatives Gestalten, Sexualerziehung u. a.) oder die Inanspruchnahme von pflegerischen oder therapeutischen Leistungen (Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie). Eine besondere Rolle spielen dabei Körperkultur und Sport. Jeder Beschäftigte hat die Möglichkeit, während der Betreuungs- und

Beschäftigungszeit an einer Form des Sports teilzunehmen. Das beginnt mit dem Angebot von Pausengymnastik oder Rückenschulungskursen, Entspannungsübungen oder Stunden, in deren Mittelpunkt Sportspiele, Sportarten wie Boccia, Schwimmen, Radfahren oder Wasserfahrsport stehen. Außerhalb dieser Zeiten werden im Freizeitbereich diese und weitere Sportarten angeboten (Bowling, Fußball, Leichtathletik).

Die LWB gGmbH ist Mitglied bei Special Olympics Deutschland und hat es sich zur Aufgabe gemacht, ein regelmäßiges und breites Angebot sportlicher Betätigungsmöglichkeiten vor allem für Menschen mit geistiger Behinderung zu schaffen. Dieser Intention liegt die Erkenntnis zugrunde, dass der Sport hinsichtlich der physischen, psychischen, kognitiven, motorischen, sozialen und emotionalen Entwicklung eine große Bedeutung für die Persönlichkeit hat. Über den regelmäßigen Übungsbetrieb hinaus unterstützt und organisiert die Werkstatt in mehreren Sportarten ein interessantes Wettkampfgeschehen, das von der Teilnahme an regionalen Wettbewerben bis zur Beteiligung an nationalen und internationalen Sportveranstaltungen reicht. Seit 2003 beteiligt sich eine namhafte Anzahl geistig behinderter Sportler an den im Abstand von zwei Jahren stattfindenden Nationalen Spielen von Special Olympics Deutschland und im Abstand von vier Jahren an den Weltspielen von Special Olympics International. Um dieses umfangreiche Angebot in einer sehr guten Qualität zu realisieren, beschäftigt die Werkstatt zwei Diplomsportlehrer, die umfassende Erfahrungen auf dem Gebiet der Sporttherapie besitzen.

3.4 Rehabilitationspädagogisches Handeln als wesentlicher Bestandteil der Betreuung und Beschäftigung in der LWB gGmbH

3.4.1 Arbeits- und Berufsförderung in der LWB gGmbH

Berufliche Bildung und Arbeit nehmen in einer WfbM naturgemäß viel Raum und Zeit ein. Mit beiden wird das Ziel verfolgt, in einem Prozess des lebenslangen Lernens die Persönlichkeit zu entwickeln. Dieser Lernprozess wird von Mitarbeitern (Gruppenleiter) geplant, organisiert, durchgeführt und dokumentiert, die über Kenntnisse und Fertigkeiten verfügen, wie sie üblicherweise durch eine abgeschlossene tätigkeitsbezogene Ausbildung in einem anerkannten Ausbildungsberuf mit mindestens dreijähriger Regelausbildungsdauer erworben werden. Darüber hinaus haben Gruppenleiter eine sonderpädagogische Zusatzausbildung absolviert oder erwerben sie im Laufe ihrer Tätigkeit in der LWB gGmbH. Die wesentlichen Aufgaben der betreuenden Mitarbeiter werden in folgenden Punkten zusammengefasst:

- Aufstellen von Förderplänen und Dokumentation der beruflichen Entwicklung der Beschäftigten (Erlangung von Schlüsselqualifikationen),
- Befähigung der Beschäftigten zur produktiven Arbeit bzw. zum Umgang mit speziellen Stoffen, Werkzeugen, Hilfsmitteln, Geräten, Transportmitteln und Maschinen,
- Motivierung der Beschäftigten zur Leistungsbereitschaft und Qualitätsarbeit,
- Vermittlung von Kenntnissen und Festlegung von Aktivitäten zum Schutz der Umwelt,
- Gewährleistung von Ordnung, Sauberkeit, Disziplin, Arbeitsschutz und Hygiene in der Gruppe,
- Kreation von Anschauungsmaterialien, Schutzvorrichtungen und Arbeitshilfen entsprechend den in der Gruppen vorliegenden Behinderungen,
- Hilfe, Beratung, Förderung und Weiterbildung der Beschäftigten im persönlichen und sozialen Bereich,
- Ausübung der Fürsorge- und Aufsichtspflicht sowie fachkompetenter Umgang mit Krisen,

- Leistung medizinischer und hygienischer Unterstützung (u. a. Medikamentengaben nach Vorschrift) sowie bei der Speiseneinnahme,
- Realisierung von Arbeitsaufträgen und Vertragserfüllung nach Menge, Termin und Qualität nach Einweisung durch die fachlichen Vorgesetzten und nach Vereinbarung im direkten Dialog mit Auftraggebern,
- Planung und Überwachung der jeweiligen Arbeitsabläufe sowie eigene Mitarbeit,
- Durchführung von Einweisungen und Unterweisungen bei Änderungen in den Abläufen und neuen Tätigkeiten,
- Qualitätskontrollen unter Maßgabe der Kundenforderungen,
- Sicherstellung der termin- und fachgerechten Bearbeitung der Arbeitsaufträge,
- Gewährleistung der Einhaltung von Hausordnung, Betriebsanweisungen, Brandschutzordnung, Regeln des Qualitätsmanagementsystems,
- Wartung, Sicherung der Werkzeuge, Geräte, Maschinen und Materialien,
- Kooperation und abgestimmtes Handeln mit den Mitarbeitern des Sozialdienstes zu persönlichkeitsfördernden, kulturellen, sportlichen und arbeitsbegleitenden Maßnahmen, bei Verhaltensproblemen und Krisen, bei Eingliederungsfragen und in diversen Notlagen, bei Verhandlungen mit Behörden und amtlich bestellten Betreuern.

3.4.2 Möglichkeiten der umfassenden Entwicklung der Persönlichkeit durch rehabilitationspädagogisches Handeln

Neben dem beruflichen Lernen und der produktiven Tätigkeit kommt der Entwicklung des Menschen in den anderen Persönlichkeitsbereichen eine wichtige Bedeutung zu. Dazu dienen Inhalte und Organisationsformen, die in der Werkstattsprache „Begleitende Maßnahmen“ genannt werden. Der Gesetzgeber verlangt ganz allgemein, dass diese zu realisieren sind, ohne präzisere Angaben zu machen. Für diesen Aufgabenbereich werden in der LWB gGmbH Sozialpädagogen und andere pädagogische Fachkräfte tätig, die dem Sozialdienst zugeordnet sind. Ihnen obliegt die Gestaltung eines Bildungs- und Erziehungsprozesses, der seine Wurzeln in der Rehabilitationspädagogik hat. Die Arbeit beinhaltet die Mitwirkung bei der Planung, Organisation und Durchführung des Teilhabeprozesses von Menschen mit Behinderungen in der LWB gGmbH, die psychosoziale Begleitung von Menschen mit Behinderungen im Eingangsverfahren, im Berufsbildungsbereich, im Arbeitsbereich und in den Fördergruppen sowie die Konzipierung, Begleitung und Durchführung pädagogischer und therapeutischer Maßnahmen. Daraus ergeben sich nachfolgende Aufgaben:

- Mitwirkung bei der Aufnahme von Menschen mit Behinderungen in die Werkstatt (Beratung, Gespräche, Begleitung, verwaltungsorganisatorische Arbeiten, Diagnose, Entwicklung, Empfehlung),
- Begleitung von Menschen mit Behinderungen im laufenden Teilhabeprozess,
- Zusammenwirken mit Gruppenleitern im Eingangsverfahren, Berufsbildungsbereich, im Förder- und Arbeitsbereich bei der Förderung der Beschäftigten (Erarbeitung von Eingliederungs- und Förderplänen, Dokumentationen und Berichterstattung zum Verlauf des Teilhabeprozesses),
- Konzipierung pädagogischer Ansätze und Methoden,
- Einleitung, Koordination und Mitwirkung bei Umsetzung von Beschäftigten in der Werkstatt und beim Aufbau neuer Arbeitsgebiete, Mitwirkung bei der Entwicklung des Entgeltsystems und bei Entgeltstufungen.

3.4.3 Persönlichkeitsbeschreibungen – Diagnostik

Die zielgerichtete und erfolgreiche Förderung von Menschen mit Behinderungen setzt eine möglichst präzise Erfassung der sozialen Lebensumstände sowie der physisch-psychischen Leistungseigenschaften voraus. Daraus können Ziele, Inhalte und Methoden der rehabilitationspädagogischen Arbeit abgeleitet werden. Für die Ermittlung von Leistungsvoraussetzungen und Bewertung von Leistungen wurden viele Instrumentarien entwickelt, die in Umfang, Inhalt und Zielstellung erheblich voneinander abweichen. Für die rehabilitationspädagogische Förderung stellt die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) eine geeignete Systematik dar, um Menschen mit Behinderungen umfassend und in vergleichbarer Form zu beschreiben. Die Betrachtung von Körperfunktionen und -strukturen, die Ermittlung der Aktivitäten und Teilhabepotenziale sowie die Berücksichtigung von Umweltfaktoren stimmen mit der rehabilitationspädagogischen Betrachtung des Menschen als biopsychosozialen Einheit überein. Das Beschreibungsraster der ICF bildet auch den Rahmen der in der LWB gGmbH praktizierten Bewertung von Handlungen, Verhalten, Leistungsvoraussetzungen und Leistungen. Dieser Rahmen stellt für die tägliche Arbeit eine Art Richtschnur dar, die darauf aufmerksam macht, dass nicht nur funktionelle Defizite sondern auch Umweltgegebenheiten wie die Nutzung technischer Hilfsmittel oder architektonische Bedingungen die Erreichung eines Rehabilitationszieles beeinflussen. Die vollständige Anwendung der ICF setzt jedoch ein hohes Fachwissen und ein umfangreiches diagnostisches Instrumentarium der beschreibenden und beurteilenden Person voraus. Unter den gegenwärtig bestehenden Verhältnissen kann dieser Anforderung nicht entsprochen und die ICF nur ansatzweise genutzt werden.

Die Einschätzung von Verhaltensweisen, Leistungen, Beeinträchtigung und sozialen Rahmenbedingungen ist in der LWB gGmbH Aufgabe der Fachkräfte für Arbeits- und Berufsförderung (Facharbeiter mit sonderpädagogischer Zusatzausbildung), die ggf. Unterstützung durch Sozialpädagogen erhalten. Unter Berücksichtigung der Möglichkeiten einer WfbM wurden in der LWB gGmbH Materialien erarbeitet, die den betreuenden Mitarbeitern Unterstützung bei der Anfertigung von Persönlichkeitsbeschreibungen geben. Sie werden vorgenommen um:

- gedankliche Grundlagen für die Maßnahmen der beruflichen und sozialen Rehabilitation zu schaffen,
- konkrete Förderziele, -inhalte und -methoden bestimmen zu können und
- den Kostenträgern der Rehabilitationsmaßnahme, gesetzliche Betreuer und den Beschäftigten selbst Auskunft über den Stand der beruflichen und sozialen Rehabilitation eines jeden Beschäftigten und Betreuten geben zu können.

Die berufliche Bildung ist ein Bestandteil der Persönlichkeit. Deshalb ist es sinnvoll, sich zuerst umfassend mit den wesentlichen Leistungseigenschaften eines Menschen zu befassen, bevor der Stand der beruflichen Rehabilitation einer eingehenden Betrachtung unterzogen wird. Die Möglichkeiten auf dem Gebiet des Arbeitslebens ergeben sich aus der Gesamtheit von Fähigkeiten, Fertigkeiten, des Wissens und Könnens, der Neigungen und persönlichen Vorstellungen von der Lebensgestaltung eines Menschen. Wenn diese gewissenhaft analysiert wurden, können unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen, technischen, materiellen, finanziellen und personellen Bedingungen der Werkstatt Zielvorstellungen für die berufliche und soziale Entwicklung entwickelt und die Prozesse zur beruflichen und sozialen Rehabilitation geplant, organisiert und durchgeführt werden.

Die Beschreibung eines Menschen erfolgt i. d. R. zweckbestimmt, d. h. es werden die Sachverhalte (z. B. Eigenschaften, Fähigkeiten) in den Vordergrund gerückt, die für die Erfüllung einer Aufgabe

wichtig erscheinen. Wenn im Mittelpunkt unserer Arbeit der Mensch in seiner Gesamtheit steht, ist es erforderlich, ihn in seiner Gesamtheit zu betrachten.

Das methodische Vorgehen stützt sich dabei auf die Rehabilitationspädagogik als Wissenschaftsdisziplin, die die verschiedenen Persönlichkeitsbereiche eines Menschen, einschließlich der Umweltfaktoren betrachtet und beschreibt, um Ansätze für die Förderung in den für die Persönlichkeitsentwicklung wichtigen Bereichen zu finden. (Becker, Klaus-Peter und Autorenkollektiv 1979) Dabei wird durchaus berücksichtigt, dass sich ein einzelner Bereich, in dem sich der Entwicklungsstand eines Menschen äußert, nur schwer von anderen trennen lässt. Um jedoch eine brauchbare Analyse zu erarbeiten, die nicht der Beliebigkeit auf der einen und der bloßen Statistik auf der anderen Seite zum Opfer fällt, sollte diese Form gewählt werden. Sie betrachtet alle wesentlichen Seiten der Persönlichkeit und lässt die differenzierte Beschreibung von Fähigkeiten, Fertigkeiten, Einstellungen, Wissen, Können, Verhaltensweisen und Rahmenbedingungen zu.

Eine Persönlichkeit wird für andere Menschen durch die Sprache, das Denken, die Gefühle, die Bewegung, die Sinne und das Sozialverhalten erkennbar. Damit ergeben sich die relevanten Bereiche, die im Hinblick auf die Berufsbildung um das Arbeitsverhalten zu erweitern und zu beschreiben sind:

- Kommunikation
- kognitive Fähigkeiten
- Emotionen
- Motorik
- Sinneswahrnehmungen
- Sozialverhalten
- Arbeitsverhalten sowie Arbeitsfähigkeiten und -fertigkeiten.

Bei der Beschreibung der Persönlichkeit kommt es nicht darauf an, grundsätzlich alle Bereiche in der gleichen Tiefe für jeden Beschäftigten und Betreuten zu betrachten. Es ist wichtig, über wesentliche Eigenschaften oder Verhaltensweisen nachzudenken, die in gewisser Weise charakteristisch sind und Einfluss auf die soziale Integration haben. Aus ihnen sollen Ansätze erkennbar werden, die in der weiteren Förderung von Bedeutung sind. Zu berücksichtigen ist auch die Einbindung innerhalb der Werkstatt. In den Gruppen des Arbeitsbereiches werden andere Schwerpunkte als in den Gruppen des Förderbereiches oder des Berufsbildungsbereiches gesetzt.

Die analytische Arbeit sollte i. S. der rehistorisierenden Anamnese nach Jantzen (Wolfgang Jantzen 2003) mit dem persönlichen Werdegang (Schulbildung, Abschlüsse, berufliche Bildung u. ä.) und der gesellschaftlichen Einbindung (Familie, Wohnform u. ä.) beginnen. Besondere Bedeutung kommt der Berücksichtigung von Ursachen, Art und Grad der Behinderung zu, über die in den Sozial- und Handakten Informationen zu erlangen sind.

Kommunikation

In diesem Abschnitt werden die Möglichkeiten des Betreuten/Beschäftigten dargestellt, sich mit anderen Menschen zu verständigen. Dabei sind folgende Fragen von Bedeutung:

- Wie wird die Fähigkeit eingeschätzt, sprachliche und nichtsprachliche Zeichen anderer Menschen zu erkennen (Verständnis für Laut- und Schriftsprache, Erkennen von mimischen und gestischen Zeichen, Grad der Erkennungsmöglichkeiten)?

- Wie sind die Fähigkeiten ausgebildet, sich anderen Menschen verständlich zu machen (Lautsprache, Laute, nichtsprachliche Verständigung, wie Gebärden, Mimik und Gestik, Sinngehalt der Zeichen, Grad der Beherrschung)?

Kognitive Fähigkeiten

In diesem Abschnitt wird die Erkenntnisfähigkeit dargestellt, die auch als geistige Leistungsfähigkeit bezeichnet werden kann. Folgende Fragen sollten beantwortet werden:

- Wie ist die Beherrschung von Kulturtechniken einzuschätzen (Lesen, Schreiben, Rechnen, Erkennen von Zahlen und Buchstaben, der Grad der Beherrschung und Verfügbarkeit)?
- Wie ist die Fähigkeit entwickelt, die Umwelt in Raum und Zeit zu erkennen (Raum- und Zeitorientierung)?
- Wie werden z. B. Farben, Konturen und Formen erkannt?

Emotionen

In diesem Abschnitt sollte der Versuch unternommen werden, die Gefühlswelt des Beschäftigten zu ergründen. Es ist zu hinterfragen, über welche Dinge und wie sich ein Mensch freuen kann, über welche er traurig ist und wie diese Trauer sichtbar wird. In welchen Zeitabschnitten ändert sich die emotionale Befindlichkeit und wie äußert sich Mitgefühl.

Motorik

Dieser Abschnitt soll, untergliedert in drei wesentliche Bereiche, Auskunft über die körperlichen Bewegungsfähigkeiten und -fertigkeiten geben:

- Über welche grobmotorischen Fähigkeiten verfügt der Beschäftigte (lokomotorisch, wie Gehen und Laufen; Stehen, Heben, Tragen, großräumige Bewegungen des Oberkörpers, wie Drehen, Bücken, Hocken)? Wichtig ist die Erwähnung wesentlicher Einschränkungen und die Verwendung von allgemeinen und Rehabilitationshilfsmitteln.
- Wie sind die feinmotorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten einzuschätzen? Diese beziehen sich im Wesentlichen auf die Beschreibung der Auge-Hand-Koordination sowie des Manipulationsvermögens der Hände.
- Welche psychomotorischen Erscheinungen sind für die Beschreibung der Persönlichkeit von Bedeutung (Psychomotorik wird hier verstanden als die Verbindung geistiger Prozesse mit der Bewegung)? Gegenstand der Beschreibung sollten sprachmotorische Besonderheiten sein, sofern sie nicht schon im Abschnitt Verständigungsfähigkeit Berücksichtigung fanden aber auch behinderungsbedingte Verhaltensweisen, wie Grimassen oder anhaltende Körperbewegungen (Schaukeln u. ä.). Zu diesen Abschnitt gehört die Frage, wie der Beschäftigte in der Lage ist, verbale und nonverbale Hinweise angemessen in körperliche Aktivität (Bewegung und Arbeit) umzusetzen.

Sinneswahrnehmung

Um Fähigkeiten und Fertigkeiten, das Wissen, Können und vor allem Wollen eines Menschen richtig einschätzen zu können, ist es erforderlich, zu überprüfen, ob und wie der Betreffende seine Umwelt wahrnehmen kann. Deshalb ist die Beantwortung folgender Fragen erforderlich:

- Wie nimmt der Beschäftigte akustische Zeichen wahr (Hört er ohne Einschränkungen, benötigt er eine bestimmte Lautstärke oder Tonhöhe, kann er Geräuschquellen lokal zuordnen)?
- Ist das Sehvermögen eingeschränkt, wenn ja, in welcher Form (Blindheit, Sehbehinderung mit Sehschärfenverlust, Gesichtsfeldeinschränkung o. ä.)?

- Wie ist der Tastsinn entwickelt?
- Wie ist der Geruchs- und der Geschmackssinn ausgebildet?
- Wie ist das kinästhetische Wahrnehmungsvermögen ausgebildet (Lage des Körpers im Raum, Anspannung der Muskulatur, Bewegungsempfindungen)?

Bei der Beschreibung dieses Persönlichkeitsbereiches wird deutlich, dass nur das Erfassen von Fähigkeiten und Fertigkeiten Sinn hat, die unmittelbar mit unserer eigentlichen Aufgabe zusammenhängen. Tast-, Geruchs- und Geschmackssinn muss nicht beschrieben werden, wenn sie keinen Bezug zur Arbeitstätigkeit oder zu besonderen Verhaltensweisen gibt.

Sozialverhalten

Dieser Abschnitt soll Auskunft über das Eingebundensein in das gesellschaftliche Umfeld geben. Folgende Fragen stehen dabei im Mittelpunkt:

- Wie kann das Verhältnis des Beschäftigten zu den Mitgliedern der Arbeitsgruppe beschrieben werden (Hat er Kontakte, welcher Art sind sie; welche Stellung nimmt er innerhalb und außerhalb der Gruppe gegenüber anderen Beschäftigten und betreuendem Personal ein, gibt es fremd- oder autoaggressive Verhaltensweisen)?
- Wie kann das Verhalten gegenüber anderen Personen innerhalb und außerhalb der Werkstatt charakterisiert werden? In welchem Maß werden die Normen des Zusammenlebens respektiert (Berücksichtigung der Interessen und Forderungen einer Gemeinschaft, Grad der Rücksichtnahme, Höflichkeit und Hilfsbereitschaft, Empathie)?
- Wie ist der Beschäftigte in der Lage, für sein persönliches Wohlergehen zu sorgen (Befriedigung der individuellen Grundbedürfnisse, wie Essen, Wohnen, Hygiene)?
- Welche unterstützenden Maßnahmen sind ggf. erforderlich?
- Wie ist sein Willen einzuschätzen, einen bestimmten Sachverhalt zu verfolgen?

Stand der beruflichen Rehabilitation

- Welche berufliche Vorbildung hat der Beschäftigte?
- In welchen Arbeitsbereichen wurde der Beschäftigte bisher tätig?
- Welches Arbeitsverhalten ist vorherrschend (Einstellung zur Arbeit und zur Werkstatt, Pünktlichkeit, Bemühungen um ein zu erzielendes Arbeitsergebnis)?
- Wie sind die körperlichen Voraussetzungen für die zu leistende Arbeitstätigkeit einzuschätzen (Kraft, Schnelligkeit, Ausdauer, Geschicklichkeit, Gewandtheit)?
- Welche Anleitungstätigkeit, Hilfeleistung sowie fachliche und/oder körperliche Unterstützung ist für die Erfüllung von Arbeitstätigkeiten zu erbringen?
- Wie werden Qualität und Quantität der Arbeitsleistung bewertet?
- Wie ist der Willen ausgeprägt, eine Arbeitsleistung zu erfüllen?

Es ist für die Planung des Förderprozesses und für die Anfertigung von Entwicklungs- und Fachausschussberichten sinnvoll, die Beobachtungen, und Erkenntnisse schriftlich niederzulegen. Die fachliche Voraussetzung für diese Niederschrift stellt dabei die sonderpädagogische Zusatzausbildung dar, die die Mehrzahl der Gruppenleiter absolviert hat. Die Mitarbeiter werden dabei von den Kollegen des Sozialdienstes unterstützt, wenn es darum geht, Erscheinungen oder Verhaltensweisen zu beschreiben. Verlangt wird die sachliche Darstellung einer Persönlichkeit in einer einfachen und verständlichen Sprache, die ggf. auch für Außenstehende fassbar ist.

Diese Form der Persönlichkeitsbeschreibung lässt im Vergleich zur ICF einen größeren Spielraum für subjektive Bewertungen zu. Sie stellt jedoch den Kompromiss zwischen einer Rasterbeschreibung auf systematischer Grundlage und den gegenwärtigen personellen Rahmenbedingungen einer WfbM dar.

3.4.4 Förderpläne im rehabilitationspädagogischen Prozess

Förderpläne sind die Grundlage der täglichen Arbeit der betreuenden Mitarbeiter. In ihnen sollten die Ziele, die Inhalte und die Methoden der Förderarbeit festgeschrieben werden. Darüber hinaus enthalten Förderpläne Hinweise auf die Überprüfungen und Kontrollzeiträume der Förderung.

Auswahl von Problembereichen

Grundlage für jeden Förderplan ist die Persönlichkeitsbeschreibung des Betreuten/Beschäftigten, die sowohl handschriftlich als auch in Form von Entwicklungs- oder Fachausschussberichten vorliegen kann. Durch die Beschreibung der einzelnen Persönlichkeitsbereiche werden Problembereiche sichtbar, für die zu entscheiden ist, ob sie Gegenstand der Förderarbeit werden können und sollen. Folgende Fragen sind zu beantworten:

- Sind die ausgewählten Problembereiche für die Förderung und berufliche Bildung des Beschäftigten/Betreuten von Bedeutung?
- Kann von der Mitwirkung des Beschäftigten/Betreuten im Prozess der beruflichen Bildung und Rehabilitation ausgegangen werden?
- Bestehen in der LWB gGmbH die personellen, räumlichen, finanziellen u.a. Voraussetzungen, um die konkrete Förderabsicht verwirklichen zu können?
- Entspricht die Förderabsicht dem gesetzlichen Auftrag, berufliche Rehabilitation und soziale Integration zu realisieren?

Wenn die Fragen zufriedenstellend beantwortet werden können, sollte eine Festlegung auf die wesentlichen Problembereiche erfolgen. Erfahrungen zeigen, dass nicht alle Persönlichkeitsbereiche Berücksichtigung finden können. Die Konzentration auf zwei bis maximal vier Problembereiche erhöht die Chance, Förderabsichten auch in die Praxis umzusetzen. Entscheidend für einen erfolgreichen Förderprozess ist die genaue Beschreibung des eigentlichen Problembereiches. Eine Trennung der Problembereiche mit Blick auf die soziale und berufliche Entwicklung ist erforderlich, um beiden Seiten des gesetzlichen Auftrages der WfbM gerecht zu werden.

Kennzeichnung der Ziele der Förderarbeit

Nach der konkreten Beschreibung eines Problems sollte es möglich sein, für die Lösung dieses Problems ein Ziel zu formulieren. Treten an dieser Stelle Schwierigkeiten auf, ist die Beschreibung des Problems nochmals zu überdenken. Für jedes Problem muss ein Förderziel formuliert werden. Die Differenzierung in soziale und berufliche Zielstellung sollte an dieser Stelle deutlich werden.

Festlegung der Inhalte der Förderarbeit

In Abhängigkeit von den einzelnen Zielen sind die Inhalte der Förderarbeit auszuwählen. Sollte sich dabei eine Zielstellung inhaltlich nicht untersetzen lassen, ist die Frage nach der Realisierbarkeit dieses Zieles zu stellen. Es ist dann notwendig, die Formulierung des Problems und des Zieles zu überprüfen. Darüber hinaus sollten nochmals die o.g. Fragen allerdings unter dem Aspekt der inhaltlichen Gestaltung beantwortet werden.

Methoden

Um die inhaltlichen Vorstellungen in die Praxis umzusetzen, bedarf es der Auswahl geeigneter Mittel und Methoden. Es sind an dieser Stelle Überlegungen anzustellen, wie die ausgewählten Förderinhalte realisiert werden können. Dazu gehören z.B. Vorhaben im Bereich der beruflichen und Allgemeinbildung (arbeitspädagogische Unterweisungen, Planung begleitender Maßnahmen) sozialpädagogische Maßnahmen, wie Gruppen- und Einzelgespräche mit Beschäftigten und/oder deren Betreuer oder auch psychologische Beratung und medizinisch-pflegerische Betreuung. Diesen Überlegungen sollten aber nicht nur die eigenen Potenziale zu Grunde liegen sondern auch die werkstattübergreifenden und werkstattexternen Möglichkeiten (Einsatz von Logopäden, Physio- und Ergotherapeuten, die über Krankenkassen finanziert werden) berücksichtigen. In möglichst konkreter Form sollten die Absichten und Vorhaben dokumentiert werden.

Um den Förderplan inhaltlich vollständig sowie für die eigene Arbeit und für Außenstehende übersichtlich zu gestalten, wird folgende Form vorgeschlagen:

Problembereich	Problem 1	Problem 2	Problem 3
Ziele	Ziel 1	Ziel 2	Ziel 3
Inhalt	Inhalt 1	Inhalt 2	Inhalt 3
Methoden	Methode 1	Methode 2	Methode 3
Kontrollverfahren und Zeitpunkt	Kontrollverfahren und Zeitpunkt	Kontrollverfahren und Zeitpunkt	Kontrollverfahren und Zeitpunkt

Die Darstellung der Förderabsichten in diesem Überblick ist die Grundlage für die Erarbeitung von Wochen- und Tagesplänen. Sie erinnert in prägnanter Form täglich an die eigentlichen Absichten, die über einen sehr langen Zeitraum zu verfolgen sind.

3.4.5 Handbuch der beruflichen Bildung und Rehabilitation der LWB gGmbH

Die berufliche Bildung und Rehabilitation für Menschen mit Behinderungen sind der Mittelpunkt der Bemühungen der Mitarbeiter der LWB gGmbH seit Bestehen der Werkstatt. Das Handbuch der beruflichen Bildung und Rehabilitation der LWB gGmbH ist das Ergebnis einer Projektarbeitsgruppe, in das die Erfahrungen vieler Gruppenleiter, Abteilungs- und Bereichsleiter sowie der Mitarbeiter des Sozialdienstes eingeflossen sind. Zeitweilig oder ständig beteiligten sich zahlreiche Mitarbeiter an der Erarbeitung der Materialien, die der Planung, Organisation, Durchführung und Dokumentation der Maßnahmen zur beruflichen Bildung und Rehabilitation in der LWB gGmbH dienen.

Die Dokumentation dient dem Nachweis der Durchführung und Realisierung von berufsbildenden und rehabilitationspädagogischen Maßnahmen im Rahmen des geplanten Förderprozesses. Es werden alle Maßnahmen erfasst, die der Persönlichkeitsentwicklung der Beschäftigten und Betreuten dienen. Im Hinblick auf die berufliche Bildung ist es im Arbeitsbereich sinnvoll, die wesentlichen täglichen Arbeitstätigkeiten zu erfassen.

3.4.6 Katalog der Schlüsselqualifikationen für die berufliche Bildung und Rehabilitation in der LWB gGmbH

In diesem Katalog sind i. S. von Schlüsselqualifikationen alle Tätigkeiten und Handlungen erfasst, die für die berufliche Bildung und Rehabilitation in der LWB gGmbH eine Rolle spielen. Der Katalog stellt ein Instrument dar, mit dem der Grad der Beherrschung von Arbeitstätigkeiten oder sozialem Handeln erfasst werden kann. Zugleich macht er Entwicklungen auf unterschiedlichen Ebenen sichtbar.

Es erfolgt aus Gründen der Handhabbarkeit eine Untergliederung nach

- Schlüsselqualifikationen für die soziale Entwicklung
- Schlüsselqualifikationen für die arbeitsbereichsübergreifende berufliche Bildung
- Schlüsselqualifikationen für die arbeitsbereichsspezifische berufliche Bildung.

Da die Arbeitsfelder der LWB gGmbH einer ständigen Erweiterung und Veränderung unterliegen, gesellschaftliche Anforderungen an das Sozialverhalten einem Wandel unterworfen sind und Beschäftigte/Betreute, Angehörige, Betreuer und Kostenträger neue Forderungen an die Rehabilitationsdienstleistung stellen, verändert sich auch dieser Katalog ständig. Vor allem die pädagogische Arbeit der Gruppenleiterinnen und Gruppenleiter präzisiert einzelne Arbeitsschritte und Handlungsebenen durch eine differenziertere Beschreibung von Tätigkeiten und der Hinführung zu ihrer Beherrschung. Dieser ständigen Erweiterung und Veränderung muss der Katalog Rechnung tragen.

Die Anwendung der Schlüsselqualifikationen zur Beschreibung von Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissen, Kenntnissen und Verhaltensweisen darf nicht als Dogma verstanden werden. So kann nicht für jede Tätigkeit oder Handlung der Grad der Ausdauer oder des Willens betrachtet werden, viele Tätigkeiten wurden noch gar nicht in Angriff genommen usw. Es sollten nur die Tätigkeiten und Handlungen bewertet werden, die einen direkten Bezug zur beruflichen Bildung und Rehabilitation des jeweiligen Beschäftigten/Betreuten haben. Die Formulierung für die Bewertung ist in einzelnen Fällen auf den Sachverhalt sinngemäß selbständig abzuwandeln. Der Katalog der Schlüsselqualifikationen stellt ein Angebot und eine Erinnerung an Handlungen und Tätigkeiten dar, die in Frage kommen können. Jeder Gruppenleiter hat dabei die Möglichkeit, einen speziellen Katalog aus den zahlreichen Arbeitsgebieten der Werkstatt zusammenzustellen, entsprechend der pädagogischen Absicht und Notwendigkeit und hat das Recht und die Pflicht, Änderungen und Erweiterungen zu erwirken. Um die Aktualität des Kataloges zu gewährleisten, werden Korrekturen und Nachträge nur durch den Sozialdienst vorgenommen.

3.4.7 Bildung von Gruppen vergleichbaren Hilfebedarfs zur bedarfsgerechten Gestaltung des rehabilitationspädagogischen Prozesses

Den Grundsätzen bedarfsgerechter individueller Förderung und Betreuung folgend, werden auf der Grundlage getroffener Vereinbarungen mit den Rehabilitationsträgern (Kostenträger) und der Zielsetzung des Berufsbildungsbereiches bzw. des Arbeitsbereiches für den Berufsbildungsbereich zwei und für den Arbeitsbereich vier Gruppen mit vergleichbarem Hilfebedarf gebildet.

Dabei wird von dem Personalschlüssel (Verhältnis) von einer Fachkraft im Gruppendienst zur Anzahl der zu betreuenden Behinderten ausgegangen.

Der Regelpersonalschlüssel beträgt gem. § 9 Abs. 3 des Schwerbehindertengesetzes 1:12. Dieser Hilfebedarfsgruppe werden Behinderte, die nur gelegentlich der Anleitung bedürfen und bei denen die zielgerichtete Arbeit im Vordergrund steht, zugeordnet.

Personalschlüssel 1:9

Dieser Hilfebedarfsgruppe werden Behinderte, die in geringen Maße pflegerischer oder persönlicher, jedoch regelmäßiger fachlicher Anleitung bedürfen, zugeordnet.

Personalschlüssel 1:6

Dieser Hilfebedarfsgruppe werden Behinderte, die regelmäßig der pflegerischen oder persönlichen Betreuung sowie regelmäßig der fachlichen Anleitung bedürfen, zugeordnet

Personalschlüssel 1:3

Dieser Hilfebedarfsgruppe werden Behinderte mit einem hohen Anteil an pflegerischer und persönlicher Betreuung sowie einem hohen Anteil an fachlicher Anleitung zugeordnet.

Die Zuordnung zu den Hilfebedarfsgruppen erfolgt durch den Fachausschuss bzw. durch Verhandlungen mit den zuständigen Fallmanagern der Sozialämter und wird jährlich überprüft.

3.5 Berufliche Bildung als Teil rehabilitationspädagogischer Arbeit in der LWB gGmbH – Voraussetzung für die Teilhabe am Arbeitsleben

Für die Arbeit des Berufsbildungsbereich und das dort angesiedelte Eingangsverfahren bestehen von der Agentur für Arbeit als Genehmigungsbehörde und wesentlicher Rehabilitationsträger aufgestellte verbindliche Regeln für alle WfbM, die in einem so genannten Fachkonzept vom 21.06.2010 vorgegeben wurden. Auf dieser Grundlage waren alle WfbM verpflichtet, eigene Durchführungskonzeptionen zu erarbeiten.

Das Eingangsverfahren hat auf der Basis dieser konzeptionellen Überlegungen die Aufgabe, Menschen mit Behinderungen unter Berücksichtigung ihrer sozialen, körperlichen und geistigen Potenziale im Hinblick auf eine berufliche Bildung und/oder Ausbildung und späteren Teilnahme am Arbeitsleben zu betrachten. Für die Entwicklung des Menschen mit Behinderung ist es wichtig zu wissen, über welche Kompetenzen er bereits verfügt bzw. welche Kompetenzen entwicklungs-fähig sind. Dabei spielen die Interessen des behinderten Menschen eine wesentliche Rolle. Es ist möglich, dass Teilhabeangebote kritiklos angenommen und entwickelt werden. Im Sinne einer wirklichen Selbstbestimmung sollten jedoch qualitativ und quantitativ differenzierte Angebote das Eingangsverfahren charakterisieren. Die Agentur für Arbeit verweist in dem o.g. Fachkonzept auf anerkannte Verfahren, mit denen die Leistungsvoraussetzungen (Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten, Einstellungen, Willen) analysiert werden sollen ohne diese jedoch zu benennen. Damit steht es jeder Werkstatt frei, die Verfahren selbst auszuwählen oder eigene zu entwickeln. Verbindliche Standards, wie von der Agentur für Arbeit gefordert und sinnvoll, mit denen sich die Leistungen von Menschen mit Behinderungen aus unterschiedlichen WfbM deutschlandweit vergleichen lassen, fehlen damit. Auf die Anwendung der ICF, die die umfassendste Beschreibung der Persönlichkeit darstellt, wird nicht verwiesen und sie schon gar nicht gefordert. Eine Ursache könnte die Tatsache sein, dass selbst das medizinische und arbeitspsychologische Personal der Agentur für Arbeit die Untersuchungsmethodik bei der Begutachtung von Menschen mit Behinderungen nicht anwendet. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass nur wenige WfbM

über Fachkräfte für diese qualifizierte Untersuchungsmethode verfügen. Eine Verpflichtung auf die ICF im Rahmen des Fachkonzeptes wäre wünschenswert, zieht aber unweigerlich die Frage der Qualifizierung und Finanzierung des Personals nach sich.

Ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit im Eingangsverfahren ist die Dokumentation der Leistungsmessung und Verhaltensbeobachtung, die sich in Form von Informationsberichten und individuellen Förderplänen niederschlägt. Die LWB gGmbH hat über viele Jahre ihre von der Rehabilitationspädagogik geprägte Sicht in diese wesentlichen Dokumente einbringen können. Das spiegelt sich z. B. in der Beschreibung der Persönlichkeiten wider, die den wesentlichen Äußerungsbereichen folgt. So steht in allen Berichten das Sozialverhalten einschließlich der Emotionen, die Kommunikation, die Motorik einschließlich körperlicher Belastbarkeit sowie die kognitiv-intellektuellen Fähigkeiten im Zentrum der Betrachtung. Der gleichen Systematik folgt die Erarbeitung der individuellen Förderpläne, die darüber hinaus berufliche oder tätigkeitsbezogene Perspektiven aufzeigen. Die Sitzungen des Fachausschusses der Werkstatt, dem neben dem Geschäftsführer als Vorsitzender je ein Vertreter der Agentur für Arbeit, der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales sowie bei Bedarf der Deutschen Rentenversicherung angehören, beschließen auf der Grundlage der vorliegenden Dokumente die weiteren Schritte für eine ganzheitliche Förderung und der beruflichen Bildung im Berufsbildungsbereich bzw. nach Beendigung des Berufsbildungsbereiches den Übergang in den Arbeitsbereich der Werkstatt oder in eine berufliche Ausbildung, ggf. den Wechsel auf den allgemeinen Arbeitsmarkt.

Das Ergebnis des Eingangsverfahrens hat für die weitere Teilhabe am Arbeitsleben für den Menschen mit Behinderung eine hohe Bedeutung. Lassen die Leistungsvoraussetzungen den erfolgreichen Abschluss eines regulären Ausbildungsberufs vermuten, unterstützt die LWB gGmbH diejenigen bei der Suche nach einer geeigneten Berufsbildungsmaßnahme außerhalb der Werkstatt. Stellt sich heraus, dass die Förderung in der Werkstatt weiter erfolgen sollte, schließt sich der zweijährige Berufsbildungsbereich an. Innerhalb des ersten Jahres werden Praktika angeboten, um die Teilnehmer bei der beruflichen Orientierung zu unterstützen. Im zweiten Jahr finden langfristige Praktika statt, die eine Vertiefung in zwei bis drei Arbeitsgebiete der LWB gGmbH ermöglichen.

In allen pädagogischen Aktivitäten werden die Teilnehmer der beruflichen Bildung individuell und angepasst unter Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse, Wünsche und Leistungsfähigkeit an die verschiedenen Arbeitsgebiete und Arbeitsprozesse herangeführt. Ziel des Berufsbildungsbereiches ist die Befähigung der Beschäftigten zur Teilhabe am Arbeitsleben in der individuell möglichen Form. Neben der Vermittlung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie der Entwicklung von Arbeitseinstellungen, fördern wir die Teilnehmer in nahezu allen Persönlichkeitsbereichen. Kulturtechniken, Kommunikation, Umweltwissen, Sozialverhalten und körperlich-sportliche Leistungseigenschaften spielen ebenso wie kreativ-schöpferisches Denken und Handeln im rehabilitationspädagogischen Prozess eine wesentliche Rolle. Wenn nach Absolvierung des Berufsbildungsbereiches ein Wechsel auf den allgemeinen Arbeitsmarkt bzw. in eine Ausbildung nicht möglich ist, dann besteht auf Dauer der Anspruch auf einen Platz im Arbeitsbereich der Werkstatt.

3.6 Rehabilitationspädagogische Arbeit mit schwerst mehrfachbehinderten Menschen

Katrin Waschkau

Die LWB gGmbH hat es sich zur Aufgabe gemacht, auch Menschen mit schwersten und mehrfachen Behinderungen zu betreuen. Dieses Betreuungs- und Beschäftigungsangebot wird im Förderbereich unter dem verlängerten Dach der LWB gGmbH realisiert.

Die inhaltliche und fachliche Umsetzung der pädagogischen Förderarbeit orientiert sich an den individuellen Anforderungen der zu Betreuenden. Um eine Entwicklung der Fähigkeiten und Fertigkeiten von Menschen mit schweren und schwersten Behinderungen entsprechend individuell und adäquat zu unterstützen, wurde eine besondere Struktur geschaffen. Diese Struktur gewährleistet dem Betreuten eine optimale individuelle Förderung insbesondere unter Berücksichtigung seiner Entwicklungsfortschritte. Durchlässigkeit innerhalb des Förderbereiches sowie an den Schnittstellen zum Berufsbildungsbereich eröffnet Entwicklungsmöglichkeiten für jeden zu Betreuenden.

Dabei ist uns bewusst, dass berufliche Bildung und weiterführend die Beschäftigung und Betreuung im Arbeitsbereich nicht für jeden Förderplatzinhaber erreichbar sein werden. Die Voraussetzungen sind jedoch grundsätzlich gegeben.

Die LWB gGmbH stellt sich insbesondere der Herausforderung, auch schwerst mehrfachbehinderte Menschen mit einem erhöhten bzw. sehr hohen Pflege- und Hilfebedarf einen Förderplatz zu bieten.

Die Fördergruppen gliedern sich in drei Phasen, die sich an den Entwicklungsschritten der schwerst mehrfachbehinderten Menschen orientieren.

Phase 1

Fördergruppen mit dem Schwerpunkt der Betreuung schwerst mehrfachbehinderter Menschen mit einem erhöhten bzw. sehr hohen Pflegeaufwand.

Phase 2

Fördergruppen mit dem Schwerpunkt der Betreuung schwerst mehrfachbehinderter Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten/Einschränkungen im Sozialverhalten bzw. ungenügender Sozialkompetenz und/oder einem hohen Pflegeaufwand.

Phase 3

Fördergruppen mit dem Schwerpunkt der Betreuung schwerst mehrfachbehinderter Menschen mit der Zielsetzung, den Übergang in den Berufsbildungsbereich der LWB gGmbH zu realisieren.

3.6.1 Strukturmodell der Gruppenzusammensetzung im Förderbereich

Phase 1

Das Profil der Fördergruppen in der Phase 1 beinhaltet die Betreuung und Förderung schwerst mehrfachbehinderter Menschen mit einem erhöhtem bzw. sehr hohem Pflegeaufwand. Die Förderung erfolgt mit der Zielsetzung, für den Menschen mit schwersten Behinderungen im Rahmen seiner individuellen Möglichkeiten ein umfassendes Maß an Selbstständigkeit und Selbstbestimmung zu erreichen. Weiterhin stehen Inhalte, wie die Entwicklung der Persönlichkeit, die Förderung der Gemeinschaftsfähigkeit sowie die Unterstützung seiner Eigenkompetenz bzw. die Begleitung darin im Mittelpunkt der rehabilitationspädagogischen Bemühungen.

Schwerpunkte der Förderarbeit:

- Förderung, Erhalt und Erwerb von Fähigkeiten und Fertigkeiten im persönlichen und lebenspraktischen Bereich (Selbständigkeit, Selbstbestimmung),
- Teilnahme am gesellschaftlich-kulturellen Leben,
- Förderung der Kommunikation, Eröffnung von alternativen Kommunikationsformen – nonverbale Kommunikation/technische Hilfsmittel u. ä.,
- Gestaltung sozialer Beziehungen,
- Schulung im Wahrnehmungsbereich, Förderung der kognitiven Fähigkeiten,
- Mobilitätstraining,
- Umfassende Pflegemaßnahmen bzw. individuelle Basisversorgung – gleichbedeutend mit direkter Zuwendung durch basale Stimulation,
- Aufbau adäquater sozialer Verhaltensweisen (insbesondere Abbau von Selbst- und Fremdgefährdung),
- kreatives Gestalten – therapeutischer Ansatz,
- Fördern und Wecken von Interessen hinsichtlich verschiedener Beschäftigungsmöglichkeiten,
- Wecken von Interesse im musischen Bereich,
- Übungen zur Förderung der Grob- und Feinmotorik,
- Förderung der Koordinationsfähigkeit.

Phase 2

Das Profil der Fördergruppen der Strukturphase 2 ist die Betreuung und Förderung schwerst mehrfachbehinderter Menschen mit Einschränkungen im Sozialverhalten bzw. in ihrer Sozialkompetenz, Verhaltensauffälligkeiten, motorischen Einschränkungen sowie einem hohen Pflege- und Hilfebedarf.

Die Förderung erfolgt mit der Zielsetzung, für Menschen mit Behinderung eine Weiterentwicklung der Persönlichkeit zu ermöglichen sowie die Erhaltung und Weiterentwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten durch das Ansprechen der Emotionalität zu erreichen. Eine Ausbildung von Kompetenzen und die Respektierung von Autonomie stellen ebenfalls grundlegende Elemente der inhaltlichen Förderung dar.

Schwerpunkte der Förderarbeit:

- Förderung der Gemeinschaftsfähigkeit,
- Förderung und Erhalt von Fähigkeiten und Fertigkeiten im persönlichen und lebenspraktischen Bereich,
- Aufbau adäquater sozialer Verhaltensweisen (insbesondere Abbau von Selbst- und Fremdgefährdung),
- kreatives Gestalten,
- Fördern und Wecken von Interessen hinsichtlich verschiedener Beschäftigungsmöglichkeiten,
- Wecken von Interesse im musischen Bereich,
- Übungen zur Förderung der Grob- und Feinmotorik,
- Förderung der Koordinationsfähigkeit,
- Sport- und Bewegungsschulung – körperliche Aktivierung,
- Erlernen und allmähliches Steigern von Konzentration, Ausdauer, Belastbarkeit,
- Mobilitätstraining.

Phase 3

Die konzeptionelle Gestaltung der Förderung in den Fördergruppen der Strukturphase 3 beinhaltet die Vorbereitung und Schulung von individuellen Fertigkeiten und Fähigkeiten der Betreuten im persönlichen, fachlichen und pflegerischen Bereich. Dies erfolgt mit der Zielsetzung, das Anforderungsprofil des Berufsbildungsbereichs zu erreichen und somit den Betreuten die Chance zum Übergang in diesen Bereich zu eröffnen.

Wesentliche Förderinhalte sind:

- Schulung und Ausbau von Fähigkeiten in Bezug auf Konzentration, Ausdauer, Belastbarkeit, manueller Geschicklichkeit und Flexibilität,
- Vermittlung erster Kontakte mit den Arbeits- und Produktionsangeboten in der LWB gGmbH,
- Erlernen und Vertiefen von Arbeitseinstellungen wie Ordnung, Pünktlichkeit und Zuverlässigkeit,
- Aufbau adäquater sozialer Verhaltensweisen (insbesondere Abbau von Selbst- und Fremdgefährdung),
- Ausbau von Fähigkeiten und Fertigkeiten im persönlichen und lebenspraktischen Bereich (Förderung hinsichtlich ihrer Selbstbedienung, Selbständigkeit und Selbstbestimmung, Stärkung des Selbstwertgefühls),
- Förderung der Gemeinschaftsfähigkeit,
- Erlernen und Einüben von zeitlichen Abläufen (Arbeits- und Beschäftigungsabläufe),
- Entwicklung von Fähigkeiten und Fertigkeiten am Arbeitsplatz, Vorbereitung auf die Anforderungen des Berufsbildungsbereiches.

Um die Ziele zu erreichen werden folgende Schwerpunkte der Wochenplanung festgelegt:

- Der Zeitrahmen für das praktische Erlernen, Trainieren sowie Vermitteln von Arbeitstätigkeiten und Arbeitsabläufen beträgt höchstens 1½ Stunden am Tag und steht nicht mehr als dreimal wöchentlich im Mittelpunkt der Förderung.
- Die Palette weiterer Förderangebote, wie z. B. kreative Techniken (Ton, Gestaltung mit Farben, Stoffen, Werkstoffen u. ä.), Umweltförderung, Musik, Sport und Bewegungstherapie, hauswirtschaftliche Angebote, Schulung im kognitiven Bereich, Schulung im Bereich der Motorik, Mobilitätstraining wird akzentuiert im gesamten Tagesablauf umgesetzt und zielgerichtet an zwei Wochentagen thematisch in den Fördereinheiten vermittelt.
- Das Angebot aller begleitender Maßnahmen im Förderbereich steht grundsätzlich allen Betreuten der Fördergruppen der Strukturphase 3 offen, jedoch werden alle begleitenden Maßnahmen von den verantwortlichen Gruppenleitern zielgerichtet geplant, durch den individuellen Förderplan untersetzt und in der Verlaufsdokumentation dokumentiert und ausgewertet.
- Die Förderung zielt darauf ab, dass sich jeder Betreute in der Fördergruppe angenommen und akzeptiert fühlt. Seine psychische Stabilität und das „Wohlfühlen“ in der Gemeinschaft stehen im Vordergrund. Gemeinschaftsaktivitäten in der Gruppe, wie z. B. Spiele, Sport und die Gestaltung gemeinsamer Feste sowie gemeinsame Herstellung von kreativen Produkten, sind Schwerpunkte des Förderprozesses. Es steht ein fester Zeitrahmen im Wochenrhythmus der Fördergruppe zur Verfügung, der für die gemeinsame Klärung von Konflikten und Problemen innerhalb der Gruppe eingerichtet wurde sowie entsprechenden Raum für individuelle persönliche Zuwendung bietet (z. B. Morgenkreis, Auswertungsrunde am Ende des Tages bzw. der Woche, Gesprächsangebote eventuell unter Inanspruchnahme der Fachdienste des Sozialdienstes u. ä.).

3.6.2 Basisdokumentation und Verlaufsplanung des Förderprozesses

Die Förderung schwerst mehrfachbehinderter Menschen stellt besondere Anforderungen an die Gruppenleiter in Bezug auf ein zielgerichtetes Handeln und dessen ständige Reflexion. Dazu ist die Angabe von Zielen und Handlungsschritten in Förderplänen unabdingbar. Mit ihrer Hilfe wird die pädagogisch geleitete Entwicklung des zu Betreuenden unter Wahrung seiner individuellen Bedürfnisse systematisch geführt. Die Pläne beinhalten die Bildungs- und Erziehungsgegenstände wie die Methoden, die zum Einsatz kommen und geben Hinweise zur Überprüfung der erstrebten Entwicklungsfortschritte in angemessenen Zeiträumen.

Im Förderbereich beginnt die Förderplanung nachdem die Beobachtungsergebnisse und Informationen, die in den vor der Aufnahme neuer Klienten stattgefundenen Praktika sowie des durchlaufenen Eingangsverfahrens gewonnen worden sind, zur Verfügung stehen.

Weiterhin bilden die Entwicklungsberichte der Betreuer über alle Klienten, die sich auf den zurückliegenden Zeitabschnitt beziehen und Aussagen über die erreichten Schlüsselqualifikationen beinhalten (siehe auch Kap. 3.4.6), eine wesentliche Grundlage für die Schwerpunktsetzung innerhalb der Förderplanung.

Unter Beachtung aller Ergebnisse wird für jeden Einzelnen die Rangfolge der Förderziele ermittelt (z. B. Entwicklung der Selbständigkeit im lebenspraktischen Bereich, Aufbau adäquater sozialer Verhaltensweisen – Abbau von Selbst- und Fremdgefährdung u. ä.).

Nach Bestimmung der Förderziele sind folgende Fragen zu beantworten:

- Wie wird methodisch vorgegangen? (Gruppenförderung, Einzelförderung, beide Möglichkeiten kombiniert)
- Wo erfolgt die Förderung? (Gruppenraum, Therapieräume u. ä.)
- Wer ist für die Förderung verantwortlich? (z. B. Gruppenleiter, Zusammenarbeit mit Therapeuten u. ä.)
- Wann erfolgt die Förderung? (z. B. im Tagesablauf, Zeitrhythmus ist festzulegen)
- Welche besonderen Materialien und Hilfsmittel sind notwendig? (z. B. spezifisches Essbesteck o. ä.)
- Wann erfolgt eine Überprüfung der Förderziele? (Wurde das Ziel erreicht? Warum nicht? Weitere Konsequenzen aus den Ergebnissen?)

Zur Abschätzung der Fördermöglichkeiten sind die Bedürfnisse des Betreuten, seine Aktionen und Reaktionen sowie seine geistige, psychische und körperliche Kompetenz zu betrachten. Es ist zu prüfen, welche Rückmeldung der Betreute mit schwersten Behinderungen auf ein Angebot geben kann. Woran ist zu erkennen, ob er sich kognitiv und emotional angesprochen fühlt? Ohne eine sorgsame Beantwortung dieser Frage kann keine wirkliche Förderung erfolgen. Nicht die wohlmeinende Absicht, sondern nur der Dialog mit dem Betreuten entscheiden darüber.

3.6.3 Struktur der Dokumentation des Förderprozesses

Förderplan – Entwicklungsbericht – Verlaufsdocumentation

Förderpläne werden i. d. R. für den Zeitraum eines Jahres erarbeitet. Sollten sich in dieser Zeit bei der Überprüfung neue Möglichkeiten oder Widersprüche ergeben, so wird der Förderplan den aktuellen Entwicklungen angepasst. Die Bestätigung des Förderplanes erfolgt durch die Leiterin.

Die Auswertung des Förderplanes nach einem Jahr beinhaltet:

- Einschätzung des Betreuten unter Verwendung des „Handbuches der beruflichen Bildung und Rehabilitation der LWB gGmbH“,
- Anfertigen eines Entwicklungsberichtes nach einer vorgegebenen Struktur, die die gesamte Persönlichkeit beschreibt,
- die Übergabe des Entwicklungsberichtes an den Kostenträger zur fachlichen Entscheidung für die Bestätigung der Fortsetzung der Förderung in der LWB gGmbH.

Der Entwicklungsbericht ist ebenso die Basis für die Erarbeitung eines neuen Förderplanes wie alle Informationen, die sich aus der Auswertung des letzten Förderplanes unter Berücksichtigung des „Handbuches der Beruflichen Bildung und Rehabilitation“ ergeben. Die Förderziele werden hinsichtlich der sozialen Belange sowie der Möglichkeiten der beruflichen Bildung differenziert.

Der Verlauf des Förderprozesses selbst wird ständig in folgender Form dokumentiert:

- Festlegung von differenzierten Fördermaßnahmen zur Verwirklichung der gesetzten Förderziele im Einzelnen, unterteilt nach begleitenden Maßnahmen und festgelegten konkreten Maßnahmen des Förderplanes (Gruppen- oder Einzelförderung),
- tägliche Dokumentation dieser benannten Maßnahmen im gültigen Formblatt einschließlich der Ausfallzeiten und deren Gründe,
- im Rhythmus eines Quartals erfolgt eine kurze Überprüfung des Verlaufes der Maßnahmen, Tendenzen sollten in der Auswertung (Formblatt) kurz beschrieben werden und falls notwendig, werden die dokumentierten Fördermaßnahmen der aktuellen Situation angepasst,
- Bestätigung der geführten Verlaufsdokumentation durch Unterschrift: vierteljährlich durch die Leiterin Förderbereich,
- stichprobenartig durch den Werkstattleiter/Geschäftsführer.

Die enge Zusammenarbeit und Aussprache im Team und der betreffenden Fachbereiche hinsichtlich der Erarbeitung der Förderpläne, der Durchführung des Förderprozesses und regelmäßiger Kontrollmaßnahmen sind von großer Bedeutung.

3.7 Die psychologische Betreuung in der LWB gGmbH – eine Aufgabe im Wandel

Birgit Azpiri-Bernedo

3.7.1 Ziele der psychologischen Betreuung in der LWB gGmbH

Die Betreuten und Beschäftigten haben Anspruch auf eine angemessene psychologische Betreuung. Die in der LWB gGmbH tätige Psychologin hat dabei folgende Aufgaben zu erfüllen:

- fachliche Begleitung des Sozialdienstes und des Berufsbildungsbereiches bei Neuaufnahme von Beschäftigten und Betreuten,
- Betreuung von Beschäftigten und Betreuten, die psychologisch relevante Auffälligkeiten zeigen und
- Förderung oder Erhalt der Werkstattfähigkeit.

Zur Realisierung dieser Aufgaben berät sie Eltern, Angehörige und/oder gesetzliche Betreuer, arbeitet eng mit den Kollegen in Wohneinrichtungen zusammen und kooperiert mit externen Psychologen, Ärzten und Therapeuten. Bei Bedarf werden Gutachten und Stellungnahmen angefertigt.

Die Unterstützung von Mitarbeitern der Werkstatt erfolgt in Zusammenarbeit mit den Kollegen des Sozialdienstes durch die Planung und Durchführung psychologischer Interventionen. Durch fortlaufende Beratung von Gruppenleitern werden diese befähigt, krisenhafte Entwicklungen im Verhalten der Beschäftigten zu erkennen und angemessene Maßnahmen einzuleiten. Diesem Ziel dient auch die Durchführung von Fallkonferenzen und Weiterbildungen auf dem Gebiet der Psychologie und Neurologie/Psychiatrie für Gruppenleiter.

Der frühzeitigen Erkennung von psychiatrischen Krankheitsbildern, der Vordiagnostik und der Überweisung an den geeigneten Facharzt kommt eine besondere Bedeutung zu. Für niedergelassene Ärzte der Fachbereiche Psychiatrie und Neurologie ist die Psychologin damit ebenso wie für stationäre Einrichtungen der fachliche Gesprächspartner im Auftrag der Werkstatt. In krisenhaften Situationen ist eine Bewertung vor Ort und Entscheidung über das weitere notwendige Vorgehen vorzunehmen. Sie erstellt eine Verdachtsdiagnose und kontaktiert die behandelnden Ärzte. Nach der Verfolgung des Verlaufs der Behandlung ist sie in die Nachbehandlung der Beschäftigten und Betreuten eingebunden.

3.7.2 Besonderheiten der Werkstatt

Die Rahmenbedingungen einer Werkstatt unterscheiden sich grundsätzlich von denen einer Wohneinrichtung: Unter Vorgabe klarer Strukturen sind definierte Aufgaben über mehrere Stunden am Tag erfolgreich zu bewältigen. Die Auseinandersetzung mit diesen Anforderungen erfordert ein hohes Maß an persönlichem Einsatz. In diesem Kontext treten Änderungen in der psychischen Befindlichkeit bevorzugt zutage. D.h., erste Anzeichen einer solchen Veränderung bzw. die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten manifestieren sich daher oft zuerst in der Werkstatt, bevor sie in anderen Lebensbereichen bedeutsam werden. Die Erfahrung zeigt, dass der Psychologe der Werkstatt vor Ort in der Pflicht ist, eine möglichst fundierte Diagnose zu erstellen und zu prüfen, wie eine hilfreiche Unterstützung in der Situation für den Klienten aussehen könnte und ob dies allein mit psychologischen Mitteln realisierbar ist. Er ist hierbei besonders auf die Unterstützung des jeweiligen Gruppenleiters angewiesen, der – ebenfalls anders als im Wohnen – der konstante und oft alleinige direkte Ansprechpartner für den Klienten im Arbeitsablauf ist.

Die Anwesenheitszeit der Klienten in der LWB gGmbH ist, verglichen mit der im Wohnbereich, deutlich geringer. Individuelle Psychotherapien sind auch deshalb nicht im Rahmen der Werkstatt durchführbar: Eine solche Therapie bedeutet eine flexible, angepasste Behandlung i.d.R. über einen längeren Zeitraum, die im strikt geregelten Alltag der LWB gGmbH nicht realisiert werden kann.

3.7.3 Die Veränderungen bei der Klientel der Werkstatt

Die LWB gGmbH betreut traditionell überwiegend Menschen mit geistiger Behinderung. Dieser Personenkreis trägt – im Vergleich zur Normalbevölkerung – ein bis zu fünfmal größeres Risiko, zusätzlich psychisch zu erkranken. Zurzeit weisen 4 % der Beschäftigten eine so genannte Doppeldiagnose auf. Darüber hinaus nimmt der Anteil psychisch Behinderter ohne intellektuelle Einschränkungen kontinuierlich zu. Er hat sich in den letzten 5 Jahren verdoppelt und liegt gegenwärtig bei knapp 8 % aller Betreuten. Diese Behindertengruppe erfordert, gemessen an der Anzahl der zu betreuenden Beschäftigten und Betreuten, einen hohen und spezifischen Betreuungsaufwand. Die psychische Instabilität verursacht starke Schwankungen in der Befind-

lichkeit und Leistungsfähigkeit. Sie benötigen oft eine kontinuierliche und intensive pädagogische und psychologische Begleitung. Die häufigsten psychischen Erkrankungen in der LWB gGmbH sind ein Spiegelbild von deren Vorkommen in der Normalbevölkerung: schizophrene Psychosen, soziale Ängste, Borderline-Störungen. Unter neurologischem Gesichtspunkt sind in erster Linie die unterschiedlichen Epilepsie-Formen, aber auch die zunehmende Zahl von Autismus-Spektrum-Störungen zu nennen. Hierbei ist besonders interessant, dass in jüngster Zeit zunehmend Klienten mit Asperger-Syndrom (leichtere Autismusstörung ohne kognitive/sprachliche Einschränkungen) in die Werkstatt aufgenommen werden.

Die Zahl von Klienten, die ambulant psychiatrisch betreut werden, ist deutlich gestiegen. Demgegenüber verbleiben notwendige stationäre Behandlungen seit einigen Jahren auf gleichem Niveau. Dies ist das Ergebnis der engen und erfolgreichen Zusammenarbeit mit den jeweils behandelnden Ärzten. Psychische Erkrankungen sind durch phasenhafte Verläufe geprägt. Dies macht es notwendig, dass der Psychologe in der Lage ist, auch die Frühdiagnostik von psychiatrischen Erkrankungen (Ersterkrankungen und Rezidive) zu tätigen. Die in der LWB gGmbH erstellten Verdachtsdiagnosen werden inzwischen von den Fachärzten des benachbarten Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge bestätigt und übernommen.

Es gehört ebenfalls zu den Tätigkeiten des psychologischen Dienstes der LWB gGmbH die externe Diagnostik und Behandlung von Klienten durch ambulante Psychiater, Kliniken und Psychotherapeuten zu initiieren. Stationäre Entlassungen und weiterführende Maßnahmen werden immer zusammen mit den behandelnden Ärzten abgesprochen. Diese Einbindung von externen Ärzten und Kliniken hat sich sehr erfolgreich entwickelt, nimmt aber sehr viel Zeit aller Beteiligten in Anspruch. Andererseits führt diese intensive Arbeit dazu, dass sich die Zahl von Krisenepisoden der Klienten deutlich verringert hat.

3.7.4 Interne Weiterbildung

Die Gruppenleiter, in erster Linie erfahren im Umgang mit geistig Behinderten, sind oft unsicher, wenn eine wachsende Anzahl psychisch Kranker in ihren Gruppen zu fördern ist. Aufbauend auf der sonderpädagogischen Zusatzausbildung, die nahezu alle betreuenden Mitarbeiter absolviert haben, liegt ein wichtiger Schwerpunkt der Arbeit des Psychologen auf deren kontinuierlicher Weiterbildung. Die von ihm oder von externen Experten realisierten Veranstaltungen dienen der Vermittlung von aktuellem, wissenschaftlich gesichertem Fachwissen aus dem Bereich der klinischen Psychologie bzw. Psychiatrie/Neurologie. Eine andere Möglichkeit, sich im kleineren Rahmen mit einem in der Werkstatt gerade bedeutsamen Schwerpunktthema auseinanderzusetzen, bieten Seminare mit maximal 10 Teilnehmern. Hierbei ist es sinnvoll, auf spezifische Fragen einzugehen und praktische Aspekte der täglichen Betreuung und Förderung zu diskutieren. Erstmals wurde dies im Juni 2011 beim Thema Autismus-Spektrum-Störung praktiziert. Das Seminar stieß bei den Teilnehmern auf breite Zustimmung.

Darüber hinaus hat der regelmäßige Austausch mit dem einzelnen Gruppenleiter einen hohen Stellenwert. Plötzliche Veränderungen im Sozial- oder Arbeitsverhalten eines Klienten fallen dem Gruppenleiter durch seinen kontinuierlichen und engen Kontakt in der Regel als Erstem auf. In der Folge werden die Sozialarbeiter und der Psychologe informiert und geeignete Interventionen erarbeitet. Diese werden wiederum oft mit Hilfe des Gruppenleiter umgesetzt. Selbiges gilt beispielsweise auch für die Realisierung des Förderplanes. Der täglich mögliche Kontakt zwischen dem

Psychologen und dem Gruppenleiter entspricht der Supervision und ermöglicht das kurzfristige Reagieren auf Verhaltensänderungen. Ggf. werden dem Gruppenleiter Hinweise gegeben, wie die Betreuung an die aktuellen psychischen Gegebenheiten des Klienten anzupassen ist. Es ist außerdem zu klären, ob die eingeleiteten Maßnahmen sich bewähren oder ggf. überdacht werden müssen.

Auf diese Weise haben sich in den letzten Jahren auch das Aufgabenspektrum wie das Leistungsvermögen der Gruppenleiter bei der Betreuung psychisch kranker Beschäftigter deutlich erweitert.

Es ist nicht nur Aufgabe des Psychologen, die betreuenden Mitarbeiter zu unterstützen, sondern sie in dieser neuen Verantwortlichkeit auch zu stärken. Dank der sensible Beobachtung ihrer Beschäftigten nehmen sie Veränderungen in deren Verhalten schnell wahr und informieren sofort den Psychologen bzw. den Sozialdienst. Dadurch werden kurzfristig Interventionen ermöglicht. Die Optimierung des Krisenmanagements kann stationäre Akutaufnahmen verhindern helfen.

3.8 Aktuelle Situation der LWB gGmbH im Jahr 2011

Die LWB gGmbH ist eine von der Bundesanstalt für Arbeit anerkannte Werkstatt für behinderte Menschen. Sie ist Mitglied des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes, Landesverband Berlin e.V. Die LWB gGmbH pflegt eine besondere Zusammenarbeit zu allen Mitgliedern des Firmenverbundes ihres Alleingeschafters, der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost. Insbesondere sind die Beziehungen zur RBO - Rehabilitationszentrum Berlin-Ost gGmbH und zum Freizeitklub der Stiftung sehr eng. Äußeres Zeichen der Verbundenheit ist das gemeinsame Logo.

Die LWB gGmbH ist Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für behinderte Menschen und der Landesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für behinderte Menschen Berlin e.V. (LAG: WfbM). Außerdem ist sie Mitglied von Special Olympics Deutschland e.V. bzw. Special Olympics Deutschland in Berlin-Brandenburg e.V.

Die LWB gGmbH ist Mitgeschafter der GIBB Gesellschaft für Integration und Bildung in Berlin mbH, der Gemeinnützigen Auftrags-, Beschaffungs- und Vertriebsgesellschaft mbH für Werkstätten für behinderte Menschen in Berlin (GAV) und der GIW - Wohnanlage Mühlenberg gGmbH.

Seit 2010 beteiligt sie sich an der „Initiative Transparente Zivilgesellschaft“

Die LWB gGmbH ist ein Dienstleistungsunternehmen, das sich die berufliche Bildung, die Rehabilitation, Betreuung und Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen zur Aufgabe gemacht hat. Die sozialen Dienstleistungen der Werkstatt, die geplant, kontrollier- und nachweisbar sind, stellen Dienstleistungen am Menschen ohne das vorrangige und ausschließliche Ziel der Erwirtschaftung eines materiellen Gewinns dar. Die LWB gGmbH steht allen Menschen für die Teilhabe am Arbeitsleben zur Verfügung, die über die entsprechenden Voraussetzungen verfügen. Durch die Erbringung von Arbeits- und Dienstleistungen für öffentliche und private Auftraggeber wird für Menschen mit Behinderungen die Teilhabe am Arbeitsleben ermöglicht.

Die LWB gGmbH ist in Lichtenberg mit fünf Betriebsstätten und einem Standort für den Förderbereich vertreten. Es werden gegenwärtig (31.07.2011) 572 Menschen mit Behinderungen betreut und beschäftigt, davon 438 im Arbeitsbereich, 59 im Berufsbildungsbereich sowie 75 Menschen mit schweren geistigen und mehrfachen Behinderungen unter dem verlängerten Dach der Werkstatt im Förderbereich.

Die LWB gGmbH fühlt sich insbesondere der Versorgung von behinderten Menschen des Bezirkes Lichtenberg von Berlin sowie der angrenzenden Bezirke der Region Ost mit Arbeits- und

Betreuungsplätzen verpflichtet. Sie hat sich die Aufgabe gestellt, Absolventen der Geistigbehindertenschulen in Lichtenberg, sowie abgestimmt mit anderen WfbM, in Marzahn und Hellersdorf nach Bedarf aufzunehmen.

Vorrangige Aufgabe der LWB gGmbH ist die Schaffung von berufsbildenden und arbeitspädagogischen Angeboten in einem individuellen und angepassten Arbeits- und Bildungsprozess (berufliche Rehabilitation). Dieser soll die Entwicklung, Erhaltung oder Erhöhung der Leistungsfähigkeit von Menschen mit einer geistigen Behinderung ermöglichen, um letztendlich deren Erwerbsfähigkeit wieder zu gewinnen.

Die Werkstatt wird nach wirtschaftlichen Grundsätzen geführt, um als Einrichtung der Behindertenhilfe bestehen und den Beschäftigten im Arbeitsbereich ein monatliches Entgelt zahlen zu können. Das setzt voraus, dass die Werkstatt gewerbliche und private Kunden, die Waren und Dienstleistungen bei ihr anfordern, zufrieden stellen muss, um über ausreichende finanzielle Mittel zu verfügen.

Berufliche Rehabilitation bedeutet, alle Möglichkeiten der beruflichen und sozialen Förderung auszuschöpfen, um den Werkstattbeschäftigten die Möglichkeit einer beruflichen Tätigkeit in der Werkstatt zu eröffnen und sie auch für den Wechsel auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zu qualifizieren.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, ein qualifiziertes Arbeitsangebot zu schaffen und stabil zu halten, das die Fähigkeiten der einzelnen Beschäftigten berücksichtigt und sie auf dieser Grundlage weiter fördert und fordert. Dafür hält die LWB gGmbH in ihren Betriebstätten qualifizierte Arbeitsplätze bereit, die soweit wie möglich den Bedingungen des jeweiligen Handwerks, der industriellen Fertigung oder den Dienstleistungen entsprechen.

Gegenwärtig bestehen folgende Arbeitsgebiete:

- Wäscherei
- Näherei
- Montieren von Lampen und elektrischen Bauelementen
- Vernichtung von Akten und anderen Datenträgern
- Kreativbereich
- Verwaltung/Öffentlichkeitsarbeit
- Recycling von elektrischen und elektronischen Geräten
- Garten- und Landschaftspflege
- Kochtätigkeit in der Versorgungsküche
- Zubereitung und Ausgabe von Speisen und Imbiss in den Betriebskantinen
- Catering bei externen Auftraggebern
- Sortieren/Verpacken/Montage
- Prüfung und Weiterverarbeitung von Gummiformteilen für die Autoindustrie
- Haushandwerkertätigkeiten
- Reparatur und Wiederaufbau von faltbooten
- Elektronische Archivierung von Dokumenten
- Tätigkeit auf Außenarbeitsplätzen bei externen Kunden.

Die Werkstattbeschäftigten sind maßgeblich beteiligt an der Wertschöpfung von Produkten und Dienstleistungen und damit Bestandteil gesellschaftlichen Strebens. Alle Mitarbeiter der LWB gGmbH sind in besonderer Weise der beruflichen Rehabilitation der Beschäftigten verpflichtet. Sie sind verantwortlich dafür, dass die Arbeit an Produkten und die Erbringung von Dienstleistungen als Mittel der Förderung beruflicher Rehabilitation wirksam werden.

In unserer Arbeit fühlen wir uns dem Normalisierungsgedanken verpflichtet. Das bedeutet, dass der gegenseitigen Akzeptanz aller in der Werkstatt arbeitenden Menschen höchste Bedeutung zukommt. Die Eigenverantwortung ist zu stärken, Hilfen sind dann zu geben, wenn eigene Kräfte zur Erreichung eines Ziels nicht ausreichend sind.

In ihrer Arbeit lässt sich die LWB gGmbH von den gesetzlichen Vorgaben des Sozialgesetzbuches IX (SGB IX), der Werkstättenverordnung (WVO) und die Werkstätten-Mitwirkungsverordnung (WMVO) leiten.

Die LWB gGmbH fühlt sich in besonderem Maße dem Bezirk Lichtenberg von Berlin verbunden. Das wird einerseits durch die Wahl der Standorte und dem Namen der Werkstatt und andererseits mit der Einbindung der Werkstatt in das bezirkliche soziale Versorgungssystem deutlich. Es bestehen zu vielen sozialen Einrichtungen, dem Bezirksamt Lichtenberg von Berlin und den politischen Verantwortungsträgern partnerschaftliche Beziehungen.

In der LWB gGmbH besitzen Bewegung und Sport einen hohen Stellenwert. Das kommt sowohl in einem breiten Sportangebot innerhalb der begleitenden Maßnahmen als auch außerhalb der Betreuungs- und Beschäftigungszeit im Freizeitsport zum Ausdruck.

Die Fußballmannschaft gehört zu den besten Werkstattmannschaften des Landes Berlin. Bei den Deutschen Meisterschaften der Werkstätten für behinderte Menschen im Fußball belegte sie 2004 und 2008 den zweiten Platz und wurde 2011 Deutscher Meister.

Durch die Ausgründung der LIDIS Dienstleistungsgesellschaft mbH als Integrationsunternehmen hat die LWB-Geschäftsführung deutlich gemacht, dass sie den gesetzlichen Auftrag, Menschen mit Behinderungen auch auf die Anforderungen des allgemeinen Arbeitsmarktes vorzubereiten, sehr ernst nimmt. Vor dem Hintergrund, dass vor allem Menschen mit geistiger Behinderung in der LWB gGmbH betreut und beschäftigt werden, ist diese Absicht in besonderer Weise zu bewerten.

4 Vom „Heim für Geschädigte“ zu einer differenzierten Wohnstättenkultur

Wolfgang Jaros und Angela Schleupner

4.1 Die Ausgangslage

Betrachtet man die Heimarchitektur näher, so ist auch von verschiedenen Kulturen zu reden. Großinstitutionen für Menschen mit geistigen Behinderungen sind kulturelle Landschaften, welche sich dem Betrachter mit herkömmlichen Denk- und Sprachmitteln nicht erschließen. Das „Heim für Geschädigte“ war in den ersten Jahren nach seiner Gründung eine solche. Menschen, welche darin lebten und arbeiteten, machten irritierende Erfahrungen und standen manchen Herausforderungen hilflos gegenüber. Zunächst schienen die Bewohner wie von der Natur gegeben zu Recht und schicksalhaft verknüpft in dieser Institution wohnhaft zu sein. Diese Perspektive verobjektivierte und fatalisierte allerdings das Leben derjenigen, welche davon betroffen waren. Um den Standpunkt und die Perspektive der Bewohner/der „Anderen“ erschließen zu können, waren Dialoge erforderlich. Sie mussten im Wissen um die bio-psycho-sozialen und kulturellen Hintergründe der Entstehung von Behinderungen sowie die gesellschaftliche Stellung der Menschen mit Behinderungen geführt werden. Der Entwurf der „Grundsatzdokumente des ‚Heim(s) für Hirngeschädigte‘ am Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie, Berlin Lichtenberg (Entwurf)“¹ mit Betreuungs-, Förderungs- und Pflegekonzeptionen für Hirngeschädigte aus den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts beruhte noch auf dem Selbstverständnis der Klassifikation von Krankheiten (ICD). Daraus folgte das bio-medizinische Modell mit Unterbringungs- und Versorgungskonzeptionen eines Krankenhauses. Damit wurde die Krankheit quasi als eine Eigenschaft der Person betrachtet. Die gesamten Lebensumstände des Betroffenen, woraus erst die Behinderung entsteht, wurden weitgehend ignoriert.

Da das „Heim für Geschädigte“ trotz bestehender Bedenken gegenüber den gegebenen baulichen Voraussetzungen und weiteren Einwänden 1979 doch eröffnet wurde, konnte es seine Zielstellung, wie erwartet, bis 1983 nicht einmal in Ansätzen erfüllen. In Kapitel 1 ist bereits dargestellt worden, woran die beabsichtigte Enthospitalisierung der bis dato in psychiatrischen Kliniken untergebrachten oder noch unversorgten Kinder und Jugendlichen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen scheitern musste. Es hätte dazu der grundlegenden Veränderung der Lebensbedingungen der Bewohner im Sinne der Anwendung des Normalisierungsprinzips und des Individualitätsprinzips bedurft. Die Befähigung der Heiminsassen zur aktiven Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ließ sich unter den Bedingungen eines ärztlich geführten und nach dem Regime eines Krankenhauses organisierten Heims nicht verwirklichen. Hagemann beschreibt im Blick auf diese Situation in seiner „Denkschrift zum Heim für geistig Geschädigte Lichtenberg“ das fachwissenschaftliche Dilemma und die Ignoranz forschender Professionen zu den tatsächlichen Erfordernissen der Heimwirklichkeit:

„Die Argumentation der Psychiatrie kann den Verdacht erwecken, diese habe selbst Vorbehalte gegenüber geistig Defektiven. Es kommt jedoch darauf an, und dem stimmt jeder Psychiater zu, dass die Oligophrenenbetreuung nicht

¹ Archiv des EDKE

ab-, sondern aufgewertet wird, im Sinne einer interdisziplinären (Mediziner, Pädagogen Psychologen usw.) Spezialisierung (evtl. „Defektologie“) und sich daraus solide materielle und personelle Planungen ergeben.“ (Hagemann 1988, S.11)

A. Schlepner absolvierte als eine von drei Studenten der Fachrichtung Förderungspädagogik an der Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft der Humboldt-Universität vom September 1980 bis Juli 1982 ein Praktikum im „Heim für Geschädigte“. Gemessen an den Erfahrungen, die alle diese Studenten vor der Aufnahme ihres Studiums in rehabilitationspädagogischen Förderungseinrichtungen für schulbildungsunfähige, förderungsfähige, intelligenzgeschädigte Kinder und Jugendliche² sammeln konnten, fühlten sie sich wie vor den Kopf gestoßen. Sie leisteten an Wochenenden unentgeltlich Hilfe, einmal um die Zustände besser durchschauen zu können und andererseits, um die Möglichkeiten wirksamer rehabilitationspädagogischer Verfahren zu demonstrieren.

Leider stießen die Kritiken der Studenten bei der ärztlichen Heimleitung auf taube Ohren. Diagnose sowie die Therapie verblieben vornehmlich bei einer auf die Körperstrukturen und -funktionen orientierten Konzeption. Die Erlebnisse der Studenten fanden jedoch Eingang in die Seminarveranstaltungen im Fach „Förderungspädagogik“ und sorgten für lebhaftere Diskussionen. Sie stifteten zugleich die Motivation, derartige Zustände unter allen Umständen zu überwinden, auch wenn es zum damaligen Zeitpunkt im „Heim für Geschädigte“ noch nicht gelungen war.

Das unausbleibliche Scheitern der Praxis im „Heim für Geschädigte“ nahte. Angehörige und Mitglieder der Elternvertretung wandten sich an den Magistrat von Berlin und an den ärztlichen Direktor des Fachkrankenhauses für Neurologie und Psychiatrie Berlin-Lichtenberg mit der Forderung, schnell und effektiv die Probleme im Heim nachhaltig zu lösen. Die Fachabteilung im Rat des Stadtbezirks Berlin-Lichtenberg beschloss im Dezember 1983 die Übergabe des Heimes an die Stadtbezirksstelle für Rehabilitation Berlin-Lichtenberg. Leiter der Stadtbezirksstelle war Diplompädagoge Helmut Siebert. Damit begann am 01.01.1984 eine neue Ära im „Heim für Geschädigte“.

Die psychischen und psychosomatischen Schäden, die die Kinder und Jugendlichen zusätzlich zu ihrer geistigen Behinderung womöglich genommen hatten, konnten nach der Übergabe der Leitung des Heims in pädagogische Hände nicht schlagartig überwunden werden. Trotz des engagierten Personals wirkten die in der Psychiatrie berühmt/berühmten drei „S“ = Sauber, Satt und Still noch eine Zeit lang nach.

4.2 Schrittweise Aufbruch in eine neue Ära

So sehr die akute Mangelwirtschaft die Bemühungen um die notwendigen materiellen Voraussetzungen für das Leben im Heim erschwerte, so sehr trifft andererseits zu, dass persönliche Initiativen und persönlicher Einsatz viel Gutes bewirken konnten. Das Beispiel lieferte der Leiter der Stadtbezirksstelle für Rehabilitation.

Die Wohnbedingungen wurden für die Kinder und Jugendlichen verändert, große Schlafräume abgeschafft, zusätzliche Sanitärbereiche eingebaut und pädagogisches Fachpersonal eingestellt. Eine berufsbegleitende pädagogische Ausbildung setzte ein. Natürlich konnten die bislang vorherrschenden Umstände nicht „im Handumdrehen“ überwunden werden. Eine subjektive Erinnerung an die Ausgangssituation im Jahre 1984 stammt von W. Jaros:

² Populationsbestimmung in der DDR, gegenwärtig geistige Behinderte

Der Alltag im Heim

Der Etagenalltag Anfang der 80er Jahre erforderte eine Einteilung der Pflege und der Betreuung in vorrangig zu erledigende und nachfolgende Arbeiten. Zu den ersteren zählten Waschen, Rasieren, Ankleiden der Bewohner sowie Essen zubereiten und Medikamente verabreichen. Dann konnten erst Betten machen, Gruppenräume säubern sowie weiteren Vorhaben nachgehen folgen, sofern Zeit dafür da war. Diese Einteilungsstruktur des Alltages führte uns an die Grenzen unseres Tuns.

Wir Neuen mussten von den erfahrenen Krankenschwestern viel lernen. Lernen, wie der Urin- und Desinfektionsmittelgeruch verschwindet, wie Gardinen, Tischdecken und Blumentöpfe auch von den Bewohnern als schön empfunden und an Ort und Stelle belassen werden. Wir lernten, die Bewohner selbständig essen zu lassen, auch wenn der Tisch nicht sauber blieb.

Biografien verstehen

In wie viele Gesichter müssen die Frauen und Männer der E 6 schon geblickt haben, dachten wir oft. Dennoch verhielten sie sich uns gegenüber offen und bereit, unseren Angeboten und Aufforderungen in der Regel zu folgen. Sie vertrauten uns und wir spürten auch, „gewollt zu sein“.

Wichtige Orientierungen in den für uns wenig erschlossenen Biografien gaben uns immer wieder Angehörige und Eltern bei ihren Besuchen. Sie halfen uns zu verstehen, was in der Kindheit und Jugend geschehen ist und was zu einer Aufnahme in diese Wohneinrichtung geführt hat. Die Elternbesuche spornten uns an, jeden Einzelnen besonders gut zu pflegen und auf den nahenden Besuch vorzubereiten. Die schönsten Kleidungsstücke wurden angezogen, die Rasur perfekt ausgeführt, die vorteilhafteste Frisur gewählt und das verführerischste Parfüm gewählt. Der Besuch sollte für alle Beteiligten zu einem schönen Erlebnis werden.

Arbeitswege

Heute können sich viele Kollegen nicht vorstellen, was es bedeutet hat, kurze Dienstwechsel, Doppeldienste und lange Dienstwochen durchzustehen. Die Zusammenarbeit der Kollegen war jedoch immer von gegenseitiger Unterstützung und Solidarität geprägt. Viele Kollegen haben mir geholfen, die Lebenswelt „Etage“ zu verstehen und mich in ihr zurecht zu finden. Wie groß war die Hilflosigkeit in vielen Situationen, weder die Bedürfnisse der Frauen und Männer richtig wahrnehmen oder befriedigen, noch so genanntes auffälliges Verhalten als Kommunikationsnot erkennen zu können. Und wie oft mussten wir sorgenvoll feststellen, dass auch die länger tätigen Kollegen mitunter keine befriedigenden Antworten geben konnten. Gesprächsgegenstand war oft unser Mangel an Fachwissen. Wir waren froh, in schwierigen medizinischen Notfallsituationen schnelle Hilfe durch die Facheinrichtungen des Krankenhauses erhalten zu haben.

In dem Heim existierte eine Abteilung Arbeitstherapie, eine wichtige Abteilung mit der Möglichkeit, auch zur Tagesstrukturierung beizutragen. Leider eigneten sich die Angebote nicht für alle Bewohner. Der Etagenflur diente ersatzweise oft als Raum für Beschäftigung und Begegnung, ohne ein reales zweites Milieu darzustellen.

Ich habe es gar nicht so recht wahrgenommen, wie nach und nach die weiße Berufskleidung von den Etagen wich. Langsam aber fortschreitend verlor die Etage den Anstaltscharakter als Lebenswelt. Der Übergang in eine Einrichtung rehabilitationspädagogischer Prägung mit dem Ziel, enthospitalisierende und normalisierende Lebensbedingungen herzustellen, prägte das Innere und Äußere.

Im Herbst 1984 übernahm ein Absolvent der Fachrichtung Förderungspädagogik an der Sektion Rehabilitationspädagogik und Kommunikationswissenschaft der Humboldt-Universität zu Berlin die Leitung des Heimes. Damit waren wesentliche Voraussetzungen dafür geschaffen, die praktische Arbeit auf die theoretische Grundlage der Förderungspädagogik, einer Disziplin der Rehabilitationspädagogik, zu stellen. S. Eßbach hatte als Fachrichtungsleiter an der Universitätssektion die Disziplin nachhaltig geprägt. Er orientierte sich stets am allgemeinen Bildungs- und Erziehungsziel, selbst wenn er sich bewusst war, dass es nicht in seinem vollen Umfang bei hochgradig Intelligenzgeschädigten realisierbar sein wird.

Die folgende Grafik vermittelt einen Überblick über das System der Förderung mit dem Ziel der optimalen Integration, realistisch relativiert zur „relativen Selbständigkeit“. (Eßbach, S. und Autorenkollektiv 1985, S. 87)

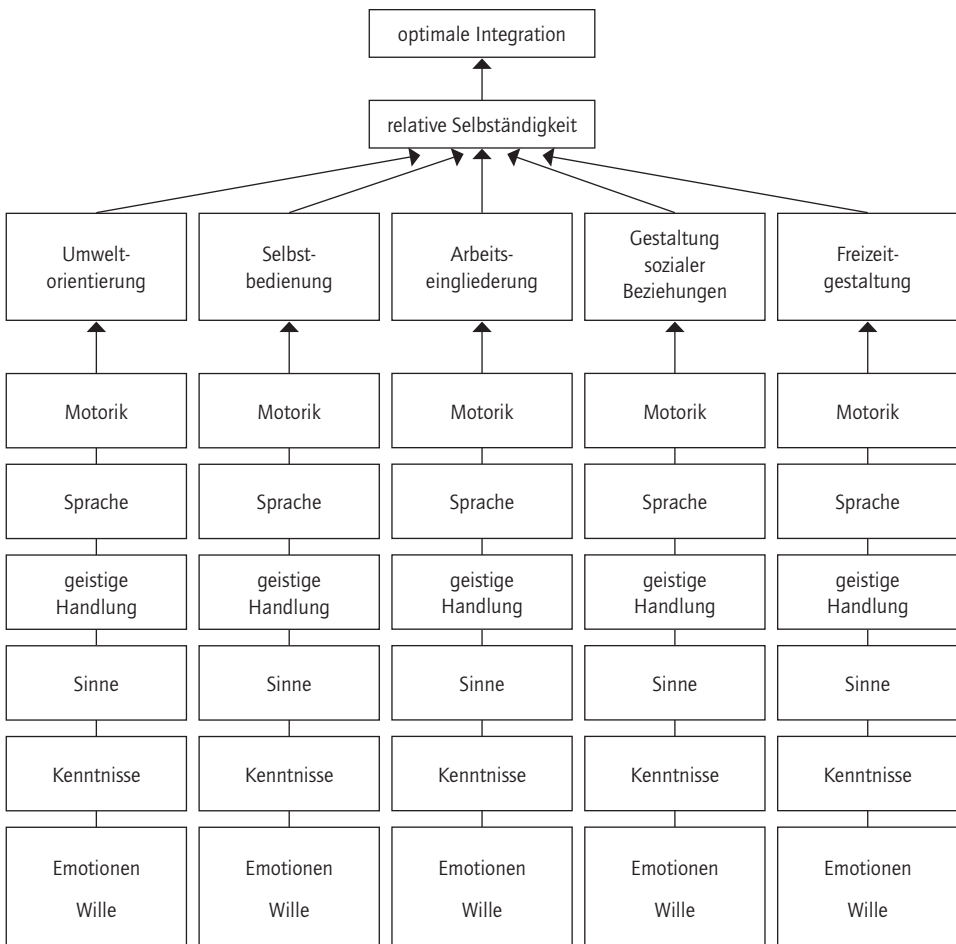


Abb. 7: Ziel der rehabilitativen Bildung und Erziehung schulbildungsunfähiger förderungsfähiger Intelligenzgeschädigter

Stets wurde darauf geachtet, die einzelnen Förderungsdisziplinen soweit wie möglich miteinander zu verknüpfen. Das Grundlagenmaterial zur Gestaltung der rehabilitativen Bildung und Erziehung gab dafür reiche Anregung. (Eßbach, S. 1987) Die rehabilitativen Methoden sollten dazu dienen, die Persönlichkeitsentwicklung eines jeden Einzelnen zu fördern.

Es handelt es sich um

- *die Ausnutzung* – zur Anknüpfung an andersartig ausgeführte Tätigkeiten und deren systematische Verwendung für die weitere Fähigkeitsentwicklung,
- *die Aktivierung funktioneller Reserven* – Aufholen von Retardationen und Normangleichung von Abweichungen. Verborgene Fähigkeiten (Ressourcen) sind zu erschließen und entsprechend den Möglichkeiten zu entwickeln,
- *die Korrektur* – zur Beseitigung von Störungen (als partielle, reversibel beeinträchtigte Lernfähigkeit sowie von fehlerhaft angeeigneten Bewegungsabläufen oder falscher Lautbildung),
- *die Kompensation* – Verfahren zur Ausbildung von Fähigkeiten, Tätigkeiten auf andere Art und Weise auszuführen,
- *die Stützung* – Verfahren zur Sicherung des einmal erreichten Fähigkeitsniveaus. (s. Becker, K.-P. 1984, S. 336 ff.)

Unter den veränderten Bedingungen gelang es im „Heim für Geschädigte“ bereits in den Jahren von 1984 bis 1989, den Alltag der Bewohner unter Berücksichtigung ihrer Individualität so normal wie möglich zu gestalten und sie so weit wie möglich am öffentlichen Leben teilhaben zu lassen.

Die veränderten äußeren Lebensumstände der Bewohner führten dazu, die rehabilitationspädagogisch orientierte Förderung weiterhin zu vervollkommen. Möglichkeiten bot dazu die Pädagogische Analyse und Curriculum, kurz PAC. PAC diente der Erfassung des aktuellen Persönlichkeitsprofils und der Erstellung individueller Förderziele. Unter Wahrung der Methodenvielfalt und der Auswahl von Anschauungsmaterialien wurde der Förderprozess geführt. Die Ergebnisse spiegeln sich in der offensichtliche Persönlichkeitsentwicklung der Bewohner wieder.

4.3 Im Wandel der Zeit

Im wiedervereinigten Berlin änderten sich die Strukturen im Sozialwesen. Der „Runde Tisch“ im Stadtbezirk Berlin-Lichtenberg bedachte das vorerst noch bestehende kommunale Rehabilitationszentrum mit freiwerdenden Grundstücken des vormaligen Regierungsbestands zu Wohnzwecken für Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen. Der folgende Übergang des „Heims für Geschädigte“ aus kommunaler Verwaltung in freie Trägerschaft bot weitere Möglichkeiten, viele „schlummernde und kreative Kräfte“ zugunsten immer höherer Freiheitsgrade der Bewohner freizusetzen.

Nach der Gründung des gemeinnützigen Vereins Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V. am 01.01.1990, zu dem nun auch das „Heim für Geschädigte“ gehörte, begannen erneut strukturelle Veränderungen. Diesmal unter weitaus besseren materiellen und personellen Voraussetzungen als 1984.

Vier wesentliche Etappen lassen sich unterscheiden:

- neue Wohnstätten entstehen
- erste große Baumaßnahmen im Heim und ihre Auswirkungen
- das kommunale Kinderheim „Janusz Korczak“ geht in das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost über
- aus dem Heim entsteht eine neue Wohnstätte.

4.3.1 Neue Wohnstätten entstehen

Im Übergangsstadium vom kommunalen Rehabilitationszentrum bis zur Vereinsgründung übergab der „Runde Tisch“ im Stadtbezirk Berlin-Lichtenberg verschiedene Grundstücke zur Nutzung als Wohnstätten. Sie sollten vorzugsweise Bewohnern aus dem Heim zugute kommen, die durch isolierende Bedingungen in psychiatrischen Krankenhäusern und belastet durch hospitalisierende Versorgungsstrukturen in ihrem Lebensweg wenig oder keine selbständigen Handlungs- und Entscheidungsprozesse erworben und erlebt haben.

Zum Bezug kamen die Wohneinrichtungen in der Köpenicker Allee 56 und in der Rheingoldstraße 9-10. Am 15.02.1991, nur wenige Monate nach der Gründung des Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e. V., zogen vier Bewohnerinnen und drei Bewohner aus dem Heim in das Zweifamilienhaus in der Waldowallee 103 um. Begleitet wurden sie von acht Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Die ersten Eintragungen in das Dienstbuch erzählen von der Neugier der „Neumieter“: Wo ist man, wie lang ist die Straße, in der wir wohnen, wer wohnt wohl noch in der Gegend? Abends standen von den Bewohnern selbstgebaute Schneemänner im Garten. Dieses Haus ermöglichte auch zwei Rollstuhlfahrern einen barrierefreien Zugang. Im Dienstbuch sind mehrere wöchentliche Erkundungen der näheren Umgebung, Lebensmitteleinkäufe in den Läden der heutigen Treskowallee und gemeinsames Kochen in der gruppeneigenen Küche vermerkt. Das Spannende an diesem Haus war sein erfahrbarer Keller sowie ein frei betretbares Obergeschoss und ein übersichtlicher Garten. In all diesen Räumen steckte Überraschendes und viel Neues.

Die Zeitschriften „Die Stütze“ (Nr. 8/91), „Die Deutsche Behindertenzeitschrift“ (6/1991) und „Zusammen“ (Nr. 6/91) berichteten übereinstimmend, dass eine weitere Wohnstätte für geistig behinderte Erwachsene in Berlin-Lichtenberg, Waldowallee 103 hinzukam. Es sei die dritte Einrichtung ihrer Art, die vom Rehabilitationszentrum Berlin-Lichtenberg innerhalb eines Jahres geschaffen wurde, nun aber – im Gegensatz zu den beiden vorherigen – frei von Barrieren.

Die Auflockerung der Belegung des „Heimes für Geschädigte“ ermöglichte die Einrichtung von Einzel- und vereinzelt noch Doppelzimmern. Dazu dienten zunächst auch kleinere aber bedeutsame bauliche Maßnahmen. Überfällige Anschaffungen wurden getätigt, die Wohnbereiche nach den individuellen Wünschen der Bewohner gestaltet. Die Bewohner nahmen das neue Wohnangebot zunächst noch sehr ambivalent an. Einige freuten sich über ein Einzelzimmer, andere meinten, dass sie sich einsam fühlten und nicht allein bleiben wollten.

Der Weg aus dem „Rundum-Versorgungsschutz“ eines großen Hauses in eine selbst zu verantwortende, selbsttätige Lebens- und Alltagsgestaltung von Bewohnern und Betreuern, wie es beim Umzug der sieben Heimbewohner in die Wohnstätte Waldowallee 103 der Fall war, erforderte komplexes und vorausschauend planendes Denken und Handeln. Eine vertiefte Orientierung erfolgte an den Normalisierungskonzepten nach Bank-Mikkelsen und Bengt Nirje:

- normaler Tagesrhythmus
- Trennung von Arbeit – Freizeit – Wohnen
- normaler Jahresrhythmus
- normale Erfahrungen im Ablauf des Lebenszyklus
- normaler Respekt vor dem Individuum und dessen Recht auf Selbstbestimmung
- normale sexuelle Lebensmuster ihrer Kultur
- normale ökonomische Lebensmuster und Rechte im Rahmen gesellschaftlicher Gegebenheiten
- normale Umweltmuster und Standards innerhalb der Gemeinschaft. (vgl. Nirje 1994, S. 12 - 32)

Unterstützung leistete dem Betreuungsteam unter Leitung von Ariane Siebert in organisatorischer, konzeptioneller und fachlicher Hinsicht die Psychologin des Rehabilitationszentrums, Frau Matt.

Viele Fragen galt es zu beantworten. Einige wichtige seien genannt:

- Was bedeutet es, den Bewohnerinnen und Bewohnern eine zunehmende Kontrolle ihrer eigenen neuen Lebens- und Wohnumstände zu ermöglichen? Und wie finden wir gemeinsam ein passendes Verhältnis dazu?
- Welchen individuellen Bedürfnissen müssen wir künftig gerecht werden?
- Was bedeutet es praktisch, den Lebensalltag mit seinen Bestandteilen Wohnen, Arbeiten und Freizeit zu gestalten.
- Welche Qualifizierungen benötigen die Betreuerinnen und Betreuer und wie kann Supervision dabei helfen, das Miteinander in der Arbeit besser zu verstehen?
- Wie erfolgt die finanzielle und betriebswirtschaftliche Verwaltung dieser Wohn-, Lebens- und Arbeitsgemeinschaft?
- Wie können Eltern, Angehörige und gesetzlich bestellte Betreuer so umfangreich wie möglich einbezogen werden?

Die erste Konzeption zum Bezug der Wohnstätte Waldowallee ist inzwischen mit vielen Erfahrungen angereichert und erweitert worden, um den komplexeren Anforderungen an die Betreuung von Menschen mit einer geistigen und mehrfachen Behinderung gerecht werden zu können.

Für all diejenigen, die diesen Prozess der Umbrüche und Veränderungen begleitet haben, entwickelte sich mehr und mehr ein Verständnis dafür, dass die Aufhebung von isolierenden Lebens- und Wohnbedingungen eine fortwährende Herausforderung sein wird. Dazu gehört als wesentliche Voraussetzung notwendiges Fachwissen. Gerade die Anforderungen an die pädagogischen Arbeit, die Förderangebote, Therapie, Bildung, Arbeit und Beschäftigung nahmen schnell in Umfang und Qualität zu.

Die theoretischen und organisatorisch didaktischen Mittel und Methoden der Rehabilitationspädagogik erwiesen sich bei der schrittweisen Veränderung der Lebenswelt der Bewohner unserer Einrichtungen, bei dem Aufbau normalerer Wohn- und Lebensverhältnisse als hilfreich. Eine wesentliche Orientierung gab in der Diskussion mit anderen Berufskollegen das „Grundlagenmaterial zur Gestaltung der rehabilitativen Bildung und Erziehung“. (Ministerium für Gesundheitswesen 1987) Es half, Tagesabläufe umzustrukturieren, einzelne Lebensperspektiven von Bewohnern zu erschließen und Wohnräume neu zu gestalten.

Der Verein Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V. sicherte in den neu eröffneten Wohneinrichtungen die Befolgung des „Zwei-Milieu-Prinzips“ als eine wesentliche Voraussetzung für eine ausgewogene Tagesstrukturierung und eine zunehmende sozialraumorientierte Teilhabe, wie sie sich z. B. in der Nutzung lokaler Dienstleistungsangebote und der Wahrnehmung vielfältiger kultureller Veranstaltungen anbietet.

Dies gilt gleichermaßen für die Wohnstätten im Heimverbund. Dazu zählen die beiden 1995 eröffneten Wohngruppen in der Wotanstraße 16 sowie das zweite im Sommer 2000 eingeweihte Wohngebäude in der Moldaustraße 10-12.

Es kann Monika Seifert zugestimmt werden, wenn sie 1993 in ihrer Gesamtberliner Bestandsaufnahme „Zur Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung in Berlin“ feststellt:

„Die rasanten Veränderungen in der Schaffung neuer und sich zunehmend differenzierter gestaltenden Wohn- und Betreuungsangebote erfüllten nicht nur die beteiligten professionell Tätigen, sondern in erster Linie die Angebote nutzende Bewohnerinnen und Bewohner und ihre betreuenden Eltern und Angehörigen mit Hoffnung und Freude.“ (Seifert, M. 1993, S. 23)

Aus heutiger Erfahrung und Sicht, ist die Belastung vieler Bewohner mit hohem Assistenzbedarf mit einer weiteren psychischen und/oder neurologischen Erkrankung immer mit in Betracht zu ziehen und gegebenenfalls zu berücksichtigen. Zum damaligen Zeitpunkt war es nicht immer deutlich, welche Zusammenhänge hinter einem problemhaften Verhalten zu vermuten waren. Es gab zwar schon eine von gegenseitiger Achtung getragene Zusammenarbeit mit den Abteilungen des Evangelischen Krankenhauses Königin Elisabeth Herzberge. Dennoch waren Leitern und Mitarbeitern der Wohnstätten die Symptomatik und Häufigkeit von psychischen Erkrankungen neben der geistigen Behinderung vieler Bewohner nicht bewusst. Oft konnte erst nach einer langwierigen Differentialdiagnostik und Therapie mit den Ärzten und Therapeuten des heutigen Behandlungszentrums für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischer Erkrankung eine Klärung herbeigeführt werden. In dieser Hinsicht erscheint es als unerlässlich, dass den pädagogischen Mitarbeitern in den Wohnstätten zwei Psychologen hilfreich zur Seite stehen. Sie berichten von ihren spezifischen Aufgaben in Kapitel 5. Es muss vor allen Dingen nach und nach gelingen, die Schlussfolgerungen aus den gewonnenen Erkenntnissen für die heil- und rehabilitationspädagogische Arbeit in den neuen Wohnformen zu ziehen.

4.3.2 Erste große Baumaßnahmen im Heim und ihre Auswirkungen

1998 erfolgte die erste große Baumaßnahme in der Wohnstätte Allee der Kosmonauten, wie anstelle von „Heim“ mehr und mehr gesagt wurde. Die 1. Wohnetage, in der 19 Bewohner lebten, wurde komplett saniert. Das bedeutete, die Bewohner mussten für 6 bis 7 Monate ausziehen und in „Ausweichobjekten“ leben. Im Vorfeld gab es tausend Wenn und Aber. Fragen tauchten auf, die niemand beantworten konnte:

- Werden Auto- und Fremdaggression wieder verstärkt auftreten?
- Werden sich die Bewohner in einer fremden Umgebung überhaupt schnell zurechtfinden?
- Wie werden sie in der neuen Umgebung und in einem beengten Wohnraum untereinander reagieren?
- Wie müssen wir das „Ausweichobjekt“ sichern?
- Wird es möglich sein, dass sie das Baugeschehen mit beobachten können und die Veränderungen bemerken?

Die Mitarbeiter waren in Sorge um das Wohlergehen der Bewohner und hätten es wie die Angehörigen am liebsten gesehen, die Ausweichobjekte vorübergehend zum „Hochsicherheitsbereich“ zu erklären. Nichts von den geforderten „Sicherheitsvorkehrungen“ wurde eingebaut. Die Bewohner zogen aus und lebten für sieben Monate in zwei kleineren, nicht unbedingt geeigneten Wohnobjekten. Sehr schnell kannten sie sich aus, und lebten auf engem Raum harmonisch miteinander. Während dieser Zeit gab es keine nennenswerten Verhaltensauffälligkeiten. Es konnte vielmehr ein großer Lernzuwachs bemerkt werden. Die Bewohner zeigten sehr viel Interesse an dem Baugeschehen auf ihrer Wohnetage.

Nach 7 Monaten Bauzeit zogen die Bewohner in einen für sie neuen Wohnbereich zurück. Von nun an gab es zwei völlig unabhängig von einander existierende Wohngruppen auf einer Etage.

Jede Wohngruppe erhielt einen separaten Eingangsbereich, es gab ein großes Pflegebad, einen großen Wohnbereich, eine große Wohnküche. Zu jedem Zimmer gehörte ein kleiner Sanitärbereich. Die langen Flure, ähnlich denen eines Krankenhauses, waren verschwunden. Wieder zeigten die Bewohner, wie gelassen sie mit Veränderungen umgehen konnten. Problemlos nahmen sie die Veränderungen an und sie zeigten oder sagten, wie schön sie ihr „Zuhause“ fänden.

Die neu entstandenen großen Küchen führten nach vielen fachlichen Diskussionen dazu, dass in der neuen Wohntage zur Selbstversorgung übergegangen wurde. Weg von der Zentralversorgung und der Esseneinnahme in einem Speisesaal. Was bedeutete das für die Bewohner? Es galt, das Recht auf Selbst- und Mitbestimmung zu stärken. Sie erwarben neue Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten. Die fünf Sinne Tasten, Riechen, Schmecken, Sehen und Hören wurden täglich direkt oder indirekt geschult. Rasend schnell verbreiteten sich die positiven Erfahrungen und die restlichen Wohngruppen ahmten die Selbstversorgung trotz kleinerer Küchen schrittweise nach.

2004 erfolgte der Umbau der Remise, die einstmals Pferden als Stall diente. Dieses denkmalgeschützte Gebäude auf dem Grundstück der RBO gGmbH wurde zu einem Tagesförderbereich umgebaut. Bis zu diesem Zeitpunkt fanden die tagesstrukturierenden Maßnahmen in der Wohnstätte in einem Bereich statt, der lediglich räumlich von den Wohntagen abgegrenzt war. Die Bewohner lebten und arbeiteten also in demselben Haus. Nach Fertigstellung der Umbaumaßnahmen bestanden die Voraussetzungen für eine veränderte Tagesstruktur unter Berücksichtigung des Zwei-Milieu-Prinzips. Arbeit und Wohnen wurden getrennt und der Stellenwert der Arbeit somit erheblich erhöht. Viele Bewohner gehen nun selbständig und ohne Begleitung in den Tagesförderbereich. Er ist fußläufig gut zu erreichen. Das Selbstbewusstsein der Bewohner entwickelt sich dadurch weiter.

4.3.3 Übergang des kommunalen Kinderheims „Janusz Korczak“ in das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

Sabine Hermann

Die rehabilitationspädagogisch orientierte Kinder- und Jugendeinrichtung „Janusz Korczak“ wechselte am 01.01.1995 in die Rechtsträgerschaft des freien Trägers „Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V.“. Dieser übernahm das bis dahin auf kommunaler Ebene vom Bereich Gesundheitswesen geführte und verwaltete Kinderheim in seine Verantwortung. Die Bedeutung des Trägerwechsels für die weitere Entwicklung dieser Einrichtung und damit für die dort lebenden Kinder- und Jugendlichen sowie der dort tätigen Mitarbeiter wird anschaulich, wenn man auf die Geschichte der Einrichtung und die Zeit des gesellschaftlichen Umbruchs in den Jahren 1989/1990 zurückblickt.

In dem Gebäude in der Krugstege 2 im Stadtbezirk Berlin-Weißensee (heute Berlin-Pankow) existierte bereits im Jahre 1960 eine Wochen- und Tageskrippe mit einer Gruppe, in der Kinder mit geistiger Behinderung betreut wurden. Am 01.09.1984 wurde diese Einrichtung in ein rehabilitationspädagogisches Kinder-, Wochen- und Dauerheim für „schulbildungsunfähige, förderungsfähige, intelligenzgeschädigte“ Kinder umgewandelt. Das Heim war materiell und personell relativ gut ausgestattet. Pro Wohngruppe standen jeweils ein Erzieher, ein Rehabilitationspädagoge und ein Diplom-Rehabilitationspädagoge zur Verfügung.

Ziel und Inhalt der rehabilitationspädagogischen Arbeit bestanden darin, für Kinder- und Jugendliche mit geistiger Behinderung eine Tagesstruktur zu gestalten, innerhalb derer Förderung

und Freizeitgestaltung stattfinden. Den Insassen sollten auf diese Weise individuelle Entwicklungsmöglichkeiten eröffnet werden. Die Arbeit gestaltete sich analog einer Tagesförderstätte in der Zeit von 9 bis 15 Uhr nach dem „Grundlagenmaterial zur Gestaltung rehabilitationspädagogischer Bildung“ von Sigmar Eßbach, wie es weiter oben bereits beschrieben worden ist. Der Nachmittag war mit alters- und behindertengerechter Freizeitgestaltung erfüllt. Damit wurde bereits in dieser Zeit für und mit den Kindern und Jugendlichen ein Lebensalltag geschaffen, der dem „Normalisierungsprinzip“ entspricht.

Nach dem gesellschaftlichen Umbruch 1989/1990 verblieb die Kinder- und Jugendeinrichtung „Janusz Korczak“ zunächst in kommunaler Verwaltung. Die damit einhergehende neue Verwaltungsstruktur zeigte sich den fachlichen, personellen und weiteren materiellen Erfordernissen des rehabilitationspädagogischen Vollzeitheimes nicht gewachsen. Es wurde trotz Personalmanagements zur Wendezeit auch auf dieses Heim der Einstellungsstopp im öffentlichen Dienst übertragen. Die Korrektur dieser Entwicklung erfolgte durch Besetzung freier Personalstellen aus dem „Erziehungsüberhang“ des öffentlichen Dienstes. Die Mitarbeiter, oft aus Kindertagesstätten (Kita) kommend, waren weder fachlich qualifiziert, Kinder und Jugendliche mit einer geistigen Behinderung fachspezifisch zu betreuen, noch waren sie motiviert, vom Tagesdienst in einer Kita in den Schichtdienst eines Heimes zu wechseln. Die in den Jahren 1990 bis 1994 zur Verfügung gestellten Haushaltsmittel waren unzureichend. Die Betreuung der Einrichtung durch die Fachabteilung des Bezirkes entsprach insgesamt nicht den Erfordernissen.

1994 wurde seitens des Bezirksamtes entschieden, die Behinderteneinrichtung „Janusz Korczak“ in freie Trägerschaft zu überführen. Aus fünf Bewerbern wählten die Mitarbeiter das „Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V.“ aus. Die Entscheidung basierte auf mindestens drei Gründen:

- Dieser Träger stand und steht für rehabilitationspädagogische Orientierung und hatte bis 1994 Bewährtes in der Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung fortgesetzt, aber gleichzeitig auch neuen fachlichen Erkenntnissen und Erfordernissen Rechnung getragen. Der Vereinsvorstand setzte sich aus Fachkräften der Rehabilitationspädagogik und Angehörigen von Menschen mit Behinderungen zusammen. Dies spiegelte sich in der Vereinsphilosophie wider.
- In den Vorbereitungsgesprächen für einen Trägerwechsel war deutlich geworden, dass mit der Übernahme der Einrichtung auch sicher gestellt werden konnte, dass die materiellen Voraussetzungen sowohl für die rehabilitationspädagogische Arbeit als auch für die Wohn- und Lebensbedingungen in überschaubaren, geplanten Schritten verbessert werden konnten.
- Die RBO als freier Träger war und ist weder politisch noch konfessionell gebunden. Letzteres war für Eltern- und Mitarbeiterschaft insofern von Belang, weil die Behinderteneinrichtung „Janusz Korczak“ aus keiner konfessionellen Tradition kam.

Nach drei Jahren Zugehörigkeit zur RBO konnte die damalige Leiterin, Diplom-Rehabilitationspädagogin Angela Schlepuner, folgende Bilanz ziehen:

„Rückblickend ... müssen wir feststellen, dass nicht nur die Erwartungen der Mitarbeiterschaft an den vollzogenen Trägerwechsel sich mindestens voll erfüllt haben, sondern auch und vor allem die Wohn- und Lebensqualität unserer Kinder und Jugendlichen erheblich verbessert werden konnten. Die Personalsituation in der Einrichtung ist so gut wie nie zuvor. Durch die Übernahme bedingte Entlassungen gab es nicht. Es sind alle Planstellen besetzt. Neueinstellungen erfolgen nach öffentlicher Ausschreibung der Planstellen und unter Beteiligung der Heimleiterin. Bei Erziehungsurlaub von Mitarbeitern werden befristete Arbeitsverträge vergeben; bei längerem Ausfall von Mitarbeitern erfolgt der Einsatz von Pauschalkräften. Der Therapeutenpool (Bereich Physiotherapie, Musikerziehung, Be-

schäftigungstherapie, Sprachheilpädagogik) wurde um einen Psychologen erweitert. Jedes Team hat Anspruch auf eine regelmäßige Supervision innerhalb der Arbeitszeit. Es sind ständig umfangreiche fachspezifische Fortbildungsveranstaltungen für alle Mitarbeiter im Angebot. Auch hinsichtlich der gesamten Ausstattung des Hauses hat sich viel getan, längst überfällige Umbauten und Instandsetzungsarbeiten erfolgten.“ (Schleupner, A. 1997, S. 2-3)

Den in der Einrichtung lebenden Kindern und Jugendlichen blieb ihr zu Hause erhalten, unnötige Brüche und Trennungen konnten vermieden werden und die rehabilitationspädagogische Förderung durch entsprechende Fachkräfte wurde auf einer adäquaten materiellen Basis fortgesetzt. Es erfolgte eine umfassende Sanierung der Wohnstätte in den Jahren 2001 bis 2003. Damit verbunden ergaben sich weitere Verbesserungen der Arbeitsbedingungen von Mitarbeitern – insonderheit im Umgang mit Bewohnern mit Gehbehinderungen und jenen, die den Rollstuhl nutzen müssen.

Kontinuität in der rehabilitationspädagogisch geprägten Arbeit zeigt sich in dem ganzheitlichen Verständnis von Menschen mit Behinderungen, das heißt Menschen in ihrem So-Sein anzunehmen und sie auf ihrem Weg zu einem möglichst selbständigen und selbstbestimmten Leben durch Angebote zu unterstützen sowie ihre individuellen Entwicklungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung ihrer persönlichen Bedürfnisse zu erschließen.

Die Mitarbeiter werden kontinuierlich mit den neuesten fachlichen Erkenntnissen vertraut gemacht und die Betreuungsleistungen an aktuellen Standards orientiert. Dazu gehört unter anderem auch, dass seit 2001 die Wohngruppen das Einkaufen, Kochen und Waschen in Eigenregie übernommen haben, um familienanaloge Lebensbedingungen für die Kinder und Jugendlichen zu schaffen. Gleichzeitig wurden in Verbindung damit die lebenspraktische Förderung und Betätigung für die Bewohner noch umfassender erschlossen.

Nach 16 Jahren Zugehörigkeit zur RBO (1995-2011) ist die Wohnstätte „Janusz Korczak“ voll integriert und erfüllt wie die weiteren Wohnstätten des Trägers die qualitativen Ansprüche an die fachlichen Standards der Betreuungsarbeit.

Die Wohnstätte „Janusz Korczak“ wurde im Jahre 2010 in eine Wohnstätte für Erwachsene umgewandelt. Die Kinder und Jugendlichen haben das Erwachsenenalter erreicht bzw. sind aufgrund ihrer individuellen Entwicklung in weniger betreute Wohnformen des eigenen oder eines anderen Trägers gewechselt. Für die hier lebenden Erwachsenen ist die rehabilitationspädagogische orientierte Betreuung Maßstab.

Der Träger und damit seine einzelnen Wohnformen, so auch die Wohnstätte „Janusz Korczak“, arbeitet nach einem Qualitätsmanagement mit dem Ziel, die Wohn- und Lebensqualität der Bewohner zu sichern und die Qualität der Arbeit weiterzuentwickeln. (Der Träger ist nach MAAS-BGW und DIN EN ISO 9001 - 2000 zertifiziert.) Die erbrachten Leistungen werden gegenüber den Bewohnern, gesetzlichen Betreuern und Kostenträgern transparent gemacht. Qualität bedeutet für die RBO die individuelle bedarfsgerechte rehabilitationspädagogisch orientierte und nachweisbare Betreuung jedes Bewohners. Grundhaltung ist das humanistische Menschenbild.

Abschließend lässt sich feststellen: Mit der Übernahme der Behinderteneinrichtung „Janusz Korczak“ durch das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V. ist einerseits eine soziale Einrichtung, die bereits 1906 für soziale Belange gebaut wurde und unter Denkmalschutz steht, als Gebäude erhalten worden und andererseits konnte der Fortbestand einer Heimstatt für Menschen mit geistiger Behinderung gesichert werden.

Durch die Unternehmenspolitik der RBO entwickelte sich in der Wohnstätte „Janusz Korczak“, ein relativ stabiler, fachkompetenter und engagierten Mitarbeiterstamm, der ein Garant für Qualität ist. Nicht zuletzt wurden, wie oben bereits geschildert, Arbeitsplätze erhalten und neu geschaffen. Fazit: In Folge dieses Trägerwechsels ist die Entwicklung der Wohnstätte „Janusz Korczak“ zukunftsorientiert verlaufen.

4.3.4 Vom Heim zu einer neuen Wohnstätte

2005 wurde die Entscheidung getroffen, die bislang als Heim bezeichnete Wohnstätte „Allee der Kosmonauten“, in der 95 Menschen mit einer geistigen Behinderung in 11 Wohngruppen lebten, insgesamt zu rekonstruieren. Wieder kamen erhebliche Veränderungen auf die Bewohner zu. Der Auszug der Bewohner erfolgte in ein kleineres Wohnobjekt. Alle Beteiligten mussten mit Einschränkungen für 1½ Jahre rechnen. Es galt, in einem Ausweichobjekt mit 2.000 m² Wohnfläche weniger als bisher auszukommen.

Wieder gab es umfangreiche fachliche wie emotionsgeladene Diskussionen in den Teams und unter den Angehörigen. Einigkeit bestand aber darin, dass die Rekonstruktion unumgänglich war. Den Bewohnern sollte schließlich in der neuen Wohnstätte ein lebenslanges Wohnrecht gewährt werden. Zum Glück trat keines der Schreckensszenarien ein, die im Vorfeld prophezeit wurden. Im Gegenteil, die Bewohner stellten sich sehr selbstbewusst der neuen Situation und lernten innerhalb kürzester Zeit adäquat damit umzugehen. Auf Grund des engeren Zusammenlebens entstanden sogar neue Kontakte untereinander. Die Bewohner besuchten sich zunehmend in den verschiedenen Wohngruppen. Das Verhalten untereinander veränderte sich positiv. Achtung und Wertschätzung Anderer herrschten vor. Es wurde akzeptiert, dass zwei Personen in einem Zimmer lebten, dass zwei Wohngruppen sich eine Küche teilten, dass es keine Dienstzimmer für die Mitarbeiter gab und dass Absprachen, um einen problemlosen Tagesablauf zu gewähren, eingehalten werden mussten.

Da sich das „Ausweichobjekt“ in unmittelbarer Nähe der Baustätte befand, konnten die fortschreitenden Veränderungen täglich beobachtet werden. Angst griff um sich, als nur noch die Eckpfeiler des Hauses standen. Bälle konnten von einer Seite zur anderen geworfen werden. Die beängstigenden Emotionen mussten aufgegriffen und in den eigens neu eingeführten Gruppengesprächen abgebaut werden. Dazu wurde Bildmaterial von der Umbaumaßnahme aus dem Jahre 1998 als Anschauungsmittel benutzt. Der Baufortschritt wurde Woche für Woche dokumentiert. Es entstanden Bildtafeln, die im Übergangsbereich aushingen und die täglich ausgewertet werden konnten. Für den Umbau galt keine Heimmindestbauverordnung, die die Größe der Wohnbereiche gegenüber den alten Abmessungen einschränkte. Somit entstanden Einzelzimmer von etwa 20 bis 21 m², Küchen von 45 m² und Wohnzimmer von 45 bis 50 m².

Als sich die Baumaßnahmen im Jahr 2006 langsam dem Ende zu neigten, fiel es den Bewohnern schwer, das Ausweichquartier wieder zu verlassen. Die Mitarbeiter mussten die Bewohner motivieren, ihr Beharrungsvermögen zu überwinden und mit Elan in das neue Haus zurückzuziehen. Die fertiggestellten Wohnbereiche wurden inspiziert. Die gemeinsame Planung der neuen Raumausstattung begann. Der Einkauf von neuen Möbeln, Grünpflanzen und Dekorationsmaterialien folgte. Es entstanden sehr schöne individuell gestaltete Wohnbereiche, die von den Bewohnern und den Mitarbeitern schließlich mit Stolz bezogen wurden.

„Na klar bin ich glücklich“, sagte Rita in einem Interview aus Anlass des 30-jährigen Bestehens der Wohnstätte, in der sie seit 1980 lebt. Sie hat die Veränderungen sehr bewusst miterlebt. Ihre

Aussage während des Interviews war eine der schönsten Rückmeldungen, die es zur Entwicklung vom Heim zur Wohnstätte gab. 30 Jahre sind eine lange Zeit, eine Zeit in zwei unterschiedlichen Gesellschaftsordnungen: Eine Zeit mit vielen Höhen aber auch Tiefen. Eine Zeit mit sehr großen und auch kleinen Veränderungen und damit Einschnitten in das Leben der Bewohner.

In den Jahren wurden viele positive Erfahrungen gemacht, die sich gerade in der Entwicklung der Bewohner zeigen. Sie entwickelten ihr Selbstbewusstsein, lernten Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und engagierten sich, ihre Wohnstätte mitzugestalten. Außenstehenden nahmen immer wieder einmal Anstoß an der Größe der Wohnstätte. Wir aber vertreten den Standpunkt, dass nicht die Größe eines Hauses, sondern dessen Ausgestaltung für das Wohlfühl ausschlaggebend ist. Es geht darum,

- dass der Mensch mit seiner Individualität ein selbstbestimmtes Leben führen kann,
- dass das Prinzip der Normalisierung praktisch umgesetzt wird,
- dass der Mensch als Mensch mit seiner Andersartigkeit respektiert, akzeptiert und geachtet wird,
- dass Begleitung und Assistenz immer auf Augenhöhe zu erfolgen haben, im Sinne der Theorie der Rehabilitationspädagogik beide ein intentionales Verhältnis eingehen,
- dass der Mensch befähigt wird, für sich selbst Verantwortung zu übernehmen und seinen eigenen individuellen Lebensstil zu entwickeln.

Des Weiteren muss der Mensch die Möglichkeit erhalten, positive wie negative Erfahrungen zu sammeln und zu lernen „Fähig- und Fertigkeiten“ adäquat einzusetzen. Er muss experimentieren sowie Misserfolge oder Erfolge für seine Persönlichkeitsentwicklung richtig verarbeiten können. Wir bieten einem Jeden soviel Hilfe wie nötig, aber nicht soviel wie möglich! Dass heißt, jeder muss immer seine eigenen Bedürfnissen erkennen und Wege finden, sie zu befriedigen.

Die Vorsätze unseres Handelns, um das Wohlbefinden und die Persönlichkeitsentwicklung der uns Anvertrauten wirklich zu erreichen, sind in einem Leitbild fixiert:

„Wir begleiten und unterstützen Menschen, die sich uns anvertrauen!“

Wir fühlen uns allen Menschen verpflichtet, die mit uns in Verbindung stehen.

Das sind:

- Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit und ohne Behinderungen
- Mitarbeiter
- Angehörige und gesetzliche Betreuer
- Kooperationspartner
- ehrenamtlich Tätige
- externe Dienstleister.

Grundlage unserer Arbeit ist/sind:

- die ganzheitliche Orientierung auf das Wohl derer, die sich uns anvertrauen,
- Offenheit und Vertrauen im Miteinander aller,
- die ständige Weiterbildung der Mitarbeiter,
- die Verpflichtung zur Verbesserung unserer Arbeit,
- die Selbstverantwortung jedes Mitarbeiters für die Qualität seiner Arbeit,
- ein Betriebsklima, das das eigenverantwortliche Handeln des Einzelnen im Team fördert,
- der schonende Umgang mit unserer Umwelt und den von uns genutzten Ressourcen,
- trägerübergreifende Arbeit als Sozialdienstleister,

- die Mitverantwortung für die rehabilitationspädagogische Versorgung der Menschen in unserer Region,
- die effiziente Gestaltung unserer Arbeit.

Wir legen Wert darauf, dass

- unsere Angebote transparent und die entstehenden Kosten nachweisbar sind,
- das Klima durch gegenseitige Akzeptanz und Anerkennung geprägt ist, so dass sich auch jeder Mitarbeiter bei uns wohlfühlen kann.

Unser Ziel ist es,

- Menschen auf dem Weg zu einem selbständigen und selbstbestimmten Leben mit einer Vielfalt von Angeboten und Projekten zu unterstützen,
- ihnen die besten Entwicklungsmöglichkeiten zu erschließen und dabei stets die individuellen Bedürfnisse zu berücksichtigen,
- unsere eigenen Bemühungen nach den neuesten Erkenntnissen und Erfahrungen der Besten zu messen.

Die Zuwendung zum Menschen steht im Mittelpunkt unserer Arbeit.

Eine besonders ausschlaggebende Rolle spielten natürlich die Mitarbeiter in der Zeit des Übergangs von dem „Heim für Geschädigte“ zur Wohnstätte. Es ging darum, den Leitspruch für die Arbeit in der Wohnstätte mit Leben zu füllen: „Leben wie alle leben, tun was alle tun, sein wie niemand ist“.

Alle Beteiligten können stolz auf das Erreichte sein, wenn die Aussage einer Mutter zu dem wunderschönen Sommerfest am 21.06.2011 verallgemeinert werden kann. Sie dankte dafür, dass ihr Sohn so ein wunderschönes Zuhause hat und dass er sich stets glücklich und geborgen fühlt. Und noch etwas ist im Laufe der Entwicklung gelungen. Auto- und Fremdaggressionen sind weitgehend abgeklungen. Die Enthospitalisierung erfolgte so erfolgreich, dass die Menschen, die in der Wohnstätte leben, am Leben vielfältig teilhaben. Sie sind ein Teil der Gesellschaft und führen im Rahmen ihrer Kompetenzen ein selbstbestimmtes individuelles Leben.

4.3.5 Zur Zufriedenheit der Bewohner

So erfreulich auch Einzelmeinungen, wie die der oben erwähnten Mutter, über die Zufriedenheit von Bewohnern in unseren Wohnstätten sein mögen, für die wahre Beurteilung der Lage bedarf es einer größeren Stichprobe. In den 90ziger Jahren orientierten unterschiedliche Modelle und Konzepte auf die Arbeit in den Wohnstätten. In den durch die Kostenträger eingeforderten Entwicklungsberichten flossen zunächst auch Ergebnisse des Analyseinstruments PAC ein. Parallel wurde auch das qualitätssichernde Instrument LEWO und LEWO II der Lebenshilfe genutzt, um Nutzerbedürfnisse und Kundenzufriedenheit zu ermitteln und darzustellen.

Die zwischen den Leistungsanbietern und den Trägern der Sozialhilfe vereinbarten und festgesetzten Messinstrumente zur so genannten passgenauen Hilfestellung und Gewährung, wie der HMB-W nach Metzler, oder der neu für das Land Berlin eingeführte „Leitfaden zur Anwendung des H. M. B. W.-Verfahrens 5/2001“ nach Schmidt Schäfer, sind weniger als rehabilitationspädagogische und heilpädagogische Diagnose und Methodeninstrumente geeignet. Ihre Anwendung und ihr Gebrauch wirken zunehmend als Kostensatzkontrollinstrument mit der tendenziellen Ausrichtung, minutengenau den finanzierbaren Bedarf der Hilfe zu erfassen und abzurechnen.

Eltern, Betreuer und Angehörige nach ihrer Zufriedenheit mit unserer vielgestaltigen und komplexen Tätigkeit zu befragen, gehört als wesentlicher Teil der Qualitätssicherung zu den Standardanforderungen unserer Assistenz.

Standardanforderungen unserer Assistenz – Ergebnisse einer Befragung

Im Folgenden wird eine schriftliche Befragung nach der „Kundenzufriedenheit“ (Jaros, W. und Schleupner, A. 2010) bezogen auf die Wohnstätte Moldaustraße wiedergegeben. Die unten aufgelisteten Fragen richteten sich an die Betreuer mit der Bitte, darauf in einer vorgegebenen Werteskala 1 bis 5 zu antworten.

<i>Fragen hinsichtlich der Zufriedenheit mit den Betreuern:</i>	<i>Fragen hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Wohnsituation</i>	<i>Fragen hinsichtlich der Konzeption der Wohnstätte</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Umgang mit den Klienten/ Betreuten - Kooperationsbereitschaft - Zuverlässigkeit - Freundlichkeit - Eigeninitiative - Fachkompetenz - Kommunikations-/ Informationsfluß - Akzeptanz von Anregungen/ Kritik 	<ul style="list-style-type: none"> - Gruppenklima - Behaglichkeit/ Atmosphäre - Ausstattung - Sauberkeit - Umgang mit den Finanzen 	<ul style="list-style-type: none"> - ausreichend Personal - Urlaubs- und Freizeitgestaltung - Berücksichtigung der Individualität - Normalität im Alltag

Von 65 ausgegebenen Fragebögen sind 38 beantwortet worden, das sind 58%. Dieser Prozentsatz liegt zwar unter unseren Erwartungen, lässt aber erste Rückschlüsse auf die Lage zu, wenn man die Ergebnisse kritisch genug bewertet.

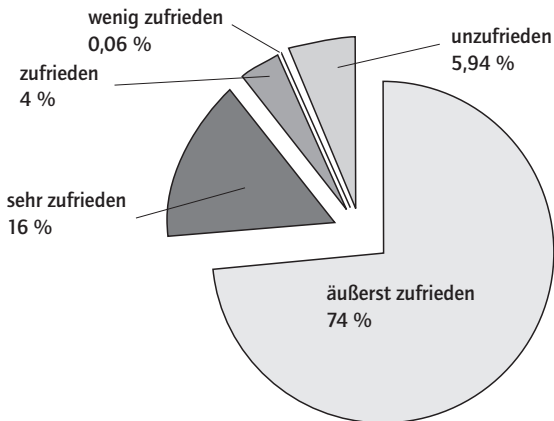


Abb. 8: Auswertung von 38 Fragebögen zur „Kundenzufriedenheit“

Ergebnisse/Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse lassen sich an dem Kreisdiagramm ablesen. Sie sind in großer Zahl unter „äußerst“ und „sehr zufrieden“ zu finden. Zieht man aber 42 % nicht beantwortete Fragebögen in Betracht und vermutet, dass sich darunter womöglich zahlreiche Betreuer finden, die der Befragung nicht nur gleichgültig gegenüber standen, sondern auch solche, die Kritik scheuen, dann wird man die weniger oder gar unzufriedenen Urteile besonders ernst nehmen.

Folgende Schlussfolgerungen sind aufgrund der Auswertung der Einzelantworten im Jahre 2010 gezogen worden:

- Der Umgang mit den Finanzen ist noch transparenter zu gestalten.
- Die Kommunikation mit Betreuern/Eltern ist differenzierter zu führen. Dazu sind weitere Fortbildungen erforderlich.
- Die Angebote zur Urlaubs- und Freizeitgestaltung sind besser auf individuelle Bedürfnisse abzustimmen und bekannt zu machen.
- Die Betreuungszeiten für einzelne Bewohner sind erneut daraufhin zu überprüfen, ob sie den individuellen Erfordernissen entsprechen.
- Die Behaglichkeit und Atmosphäre in den Wohngruppen ist zu erhalten und zu verbessern.
- Die Teilhabe und Selbständigkeit der Bewohner ist bei der alltäglichen Lebensführung aufrecht zu erhalten und dabei ist nach weiteren Förderungsmöglichkeiten zu suchen.
- Die Qualität der sehr gut und besser bewerteten Bereiche unbedingt beibehalten.

Für das Jahr 2011 sind erneut Kundenbefragungen zur Qualitätssicherung vorgesehen.

Bei der Auswertung der Befragung zeigte sich, nicht nur die Mitarbeiter in den Wohnstätten entwickelten ein verändertes Rollenverständnis hin zur Assistenz und Partnerschaft mit den Bewohnern. Diese nehmen selbst immer deutlicher ihre Rechte und Bedürfnisse als selbst bestimmt Handelnde wahr. Die Mitarbeiter in den Wohnstätten sind gehalten, substituierende (ersetzende) Hilfen zu verringern und nach Möglichkeit durch subsidiäre (unterstützende) Hilfen zu ersetzen.

In den Wohnstätten Moldaustraße 10 und der Wohnstätte Heimverbund besteht seit Jahren ein aktiver Heimbeirat mit gewachsenen Kompetenzen und zunehmendem Selbstbewusstsein seiner gewählten Mitglieder. Es ist unter anderem gelungen, zwei Mitgliedern des Heimbeirates in Marburg eine Qualifizierung zu ermöglichen, welche sie besser in die Lage versetzt, ihre Aufgabe zu verstehen und anderen Bewohnern helfen zu können. In diesem Jahr (2011) wird ein neuer Heimbeirat für die Wohnstätten Moldaustraße 10-12 und der Wohnstätte Heimverbund gewählt. Diese Wahl ist in ihrer Vorbereitung und Realisierung immer ein kleiner Höhepunkt für alle Beteiligten in den Wohnstätten.

Die Ergebnisse der Kunden-Studie von Monika Seifert: „Wie wohnen Berlinerinnen und Berliner mit Lernschwierigkeiten? Wie wollen sie in Zukunft wohnen?“ (Seifert, M. 2010) kann uns Anregung und Orientierung für weiterzuentwickelnde Kommunikationsmittel im Dialog mit Bewohnern geben. Gleichermäßen anregend sind die Arbeit und die Ergebnisse von Nueva, der Evaluation von Dienstleistungen. Diese Erfahrungen helfen neue Dialoge zwischen den Bewohnern und Dienstleistungsanbietern zu entwickeln.

Die Wohnstätte „Moldaustraße 10-12 feierte im Sommer 2010 ihr zehnjähriges Bestehen. In diesem Zeitraum haben 11 Bewohner eine so gute Entwicklung zur Selbständigkeit genommen, dass sie auf Angebote zum Einzug in eine der Wohngemeinschaften oder zum Bezug einer eigenen Wohnung im Betreuten Einzelwohnen eingehen konnten. Eine erfreuliche, stolz machende und zukunftsweisende Entwicklung.

Sie wirft die Frage auf, wie auf Umzugsabsichten einzelner Bewohner noch besser wunsch- und realitätsbezogen eingegangen werden kann. Es zeigt sich, dass die Entwicklungsfortschritte und erworbenen Kompetenzen von Bewohnern nicht immer und oft nicht in der tatsächlichen

Tiefe erfasst und wahrgenommen werden. Die vielfältigsten Bedingungsbeziehungen, wie die berechnete Sorge von Betreuern und Eltern hinsichtlich der Realitätsbezogenheit des Umzugswunsches, die Wahl des richtigen Wohnortes und die freie Verfügbarkeit eines Platzes und anderes mehr müssen sorgsam mit dem Interessenten abgeklärt werden. Sie sollen schließlich in ein Zeitfenster für den Umzug münden. Im Heimverbund werden zunehmend alternative Angebotsformen diskutiert und umgesetzt. Die bessere Vernetzung zwischen den einzelnen Wohnformen wird durch die wachsenden Bedürfnisse der Bewohner nach einem möglichen Wohnstättenwechsel herausgefordert und entwickelt. (S. Eßbach u. Autorenkollektiv 1985, S. 87)

4.4 Vom „Trainingswohnhaus“ zum ambulant betreuten Wohnen

Elke Bode und Gylfe Matt

4.4.1 Das Projekt Trainingswohnhaus

Zur „Erbmasse“ des Stadtbezirksrehabilitationszentrums, die dem neu gegründeten Verein Rehabilitationszentrum Berlin-Ost zugute kam, gehörte auch ein Trainingswohnhaus, offiziell als „Geschütztes Wohnhaus“ bezeichnet. Es hat seinerseits seine Geschichte.

Im Jahre 1987 stieß eine Psychologin, Frau Gylfe Matt, zum Stadtbezirksrehabilitationszentrum Berlin-Lichtenberg. Sie war mit der Absicht eingestellt worden, eine Einrichtung zum „Geschützten Wohnen“ aufzubauen. Dem vorliegenden Konzept zufolge sollten Menschen mit geistiger Behinderung unterschiedlicher Grade, psychisch Kranke und psychisch Auffällige sowie Alkoholiker Aufnahme finden. Zu diesem Zeitpunkt bestand bereits eine Wohnung in der Einbecker Straße in Berlin-Lichtenberg, in der drei Männer im Alter zwischen 20 und 40 Jahren in je einem Einzelzimmer wohnten. Ein Bewohner war alkoholkrank, der andere psychisch krank und der dritte verhaltensauffällig. Zwei davon waren leicht behindert. Unter diesen Bedingungen stieß die Bemühung um das Zusammenleben der Bewohner zu einer Wohngemeinschaft von vornherein an ihre Grenzen. 1990 wurde diese Wohnung aufgelöst.

Eine andere Erfahrung sammelte Frau Matt in der Zwischenzeit bei Hospitationen in Einrichtungen für behinderte Patienten im Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie und im „Heim für Geschädigte“, die für die Entwicklung des „Geschützten Wohnens“ wegweisend sein sollte. Sie fand, dass die Mitarbeiter mangels psychologischer Kenntnisse Potenzen zur Förderung der Klientel verschenkten. Eine durch Weiterbildung, Fallbesprechungen und Supervision verbesserte ressourcen-orientierte Sichtweise konnte in praxi zu viel größeren Entwicklungsfortschritten der Menschen mit Behinderungen führen. Dieser Vorsatz sollte in dem für das „Geschützte Wohnen“ vorgesehenen Haus zum Tragen kommen.

In der Kaskelstraße 50 in Berlin-Lichtenberg stand ein Haus dafür zur Verfügung. Das Stadtbezirksrehabilitationszentrum verdankte es dem Leiter der Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen des Rates des Stadtbezirks Berlin-Lichtenberg, der die Rehabilitation förderte und dies obendrein in seinem Wahlkreis auch demonstrieren wollte. Allerdings erwies sich die Baustuktur des Hauses für einen Ausbau als Heim für Menschen mit einer geistigen Behinderung ungeeignet. Dieser Umstand kam den Initiatoren, Herrn Siebert, als Leiter des Stadtbezirksrehabilitationszentrums und Frau Matt, zu denen sich Frau Bode als vorgesehene Projektleiterin gesellte, nicht einmal unangelegen. Sie präferierten nämlich eine ambulante Form der Betreuung, die den Bewohnern die reale Chance bot zu erproben, was es heißt, selbstbestimmt leben zu können. Deshalb

bürgerte sich damals auch schon der Ausdruck „Trainingswohnhaus“ ein. In der Vorstellung der Rehabilitationspädagogik entsprach das Projekt einer Sprosse auf der Rehabilitationsleiter, die zur aktiven Teilnahme jedes Rehabilitanden am gesellschaftlichen Leben führen sollte. Im Unterschied zu Heimeinrichtungen sollte jeder Bewohner über sein Einkommen selbst verfügen und seinen Lebensunterhalt selbst finanzieren. Heute ist diese Forderung mit dem Begriff des „Persönlichen Budgets“ verbunden. Vorläufig gab es jedoch nichts Vergleichbares in der DDR. Die Restaurierung des Hauses unter diesem Aspekt förderte Dr. Töpfer in seiner Eigenschaft als Verantwortlicher für bauliche Investitionen im Gesundheits- und Sozialwesen des Stadtbezirks nach Kräften. Dennoch zog sich die Fertigstellung des Bauvorhabens länger hin, und stellte die Geduld der interessierten Eltern auf eine harte Probe.

Der Bedarf an Wohnplätzen war sehr hoch. Es existierte eine vom Rat des Stadtbezirks aufgestellte umfangreiche Warteliste. Sie umfasste u. a. auch Namen von Personen mit einer Behinderung, die sich selbst nicht angemeldet hatten, aber als betreuungsbedürftig galten. Ein Indikator dafür war meist auch „asoziales Verhalten“. Zunächst bestand die Aufgabe darin, die zukünftigen Hausbewohner auszuwählen. Es kamen Personen in Betracht, deren Behinderung offiziell anerkannt worden war, die einen Arbeitsplatz besaßen und über ein gewisses Arbeitseinkommen verfügten. Um erfolgsorientiert arbeiten zu können, wurden Freiwilligkeit und der Wille zur aktiven Mitwirkung als wichtige Aufnahmekriterien vorausgesetzt.

Die Ungeduld der Eltern im Hinblick auf einen Wohnplatz steigerte sich. Aus dieser zeitweiligen Notlage entstand der Gedanke, sog. „Kennenlern-Gruppen“ zu bilden. In einer Elterngesprächsgruppe, die sich einmal monatlich traf, wurde gemeinsam herausgearbeitet, welche Vorstellungen, Wünsche, Ängste und Unsicherheiten bestehen und wie man sich gegenseitig unterstützen könnte. Die Eltern fassten Vertrauen. Die Treffen fanden schließlich zweimal im Monat statt. Aus den gegebenen Anregungen entstanden erste Ideen für die Belegungskonzeption. Sie dienten zugleich der Realisierung der Ressourcen fördernden Entwicklung. Die Sprachfähigkeit der zukünftigen Bewohner, die sich auch kennen lernten, und die anfänglich sehr begrenzt war und nur aus Antworten auf Fragen bestand, hatte sich im Laufe der Monate zu ganzen Sätzen mit eigenständigen Inhalten erweitert. Gleichzeitig entwickelte sich ihre Konzentrationsfähigkeit, so dass sie den Gesprächen 60 Minuten folgen konnten. Jedes Gespräch wurde mit Tonband aufgezeichnet und ausgewertet. Der Erfolg war verblüffend.

Eine große Schwierigkeit bestand darin, geeignetes Betreuungspersonal zu finden, das die Konzeption „Kaskelstraße“ mit trug. Männer und Frauen sollten zu gleichen Anteilen für die Betreuung gewonnen werden. Für die 16 Bewohner standen immerhin 8 Vollzeitstellen zur Verfügung. Stunden für die Leitung des Hauses sowie die psychologische Betreuung der Bewohner waren im Stellenplan zusätzlich ausgewiesen.

Auf der Grundlage der „Theorie und Praxis der antiautoritären Erziehung“ von A.S. Neill, der Klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie“ und der „Nicht-direktiven Beratung“ von Carl Rogers, der „Gesprächspsychotherapie“ von R. und A. Tausch und letztlich der „Familienkonferenz“ von Thomas Gordon entstand die Philosophie des „Geschützten Wohnens“ für die Kaskelstraße.

Die Gesprächsführung nach Rogers, Tausch und Gordon wurde als Basiskompetenz der Betreuer verstanden. Die von Neill beschriebene Achtung vor dem Einzelnen, die Verantwortung jedes Einzelnen für sich selbst und für seine Mitmenschen, der partnerschaftliche Umgang miteinander waren die Forderungen an die Bewohner und an das Personal. Das Gleiche galt für die

deutlich gemachte Würde des Einzelnen, die es zu respektieren gilt und die man auch für sich als Helfer in Anspruch nehmen darf.

Die Konzeption sah vor, dass wöchentlich Gruppengespräche auf der Etage stattfinden. Nach dem Muster der Vorbereitungsgespräche sollten darin nicht nur organisatorische Belange, wie: „wer hat wann welche Aufgabe“ zur Sprache kommen, sondern vor allen Dingen persönliche Schwierigkeiten der Bewohner ebenso wie gemeinsame untereinander. Neben Sorgen sollten auch Freuden zum Ausdruck kommen.

4.4.2 Die Bewährung des Projektes in der Praxis

Im Herbst 1988 konnte die Belegung des Hauses beginnen. Jede Etage verfügte über Einzelzimmer, Küche, Bad sowie Betreuerzimmer und bildete auf diese Weise eine Gruppenwohnung mit einer Wohngemeinschaft. Es wurde darauf geachtet, dass jeweils zwei weibliche und zwei männliche Bewohner mit einem vergleichbaren Behinderungsgrad einzogen. Es bewährte sich, dass sich die Bewohner in den Vorgesprächen bereits kennen gelernt hatten und miteinander vertraut waren. Sie konnten sich ihr Zimmer selbst aussuchen. Bei einem Interessenkonflikt entschied das Los. Nach 10 Monaten war das Haus erstmals voll belegt. Es entstanden auf diese Weise die ersten vier Wohngemeinschaften³ der Stadtbezirksrehabilitationszentrums Berlin-Lichtenberg. Für die jungen Frauen war eine persönliche Betreuerin, für die jungen Männer analog ein Betreuer vorgesehen. Ihre Aufgabe ging über die lebenspraktische Hilfe hinaus. Der Betreuungsumfang sah bei Neuankömmlingen anfänglich eine intensive Begleitung (Aktivdienste von Mitarbeitern während der Anwesenheit von Bewohnern und nächtlicher Bereitschaftsdienst) vor, die systematisch reduziert wurde.

Da zur Eröffnung des Hauses nicht genügend ausgebildetes Fachpersonal für den Betreuungsdienst zur Verfügung stand, fanden zunächst viele interne Schulungen statt. Täglich konnten die Mitarbeiter eine Stunde zu Dienstbeginn mit der Psychologin die anstehenden Aufgaben besprechen. Absoluter Schwerpunkt ihrer Arbeit sollten die Hilfe zur Persönlichkeitsentwicklung und die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit der Bewohner sein. Ganz individuelle Ziele wurden für jeden Klienten im Einzelgespräch festgelegt. Sie dienten der Vorbereitung der Bewohner auf ein relativ selbständiges, möglicherweise sogar völlig selbständiges Leben. Als Leitmotiv für die Begleitung der Bewohner diente das Prinzip „Hilfe zur Selbsthilfe“. Die Entwicklungsschritte, die die einzelnen Bewohner erzielten, wurden in einem Entwicklungsbogen festgehalten. Auf Initiative und unter Anleitung von Frau Matt und Frau Bode konnte der Bogen bereits 1989 von den Mitarbeitern des Hauses entworfen und erfolgreich verwendet werden.

Als eine wichtige Methode für erfolgreiches Lernen betrachteten wir die Selbsterfahrung. Ein immer wiederkehrendes Beispiel war der Wunsch von Bewohnern, auf dem freien Arbeitsmarkt einen ganz „normalen“ Beruf zu finden. Prinzipiell haben die Mitarbeiter dieses Bestreben unterstützt, selbst wenn der Wunsch gegenwärtig noch nicht in Erfüllung gehen konnte. Allein das Streben danach wirkte sich auf die Entwicklung der sozialen Kompetenzen positiv aus. Das Verhalten des Einzelnen wurde in der Gruppe durch die Mitbewohner lebhaft reflektiert. Die gesammelten Erfahrungen, seien es positive oder negative, übten direkt oder indirekt einen wichtigen das Verhalten regulierenden Einfluss aus.

³ Fachbegriff in Berlin für Ambulant Betreutes gemeinschaftliches Wohnen von 4 bis 6 Personen zu vereinbarten Kostensätzen

Einmal im Monat fand eine Hausversammlung nach dem Muster von Neills „Summerhill“ statt. Bei dieser Zusammenkunft kamen alle Probleme des Zusammenlebens im Haus zur Sprache. Man ging erst auseinander, wenn eine allseits einvernehmliche Lösung gefunden worden war. Zu den Betrieben, in denen die Bewohner arbeiteten, bestand enger Kontakt. Zweimal im Jahr fanden planmäßige Aussprachen statt. Dissonanzen und Probleme konnten auf diese Weise weitgehend ausgeräumt werden.

Insgesamt gesehen hat sich die Konzeption Kaskelstraße vollauf bewährt. Einen entscheidenden Anteil daran hatten nach Frau Matts Einschätzung die jungen Mitarbeiter, Frauen und Männer, die voller Eifer die Vorstellungen der Initiatoren unterstützten und zur Realität werden ließen.

Zwei sozialpädagogische Diplomarbeiten sind dem Thema gewidmet worden. (Müller, Dirk 1991 und Schirrwagen, Lars 1991) Im Rückblick werden noch einmal Merkmale der Konzeption aufgeführt, die nach wie vor für die Assistenz der Bewohner aktuell sind:

- Unterstützung bei der alltäglichen Lebensführung in den Bereichen
 - Einkaufen (Lebensmittel, Artikel des persönlichen Bedarfs)
 - Zubereitung von Haupt- und Zwischenmahlzeiten
 - Wäschepflege
 - Ordnung im eigenen Bereich/Wohnraumgestaltung
 - Geld verwalten und Regeln von finanziellen Angelegenheiten
 - Hilfe bzw. Anleitung bei der individuellen Basisversorgung in den Bereichen:
 - Ernährung (Auswahl, Beratung über gesunde, ausgewogene Ernährung)
 - Körperpflege/Wäschewechsel
- Aufstehen/zu Bett gehen, vor allem pünktliches, selbständiges Aufstehen
- Auswahl von wetter- und anlassbezogener Kleidung
- Assistenzleistung bei der Gestaltung sozialer Beziehungen
 - Allgemein: sich Konflikten stellen und diese im unmittelbaren Nahbereich austragen
 - Kontaktgestaltung zu Mitbewohnern, Nachbarn, Kollegen
 - Treffen und Einhalten von Absprachen und Regeln mit Angehörigen und gesetzlichen Betreuern
 - Ablösung vom Elternhaus, Kontaktgestaltung zu Familienangehörigen
 - Bewältigung von Sterbe- und Trauerprozessen, Beziehungsabbrüchen
 - Zusammenarbeit mit dem gesetzlichen Betreuer, Freundschaften/Partnerschaften
 - Aufbau und Erhalt einer partnerschaftlichen Beziehung
 - Umgang mit der eigenen Sexualität (und der des Partners)
 - Kenntnisse über Verhütung; Begleitung bei Kinderwunsch
- Anregung zur Teilnahme am gesellschaftlichen und kulturellen Leben
 - Gestaltung freier Zeit/Eigenbeschäftigung
 - Teilnahme an Freizeitangeboten/kulturellen Veranstaltungen
 - Organisation und Teilnahme an Urlaubsreisen
- Erschließen außerhäuslicher Lebensbereiche
 - Integration in die Arbeitswelt (Suche nach dem passenden Arbeitsplatz)
- Entwickeln von Zukunftsperspektiven, Lebensplanung
- Training der Kommunikationsfähigkeit
 - Unterstützung bei der Kommunikation mit anderen
 - beratende Gruppen- und Einzelgespräche unter Einbeziehung von Vertrauenspersonen (Freunde, Eltern, Arbeitskollegen)

- Entwicklung und Förderung des Gesundheitsbewusstseins
 - Kooperation mit Fachärzten, Therapeuten, Beratungsinstitutionen
 - Beobachtung und Überwachung des Gesundheitszustandes
- Aktive Begleitung der emotionalen und psychischen Entwicklung
 - Insbesondere werden aktuell erlebte Konfliktsituationen gemeinsam besprochen

Nach 2 bis 3 Jahren konnten die ersten Bewohner zum Bezug einer Wohngemeinschaft mit einem geringeren Betreuungsaufwand vorgeschlagen werden, d.h. der nächste Schritt in eine höhere Selbstständigkeitsstufe konnte vollzogen werden. Es genügte, wenn ein Mitarbeiter an Werktagen nachmittags und an arbeitsfreien Tagen tagsüber anwesend war.

Dieser Fortschritt ist umso beachtlicher, als er in einer Zeit des politischen Umbruchs in der DDR erreicht wurde. Man muss bedenken, dass in dieser Zeit viele Mitarbeiter ungeregelt ihrer Arbeitsstelle ferngeblieben sind. Selbst der Erhalt des Hauses stand zur Disposition. Mit der Übernahme des Hauses in die Verantwortung des neu gegründeten Vereins Rehabilitationszentrum Berlin-Ost konnte die Arbeit endlich wieder auf eine solide Grundlage gestellt und die Konzeption zielstrebig umgesetzt werden.

Nach vier Jahren gelang es, die erste Wohngemeinschaft mit einem geringeren Betreuungsaufwand außerhalb des Trainingswohnhauses in der Pfarrstraße 140 zu eröffnen und im Haus Kaskelstraße zum ersten Mal das „Betreute Einzelwohnen“ (BEW) zu praktizieren, indem ein Bewohner in den Genuss einer eigenen Mietwohnung kam. Mit diesem Schritt begann zugleich der Aufbau des ambulant betreuten Wohnbereichs. Er nahm eine rasante Entwicklung.

4.4.3 Die Entwicklung des ambulant betreuten Wohnens

Die Zahl der Klienten, die mit den entsprechenden Betreuungsverträgen von einer Wohngemeinschaft in das Betreute Einzelwohnen wechselten, nahm ständig zu. Um Schwierigkeiten beim Übergang in die neue Wohnform zu vermeiden, blieben die Mitarbeiter der Wohngemeinschaften zunächst noch Ansprechpartner für die Betreuten. Ebenso blieb der soziale Kontakt zum bisherigen Umfeld erhalten, da die Klienten des Betreute Einzelwohnens die Möglichkeit hatten, weiterhin an den Aktivitäten der Wohngemeinschaft teilnehmen zu können. Für einige Jahre bewährte sich dieses Verfahren noch, bis die wachsende Zahl der im Betreute Einzelwohnen Erfassten zu groß wurde. Es entstanden damals so genannte Betreuungsgemeinschaften in der Regie des Vereins als Träger. Die Begleitung der Klienten wurde von den Wohngemeinschaften allmählich auf neu gegründete Stützpunkte übertragen. Als im Jahre 1999 ca. 40 Personen vom Betreute Einzelwohnen Gebrauch machten, fand eine strukturelle Neugliederung statt. Sie beinhaltete die Differenzierung von Wohngemeinschaften und Betreutem Einzelwohnen sowie die organisatorische Trennung der beiden Bereiche mit je einem verantwortlichen Koordinator. Die Ausführungen zum Betreute Einzelwohnen bleiben Kapitel 4.5 vorbehalten.

4.4.4 Die quantitative Entwicklung der Wohngemeinschaften

Die Zunahme an Wohngemeinschaften, die in der Tochtergesellschaft der Stiftung, der gemeinnützigen GmbH Rehabilitationszentrum Berlin-Ost, angesiedelt sind, hat die Zahl 19 erreicht. Die Gesamtkapazität aller Wohngemeinschaften beträgt derzeit 90 Plätze. Es bestehen Angebote für drei mögliche Leistungstypen, auf die noch eingegangen werden wird. Die folgende Tabelle vermittelt zunächst einen Überblick über die Entwicklung:

- 01.11.1988 Geschütztes Wohnhaus „Trainingswohnhaus“ mit vier Wohngemeinschaften in der Kaskelstraße 50
- 01.12.1992 Wohngemeinschaft Pfarrstraße 140, später Umzug in die Frankfurter Allee 149
- 01.12.1992 Beginn des Betreuten Einzelwohnens (BEW)
- 16.01.1994 Wohngemeinschaft Erich-Kurz-Straße 11, 7. Etage
- 16.12.1994 Wohngemeinschaft Erich-Kurz-Straße 11, 8. Etage
- 15.06.1995 Wohngemeinschaft Anton-Saefkow-Platz 14, später Umzug in Nr. 12, 6. Etage
- 01.09.1997 Wohngemeinschaft Erich-Kurz-Straße 11, 13. Etage (Übernahme vom Jugendbereich)
- 16.04.1998 Wohngemeinschaft Hasenholzer Allee 10
- 01.10.2000 Wohngemeinschaft Erich-Kurz-Straße 9, 14. Etage
Wohngemeinschaft Erich-Kurz-Straße 9, 8. Etage
- 01.03.2002 Wohngemeinschaft Gartenhaus (Übernahme vom Jugendbereich)
- 01.09.2002 Wohngemeinschaft Anton-Saefkow-Platz 12, 8. Etage
- 01.10.2004 Wohngemeinschaft Frankfurter Allee 147
- 01.05.2006 Wohngemeinschaft Köpenicker Landstraße 256
- 01.02.2007 Wohngemeinschaft Möllendorffstraße 43
- 01.07.2007 Wohngemeinschaft Landsberger Allee 206
- 01.06.2009 Wohngemeinschaft Erich-Kurz-Straße 11, 14. Etage
- 01.03.2010 „Viktoria-Haus“, Spittastraße 36 – Wohnverbund mit drei Wohngemeinschaften
- 01.02.2011 Wohngemeinschaft Wallensteinstraße 61

Im „Geschützten Wohnhaus“/Trainingswohnhaus lebten zu Beginn 18 Personen. Nach einer Rekonstruktion im Jahr 1993 bis zum Bezug des Viktoriahauses in der Spittastraße 36 am 01.03.2010 als Nachfolgedomizil des unzulänglich gewordenen und geräumten Mietshauses Kaskelstraße waren es 12. Aktuell befinden sich in dem so genannten Wohnverbund des Viktoriahauses drei Wohngemeinschaften mit 15 intensiv betreuten Wohnplätzen.

Addiert man die im Laufe der gesamten Zeit in den beiden Häusern aufgenommenen Personen, so ergeben sich insgesamt 142 Aufnahmen. Davon konnten 127 Personen aus der intensiven Begleitung entlassen werden. Das bedeutet, dass im Verlauf von 22 Jahren jeder Platz ca. zehnmal belegt wurde. (Die Differenz zwischen der Platzanzahl wurde rechnerisch vernachlässigt).

Die folgenden Diagramme geben Auskunft darüber, woher die Bewohner einer Wohngemeinschaft kommen bzw. wohin sie sich abmelden. In der Regel handelt es sich um Umzüge. Bisher gab es nur eine Abmeldung, weil eine Person verstorben ist (wird in der Statistik unter „Sonstiges“ erfasst).

Die Aufnahme erfolgt durchschnittlich gesehen im Alter von 22,5 Jahren. 34 % der Bewohner sind jünger als 20 Jahre. Die meisten (64 %) kommen aus dem familiären Umfeld. Ein weiterer großer Teil (22 %) wird von Heimen (inkl. Einrichtungen der Jugendhilfe) übernommen.

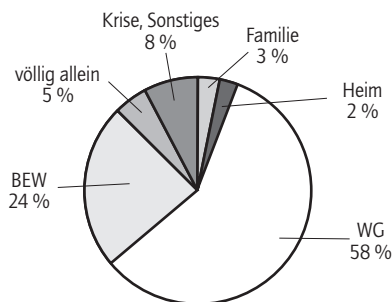
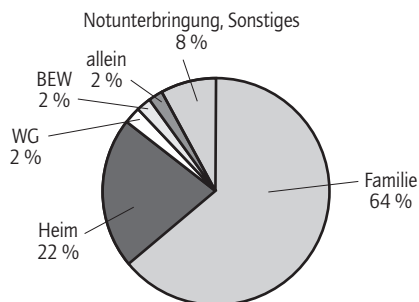


Abb. 9: Aufnahme in intensiv betreute Wohngemeinschaften Abb. 10: Auszüge aus intensiv betreuten Wohngemeinschaften

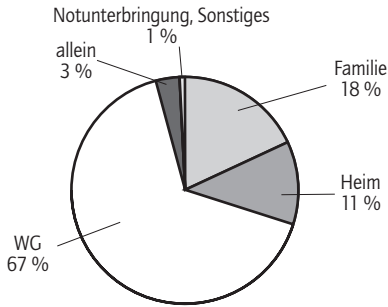


Abb. 11: Herkunft von Bewohnern in geringer betreuten Wohngemeinschaften

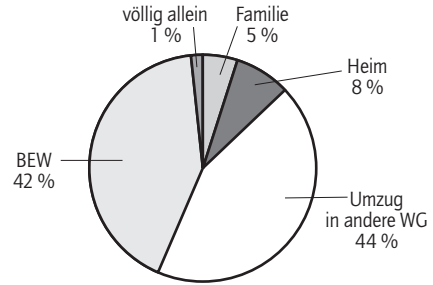


Abb. 12: Aus- oder Umzüge aus sonstigen Wohngemeinschaften

Nach etwas mehr als 2 Jahren können die Klienten in der Regel die intensiv betreuten Wohngemeinschaften verlassen und in andere Wohnformen wechseln. Die Mehrheit der Bewohner zog und zieht zunächst in eine Wohngemeinschaft mit geringerem Betreuungsaufwand innerhalb des Bereichs um. Ein beachtlich großer Anteil (24 %) ist in der Lage, direkt in das Betreute Einzelwohnen überzugehen. Zu dieser Gruppe gehört ein Anteil von Menschen, die in kurzer Zeit beweisen, dass sie in einer intensiv betreuten Wohngemeinschaft übertensorgt sind. Ihre Problematik besteht aber im Allgemeinen darin, dass sie sich nicht in eine Gemeinschaft eingliedern können oder wollen. Ein Rest schert aus.

Die meisten Wohngemeinschaften entwickelten und entwickeln sich aus dem Bedarf, der durch die Klienten entsteht (67 %), die das intensiv betreute Wohnen mit einem großen Zuwachs an Selbständigkeit verlassen können. Des Weiteren stammt ca. $\frac{1}{3}$ der Bewerber (29 %) aus Familien, Heimen und Einrichtungen der Jugendhilfe, die mit einem geringeren Aufwand an Assistenz begleitet werden können. Das durchschnittliche Aufnahmealter beträgt etwa 27 Jahre. Das Diagramm (Abb. 4) liefert ein anschauliches Bild von der Verteilung

Die Aufenthaltsdauer der Klienten, die seit ihrer Aufnahme in der RBO in einer Wohngemeinschaft leben, ist sehr unterschiedlich. Hauptgrund dafür sind die zeitlich versetzten Eröffnungsdaten der Wohngemeinschaften. Diesen Umstand muss man in Rechnung stellen, wenn man das folgende Diagramm betrachtet (Abb. 12).

Statistisch gesehen ziehen 50 % aller Bewohner nach 3;6 Jahren aus den geringer betreuten Wohngemeinschaften wieder aus Sie wechseln etwa zu gleichen Anteilen wieder in eine andere Wohngemeinschaft (44 %) oder in das Betreute Einzelwohnen (42 %). Gründe für den Wechsel von einer Wohngemeinschaft in eine andere gleichartige liegen oft in dem Begehren, nach vielen Jahren die Gruppe zu wechseln oder in einer anderen Gegend zu wohnen. Andere Gründe sind der Wunsch nach persönlicher Nähe zu einem Bewohner einer anderen Wohngemeinschaft, den man z. B. in der Werkstatt für Menschen mit Behinderungen kennen gelernt hat. Ebenso kann die rollstuhlgeeignete Ausstattung einer anderen Wohnung oder die günstigere Lage im Hinblick auf den Arbeitsweg den Wunsch zum Umzug auslösen.

Die am längsten bestehende Wohngemeinschaft wurde vor fast 19 Jahren eröffnet. Dort beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer fast 10 Jahre. In einigen Wohngemeinschaften sind auch 5 Jahre nach der Eröffnung noch keine Bewohner ausgezogen. Erfreulich ist natürlich der hohe

Anteil an Klienten, die das Maß an Selbstvertrauen und Selbstbestimmtheit erlangt haben, um sich für das Betreute Einzelwohnen zu entscheiden.

4.4.5 Zusammenfassung

Das rehabilitative Anliegen, das mit dem Eintritt von Klienten mit einer erheblichen Intelligenzminderung oder mehrfachen Behinderung in eine Wohngemeinschaft verbunden ist, zielt auf eine für den Einzelnen maximalen Selbständigkeit. Dazu muss für jeden der individuell optimale Rahmen seiner Lebensform gefunden werden. Für fast 64 % der Klienten ist das der Verbleib in einer Wohngemeinschaft, für ca. 30 % ist es der Übergang in das Betreute Einzelwohnen. Der Rest mit 4 % resultiert aus dem Wechsel in eine Heimbetreuung, die aufgrund von einer Verschlechterung der psychischen Befindlichkeit oder anderen zusätzlichen Erkrankungen notwendig wurde. Sonstige Alternativen eines Weggangs werden meist nicht bewusst vom Klienten gewählt. Hierzu gehören Kündigungen seitens des Trägers wegen schwerer Verhaltensstörungen sowie seitens der Eltern aus finanziellen Gründen sowie durch Tod.

Das durchschnittliche Aufnahmealter liegt für alle Wohngemeinschaften bei 27 Jahren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sehr selten Klienten aufgenommen werden, die älter als 40 oder gar 50 Jahre alt sind. Einzelne Ausnahmen wirken sich sofort auf die Statistik aus. Im Allgemeinen sind die Klienten bei ihrem Einzug in eine Wohngemeinschaft 18 bis 25 Jahre alt. Aus fachlicher Sicht erweist sich dieses Alter als sehr geeignet für den Start in das Betreute Wohnen. In den letzten Jahren zeigte sich eine leichte Erhöhung des Aufnahmealters verglichen mit den Anfangsjahren. Ein Grund dafür ist die strikte Einhaltung von Zuständigkeiten der übergeordneten Behörden. So ist es nicht im Gegensatz zu früher mehr möglich, für unter 18-jährige eine Kostenübernahme im Erwachsenenbereich zu erwirken. Das Durchschnittsalter steigert sich über die Jahre hinweg nur langsam, da im Abstand von 1 bis 2 Jahren bisher meist eine neue Wohngemeinschaft errichtet wurde, also in der Regel wieder sehr junge Klienten hinzugekommen sind. Meist Ältere verlassen die Wohngemeinschaft.

Die durchschnittliche Verweildauer der Bewohner von Wohngemeinschaften mit geringerer Assistenz beläuft sich auf 10 Jahre. So erklärt sich der aktuelle Altersdurchschnitt der Klienten aller Wohngemeinschaften von 34,3 Jahren. Die neueste Wohngemeinschaft hat auch die jüngsten Bewohner und weist demgegenüber einen Altersdurchschnitt von 23,3 Jahren auf; die mit den ältesten Bewohnern besteht seit 14 Jahren und erreicht einen Altersdurchschnitt von fast 54 Jahren.

4.4.6 Perspektive

Der Erhalt und die Errichtung von neuen Wohngemeinschaften hängen von vielen Faktoren ab. Generell hat sich diese Wohnform als eine nützliche und erfolgreiche Transmission von der „Rund-um-die-Uhr-Betreuung“ in einem Heim zu einer selbständigeren Lebensweise von Menschen mit einer Intelligenzminderung oder mehrfachen Behinderung erwiesen. Unter den gegenwärtigen Gesellschaftsverhältnissen entsprechen die Wohngemeinschaften innerhalb der städtischen Wohnbauten als Plattform für den Aufstieg ins Betreute Einzelwohnen oder aber als angemessene Wohnform auf Dauer für den beschriebenen Personenkreis der Inklusion. Der Bedarf an Wohngemeinschaften wird deshalb in den nächsten 10 Jahren sicher bestehen bleiben. Ob weitere Projekte erforderlich sind, hängt von mehreren Faktoren ab. Dazu gehören die demografische Entwicklung, die Prävalenz von geistigen und mehrfachen Behinderungen, die Effizienz der Betreuungsformen und nicht zuletzt die gesellschaftlichen Verhältnisse. Eine Prognose ohne verlässliche Eckdaten verbietet sich von selbst.

4.5 Ambulant betreutes Wohnen in der eigenen Wohnung – Betreutes Einzelwohnen (BEW)

Annette Gaffron

4.5.1 Territoriale und quantitative Entwicklung

Im Bereich des Betreuten Wohnens der RBO gGmbH der 90er Jahre entstand neben den bestehenden Wohngemeinschaften zunehmend eine Betreuungsform für Klienten in eigenen Mietwohnungen. Mit der strukturellen Neugliederung gab es im Jahre 1999 eine organisatorische Trennung der neuen Wohnform von den bestehenden Wohngemeinschaften. Es entstand der eigenständige Bereich Betreutes Einzelwohnen.

Mit dem 01.11.1999 übernahm das Betreute Einzelwohnen 31 Klienten, welche zum Teil in einzelnen Mietwohnungen in Lichtenberg, Friedrichshain und Marzahn-Hellersdorf wohnten oder in der Wohnform der Betreuungsgemeinschaften mit mehreren abgeschlossenen Wohnungen in einem Mietshaus und einer angegliederten Stützpunktwohnung⁴ ihr Zuhause hatten. Es handelte sich um die Betreuungsgemeinschaften Wotanstraße 17 in 10365 Berlin und Alt-Friedrichsfelde 65 A in 10315 Berlin. Im Jahre 2000 mietete die RBO gGmbH eine weitere Wohnung in der Erich-Kurz-Straße 7 in 10319 Berlin an. Damit erhielten auch die Klienten im Umfeld des Tierparks einen für sie gut zu erreichenden Stützpunkt.

Die Klientenzahlen wuchsen stetig. In Anbetracht der besonders zahlreichen Anfragen aus dem Stadtbezirk Marzahn-Hellersdorf fiel die Entscheidung, einen Stützpunkt anzumieten, zugunsten dieser Region. 2003 bezogen die Mitarbeiter und Klienten den Stützpunkt Helene-Weigel-Platz 6. Zum 31.12.2003 wurden 89 Klienten vom gesamten Betreutes Einzelwohnen begleitet. Im Jahr 2005 kam ein weiterer Stützpunkt in der Erich-Kurz-Straße 5 hinzu. Die Zahl der nun zu begleitende Klienten betrug 132.

Territorial ergaben sich in den vergangenen Jahren noch mehrmals Veränderungen, wobei die Anzahl der Stützpunkte mit fünf unverändert blieb.

Derzeit bieten wir von den folgenden Stützpunkten aus eine Begleitung von Klienten an:

- Erich-Kurz-Straße 5, 10319 Berlin
- Erich-Kurz-Straße 7, 10319 Berlin
- Remise, Allee der Kosmonauten 23, 10315 Berlin
- Rhinstraße 2, 10315 Berlin
- Helene-Weigel-Platz 6, 12681 Berlin

Gegenwärtig bewegt sich die Zahl der zu begleitenden Klienten um die Zahl von 145.

Die von den Sozialämtern durchschnittlich bewilligten und übernommenen Kosten für die Begleitung der Klienten in Stunden pro Woche bewegen sich seit den vergangenen Jahren rückläufig.

⁴ Stützpunkte sind die regional verteilten Standorte innerhalb des Betreuten Einzelwohnens, in denen die jeweils zuständigen Mitarbeiter, 5 bis 10 an der Zahl bilden ein Team, ihren Sitz haben. Die Stützpunkte befinden sich in 45 bis 95 m² großen Wohnungen in Miethäusern. Sie verfügen über einen Gruppenraum, einen kleinen Beratungsraum, Büro für die Mitarbeiter, Küche, Bad mit WC, Abstellmöglichkeiten und einen Balkon. Sie werden genutzt für Gruppenangebote, Einzelgespräche und Beratungen mit Klienten, Büroarbeiten der Mitarbeiter sowie Gremienarbeit. Das BEW verfügt über vier derartige Stützpunktwohnungen. Ein Stützpunkt befindet sich in der Remise des RBO-Zentrums.

Im Jahr 2002 standen je Klient im Schnitt 9,64 Stunden pro Woche, heute 7,15 zur Verfügung. In der Regel bedürfen die Klienten mehrerer Jahre der Begleitung, einige auch bis ans Lebensende in dieser oder jener an die veränderte Lebenssituation angepassten Form.

Von 31 Klienten, die 1999 ins BEW wechselten, sind heute noch 22 dabei. In den Jahren 2009 und 2010 hielten sich die Abgänge zwischen 16 und 22 Klienten mit den Neuaufnahmen die Waage.

4.5.2 Rahmenbedingungen, Inhalte und Methoden einer Begleitung im Betreuten Einzelwohnen

Die Rahmenbedingungen für die Begleitung gibt die „Leistungsbeschreibung Betreutes Einzelwohnen für Menschen mit geistiger, körperlicher und/oder mehrfacher Behinderung“ (Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin 2006) vor.

Gemäß dieser Leistungsbeschreibung sollten Menschen, die im BEW betreut werden „bereits über ein Mindestmaß an lebenspraktischen und sozialen Kompetenzen verfügen und nur in Teilbereichen eine sozialpädagogische Hilfe zur Lebensgestaltung benötigen“.

Das Betreute Einzelwohnen kommt auch für Menschen, die eigentlich eine intensivere Betreuung benötigten und für die aus den verschiedensten Gründen eine Wohngemeinschaft dennoch nicht die geeignete Wohnform ist, in Betracht.

Die Begleitung der Klienten erfolgt individuell und kann sich über einen oder mehrere Lebensbereiche erstrecken:

- Alltägliche Lebensführung (z. B. Einkaufen, Zubereiten von Mahlzeiten, Ordnung in der Wohnung, finanzielle und behördliche Angelegenheiten regeln).
- Individuelle Basisversorgung (z. B. Ernährung Körperpflege).
- Gestaltung sozialer Beziehung (zu Angehörigen, rechtlichen Betreuern, Familienangehörigen, in Freundschaften).
- Teilnahme am kulturellen und gesellschaftlichen Leben (Freizeitgestaltung, Gruppenangebote, Reisen, Zukunftsperspektiven/Lebensplanung).
- Kommunikation (zeitlich/räumliche Orientierung, Kompensation von Sinnes- oder Kommunikationsbeeinträchtigungen).
- Emotionale und psychische Entwicklung (Bewältigung psychischer Beeinträchtigungen, Verhaltensauffälligkeiten, Umgang mit selbst- oder fremdgefährdenden Verhaltensweisen).
- Gesundheitsförderung und -erhaltung (Kooperationen mit Ärzten, Pflegediensten, Beobachtung des Gesundheitszustands, gesundheitsfördernde Lebensweise).
- Integration in Arbeit/Beschäftigung (schulische/berufliche Perspektiven, Arbeits- oder Beschäftigungsplatz, alternative Maßnahmen).

Ziel der Begleitung ist im Idealfall das Erreichen der völligen Selbständigkeit ohne unterstützende Maßnahmen der Eingliederungshilfe. Dieses Ziel wird allerdings von der Mehrzahl der Klienten nicht oder nicht auf Dauer erreicht. Aber auch eine erfolgreiche Unterstützung zum Erhalt von Fähigkeiten und Fertigkeiten kann im Bedarfsfall laut Leistungsbeschreibung „zielführend und handlungsleitend“ sein.

Die Grundlage für die Gewährung einer Begleitung im BEW ist die Ermittlung des Hilfebedarfes. Gemeinsam mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst und dem zuständigen Leistungsträger wird der Bedarf in den oben genannten Lebensbereichen ermittelt. Das Ergebnis findet in der Bewilli-

gung eines Stundenkontingents (wöchentlich, monatlich oder auch für einen längeren Zeitraum bemessen) seine Entsprechung.

Im Betreuten Einzelwohnen der RBO gGmbH werden die Klienten im sog. Bezugsbetreuersystem begleitet. Das heißt, eine Fachkraft begleitet mehrere Klienten im Umfang des bewilligten Stundenkontingents. Für den jeweiligen Zeitraum der Kostenübernahme wird gemeinsam mit dem Klienten ein Hilfeplan aufgestellt, der sich an seinem Bedarf an Kompetenzen und zu erschließenden Ressourcen und in den oben genannten Lebensbereichen orientiert.

Die individuelle Unterstützung in der Wohnung des Klienten oder die Begleitung zur Wahrnehmung außerhäuslicher Termine findet im Rahmen des Stundenkontingents an einem oder mehreren Tagen der Woche statt. Gruppenveranstaltungen, die in den Stützpunkten in der Woche und am Wochenende stattfinden, sowie Ausflüge und Reisen werden den Klienten angeboten und je nach Bedürfnis und Interesse genutzt.

Jeweils zum Ende des verfügbaren Stundenkontingents werden im Entwicklungsbericht der Betreuungsverlauf und die Entwicklung des Klienten in den einzelnen Lebensbereichen dokumentiert und festgestellt, ob weiterer Hilfebedarf besteht.

4.5.3 Projektarbeit im Betreuten Einzelwohnen

Bereits in den ersten Jahren des Betreuten Einzelwohnens kristallisierte sich heraus, dass die Vielfaltigkeit der Lebenssituationen der begleiteten Klienten, ihre Ressourcen und ihr Bedarf an Unterstützung sich auch in individuellen Ansätzen und Konzepten der Begleitung wiederfinden müssen.

So entstanden in den vergangenen 11 Jahren Projektkonzeptionen, die das eigentliche Leistungsangebot des Betreuten Einzelwohnens konkretisieren bzw. erweitern.

Begleitete Elternschaft

Das Familienprojekt ist seit 2001 ein Angebot zur ambulanten sozialpädagogischen Begleitung von Menschen mit leichter geistiger Behinderung, Lernbehinderung oder längerfristigem Unterstützungsbedarf, die bereits ein oder mehrere Kinder haben bzw. bei denen Kinderwunsch besteht, schwanger sind und die eine sozialpädagogische Begleitung ihrer Familie im eigenen Wohnraum wünschen.

Ziel des Familienprojektes ist es, die Eltern zu unterstützen ihr Recht auf Elternschaft auszuüben.

Eine Fremdunterbringung des Kindes/der Kinder soll vermieden werden. Ist dies nicht möglich, wird den Eltern eine Trennungsbegleitung angeboten. Sie können in diesem Falle auf Wunsch weiterhin im Betreuten Einzelwohnen begleitet werden.

Das Leistungsangebot ist auf die spezifische Situation der zu begleitenden Familien und ihre individuellen Bedürfnisse ausgerichtet. Es berücksichtigt zunächst den Unterstützungs- und Assistenzbedarf der Eltern an Vermittlung sozialer und lebenspraktischer Kompetenzen, wie im BEW üblich.

Darüber hinaus werden entsprechend der systemischen Sichtweise, orientiert auf die Entwicklung der Familie als Ganzes unter Achtung des Kindeswohls und der altersgemäßen Entwicklung der Kinder, den Eltern weitere Leistungen angeboten:

- Beratung zur Partnerschaft und Beziehungsgestaltung innerhalb und außerhalb der Familie, gegebenenfalls Weitervermittlung an entsprechende Beratungsstellen,
- Beratung zur Familienplanung,
- Angebote zur gemeinsamen Freizeitgestaltung und Kommunikation (Ausflüge für Familien, Familienreisen, Elterncafe).

Ein wichtiger Schwerpunkt ist die Assistenz und Beratung der Eltern zur Sicherung des Kindeswohls und ergänzenden Förderung der Kinder:

- Beratung und Begleitung in der Schwangerschaft und Geburtsvorbereitung (Begleitung zu Ärzten, Hebammen, Ämtern, Beratungsstellen, Kursen, Geburtseinrichtungen u. ä.),
- Beratung und Begleitung in Bezug auf Rollenfindung der Eltern und Übernahme von Verantwortung für das Kind,
- Anleitung der Eltern bei der Pflege, Grundversorgung, Gesunderhaltung ihrer Kinder,
- Motivation und Anleitung der Eltern bei der Erziehung und der altersgemäßen Förderung der sprachlichen, sensorischen und kognitiven Fähigkeiten der Kinder,
- Erschließen von Angeboten/Fachdiensten zur gesundheitlichen, psychosozialen und kognitiven Förderung der Kinder, um die adäquate Entwicklung zu sichern,
- Unterstützung/Begleitung bei der Planung der außerfamiliären Betreuung der Kinder (Tagespflege, Kita, Kurzzeitpflege u. a.) und Auswahl der Schule,
- Organisation von Entlastungsangeboten für die Eltern (Babysitting, Kinderfreizeiten, Wochenendunternehmungen mit Kindern o. ä.),
- Beratung und Begleitung der Eltern bei Fremdunterbringung der Kinder, Wahrnehmung des Umgangsrechts oder Rückkehr des Kindes.

Die Umsetzung der professionellen Unterstützung findet als Lebenswelt orientierte Alltagsbegleitung vorrangig in den Wohnungen der Familien und dem nahen sozialen Umfeld statt. Durch Beobachtung und Gespräche werden Ressourcen sowie Schwierigkeiten in der Familie erfasst. Auf Basis der Ressourcen werden im Rahmen des individuell gestalteten Hilfeangebotes gemeinsam praktikable Problemlösungsideen und Lernstrategien für den konkreten Lebensalltag der Familien entwickelt.

Das „Lernen am Modell“ sowie videogestützte Interaktionsbegleitung sind hier etablierte und wichtige Methoden.

Die Kinder erhalten bei Bedarf und mit Einverständnis der Eltern zusätzliche Anregung und Förderung im sprachlichen, motorischen, spielerischen sowie kreativen Bereich. Darüber hinaus wird bei Bedarf die Anbahnung und Vernetzung von externen Hilfen fürs Kind angeboten.

Ergänzend zur psychosozialen Beratung innerhalb der Alltagsbegleitung durch die jeweiligen Fachkräfte gibt es bei Bedarf die interne Möglichkeit eines therapeutischen Settings mit einer Kinder-, Jugendlichen- und Systemtherapeutin.

Im Familienprojekt werden derzeit 14 Familien mit 1 oder 2 Kindern und 9 Eltern, die nicht mit ihren minderjährigen Kindern in einem Haushalt zusammenleben, betreut. Einige ehemalige Klienten des Familienprojektes haben bereits erwachsene Kinder und werden im Betreuten Einzelwohnen weiter begleitet.

Siccus

Um dem Bedarf nach einer fachlichen Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung und Suchtproblematik gerecht werden zu können, entstand 2004 das Projekt Siccus. Siccus ist ein Angebot für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung beiderlei Geschlechts, die in missbräuchlicher oder in abhängiger Weise Suchtmittel konsumieren. Menschen mit geistiger Behinderung erschließt sich oft erstmals durch den Gebrauch von Suchtmitteln ein soziales Umfeld, in dem sie sich angenommen fühlen. Durch den Gebrauch von Suchtmitteln kommt zu der bestehenden Intelligenzminderung der Klienten ein hirnorganischer Abbauprozess hinzu. Dieser potenziert die Symptome der geistigen Behinderung, was in späteren Stadien zu einer dramatischen Verschlechterung des Allgemeinzustandes führen kann und perspektivisch gegebenenfalls auch eine vollstationäre Unterbringung notwendig macht.

Ziel der Unterstützung ist ein abstinentes Leben bzw. eine Reduzierung des Konsums von Suchtmitteln, in Abhängigkeit von den Kompetenzen und Vorstellungen des Klienten.

Die Begleitung gestaltet sich abstinenzorientiert, aber nicht Abstinenz fordernd, d. h., die Reduzierung der Symptome und Probleme steht im Vordergrund. Wenn dies nicht zu realisieren ist, ist die Existenzsicherung Aufgabe der Assistenz.

In der Begleitung dieser Zielgruppe besteht ein Spannungsfeld zwischen einem Unterstützungsbedarf auf Grund der geistigen Behinderung und der Suchtstruktur der Klienten.

Auf dieser Grundlage ergeben sich zusätzliche methodische Ansätze für die Arbeit mit den Klienten, die jeweils individuell abzustimmen sind:

- Arbeit entsprechend der Hilfebedarfsplanung,
- Anbahnung und Vermittlung von therapeutischen Interventionen bzw. Anwendung verhaltenstherapeutisch orientierter Instrumente (z. B. Token-Programm, Modelllernen, Stimuluskontrolle, Tages- und Wochenaktivitätspläne)
- Training sozialer Kompetenzen,
- Schulung der Selbstwahrnehmung/Entwicklung Stresstoleranz,
- Gesprächsgruppe unter Anleitung eines Ex-Users,
- Tagesstrukturierung,
- Co-Begleitung,
- Biografiearbeit.

Wenn sich zusammen mit dem Klienten herauskristallisiert hat, dass das Ziel der Begleitung die Abstinenz von Suchtmitteln ist, dann wird ein Rückfall individuell bearbeitet. Ist der Rückfall auf eine konkrete Situation einzugrenzen, folgt im nüchternen Zustand eine möglichst genaue Rückfallanalyse. Auslösende Bedingungen und Verstärker werden nach dem S-O-R-K-C-Schema (Verhaltensanalyse) aufgearbeitet und mit dem Klienten gemeinsam besprochen. Während der Konsumphase, findet die Begleitung des Klienten außerhalb des Stützpunktes statt. Ziel ist die Reduzierung des Konsums und die Existenzsicherung. Es sind Angebote zur Entgiftung zu unterbreiten.

Ausgehend von der Theorie des zustandsabhängigen Lernens, ist die sozialpädagogische Unterstützung auch in Phasen des Suchtmittelgebrauchs von immenser Bedeutung. Grundsätzlich ist ein Klient mit aktuellem Suchtmittelkonsum von Freizeit- und Gruppenangeboten des BEW ausgeschlossen. Wenn die Existenzsicherung in den alltäglichen Lebensbereichen im Rahmen der ambulanten Begleitung nicht mehr gewährleistet werden kann, muss in Kooperation mit dem

Kostenträger bzw. dem Sozialpsychiatrischen Dienst eine bedarfsgerechte Lösung gefunden werden. In notwendigen Fällen wird mit einer zeitlich begrenzten Co-Betreuung gearbeitet, d.h. in Abstimmung mit dem Klienten, orientiert am Hilfebedarf, wird die individuelle Begleitung durch zwei Fachkräfte mit verschiedenen Aufgabenbereichen besetzt. Zusätzlich arbeiten mit dem Projekt eine externe Suchttherapeutin und ein Psychologe des Berliner Krisendienstes.

Im Suchtprojekt werden derzeit 16 Klienten begleitet.

Tagesstrukturierender Bereich (TSB)

Im Betreuten Einzelwohnen der RBO gGmbH werden auch Menschen begleitet, die nicht in Arbeits- oder Beschäftigungsverhältnisse eingebunden sind. Trotz intensiven sozialpädagogischen Bemühens ist eine Eingliederung dieser Klienten in den allgemeinen Arbeitsmarkt oder eine WfBM aus den verschiedensten Gründen nicht oder nicht mehr gegeben (dazu zählen u. a. Klienten mit Suchtverhalten, psychischen Erkrankungen bzw. mit besonderem Unterstützungsbedarf). Eine weitere Zielgruppe sind Klienten im Seniorenalter bzw. in den Jahren unmittelbar davor.

Das Betreute Einzelwohnen erweiterte daher schon im Jahre 2005 mit dem TSB sein Betreuungsangebot als Ergänzung zur individuellen Begleitung im BEW. Mit Hilfe von Angeboten, verschiedene praktische Tätigkeiten ausführen zu können, werden die Teilnehmer unter intensiver sozialpädagogischer Begleitung an eine strukturgebende Tagesgestaltung herangeführt. Die Beschäftigung in der Gruppe dient zum Training sozialer Kompetenzen. Die Chancen der Klienten hinsichtlich ihrer (Wieder-)Eingliederung in Arbeit und Beschäftigung können sich auf diesem Wege verbessern.

Aktivitäten und Handlungskompetenzen werden u. a. auf folgenden Gebieten entwickelt:

- Alltägliche Lebensführung (Kochen, Ernährung, Einkaufen, Reinigungsarbeiten)
- Förderung sozialer Kompetenzen durch gruppenpädagogische Angebote (Beziehungsgestaltung, Kritikfähigkeit, Anpassungsfähigkeit, Selbstvertrauen, Toleranz)
- Förderung von Kompetenzen (Schlüsselqualifikationen) zur angemessenen Bewältigung der Anforderungen von Arbeit und Beschäftigung (wie Zuverlässigkeit, Kontinuität, Belastbarkeit, Leistungsfähigkeit, Sorgfalt)
- Vermittlung und Förderung spezieller Fähigkeiten (wie Tapezieren, Umgang mit verschiedenen Werkzeugen, kreative Techniken)

Das Angebot wird in der Allee der Kosmonauten 23, in den Räumen der Remise, umgesetzt. Dort stehen eine Küche für das Kochtraining, zwei große Gruppenräume, eine Kreativwerkstatt, zwei kleine Mehrzweckräume, PC-Trainingsplätze und Nähmaschinen zur Verfügung. Es gehört zu den Obliegenheiten der Teilnehmer an diesem Projekt, die Stützpunktwohnungen des Betreuten Einzelwohnens zu reinigen.

Die Angebote des Projektes finden an fünf Tagen in der Woche zwischen 9 und 14 Uhr statt. Sie werden von den Klienten an einem oder mehreren Tagen genutzt. Derzeit befinden sich insgesamt 18 Klienten im Projekt Tagesstrukturierender Bereich.

Cardea – Assistenz für Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen

In den letzten Jahren konnte eine deutliche Zunahme von psychischen Erkrankungen und Verhaltensauffälligkeiten besonders bei neu aufgenommenen Klienten im Betreuten Einzelwohnen verzeichnet werden.

Die Kombination von geistiger Behinderung und psychischen Störungen stellt ein besonderes Hemmnis für die Verwirklichung von sozialer Teilhabe dar. Die Vorbeugung, Beseitigung oder Linderung von psychischen Störungen bzw. deren Folgen bei Menschen mit geistiger Behinderung ist ein wichtiger Beitrag zur Förderung sozialer Teilhabe.

Die Erscheinungsformen psychischer Störungen bei Menschen mit Behinderungen verlangen eine ganzheitliche multidimensionale Betrachtungsweise und die Kooperation verschiedener Fachdisziplinen. Dabei kommt auch dem schwierigen Problem der bisweilen eingeschränkten Krankheitseinsicht sowie der Compliance große Bedeutung zu. Das Betreute Einzelwohnen leistet einen wesentlichen Beitrag dazu, dass die Klienten den Kontakt zur notwendigen medizinischen und/oder psychotherapeutischen Behandlung aufnehmen, ihn beständig aufrecht erhalten und darüber hinaus eine personenbezogene Vernetzung mit anderen Hilfsangeboten akzeptieren. Das Angebot des Betreuten Einzelwohnens richtet sich so vor allem auch an Menschen, die unkoordinierte Hilfsangebote selbständig nicht annehmen können.

Für jeden Klienten werden im Rahmen der Hilfeplanung die Koordinaten psycho-sozialer Diagnostik ermittelt. Ein Schwerpunkt liegt dabei auf dem Beginn und Verlauf der Krankengeschichte sowie der bisherigen Therapie- und Behandlungsmaßnahmen. Der individuelle Hilfebedarf orientiert sich an den persönlichen Bedürfnissen, Wünschen, Interessen und Erwartungen sowie den Ressourcen und Kompetenzen. Der Klient und alle am Prozess Beteiligten werden in die Bedarfsermittlung unter Nutzung folgender weiterer Methoden einbezogen:

- Genogramm
- VIP-Karte/Netzwerkkarte
- Ressourcenkarte
- Szenische Diagnostik usw.

Neben der Begleitung in allen Lebensbereichen liegt der Focus bei dieser Klientel auf der seelischen und körperlichen Gesundheit. Diese soll mit Hilfe des Betreuten Einzelwohnens gewahrt und gefördert werden:

- Unterstützung bei der Suche nach geeigneten Ärzten und Therapeuten,
- Motivierung und Begleitung zu regelmäßigen Arztbesuchen und therapeutischen Angeboten,
- Gespräche über die aktuelle Situation, die Erkrankung, Probleme und Ängste,
- Beratung in Konflikt- und Krisensituationen,
- Förderung und Erhaltung von sozialen Kontakten,
- Langfristige Stabilisierung und die Vermeidung von Klinikaufhalten sowie der Chronifizierung der Beeinträchtigung,
- Begleitung der Klinikaufhalte und die Wiedereingliederung in die häusliche Umgebung,
- Erkennen von Frühwarnzeichen, Erstellen eines Kriseninterventionplanes,
- Stärkung der Selbstsicherheit, Stressbewältigungsmöglichkeiten,
- Entwicklung einer realistischen Lebensplanung unter besonderer Berücksichtigung der vorhandenen Ressourcen,
- Angehörigenberatung, Netzwerkarbeit, Kooperation mit allen Beteiligten.

Derzeit liegt bei ca. jedem zweiten Klienten eine gesicherte Diagnose bzw. ein begründeter Verdacht einer psychischen Störung vor.

Ambulante Betreuung im Alter

Die Begleitung von älteren Menschen mit Behinderung ist eine weitere Ergänzung des Betreuten Einzelwohnens der RBO gGmbH. Für diesen Personenkreis wurde ein spezielles und an ihren Bedürfnissen orientiertes Angebot der Begleitung entwickelt. Zielsetzung ist es, jedem Klienten die Möglichkeit zum Verbleib in der eigenen Wohnung zu bieten und damit eine selbstbestimmte Lebensführung auch im höheren Alter zu fördern. Kann dies verwirklicht werden, bleibt auch das Niveau der erreichten intellektuellen Leistungsfähigkeit lange erhalten. Sind Klienten aufgrund körperlicher Einschränkungen nicht mehr in der Lage in allen Lebensbereichen eigenständig zu agieren, können Pflegekräfte eines ambulanten Pflegedienstes unterstützend und ergänzend für diese Aufgaben tätig werden. Die regelmäßige Einnahme verordneter Medikamente sowie gesunder Mahlzeiten und das Festhalten an einem strukturierten Tagesrhythmus sind weitere wichtige Komponenten, um die Lebensqualität zu sichern. Anstehende Arztkonsultationen und Untersuchungen werden koordiniert und begleitet.

Die Anleitung und aktive Unterstützung im lebenspraktischen Bereich kann durch ein Angebot an internen und externen Tages strukturierenden Maßnahmen ergänzt werden. Ein wesentliches Element der Begleitung ist die Biografiearbeit, wobei durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensgeschichte das persönliche Identitätsgefühl gestärkt und eine innere Zufriedenheit erlangt werden soll. Die Rückschau auf das gelebte Leben gehört dabei zum normalen Alterungsprozess. Diese Reorganisation der Persönlichkeit ermöglicht es, in Frieden und Würde zu altern. Sie soll dazu beitragen, das nahende Lebensende als letzte Phase des Lebens zu akzeptieren.

Im Rahmen des Betreuungsangebotes ist auch die individuelle Begleitung in der letzten Phase des Lebens verankert. Dazu gehört eine intensive psychosoziale Begleitung des Klienten, seiner Angehörigen und der Bezugspersonen. Ebenso wird eine enge Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen, wie Pflegediensten, Seelsorgern, Hospizen, Krankenhäusern etc. gepflegt.

Die Angebote zur Freizeitgestaltung in den Stützpunkten und ein spezielles Angebot in der Remise „Die alten Hasen“ umfassen Kochen, kreativ sein, Ausflüge unternehmen usw. Sie bieten die Möglichkeit, aktiv zu sein, zu kommunizieren und gemeinsame Unternehmungen zu erleben. In der Gemeinschaft bietet sich die Gelegenheit zu einem Erfahrungsaustausch, der gegenseitiges Unterstützen und Verstehen fördert. Dies alles trägt dazu bei, einer Vereinsamung der alternden Menschen vorzubeugen.

4.5.4 Resümee und Perspektiven im Betreuten Einzelwohnen

Mit der Ausdifferenzierung der Leistungsangebote im Betreuten Einzelwohnen konnte den unterschiedlichsten Bedarfen unserer Klienten Rechnung getragen werden, die nicht zuletzt aus der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung der letzten 22 Jahre resultieren.

Der Unterstützungsbedarf der Klienten liegt je nach Lebenssituation mal mehr in dem einen oder in dem anderen Leistungsbereich. Perspektivisch gesehen wird eine noch engere Vernetzung der Angebote die Arbeit qualitativ aufwerten.

In der Begleitung von Menschen mit Behinderungen oder erhöhtem Unterstützungsbedarf, die eine Familie gründen, werden die bewährten Angebote auch in Zukunft fortgesetzt. Die bestehende Vernetzung mit dem sozialräumlich orientierten Projekt der RBO gGmbH „Mitten drin statt außen vor“ wird mit der Errichtung des Generationenhauses weiter ausgebaut werden.

Schon jetzt gibt es Schnittpunkte bei gemeinsamen Familienreisen, im Elterncafe oder bei der Schulsozialarbeit.

Insbesondere geistig behinderte Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und/oder Suchterkrankungen brauchen individuell abgestimmte Wohnkonzepte, die auch flexibles Handeln bzw. einen entsprechenden Einsatz der Mitarbeiter ermöglichen. Bei diesen Klienten kann allerdings nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden, sich an Aktivitäten in der Gruppe zu beteiligen. Dieser Aspekt könnte in einem Verbund mehrerer Einzelwohnungen in räumlicher Nähe eher berücksichtigt werden (z. B. Apartment-Wohnen, Wohnen im Verbund). Auf diese Weise wäre sowohl die individuell notwendige Präsenz von Betreuern, als auch die Gestaltung von gemeinschaftlichen Betreuungsangeboten am ehesten steuerbar.

In den letzten Jahren nimmt der Betreuungsbedarf für junge Klienten mit leichter geistiger Behinderung oder Lernbehinderung und hohem psychosozialen Unterstützungsbedarf enorm zu. An der Schnittstelle Jugendamt – Sozialamt fehlt es derzeit trägerübergreifend in Berlin an adäquaten Betreuungskonzepten sowie deren Projektion auf die derzeitige Leistungsbeschreibung. Nach Lösungen wird dringend gesucht. Dieser Thematik wird sich das ambulant betreute Wohnen gemeinsam mit dem Kinder- und Jugendbereich in der RBO gGmbH ebenfalls annehmen.

Die Erfahrungen der letzten Jahre belegen auch, dass eine Tagesstruktur eine wichtige Komponente bei der ganzheitlichen Entwicklung der Klienten ist. Klienten, die aus den verschiedensten Gründen nicht arbeiten gehen, erleben im tagesstrukturierenden Bereich (TSB) immer mehr eine Alternative, die zur Stabilisierung ihrer Lebenssituation beiträgt. Diese Angebote gilt es, in den nächsten Jahren weiter auszubauen.

Ältere Menschen mit geistiger Behinderung werden in den kommenden Jahren zahlenmäßig zunehmen. Damit sie so lange wie möglich in ihren eigenen Wohnungen verbleiben können, werden auch hier die verschiedenen Unterstützungsangebote weiter miteinander vernetzt werden müssen.

5 Die psychologische Begleitung von Menschen mit einer geistigen Behinderung im Rehabilitationszentrum Berlin-Ost

Hans-Jürgen Püschel und Karin Stopp

5.1 Geistige Behinderung und psychische Erkrankung

Wie alle Menschen spüren Menschen mit geistiger Behinderung Probleme und Belastungen in ihrem Lebensalltag. Sie sind aber in einer besonderen Weise psychosozialen Belastungssituationen ausgesetzt und dadurch weit stärker gefährdet, in psychische Krisen zu geraten, Verhaltensbesonderheiten zu entwickeln oder sogar deutlich häufiger psychisch zu erkranken (viermal häufiger als im Durchschnitt der Bevölkerung). Anders aber als nicht geistig behinderte Menschen können sie sich die erforderlichen Hilfen oft nicht selbst einholen, sondern sind dabei auf Unterstützung angewiesen. Die meisten psychosozialen Auffälligkeiten sind dabei nicht psychiatrisch behandlungsbedürftig, sondern lassen sich psychologisch-therapeutisch und pädagogisch weitgehend kompensieren.

Seitens der Wissenschaft wurde dies lange nicht anerkannt. Geistig behinderte Menschen galten bis in die 1990er Jahre als psychotherapeutisch nicht behandelbar. Nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen konnten geistig behinderte Menschen auch nicht psychisch erkranken.

Im Lichtenberger Stadtbezirksrehabilitationszentrum ging man im Unterschied zur damaligen Sichtweise geistig behinderten Menschen gegenüber schon immer davon aus, dass auch Menschen mit geistiger Behinderung grundsätzlich von psychologischen und psychotherapeutischen Methoden profitieren, wenn man sich als Therapeut auf die spezifischen Belange der Bewohner und ihres Umfeldes einstellt. Psychologen waren deshalb in den Wohnstätten von Anfang an präsent und konnten die notwendige psychologische Begleitung und Therapie fachlich anbieten, weiter differenzieren und ausbauen. Es war dabei immer wichtig, dass bewährte psychologische und rehabilitationspädagogische Erfahrungen weiter genutzt und unter den neuen und wesentlich besseren Bedingungen und Gegebenheiten fortgeführt und weiterentwickelt werden konnten.

Was sind nun diese besonderen Bedingungen, die zu einer stärkeren Gefährdung der psychischen Gesundheit und Stabilität der Bewohner führen. Wie kann man als Psychologe dahingehend wirksam werden, diese stark erhöhte Prävalenz und Vulnerabilität so zu beeinflussen, dass die Bewohner psychisch gestärkt, widerstandsfähig und gefestigt sind, so dass psychische Erkrankungen seltener auftreten und weniger schwer verlaufen.

Menschen mit geistiger Behinderung haben durch die intellektuellen Einschränkungen wesentlich geringere Möglichkeiten, sich psychisch zu stabilisieren. So verfügen sie über deutlich weniger Möglichkeiten, sich in dem oft komplizierten Lebensalltag zurechtzufinden, mit der Umwelt zu kommunizieren, ihre Erlebnisse und Erfahrungen mitzuteilen, Wünsche und Bedürfnisse zu artikulieren. Sie erleben alltägliche Belastungen oder Veränderungen ihrer Situation dadurch oft als Überforderung, können sich weniger gegen die vielfältigen Reize, die im Wohnalltag einer Wohngruppe immer auftreten, abschirmen.

5.2 Psychosoziale Faktoren

In den Wohnstätten des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost leben Bewohner, die mit viel Liebe und Zuwendung aufgewachsen sind und ein harmonisches Zuhause erleben konnten. Bekannt sind aber auch die Lebensgeschichten von Bewohnern, die schon in frühester Kindheit schwerste Misshandlungen, Vernachlässigungen und Mangelernährung erfahren haben und daraufhin in Psychiatrien, Krankenhäusern und verschiedenen Heimen ihre Kindheit und Jugend verbrachten. Sie wuchsen dort ohne jegliche familiäre Bindung und Zuwendung auf und sind erwachsen geworden. Selbst grundlegende Beziehungsbedürfnisse wurden nicht erfüllt (traumatische Erlebnisse im Elternhaus, Gewalt in der Erziehung, rigide, kontrollierende Lebensbedingungen, chronische und schwerwiegende Überforderungen in allen Bereichen, schwerwiegende Vernachlässigung und emotionale Deprivation, unsichere Bindung, Verlusterfahrungen). Oft erlebten sie auch schmerzhaft medizinische Eingriffe, lange Krankenhausaufenthalte, soziale Ausgrenzung und Isolation sowie Diskriminierung und Stigmatisierung. Es ist davon auszugehen, dass bei Bewohnern, die solchen Erlebnissen ausgesetzt waren, die traumatischen Erfahrungen bis heute nachwirken und das Leben und das Verhalten der betroffenen Bewohner mitbestimmen.

Andere Bewohner müssen die traurige Erfahrung machen, dass ihre Eltern erkranken und der Kontakt immer eingeschränkter wird bzw. auf einmal ganz ausbleibt. Sie können aufgrund ihrer schweren geistigen Beeinträchtigungen oft nicht verstehen, warum der erwartete und geliebte Besuch von Mutter oder Vater nicht mehr stattfindet oder warum sie nicht mehr am Wochenende wie gewohnt nach Hause gehen können.

Ein weiterer Belastungsfaktor für Menschen mit einer geistigen Behinderung besteht darin, dass sie nur selten über tragfähige dauerhafte Beziehungen und soziale Netzwerke über die Wohngruppe, das Elternhaus und die Werkstatt hinaus verfügen. Sie können sich dadurch in Konfliktsituationen in diesen Bereichen wenig entlasten. Hinzu kommt, dass sie nicht selten aufgrund der Betreuungsform Beziehungsabbrüche erleben. Bewohner beklagen sich auch häufig darüber, dass sie in der Öffentlichkeit angestarrt oder sogar beschimpft werden. Sie fühlen sich ausgegrenzt, aus dem Kreis der Normalität ausgeschlossen und tief gekränkt wegen der eigenen Behinderung („die lachen über mich“). Oft vergleichen sie sich mit Nichtbehinderten, wünschen sich ein anderes Leben, wollen wie alle anderen eine eigene Wohnung ohne jegliche Fremdbestimmung besitzen und Familie, Auto, etc., all die Dinge haben, über die wir selbstverständlich verfügen.

5.3 Anforderungen durch die Lebensform

Das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost verfügt heute über hervorragend gestaltete und effiziente Wohnbedingungen (Neubauten, Erweiterungen, Inneneinrichtungen, individuell mit dem Bewohner gestaltete Einzelzimmer), aber vor allem auch über fachlich qualifizierte und engagierte Mitarbeiter, eine kontinuierliche Weiterbildung und Qualitätssicherung.

Dennoch stellt das Leben in einer Wohngruppe hohe und besondere Anforderungen an die sozialen und psychischen Fähigkeiten und die Belastbarkeit jedes einzelnen Bewohners. So leben in einer Wohngruppe 8 bis 10 Bewohner, darunter oft auch mehrere Mitbewohner mit starken psychischen Auffälligkeiten oder psychischen Erkrankungen. Mitbewohner fühlen sich durch das Zusammenleben mit psychisch Kranken oft belastet, eingeschränkt, entwickeln Ängste oder fühlen sich sogar bedroht und können dann ebenfalls zusätzliche psychische Auffälligkeiten entwickeln.

Die Betreuer sind in unterschiedliche Dienste eingeteilt. Mit Nachtwache, Mitarbeitern im Freiwilligen Sozialen Jahr oder Praktikanten können bis zu 10 verschiedene Betreuer in einer Wohngruppe tätig sein. Die Bewohner müssen sich auf die unterschiedlichen individuellen Formen der Betreuung einstellen, denn trotz eines erarbeiteten einheitlichen Betreuungskonzeptes bringt jeder Mitarbeiter seine unterschiedlichen Erfahrungen, Wertungen und Einstellungen mit.

Konflikte entstehen immer wieder deshalb, weil die Bewohner nicht unbedingt freiwillig diese Lebensform wünschen, sondern auch andere Vorstellungen von ihrer Lebensgestaltung haben. Nicht jeder Bewohner wird in der ihm zugeteilten Wohngruppe glücklich, d. h. es muss immer wieder über neue Möglichkeiten der Individualisierung und Selbstverwirklichung nachgedacht und entsprechend flexibel mit diesbezüglichen Wünschen umgegangen werden.

Wer von uns würde die Anforderung „Konfliktfreies Zusammenleben in einer Wohngruppe“ problemlos schaffen?

5.4 Beispiele von Belastungssituationen im Lebensalltag der Bewohner

5.4.1 Situation einer geistig schwerbehinderten Bewohnerin

Eine geistig schwerbehinderte Bewohnerin geriet nach vielen Jahren, die sie in ihrer Wohngruppe verbrachte, in eine psychische Krise, weil ihr der Verlust der Mutter zunehmend wieder bewusst wurde („Mutti kommt nicht mehr, hat mich nicht mehr lieb“). Die Familiengeschichte ergab, dass der Tod der Mutter vor über 20 Jahren zu einer abrupten und völligen Veränderung der Lebenssituation der Familie geführt hatte (beide Kinder kamen umgehend in getrennte Wohneinrichtungen, der Vater besuchte sie regelmäßig bei der notwendigen wöchentlichen Behandlung im Krankenhaus, aber es kam nicht zur Aufarbeitung der traumatischen Erlebnisse).

5.4.2 Bewohner mit depressiver Verstimmung

Ein junger Bewohner erkrankt an einer depressiven Verstimmung. Er will nicht mehr arbeiten gehen, resigniert und ist überfordert, bleibt ganze Tage im Bett: „Will nicht arbeiten, frei haben, schlafen.“

Was war passiert?

- Er bekommt erstmals Besuch vom Vater, den er seit seinem zweiten Lebensjahr nicht mehr gesehen hat.
- Er ist unzufrieden mit seiner Lebenssituation in einer Wohnstätte, er möchte eine Familie mit Mutter, Vater, Kind.
- Seine Arbeit überfordert ihn, er beginnt ein Praktikum in einem neuen Umfeld.
- Sein Meerschweinchen ist verstorben, er war abends noch mit ihm beim Tierarzt.
- Er bekam bei der Kur, bei der er sich erholen sollte, großes Heimweh und fühlte sich sehr schlecht.
- Er ist sehr kommunikativ, wird aber aufgrund sprachlicher Einschränkungen oft nicht verstanden. Seine sprachlichen Einschränkungen führen zu Missverständnissen. Vielfältige Interessen und vor allem soziale Kompetenzen kommen dadurch nicht zum Tragen.

5.5 Folgerungen

Menschen mit geistiger Behinderung sind oft darauf angewiesen, dass andere Menschen ihre Probleme überhaupt erst einmal erkennen und wahrnehmen. Sie können ihre Belastungen und

Probleme aufgrund der geistigen Behinderung kaum verständlich mitteilen und geraten dadurch öfter als andere Menschen an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Häufig fehlen ihnen Bewältigungsstrategien für Konfliktsituationen und es stehen ihnen auch oft weniger Kompensationsmöglichkeiten zur Verfügung. Nur wenige Bewohner verfügen über eine normale Sprachfähigkeit. Viele können sich überhaupt nicht äußern oder nur in eingeschränkter Weise. Sie verfügen auch meist nicht über entsprechende Körpersprache oder Gestik und können sich oft nicht anders als über ihr Verhalten ausdrücken.

Diese psychosozialen Belastungsfaktoren können neben den vorgegebenen biologisch genetischen Faktoren (prä-, peri-, postnatale Schädigung, Chromosomenanomalien, Vererbung) dazu führen, dass Verhaltensbesonderheiten auftreten oder dass Bewohner/Klienten durch Stress psychisch erkranken.

5.6 Das Vulnerabilitätskonzept

Zunehmend wird zur Erklärung der erhöhten Prävalenzen psychischer Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung das Vulnerabilitätskonzept herangezogen. Dieses bio-psycho-soziale Modell der Dialektisch-Behavioralen-Therapie ist besonders auch für unsere Arbeit geeignet, da es sowohl biologisch-genetische als auch psychosoziale Faktoren, die beide für die Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung ebenso wichtig wie im Allgemeinen sind, berücksichtigt. Beide Aspekte wirken gleichermaßen und beeinflussen sich gegenseitig. Diese Prozesse wurden in den letzten Jahren durch neurologische Forschungen bestätigt: Psychosoziale Faktoren wirken unmittelbar auf die Struktur neuronaler Netzwerke.

Das Modell besagt aber vor allem auch, dass die erhöhte Verletzbarkeit geistig behinderter Menschen durchaus durch verschiedene Faktoren („Moderatorvariablen“) positiv beeinflusst werden kann. Diese Moderatorvariablen sind die Grundlage für die psychologische und in Zusammenarbeit mit dem Betreuerteam pädagogische Arbeit.

Zu den wesentlichen Faktoren, die in der psychologischen Arbeit wirksam werden sollen, zählen die Gestaltung eines geeigneten sozialen Umfeldes, das Vermitteln von sozialen Kompetenzen und das Erlernen von Coping (Bewältigung)-Strategien mit dem Ziel, in gemeinsamer psychologisch-pädagogischer Arbeit die individuelle Verletzbarkeit der Bewohner langfristig zu reduzieren, ihre persönliche Resilienz zu stärken und sie damit weniger anfällig für Stress zu machen.

Für Psychologen heißt das, die kleinsten Möglichkeiten zur Selbstwirksamkeit und zur Einflussnahme auf die eigene Lebenssituation auch bei schwerster geistiger Behinderung aufzugreifen und zu stärken. Das beinhaltet aber auch die Stärkung der Fähigkeit zur Kommunikation, zur Entwicklung der vorhandenen Ausdrucksmöglichkeiten und eines positiven zwischenmenschlichen Austausches.

5.7 Erwartungen bezüglich der Wirksamkeit und Effizienz der psychologischen/psychotherapeutischen Betreuung

5.7.1 Die häufigsten Gründe für den Wunsch nach einer Therapie

Es wird davon ausgegangen, dass eine psychologische und psychotherapeutische Begleitung bei geistig behinderten Menschen das gleiche bewirkt wie bei allen anderen Menschen auch, nämlich ein gestärktes Selbstbewusstsein, eine Erweiterung der Kompetenzen und eine Stabilisierung des Selbstkonzeptes. Damit kann man mit psychotherapeutischen Mitteln eine positive

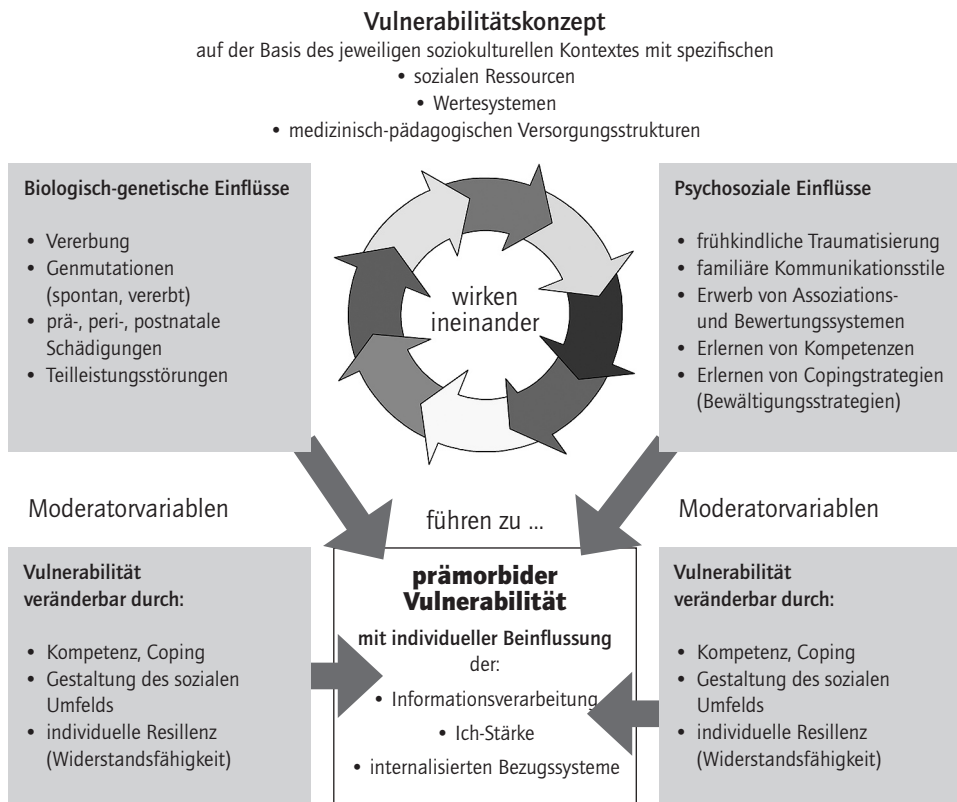


Abb. 13: Vulnerabilitätskonzept (Schanze 2007)

Veränderung des Verhaltens erreichen. Geistig behinderten Menschen, die eine Therapie erhalten, geht es wie vielen anderen Menschen darum, ein besseres Selbstwertgefühl zu entwickeln, eine andere, versöhnlichere Haltung zu sich selbst zu finden und damit weitere Entwicklungen überhaupt erst zu ermöglichen.

- Begleitung von kritischen Lebenssituationen (sehr häufig Beziehungsverluste, Umzug, Veränderungen in der Wohngruppe, Werkstatt oder im elterlichen Zuhause);
- Verhaltensbesonderheiten, die den Bewohner und seine Umwelt belasten;
- Psychische Erkrankungen (Depression, Schizophrenie);
- Umgang mit der Behinderung, Kränkungen, Abhängigkeiten von Helfern, passive Rolle als Hilfeempfänger, Fremdbestimmung;
- Fehlende Möglichkeiten der Kommunikation mit der Umwelt, zum Mitteilen von Wünschen, Bedürfnissen, Erfahrungen;
- Fehlende Möglichkeiten, sich im Lebensalltag zurechtzufinden;
- Belastungen durch die Lebenssituationen in Wohngruppen, Alltagskonflikte;
- Traumatisierungen, die bis heute nachwirken und das Leben und das Verhalten der betroffenen Bewohner mitbestimmen (Erfahrung von Misshandlungen und Vernachlässigungen, Aufwachsen und Erwachsenwerden in Psychiatrien, Krankenhäusern und verschiedenen Heimen).

5.7.2 Subjektive Erwartungen der Bewohner an ihre Therapie

Im Ergebnis möchten sie in den meisten Fällen:

- beachtet werden, Anerkennung bekommen;
- wichtig sein für das Leben in der Wohngruppe;
- das Gefühl bekommen, angenommen zu sein und ernst genommen zu werden;
- das Gefühl erhalten, gebraucht zu werden und etwas Sinnvolles für die Gemeinschaft tun zu können;
- hilfsbereit sein, nicht hilfbedürftig;
- sich als wertvoll akzeptiert empfinden.

5.8 Methoden im Therapieprozess

Die Therapie für Menschen mit geistiger Behinderung muss individuell auf den einzelnen Menschen zugeschnitten und methodenübergreifend sein sowie in den meisten Fällen das soziale Umfeld einbeziehen.

Die folgende Methoden sind Grundlage für die therapeutische Arbeit und werden entsprechend der Problemstellung und der Behinderung genutzt:

- rehistorisierende Diagnostik, Biografiearbeit;
- kontinuierliche Zusammenarbeit mit dem Betreuerteam und wichtigen Bezugspersonen;
- diagnostische Testverfahren (Testbatterie für geistig Behinderte; sensomotorisches Entwicklungsgitter; PAC-Leitfaden; Kaufmann-Testbatterie, Scenotest, Raven-Test);
- TEACCH-Konzept: Individuelle Strukturierungs- und Visualisierungshilfen insbesondere im Zusammenhang mit problematischen Erlebens- und Verhaltensweisen. Dabei geht es um einen Ansatz, der auf Kommunikation ausgerichtet ist, auf ein gegenseitiges sich Mitteilen und Verstehen, das im Alltag erlebbar wird, neue Gestaltungsfreiräume der Lebenssituation der Bewohner ermöglicht und die Fremdbestimmung weiter verringert. Das methodische Vorgehen basiert auf entwicklungspsychologischen und kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzepten;
- Verhaltensbeobachtung und Verhaltensanalyse/Problemanalyse anhand des S-O-R-C-K-Schemas, dieses Schema ist ein Modell, das sowohl das Verhalten als auch den Erwerb von Verhalten erklärt und eine Veränderung problematischer Verhaltensweisen und psychischer Auffälligkeiten ermöglicht;
- Erarbeiten und Trainieren von Copingstrategien für den Lebensalltag: Konflikte bewusst machen, Konflikte annehmen und stabiler bewältigen lernen und damit Verletzbarkeit und Anfälligkeit für psychischen Stress reduzieren;
- Methoden der nonverbalen Kommunikation (Sprachersetzende Ausdruckssysteme wie Löb-System, PICSYMS, Fotos u. a.) sowie technische Hilfen (Sprachcomputer) für Menschen, die nur schwer verständlich oder nicht sprechen können;
- Entspannungstechniken (Progressive Muskelrelaxation, Reise durch den Körper, Autogenes Training);
- Einzel- und Gruppentherapeutische Settings;
- Ansätze aus dem DBT-Konzept (Dialektisch-behaviorale Therapie), insbesondere das Erlernen von Fähigkeiten zur Gestaltung sozialer Beziehungen, soziales Kompetenztraining, Umgang mit Gefühlen mit dem Ziel, achtsam zu sein für positive Erfahrungen;
- Schulung der Leistungsvoraussetzungen wie Aufmerksamkeit, Konzentration, Mitarbeitsbereitschaft; Wahrnehmungsschulung;

- Ansätze der Prätherapie nach Prouty, insbesondere wenn die Sprache fehlt bzw. schwere psychische Erkrankungen vorliegen und eine Beziehungsgestaltung nicht gelingt (schizophrene, autistische schwer geistigbehinderte Menschen: Einfachste Tatsachen der Wahrnehmung konstatieren mit dem Ziel, die Realität und sich selber besser wahrnehmen.

5.9 Wirksamkeit der psychologischen Interventionen

In der Regel stehen Ursachen und Verhalten in einem komplizierten Zusammenhang, der über eine längere Zeit konditioniert wurde. Der Zugang zu Ursache – Wirkung ist dann oft nicht mehr herstellbar. Dafür ist eine enge Zusammenarbeit aller Beteiligten notwendig. Die Ergebnisse therapeutischer/psychologischer Interventionen sind deshalb prinzipiell eingebettet in die gemeinsame Arbeit aller am Betreuungsprozess Beteiligten mit dem Ziel, eine größtmögliche Selbständigkeit und Maximierung der Lebensqualität für Menschen mit Behinderungen, die im Alltag deutlich sichtbar wird, zu erreichen.

Die Zielerreichung wird anhand der QMS-Prozessbeschreibung ermittelt und bewertet. Dies erfolgt in Teamgesprächen, wo konkret über den Stand der Entwicklung und der Erreichung der gestellten Ziele und damit Beendigung oder Fortführung der Therapie diskutiert wird und Beschlüsse gefasst werden.

Ergebnisse der Arbeit zeigen sich insbesondere:

- in einer Verringerung von Verhaltensauffälligkeiten, insbesondere von Fremd- und Autoaggressionen;
- in Verringerung und Abbau von Ängsten, Unsicherheiten und Anspannungen in der Wohngruppe u. a. sozialen Situationen;
- in einem verbesserten Umgang mit Stresssituationen;
- im selbständigen Anwenden von Copingstrategien bei Stress im Wohn- und Lebensalltag;
- in Achtsamkeit und deutlicherer Selbstwahrnehmung eigener Bedürfnisse und adäquater Erfüllung im Alltag;
- in der selbständigen Nutzung von Entspannungsverfahren in Stresssituationen;
- in einer Verbesserung der zwischenmenschlichen Fähigkeiten;
- in Achtsamkeit für sich und andere;
- in Kompetenzen, sich selbständiger im Lebensalltag zurecht zu finden, unabhängiger vom Betreuer;
- in erhöhter Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit in vielen Lebensbereichen;
- in einer verbesserten Selbstwahrnehmung durch Biografiearbeit.

Insgesamt ist festzustellen, dass die psychologische Arbeit mit den Bewohnern nicht nur auf eine bloße Verhaltensänderung gerichtet sein kann.

Wichtig für Lebensfreude und Zufriedenheit sind dazu auch das Erleben von Gemeinschaft, die Kommunikation und eine sinnvolle strukturierte Tätigkeit, in deren Rahmen sich die Persönlichkeit entfalten kann und eine höhere Lebensqualität gewinnt.

6 Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger/mehrfacher Behinderung – Die Gründung der Gemeinwesen Integrierten Wohnanlage (GIW) in Schollene, Sachsen-Anhalt

Rolf Noftz

6.1 Enthospitalisierung

Der Begriff bedeutet die Wiederherstellung normalisierter Lebensumstände für Menschen mit Behinderungen nach langdauerndem Aufenthalt in Psychiatrischen Krankenhäusern. Die Kritik an den dortigen Verwahrzuständen richtet sich vor allem gegen gesellschaftliche Isolation (Vereinsamung durch eigenen Rückzug oder durch Ausschluss aus einer Gemeinschaft), umfassende Fremdbestimmung (der Begriff bezeichnet ein soziales Verhältnis von Über- und Unterordnung, das häufig mit Machtgefälle und Abhängigkeit verbunden ist). Möglichkeiten der Lebensgestaltung und Bewegungsspielraum einer abhängigen Person werden von Außenstehenden festgelegt – im Falle behinderter Menschen häufig „in bester Absicht und zu ihrem Schutz“. Fremdbestimmung kann durch einzelne Personen (z. B. Erziehungsberechtigte, Partner), Personengruppen (z. B. Fachleute) und Institutionen (z. B. Behinderteneinrichtungen, Behörden, politische Gruppierungen) ausgeübt werden. Therapeutischer Nihilismus, räumliche Enge, sinnentleerte Tagesabläufe, medikamentöse Ruhigstellung und objektivierender Umgang sind weitere Merkmale fremdbestimmter Hospitalisierung.

Enthospitalisierungskonzepte (nach Egli, J./Haltiner, R. 1997 und Theunissen, G. 1989) verlangen dringend ein gründliches Überdenken der Hospitalisierungsprozesse. Hinter dem sekundären Problem der Verwahrung muss das primäre Problem der Ausgrenzung aus Familien und Heimen gesehen werden. Lange wurde versucht, soziale Probleme dadurch zu lösen, dass Personen mit abweichendem Verhalten als krank bezeichnet und in Psychiatrische Krankenhäuser eingewiesen wurden. Enthospitalisierung kann deshalb nur erfolgreich sein, wenn außerhalb der Krankenhäuser institutionell abgesicherte Lebensräume (konkreter Ort und zugleich nicht konkret erfassbare Sphäre, in denen sich das Leben Einzelner oder von Gemeinschaften vollzieht) auch für Menschen mit geistiger Behinderung und stark normabweichenden Verhaltensweisen zugänglich sind. Enthospitalisierung beginnt bei der Vermeidung neuer Hospitalisation. Während die Forderung nach Enthospitalisierung behinderter Langzeitpatienten heute fachlich unbestritten ist, besteht doch ein großes Defizit in ihrer flächendeckenden Umsetzung. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass sie optimal durch den Aufbau regionaler Einrichtungs-Verbünde gefördert wird, die auf Ausgrenzung von Menschen mit geistiger Behinderung und psychosozialen Auffälligkeiten verzichten und sich auf notwendige Bildungsangebote einlassen.

6.2 Auswirkungen auf den Menschen

Welche Folgen diese Fehlplatzierung für viele mit sich brachte und noch heute mit sich bringt, hat Jervis 1978 treffend herausgestellt:

„Der Patient verschließt sich langsam immer mehr in sich selbst, wird energielos, abhängig, gleichgültig, träge, schmutzig, oft widerspenstig, regrediert auf infantile Verhaltensweisen, entwickelt starre Haltungen und sonderbare stereo-

type Ticks, passt sich einer extrem beschränkten und armseligen Lebensroutine an, aus der er nicht einmal mehr ausbrechen möchte, und baut sich oft als eine Art Tröstung Wahnvorstellungen auf, die auch in Konzentrationslagern festgestellt worden sind.“ (Jervis, G. 1978)

Dahinter verbergen sich institutionelle Bedingungen, die der Bedürfnis- oder Interessenlage sowie den Lebensentwürfen der betroffenen behinderten Menschen in keiner Weise gerecht wurden oder werden.

Die vorausgegangenen Ausführungen legen den Schluss nahe, dass der Anteil von Verhaltensauffälligkeiten/psychischen Störungen bei Menschen mit geistiger Behinderung, die als fehlplaziert gelten, hoch ist. (Lingg/Theunissen 1997) Daraus ist aber nicht grundsätzlich eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit abzuleiten, da ein großer Teil dieser Auffälligkeiten durch eine lebensweltbezogene Behindertenarbeit abgebaut oder kompensiert werden kann.

6.3 Zustände in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts

Für die schwerbehinderten Heimbewohner war die Situation in damaligen Anstalten besonders schlimm. Schon die abwertenden Bezeichnungen (die Heimbewohner wurden im offiziellen Sprachgebrauch als „Idioten“, „Blöde“, „Krüppel“ oder „Sieche“ bezeichnet) machen die Abgrenzung von sogenannten „Gesunden“ und „Normalen“ deutlich. Für sie gab es keine Erziehung und keine Schule. Sie wurden nur „gepflegt“; kamen somit auch nie in den Speisesaal der Anstalt; nahmen nicht an Andachten und Festen teil und hatten weder Beschäftigung noch Arbeit. Die von H. W. Scheuing (1997) zitierten Zeitzeugen beschrieben deren Situation als erschreckend: Sie waren in Sälen zusammengepfercht, viele lagen immer im Bett und waren dort angebunden. Einige waren auch an Stühlen fixiert, sie koteten und nässten ein und galten als aggressiv. Besucher dieser Abteilungen empfanden die Heimbewohner als „Monster“; sie seien wie Tiere, man könne sie nicht als Menschen bezeichnen. In diesen „Aufbewahrungsabteilungen“ gab es keine oder nur sehr wenig ausgebildete Schwestern oder Pfleger. Die Pflege beschränkte sich auf die Verteilung des Essens und gelegentlich Waschen und Baden, sonst waren diese Menschen sich selbst und in der Regel damit ihrer Verzweiflung überlassen. Auch die medizinische Versorgung war dürftig, was zu hohen Sterberaten führte. Schon vor dem Dritten Reich wurde der Tod dieser Menschen als Erlösung angesehen.

Auch den behinderten Menschen, die zu Hause lebten, ging es nach Augenzeugenberichten nicht gut. Sie konnten nicht auf Verständnis der Bevölkerung und häufig auch nicht auf Verständnis in der eigenen Familie hoffen. Viele wurden verspottet oder ausgenutzt, und während des Dritten Reiches mussten sie häufig in Kammern, Schränken und Ställen versteckt werden.

6.4 Paradigmenwechsel

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts brachte die Idee der „Normalisierung“, die hauptsächlich aus den skandinavischen Ländern übernommen wurde, einen weiteren Paradigmenwechsel. Schon 1958 bei Nils Erik Bank-Mikkelsen, Leiter des dänischen Dienstes für Menschen mit geistiger Behinderung, der als Urheber dieses Prinzips gilt und 10 Jahre später bei Bengt Nirje, dem Ombudsmann der schwedischen Elternvereinigung, der diesen Begriff in die Literatur einführte, wurde die veränderte Sichtweise deutlich: Behinderten Menschen sollte jetzt gestattet werden, so normal wie möglich zu leben. Dieses Prinzip wurde vor allem als Gegengewicht gegen die de-normalisierenden inhumanen Bedingungen, die zu dieser Zeit in Heimeinrichtungen herrschten, verstanden. (Barteld, I. 2003, S. 273)

6.5 Die Lage in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, BRD

Die Versorgungslage hatte sich nach dem Krieg in den Einrichtungen eklatant verschlechtert, was zu Abmagerung, Bettlägerigkeit bis hin zu Hungertod vieler Patienten und behinderter Menschen führte. Ferner war aufgrund der Zerstörung, Verwahrlosung und Fremdbelegung von Gebäuden in vielen Anstalten ein menschenunwürdiger Zustand vorzufinden. Trotzdem kam es schon in den Nachkriegsjahren zu einem rasch ansteigenden Bettenbedarf, der sich dadurch ergab, dass viele Menschen mit geistiger Behinderung woanders nicht unterkommen konnten. So kann das Jahr 1945 nicht als Neuanfang beschrieben werden. Zwar wurden nun Menschen mit geistiger Behinderung nicht mehr bewusst und gezielt getötet. Ein biologistisch-nihilistisches Menschenbild „Abgeschoben, isoliert, vergessen“ (Theunissen, G., 1983) war jedoch bis zumindest in die 60er Jahre hinein dominierend.

Dank fortschreitender Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin konnten schon in den 50er und 60er Jahren Säuglinge und Kinder mit schwerster geistiger Behinderung im größeren Umfang als zuvor überleben. Aufgrund fehlender Hilfsangebote und pädagogischer Einrichtungen waren es wiederum die staatlichen psychiatrischen Krankenhäuser, die sich dieses Personenkreises annehmen mussten. Dies führte in den 60er Jahren zu drastischen Überbelegungen und zu einer damit einhergehenden Personalknappheit. Ende der 60er Jahre kamen die psychiatrischen Krankenhäuser zunehmend ins Kreuzfeuer der Kritik: Fachleute und Fachverbände kritisierten die unzureichende Behandlung und Unterbringung geistig behinderter Menschen, da in der Zwischenzeit pädagogische, psychotherapeutische und sozialpsychiatrische Konzepte vorlagen, die eine weitaus größere Entwicklungsmöglichkeit geistig behinderter Menschen zum Inhalt hatten. (Barteld, I. 2003)

Die Gesamtsituation führte Anfang der 70er Jahre zu einer Diskussion im Deutschen Bundestag, als deren Folge eine Enquetekommission eingesetzt wurde, die die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland untersuchen sollte. Sie legte 1975 ein umfassendes Gutachten vor, in dem tief greifende Reformen gefordert wurden. In Bezug auf die Versorgung geistig behinderter Menschen wurde unmissverständlich betont, dass das psychiatrische Krankenhaus für die Behandlung und Betreuung dieser Personengruppe prinzipiell nicht geeignet sei. Geistig Behinderte bedürften in erster Linie einer heilpädagogisch-sozialtherapeutischen Betreuung, die ihnen in der Regel in hierfür geeigneten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses angeboten werden sollte.

„... Die Versorgung psychisch Kranker und erwachsener geistig behinderter Menschen muss getrennt werden. Geistig Behinderte leben in psychiatrischen Krankenhäusern überwiegend nur deshalb, weil andere beschützende Wohnangebote für sie fehlen ... Die Versorgung erwachsener geistig behinderter Menschen soll künftig nicht mehr innerhalb psychiatrischer Behandlungszentren stattfinden.“ (Niehoff U., Kräling K., Theunissen G. 2001, S. 14)

Diese Aussagen waren mit ausschlaggebend für die darauf folgenden Reformen (Enthospitalisierungsprogramme) auf dem Gebiete der Betreuung von geistig behinderten Menschen, die in diesem Zusammenhang als „fehlplaziert“ in psychiatrischen Einrichtungen eingestuft wurden. Ende der 70er Jahre begannen die konkreten Bemühungen um die Veränderung der Situation geistig behinderter Menschen in psychiatrischen Kliniken:

In den Bundesländern wurden erste Programme zur Enthospitalisierung geistig Behinderter diskutiert und umgesetzt. Diese Enthospitalisierungsprogramme führten zu einer Verbesserung der Lebenssituation geistig behinderter Menschen und zur Integration vieler geistig behinderter Menschen in gemeindenaher familienähnlich strukturierte Einrichtungen.

6.6 Die Lage in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhundert, DDR

Wie in der Bundesrepublik war auch in der DDR die Versorgungslage behinderter Menschen in der Nachkriegszeit katastrophal. Anfang der 50er Jahre wurden Gesetze verabschiedet, die die Versorgung behinderter Menschen in der DDR regeln sollten. Dabei wurde die „Rehabilitation“ zu einem Leitprinzip der gesamten Behindertenhilfe, wie in Kapitel 1 bereits ausgeführt.

Bis zur „Wende“ gab es ein staatlich durchorganisiertes, transparentes und durchaus breit angelegtes System rehabilitativer Hilfen, wie es am Beispiel des Stadtbezirksrehabilitationszentrums Berlin-Lichtenberg in Kap. 1.1.4 erläutert worden ist.

Sofern geistig und mehrfachbehinderte Personen jedes Alters auf Grund ihres intellektuellen Entwicklungsstandes keine Aufnahme in rehabilitationspädagogisch orientierten Bildungs- oder Fördereinrichtungen sowie geschützten Werkstätten finden konnten, blieben sie entweder im Familienverband oder wurden in Psychiatrischen Fachkrankenhäusern oder Anstalten untergebracht. Alle Bestrebungen, die bereits im Jahre 1963 auf einer internationalen Konferenz in Rodewisch/Sachsen zur Öffnung der stationären Psychiatrie im Hinblick auf eine mit allen Formen der Psychiatrie einhergehenden Rehabilitation in Thesen gefasst worden waren, konnten bei allen Bemühungen, sie umzusetzen, Fehlentwicklungen nicht vermeiden. Das „Heim für Geschädigte“ am Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie in Berlin-Lichtenberg liefert, wie in Kapitel 1.1 beschrieben, dafür ein trauriges Beispiel. Darüber hinaus betonten Theunissen und Garlipp, dass die inhumanen Zustände in den Pflegeeinrichtungen und psychiatrischen Anstalten keineswegs ein DDR-spezifisches Problem waren. Ihr theoretischer Bezugspunkt war das „klassische psychiatrische Modell“, welches auch in den westlichen Staaten viele Jahrzehnte handlungsbestimmende Funktion hatte. Im Vergleich zum westlichen Ausland und der BRD konnte in der DDR trotz der Rodewischer und der 1976 nachfolgenden Brandenburger Thesen diese Denkfikur gegenüber als „förderungsunfähig“ bezeichneten Personen nur allmählich überwunden werden, indem sie als „elementar förderungsfähig“ erkannt und in Rehabilitationsmaßnahmen einbezogen worden sind.

6.7 Vorhaben nach der Vereinigung von Ost und West

Unmissverständlich war die Empfehlung eines schon kurz nach der „Wende“ veröffentlichten Gutachtens zur Lage der Psychiatrie in den neuen Ländern: „Bildung heilpädagogischer (Förder-) Bereiche unter pädagogischer Leitung und Enthospitalisierung geistig behinderter Menschen in Verbindung mit dem Aufbau wohnortnaher Einrichtungen, die in die regionale Versorgungsverpflichtung für geistig Behinderte eingebunden werden sollen.“ (LdP 1991)

Der Auftrag an Politik und Behindertenarbeit war damit eindeutig: Keine Priorisierung von Umbauten oder Neubauten innerhalb bestehender Behindertenanstalten oder psychiatrischer Einrichtungen, sondern Schaffung gemeindenaher Wohnformen „dezentral in Wohngebiete eingestreut“ (ebd., 44 f.). Einige Sozialministerien der neuen Länder (Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt) reagierten auf diese Empfehlungen, indem sie in Anlehnung an Erfahrungen auf dem Gebiete der Enthospitalisierung geistig behinderter Menschen im Rheinland, in Hessen und in Bremen (hierzu Theunissen, G. 1994 a). Sofortprogramme und Enthospitalisierungsmaßnahmen einleiteten mit dem Ziel, „ein Netz regionaler ambulanter und teilstationärer Hilfen für Menschen mit Behinderungen *aufzubauen* und große Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderungen zugunsten kleinerer Einheiten in Verbundsystemen *abzubauen*“ (Kuppe, G. 1998, S. 15-30).

Die Konferenz der Bundesvereinigung der Lebenshilfe im Dezember 1993 signalisierte mit ihrem „Magdeburger Appell“, die dringende Handlungsnotwendigkeit auf dem Weg der Enthospitalisierung in den neuen Bundesländern.

Dass fehlplatziert untergebrachte Menschen mit geistiger Behinderung so normal wie möglich leben können, erforderte aus Sicht der Konferenzteilnehmer Sofortmaßnahmen. Will man mit Hilfe des Normalisierungsprinzips und des Integrationsgedankens Enthospitalisierung genauer bestimmen, ist zwischen einem formalen und einem inhaltlichen Bereich zu unterscheiden, die jedoch beide miteinander verzahnt sind und einander bedingen.

Formale Enthospitalisierung:

- Gewährleistung der räumlichen, funktionalen und gesetzlichen Integration;
- Schaffung häuslicher Wohneinheiten, die im Wesentlichen dem entsprechen, was für den Großteil der Bevölkerung in dem entsprechenden Wohngebiet gilt;
- Bereitstellung von Arbeits-, Bildungs- und Freizeitangeboten außerhalb des Wohnbereichs für alle, d. h. auch für schwer- und mehrfachbehinderte Menschen;

Umsetzung des Regionalisierungsprinzips:

- Dezentralisierung und Anwendung des Selbstversorgungsprinzips;
- Bereitstellung von Assistenz;
- eine demokratisch-partnerschaftliche Organisationsstruktur.

Inhaltliche Enthospitalisierung:

- weitgehende Umsetzung der sozialen, personalen und gesellschaftlichen Integration;
- Achtung und Wertschätzung der Person des anderen (jedes behinderten Menschen);
- Beachtung und Respektierung der Bedürfnisse behinderter Menschen;
- größtmögliche Mit- und Selbstbestimmung jedes Einzelnen;
- normaler Tages-, Wochen- und Jahresrhythmus; normaler Lebenslauf;
- angemessene Beziehungen zwischen den Geschlechtern;
- Teilnahme an Arbeits-, Bildungs- und Freizeitmaßnahmen außerhalb des Wohnens ermöglichen;
- leistungsgerechte Entlohnung der Arbeit in der WfB usw.;
- Alltagsbegleitung bzw. Assistenz als Hilfe zur Selbsthilfe;
- psychosoziale (Lebens-)Hilfe und Angebote zur Bewältigung psychischer Probleme sowie zur Kompensation von Schäden, die durch die Hospitalisierung entstanden sind (Bewältigung von Verhaltensauffälligkeiten);
- Bereitstellung von Möglichkeiten und Förderung der personalen (inneren) Integration.

6.8 Gemeinwesen Integriertes Wohnen in Schollene, Sachsen-Anhalt¹

Schollene, ein Ort an der Landesgrenze zwischen Sachsen-Anhalt und Brandenburg, in den Niederungen der Havelwiesen gebettet, rückte 1994 in den Mittelpunkt einer Interessengemeinschaft. Der Verein Obhut e. V. und das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost entwarfen inmitten der Auseinandersetzung über Fehlplatzierung und Enthospitalisierung von 1994 bis zur Grundsteinlegung 1996 die Vision eines gemeindenahen Wohnens von Menschen mit und ohne Behinderungen.

¹ „GIW - Wohnanlage Mühlenberg gemeinnützige GmbH“ in Sachsen-Anhalt gegründet im Mai 1997.

Unterstützt vom politischen Willen der Verantwortlichen im Landesministerium Magdeburg, im Kreis Stendal und der Gemeinde Schollene, entstand bis zur Einweihung 1998 eine Gemeinwesen integrierte Wohnanlage (GIW) für Menschen mit und ohne Behinderungen.

6.8.1 Das Angebot 1996

Die Wohnanlage „Am Mühlenberg“ besteht aus 8 Wohngehöften und dem „Haus am See“. Gefördert durch das Ministerium für Wohnungswesen, Städtebau und Verkehr im Rahmen des Sozialen Wohnungsbaues wurden in 5 Wohngehöften

- 22 1-Personen-Wohnungen
- 8 2-Personen-Wohnungen

errichtet. Für den Bezug dieser Wohnungen ist ein Wohnberechtigungsschein erforderlich.

Unter den Mietern befinden sich gegenwärtig (31.12.2010) 19 Personen, die auf der Grundlage eines Wohn- und Betreuungsvertrages eine ambulante Begleitung durch die GIW erhalten. Einige dieser Mieter besuchen tagsüber die Werkstatt für behinderte Menschen in Schönhausen.

Seit dem 01.02.2010 hält die GIW „Flexible Betreuungsangebote für pflegebedürftige Menschen mit Demenz zur Entlastung der pflegenden Angehörigen in eigener Häuslichkeit“ vor. Für dieses niederschwellige Angebot hat die GIW die Anerkennung durch die Sozialagentur erhalten.

In 3 Gehöften wurden für 30 Menschen mit Behinderungen barrierefreie Wohngruppen mit familiennaher Struktur geschaffen. Die Bildung von heterogenen Gruppen hinsichtlich Geschlecht und Schweregrad der Behinderung der zukünftigen Bewohner wird angestrebt.

Die baulichen und räumlichen Bedingungen wurden so gestaltet, dass sie den behinderungs-spezifischen Bedürfnissen des Einzelnen sowie dem individuellen Anspruch nach Privatheit, Geborgenheit und Wohlbefinden Rechnung tragen, d.h. Möglichkeiten des Rückzuges, Raum für Aktivitäten, Einsatz technischer Hilfsmittel sind gegeben. Angelegt sind überwiegend Einzelzimmer. Die Raumstruktur ist aber so variabel gewählt worden, dass möglichen Partnerschaften angemessener gemeinsamer Wohnraum geboten werden kann.

Aufgenommen werden Menschen mit einer mittleren bis schweren geistigen und mehrfachen Behinderung, die nicht mehr in ihrer Familie leben können oder wollen und eine Werkstatt für behinderte Menschen nicht, noch nicht bzw. nicht mehr besuchen.

Auszüge aus der GIW-Konzeption vom 30.09.1996 zeigen, dass Forderungen, wie sie z.B. der „Magdeburger Appell“ erhebt, sich in den Ausführungen wiederfinden:

- Die Wohngruppen verstehen sich als Förder- und Trainingseinrichtung mit dem Ziel, die Integration der Bewohner in die Gesellschaft zu unterstützen und ihnen dabei ein weitgehend selbstbestimmtes „normales“ Leben zu ermöglichen. Eine wichtige Basis dafür ist die harmonische Atmosphäre, auf die besonderer Wert gelegt wird und die den Bewohnern ein Gefühl der Sicherheit und Geborgenheit vermittelt. Die Förderung der Kompetenzen kann im günstigsten Falle dazu führen, dass Nutzer später in einer Wohngemeinschaft oder in einer eigenen Wohnung leben können.
- Bei der Begleitung werden die Einschränkungen der Betroffenen berücksichtigt und gleichzeitig deren Fähigkeiten weiterentwickelt. Dazu wird für jeden Bewohner ein individuelles Förder- und Therapieprogramm erstellt, das abhängig von der jeweiligen Diagnose und dem Behinderungsgrad gestaltet ist und die psychosoziale Beratung mit einschließt.
- Die Förderung erstreckt sich auf alle Lebensbereiche; dazu gehören der Erwerb und die Festigung elementarer lebenspraktischer Fähigkeiten wie Selbstbedienung und Selbstversorgung, Wohntraining, Arbeiten (Zwei-Milieu-Prinzip), Freizeitgestaltung, Weiterbildung und die Entwicklung des Sozialverhaltens. Selbstbedienung und Selbstversorgung kann in den einfachsten Fällen darauf beschränkt sein, „selbständig essen und sich selbständig an- und ausziehen zu können.“

Angestrebt wird, dass alle Bewohner tagsüber einer Beschäftigung nachgehen. Damit wird dem Bedürfnis eines jeden Bewohners, einer seinen Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit auszuüben, entsprochen. Für die Realisierung der Beschäftigungsangebote steht im Rahmen des Zwei-Milieu-Prinzips die fußläufig zu erreichende Tagesförderstätte der GIW „Haus am Wall“ zur Verfügung. Ein Schwerpunkt im „Haus am Wall“ ist die tiergestützte Therapie mit und durch Alpakas und die Keramikwerkstatt.

Konkrete Angebote zur Unterstützung der Freizeitgestaltung zielen sowohl auf Aktivierung und Wissensvermittlung als auch einfach auf Unterhaltung und Entspannung. Die regionalen Angebote werden genutzt.

Den Bewohnern wird die Möglichkeit geboten, an speziell auf die Bedürfnisse geistig behinderter Menschen zugeschnittenen Kursen zur Weiterbildung auf verschiedenen Gebieten – Lesen und Schreiben, Rechnen u. a. – teilzunehmen.

Therapeutische Maßnahmen, die in einem Gehöft durchgeführt werden, bestehen u. a. in physiotherapeutischen und sporttherapeutischen Angeboten. Die GIW ist Mitglied von Special Olympics Deutschland.

Die Mitarbeiter unterstützen die Bewohner bei allen Verrichtungen, die diese nicht allein beherrschen bzw. übernehmen deren Erledigung. Das Spektrum dieser Dienstleistungen reicht von der elementaren Körperpflege bis zur Wahrnehmung der Interessen der Bewohner bei Ämtern und anderen Institutionen.

Der Kontakt zu den gesetzlichen Betreuern und den Angehörigen wird gepflegt. In Versammlungen und individuellen Gesprächen mit Angehörigen werden Informationen ausgetauscht, Probleme erörtert und Lösungen gesucht. Es gibt einen Beirat bzw. Fürsprecher der Bewohner.

Das Mittagessen wird in den Wohngruppen oder im „Haus am Wall“ eingenommen. Es wird in der Regel in den Gruppen zubereitet. Der Einkauf erfolgt gemeinsam mit den Bewohnern.

Die Bettwäsche und Handtücher werden außerhalb der Wohngruppen gewaschen, die Oberbekleidung in den Gruppen unter Anleitung der Mitarbeiter.

Die Reinigung der Wohnräume soll unter Mithilfe der Bewohner erfolgen. Sanitär- und Nebenräume sowie gruppenübergreifende Räume werden durch eine Fremdfirma gereinigt.

Die medizinische Versorgung erfolgt außer Haus durch niedergelassene Ärzte.

Mit der Eröffnung der Gemeinwesen Integrierten Wohnanlage Schollene am 21.07.1998 wurde schnell deutlich, dass die unterschiedlichen Wohn- und Betreuungsangebote das Interesse in der Öffentlichkeit weckten.

Eltern, bestellte Betreuer, Vertreter von Institutionen und interessierte Menschen mit geistiger Behinderung nahmen die Möglichkeiten wahr und machten sich auf den Weg, um das Entstandene in Augenschein zu nehmen, einen Eindruck zu gewinnen. Binnen weniger Wochen war ein reges Interesse an den ambulanten und stationären Angeboten entstanden.

Mit einem Mal konnten ca. 90 Menschen neuen Wohnraum in einer Gemeinde mit 1.500 Bewohnern beziehen. Das war eine gewaltige Herausforderung für die „Alteingesessenen“ und für die „Neuen“. Es kamen Singles, Paare, Familien, Menschen mit kreativen Verhalten und Menschen mit schwerer geistiger Behinderung. Junge, Ältere, Tür an Tür miteinander lebend. Menschen mit und ohne Behinderungen leben auf einem Areal, so groß wie ein Fußballfeld.

Das Ziel, fehlplatzierten Menschen mit (schwerer) geistiger Behinderung, aus den Großeinrichtungen in der Region, z.B. Uchtsprünge, im Rahmen des Enthospitalisierungsprogramm ein Leben so normal wie möglich zu ermöglichen, konnte nur aufgrund des beherzten Einsatzes von gesetzlichen Betreuern bei vier Interessenten umgesetzt werden. Noch 1997 waren Zustände in der o.g. Großeinrichtung vorhanden, die mit den beschriebenen Zuständen Mitte der 70er Jahre vergleichbar erschienen.

Die Veränderungen beim Umzug in eine neue Wohnsituation führen bei dem Personenkreis mit (schwerer) geistiger Behinderung anfangs zu einer großen Verunsicherung. Sie bieten aber gleichzeitig vielfältige Entwicklungschancen. Das trifft besonders dann zu, wie im Falle des Herrn B., wenn in der bisherigen Einrichtung keine heterogene Zusammensetzung der Gruppen existiert und die Gruppenstärke 10 Personen übersteigt.

In der Regel können Betreute von Wohneinrichtungen ihre Mitbewohner sich nicht selbst aussuchen. Der Umgang miteinander muss deshalb gelernt werden. Im Alltag einer Wohngruppe gibt es wechselseitige Anregungen, man profitiert voneinander. Der Umgang miteinander stärkt das Selbstbewusstsein und fördert soziale Verhaltensweisen. Fähigkeiten, die im vorherigen Wohnumfeld (z. B. Elternhaus, Großeinrichtung) nicht erworben wurden, werden in der Gruppe nach einiger Zeit selbstverständlich beherrscht (wie Mithilfe im Haushalt, Geschirrspüler ausräumen, Müll entsorgen, Einkaufen). Die Bewohner gewinnen in manchen lebenspraktischen Bereichen an Selbständigkeit und treffen autonome Entscheidungen.

Problemverhalten gilt es, unter Beteiligung aller Bezugspersonen zu verstehen und durch gezielte pädagogisch-therapeutische Maßnahmen allmählich abzubauen. Im Zusammenleben gibt es immer wieder Konfliktbereiche und Grenzen der Selbstbestimmung. Dies sind Anlässe zu lernen, sich für die eigenen Interessen in der Gruppe einzusetzen, sich gegen andere zu wehren, aber auch, sich in das Gruppenleben einzufügen und die Grenzen anderer zu respektieren. Das Wohnen in Einzelzimmern bietet Rückzugsmöglichkeiten, die jeder Mensch zu seinem Wohlbefinden zeitweise benötigt.

Die angestrebte und notwendige Integration von Menschen mit Behinderungen setzt voraus, dass Begegnungen im Alltag stattfinden, in denen ein gegenseitiges Wahrnehmen und Kennenlernen möglich ist. Erfahrungen haben gezeigt, in welcher Weise auch Menschen, die als schwer geistig behindert gelten, ihre Bedürfnisse in gemeinwesenintegrierten Lebenszusammenhängen realisieren können. Sie profitieren von der Teilhabe am normalen öffentlichen Leben mit seinen vielfältigen Erlebnismöglichkeiten. Besuche der unterschiedlichen Geschäfte, Gaststätten, Apotheken, Märkte usw. bieten anregende Sinneseindrücke. Es kommt zu Begegnungen und Erfahrungen mit Menschen aller Altersstufen, ein wechselnder Personenkreis.

Andererseits erleben auch die Anwohner in der Umgebung Menschen mit Behinderungen, auch mit ihren Auffälligkeiten. Durch Kontakte im Dorf und der Umgebung, Besuchen von öffentlichen Veranstaltungen, wie Feuerwehrfest, Schollener Jahresfeiern, Sportereignissen, Drachenbootrennen, Bismarcklauf, Galerieausstellungen mit Arbeiten der Bewohner, Theateraufführungen u. a. m., sind sie in der Gesellschaft präsent. Man nimmt sich gegenseitig wahr. Es sind sicher überwiegend oberflächliche Kontakte, wie sie auch den Bedürfnissen vieler Menschen, die als (schwer) geistig behindert gelten, entsprechen. Auch sie wünschen keine größere Nähe, beobachten lieber aus der Distanz. Mit zunehmender Häufigkeit werden die Begegnungen im Super-

markt, beim Friseur, am Imbiss, in Geschäften usw. selbstverständlicher. Es entsteht ein gewisser wechselseitiger Bekanntheitsgrad. Man begrüßt sich, es gibt Anlässe zu einer Kommunikation. Bewohner mit leichter geistiger Behinderung gehen eher auf ihre Mitmenschen zu. Sie nehmen auf ihre Art Kontakt auf, sprechen sie vielleicht an: „Wer bist du, wo wohnst du, was machst du?“ Diese Offenheit baut Berührungsängste des Gegenübers ab. Wenn Kommunikation möglich ist, fällt die Kontaktaufnahme leichter. Wenn Menschen mit Behinderungen im unmittelbaren Lebensraum einer Gemeinde leben, treten z. B. auch Kinder mit ihnen in Kontakt und werden damit groß. Als Erwachsene gehören dann behinderte Menschen zur Normalität. Wichtig ist, dass beide Seiten die Möglichkeit des Kennenlernens in der Öffentlichkeit bekommen.

Wie schon beschrieben, nutzen 4 Bewohner aus der damaligen Großeinrichtung, mit großer Unterstützung ihrer gesetzlichen Vertreter, das Wohnangebot auf dem „Mühlenberg“. Die zum damaligen Zeitpunkt beschriebenen Beeinträchtigungen und der sich daraus abgeleitete Hilfebedarf haben sich aufgrund der neuen Rahmenbedingungen erheblich verändert. In den Entlassungspapieren wurde u. a. beschrieben, dass eine Person bei schweren Auffälligkeiten fixiert werden musste. Auch die Unterbringung in einer geschlossenen Abteilung war aus Sicht der Fachkräfte bei einer Person notwendig. Zurückgezogenheit, emotionale Vereinsamung, kaum soziale Kontakte außerhalb des Wohnbereiches, fehlendes Training von Kompetenzen waren aus den vorherigen Berichten zu entnehmen.

Alle 4 Personen sind heute in ihren Wohngruppen sehr gut integriert. Keiner wurde fixiert. Je nach Kompetenzen hat der Personenkreis im lebenspraktischen Bereich Aufgaben in der Wohngruppe übernommen. Es werden in den Berichten Vorlieben der Betreuten beschrieben, wie Aufenthalt in der Natur, Baden in der Wanne oder seinen eigenen Rollstuhl schieben, Musik zur Entspannung hören, festen Kontakt mit zwei Hunden pflegen, die Nähe der anderen genießen, Freundschaft, Feste feiern. Sie lassen erkennen, dass Raum und Platz für die individuelle Entfaltung vorhanden sind. Für alle 4 Bewohner werden Ziele zur Förderung oder Stabilisierung in allen Lebensbereichen gesetzt und die Fortschritte dokumentiert. Schwerpunkte können u. a. das Aufräumen im eigenen Zimmer, die Reinigung des Wohnbereiches, Wäsche waschen, Essenzubereitung, persönliche Hygiene, Sozialverhalten, Arbeit/Beschäftigung darstellen. Sie nutzen je nach Bedarf die Ergotherapie und Physiotherapie in der Wohnanlage.

Die Nachfrage nach Heimplätzen in der GIW ist groß und die Auslastung der Kapazität stellt kein Problem dar. Seit 2010 wurden in Abstimmung mit der Sozialagentur und der Heimaufsicht und nach Zustimmung durch das Bauordnungsamt des Landkreises Stendal 4 zusätzliche Plätze „intensiv betreutes Wohnen“ geschaffen. Die Plätze, die der Heimgesetzgebung unterliegen, befinden sich in 3 Dachgeschosswohnungen.

Das „intensiv betreute Wohnen“ rundet als „Zwischenschritt“ das Angebot der GIW ab und ist ein weiteres Beispiel für das erfolgreiche Projekt „Gemeinwesen Integriertes Wohnen“ auf dem Mühlenberg in Schollene.

7 Vom Freizeitklub für Menschen mit geistigen/mehrfachen Behinderungen zur Begegnungsstätte¹

Klaus-Peter Becker und Helmut Siebert

Die Bezeichnung Freizeitklub löst gewöhnlich die Vorstellung von einem geräumigen und vielseitig ausgestatteten Ort aus, in dem sich in erster Linie Jugendliche treffen. Nichts von alledem trifft auf das Jahr 1983 zu. Die im April 1983 gegründete Stadtbezirksstelle für Rehabilitation hatte zunächst alle Hände voll zu tun, um die vorhandenen Rehabilitationseinrichtungen zu einer funktionstüchtigen Einheit unter ihrem Dach zu vereinigen. Das Ziel einer komplexen Rehabilitation diente als Orientierung. Umso schmerzlicher fiel auf, dass eine Möglichkeit außerhalb der institutionalisierten Einrichtungen fehlte, wo sich Menschen mit Behinderungen je nach ihrer Interessenlage und nach eigenem Belieben treffen konnten – möglichst auch mit Nachbarn und Bekannten.

Für den Leiter der Stadtbezirksstelle für Rehabilitation, dem Diplompädagogen Helmut Siebert, lag nichts näher, als diese Lücke zu schließen.

Die zielgerichtete Arbeit mündete 1986 in die Erarbeitung eines sogenannten Jahreskulturplanes der Stadtbezirksstelle für Rehabilitation.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der verschiedenen Einrichtungen, die sich besonders für Kultur, Freizeit und Sport interessierten, übernahmen die Verantwortung für bestimmte Aufgaben.

So organisierte beispielsweise die Psychologin der Rehabilitationspädagogischen Tagesstätte in der Volkradstraße in der barrierefreien Bibliothek am Anton-Saefkow-Platz vierteljährlich spezielle Veranstaltungen für Rollstuhlfahrer und deren Familienangehörigen. Im ebenfalls barrierefreien Studio „Bildender Künstler“ in der John-Sieg-Straße fanden Mal-, Bastel- und Keramikzirkel für „geschädigte Kinder und Jugendliche“ statt, geleitet durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Tagesstätten.

Die Leiterin der Tagesstätte in der Archenholdstraße organisierte einen Basar anlässlich des „Drushba-Festes“ im Juni 1985 und der Leiter des Dauerheimes war für die Durchführung des 2. Sportfestes der Berliner Rehabilitationspädagogischen Tagesstätte auf dem Lichtenberger „Zachertsportplatz“ verantwortlich.

Die Fülle der Veranstaltungen und ihre Vielfältigkeit konnten aber bereits 1987 nicht mehr „so nebenbei“ bewältigt werden und es wurde eine „Klubleiterin“ gesucht.

Frau Brigitte Prang, langjährige Fachkraft in der Rehabilitationspädagogischen Tagesstätte in der Volkradstraße brachte die Voraussetzungen mit und wurde mit der Leitung der Kulturarbeit betraut. Ihr kam aus ihrer bisherigen Tätigkeit sowohl der Kontakt mit den Eltern von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit geistiger Behinderung als auch mit der einer Fürsorgerin der Stadtbezirksstelle, Frau Eva Hartmann, zustatten.

¹ Dieses Kapitel fußt u. a. auf Erinnerungen, Erfahrungs- und Erlebnisberichten von Frau Prang, Frau Hartmann sowie Besuchern des Klubs, deren Angehörigen und ehrenamtlichen Mitarbeitern.

Es galt zunächst, Interessenten ausfindig zu machen und vor allem, deren Wünsche nach einer Freizeitgestaltung kennen zu lernen. Das Entgegenkommen des Klubs der Werktätigen „Erich Rohde“ aus Lichtenberg in der Frankfurter Allee, seine ebenerdigen Räume zur Verfügung zu stellen, ließen die Wünsche auch für Rollstuhlfahrer in greifbare Nähe rücken.

Es bildeten sich schnell zwei Gruppen, die Rollstuhlfahrer und die „Fußläufigen“. Sie brachten ihre Vorstellungen zu Papier. Der erste Veranstaltungsplan sah folgende Angebote vor:

- Disco, einmal monatlich, Eintritt 1,00 Mark der DDR, Selbstverpflegung (geschmierte Schrippen),
- Wanderungen, Kinobesuche, Geburtstagsfeiern bei Kaffee und Kuchen,
- „Rolli“-Spezialveranstaltungen mit der Volkspolizei zum verkehrsgerechten und sicheren Verhalten im Straßenverkehr,
- Treffen der Gehörlosen- und Schwerhörigengruppen.

Der Besuch von Veranstaltungen des schon bestehenden Klubs für Behinderte im Stadtbezirk Marzahn bereicherte die Palette und stimulierte die eigenen Bemühungen um einen Klub.

Die Veranstaltungen nahmen dank der Unterstützung ehrenamtlicher Kräfte weiterhin an Vielfalt zu und erfreuten sich eines zunehmenden Zuspruchs. Als herausragende Ereignisse verdienen hervorgehoben zu werden:

- die seit 1985 jährlich stattfindenden Spiel- und Sportfeste der Berliner Rehabilitationspädagogischen Tagesstätten im Lichtenberger Alfred-Neumann-Sportplatz (Zachertstraße),
- die erste 14-tägige Reise in die Jugendherberge Halbendorf bei Selbstverpflegung und eigener Kostenübernahme. 2 Betreuer übernahmen die Gestaltung der gesamten Reise und die Verantwortung für 24 Menschen mit Behinderungen.

Im Dezember 1987 wurde ein Keramikatelier als Einrichtung des Kreiskabinetts für Kulturarbeit in der Frankfurter Allee, Nähe S- und U-Bahnhof Lichtenberg, eröffnet. Von Anfang an war die Nutzung des Keramikateliers auch für Menschen mit Behinderung (auch Rollstuhlfahrer) vorgesehen. Für die Organisation war die Stadtbezirksstelle für Rehabilitation zuständig.

Der Leiter des Studios unterstützte die Betreuer sachkundig bei der Anleitung der „Keramiker“. Sie bemerkten im Eifer ihrer Tätigkeit gar nicht, wie sie Aufmerksamkeit und Konzentration übten, ihre motorischen Fähigkeiten und Fertigkeiten entwickelten sowie Vertrauen in ihre eigene Leistung bekamen und miteinander kommunizierten. Exemplarisch lässt sich am Modellieren, Bemalen, Lasieren und Brennen und all den weiteren Aktivitäten in der Keramikwerkstatt zeigen, was für rehabilitative Potenziale in der Freizeitgestaltung stecken und indirekt freigesetzt werden.

Die stürmische Weiterentwicklung der Stadtbezirksstelle für Rehabilitation zum Rehabilitationszentrum des Stadtbezirks Lichtenberg hatte auch Auswirkungen auf die Kulturarbeit. In der Bernhard-Bästlein-Straße 10-12 errichtet das Zentrum 1988 in einer ehemaligen Kinderkombination ein geschütztes Wohnheim mit 20 Plätzen und eine Geschützte Werkstatt mit 60 Plätzen.

Die bisherige Tagesstätte in der Archenholdstraße 102 konnte deshalb geschlossen und die Räumlichkeiten einer neuen Nutzung zugeführt werden. Was lag näher, als den längst fälligen Freizeitklub in diesen Räumen anzusiedeln.

In einer beispielhaften Selbsthilfeaktion, an der sich die Besucher mit einer geistigen Behinderung ebenso beteiligten, wie Hörgeschädigte, Rollstuhlfahrer, andere Körperbehinderte und viele

Angehörige, wurden die Räume hergerichtet. Die Arbeiter-Wohnungsbau-Gesellschaft spendete 60.000 Mark der DDR, mit deren Hilfe der Klub möbliert, freundlich ausgestaltet und mit einer Musikanlage ausgestattet werden konnte. Nicht einmal ein Jahr war vergangen, dann konnte im November 1989 die offizielle Eröffnung des Klubs als Bereich Kultur und Bildung des Rehabilitationszentrums Berlin-Lichtenberg stattfinden. Frau Prang übernahm dessen Leitung und übte sie über zwanzig Jahre erfolgreich aus.

Unter den neuen gesellschaftlichen Bedingungen nach 1990 entwickelte sich der Klub in vielerlei Hinsicht weiter.

Dabei gab es zahlreiche Unterstützer. So erhielt der Klub im stürmischen Wendejahr seinen ersten Farbfernsehapparat. Er wurde von den Blaupunktwerken in Hildesheim auf Vermittlung von Herrn Oberstudienrat Friedrich-Wilhelm Jürgens gespendet. Leider konnten sich die Klubmitglieder nur wenige Monate an dem modernen Gerät erfreuen: es wurde Mitte 1990 bei einem Einbruch in den Klub entwendet.

Am 01.01.1992 wechselte die Verantwortung für den Klub von der Kommune Lichtenberg zum Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V. Zunächst war dieser Akt verbunden mit dem Kampf um finanzielle Mittel für Miete, Betriebskosten und die Finanzierung des Gehaltes der Klubleiterin. Der Vereinsvorstand wandte sich hilfeschend an den Senat von Berlin, die Robert-Bosch-Stiftung, die Deutsche Behindertenhilfe, Aktion Sorgenkind u. a. Stellen. Unterstützt wurden diese Bemühungen durch die Klubmitglieder selbst.

So schrieben diese am 10.03.1992 ebenfalls an die Senatsverwaltung für Soziales und baten um finanzielle Hilfe zur Erhaltung des Freizeitklubs.

Im Schreiben heißt es u. a.

„Unser Klub besteht seit November 1989. Aus einer Tagestätte für behinderte Jugendliche wurde der Klub von Behinderten und deren Angehörigen und Freunden in ehrenamtliche Tätigkeit umgebaut zu einer Begegnungsstätte für Rollstuhlfahrer, MS-Kranke, Personen mit chronischen Erkrankungen und geistig behinderte Bürger. Diese Räumlichkeiten werden auch von Senioren und von gemeinnützigen Vereinen und Verbänden (u. a. Berliner Behindertenverband, Sportgruppe Rehabilitation Berlin-Lichtenberg e.V.) genutzt. Eingerichtet wurde der Klub durch eine Spende der damaligen Arbeiter-Wohnungsgenossenschaft „Vorwärts“ und bis heute finanziert vom Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V.

Ab 01.03.1992 stehen Mietforderungen von 14 DM plus 1,50 DM Betriebskosten, insgesamt 15,50 DM pro m². Demzufolge wird bei einer Flächennutzung von 175 m² ein monatlicher Mietgesamtpreis von 2.712,50 DM (Kaltmiete) erhoben. Weitere Betriebskostenvoranschläge sind der Senatsverwaltung mit dem vom 09.07.1991 auf dem Postwege zugegangen. Im Antwortschreiben vom 20.09.1991 wurde uns eine eventuelle Unterstützung ab 1992 zugesagt. Da die Miete für unsere Klubräume ab 01.02.1992 vom Vermieter in Rechnung gestellt wird, empfinden wir es als äußerst bedauerlich, dass auf das Senatsschreiben vom 20.09.1991 bis heute keine konkrete Handlung erfolgte. Die vom Senat in Aussicht gestellte finanzielle Zusage hätte schließlich bis spätestens 01.02.1992 konkretisiert werden müssen. Bei den anstehenden Mietkosten kann das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V. die Finanzierung des Klubs nicht mehr aufrechterhalten. Damit wäre das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V. genötigt, diese zurzeit einzige Begegnungsstätte für Behinderte und Nichtbehinderte (rollstuhlfahrgerecht, Behindertentoilette) im Stadtbezirk Lichtenberg zu schließen. Dieses Los wurde ca. 250 interessierte Behinderte in Lichtenberg treffen.

Wir bitten Sie, unser Anliegen ernsthaft zu prüfen und hoffen ganz dringend auf ihre wohlwollende Hilfe.

Wir danken für Ihre Bemühungen und erwarten Ihren schriftlichen Bescheid.

Mit freundlichem Gruß

i.A. des Freizeitklubs (gez. Dr. Wiegand, gez. Riedl, gez. Br. Prang, gez. E. Jordan, gez. Gerda Langosch, gez. Uwe Schiller“

Die Bemühungen waren erfolgreich und seit 1992 erhält der Verein (seit 2008 die gleichnamige Stiftung) Zuwendungsmittel zum Betreiben des Klubs.

In den zurückliegenden Jahren nahm die Zahl der Klubbesucher stetig zu. Dazu kam, dass durch Gernot Buhrt eine Sportgemeinschaft gegründet wurde, die die Verbindung zur Bewegung „Special Olympics“ herstellte. Damit wurde die Klubarbeit um „Bewegung und Sport“ erweitert.

Monatsprogramme werden entwickelt und publik gemacht. Malen, Basteln und Gestalten; Stricken und Sticken; Billard und Dartspiel; Kochkurs; Arbeit am Computer sowie ein ABC-Kurs gehören zu dem Standardangebot. Die Wochenreisen finden jedes Jahr ein- bis zweimal statt. Sie führen weit über Berlin-Brandenburg hinaus. Höhepunkt war eine Segeltour auf einem „Salzschiff“ auf dem Wattenmeer mit 20 „Matrosen“. Für die Reisen der „Rollis“ wird stets ein Spezialbus gechartert. Inzwischen findet man in der Chronik solche Eintragungen, wie: „Wir grillten am Lagerfeuer in der Wüste Fuerteventuras, lernten die Nelkenverkäufer auf Mallorca kennen, sind eine tolle Gemeinschaft“.²

Als der Freizeitklub 1999 sein zehnjähriges Bestehen feierte, trug er den Namen Klub zu Recht. Er ist heute aus dem Ensemble der Einrichtungen der Stiftung nicht wegzudenken. Mit dem wachsenden Umfang an Aktivitäten sind aber auch die Ansprüche an die Räumlichkeiten gewachsen. Selbst nach den in den letzten Jahren durchgeführten umfangreichen Restaurations- und Modernisierungsarbeiten stoßen die Räumlichkeiten an die Grenzen ihrer Funktionalität. Hinzu kommt, dass trotz der Offenheit des Klubs für jedermann, die ortsansässigen Bewohner nicht zu den Besuchern zählen. Sie sind bestenfalls Zaungäste geblieben. Insofern ist ein Ziel der Klubentwicklung, zur Begegnungsstätte zu werden, noch nicht erreicht. Eine Ursache könnte darin zu suchen sein, dass sich die Lage des Klubs etwas abseits von den Verkehrsströmen im Stadtbezirk befindet. Die Konzentration von Menschen mit Behinderungen in dem Klub könnte Nichtbetroffene aus ganz unterschiedlichen Gründen abhalten, sich ihrerseits zu integrieren.

Das in Planung befindliche Generationenhaus in der Möllendorffstraße sieht vor, eine Kindertagesstätte, Herbergen für Kinder und für Erwachsene mit Behinderungen, ein Eltern-Kind-Café und auch den Freizeitklub als Teil einer Begegnungs- und Beratungsstätte aufzunehmen. Das Haus liegt in einem sozialen Brennpunkt des Stadtbezirks Lichtenberg. Das breit gefächerte Angebot des Freizeitklubs dürfte in diesem Umfeld auch das Interesse der ortsansässigen Bewohner wecken und deren Zuspuch finden. Das Generationenhaus wird nach seiner Fertigstellung im Jahre 2012 zeigen, ob es auch die Erwartungen an eine Begegnungsstätte erfüllt.

² Eine ehemalige Besucherin schrieb u. a.: „... Als betroffene Rollstuhlfahrerin aus Prenzlauer Berg war ich glücklich diesen Klub kennen zu lernen. Dort wurde ich anerkannt, akzeptiert und fühlte eine Dazugehörigkeit, die mir gut tat. Ich kann mich noch gut erinnern, wie sehr ich mich auf die monatlichen Treffs freute und ihnen entgegen fieberte ...“

8 Die Herberge

Madeleine Rottmann

8.1 Geschichte der Herberge –

Ein besonderes Projekt des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost ist die Herberge

Hier finden Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit geistigen und mehrfachen Behinderungen ein vorübergehendes Zuhause, wenn ihre Betreuungspersonen verhindert sind, sei es wegen des wohlverdienten Urlaubs, einer Kur oder Krankheit oder einer Krisensituation, sie zu versorgen.

Die Geburtsstunde der Herberge schlug 1990 in der Lichtenberger Grimnitzstraße 15. Ein sich dort befindendes Gästehaus des Dienstleistungsamtes für ausländische Vertretungen in der DDR wurde durch den Konversionsausschuss dem Rehabilitationszentrum zur Nutzung für Menschen mit Behinderungen übergeben. Das Gebäude wurde zunächst als Herberge bzw. als Einrichtung des „Familientlastenden Dienstes“ genutzt.

Da aber Heimplätze benötigt wurden und das Gebäude in der Grimnitzstraße ohne größere Umbauten eine Heimgruppe von 7 Personen aufnehmen konnte, zog die Herberge 1991 in das Vorderhaus Rheingoldstraße 9/10. Dieses Haus, eine ehemalige Dienststelle des Staatssicherheitsdienstes, war dem kommunalen Rehabilitationszentrum ebenfalls vom Konversionsausschuss zur Nutzung übergeben worden. Im Sommer 1992 erteilte die Senatsverwaltung für Jugend und Familie dem Betreiber der Herberge, seit 01.01.1992 war es der gemeinnützige Verein Rehabilitationszentrum Berlin-Ost, gemäß § 45 Abs. 1 des KJHG die Betriebserlaubnis und einen „vorläufigen Sonderpflegesatz 1992“. Damit waren alle bürokratischen Hürden genommen.

Die zweckdienliche und wirtschaftliche Nutzung des Gebäudes stellte sich aber zunehmend schwieriger dar. Deshalb erfolgte 1995 die Rückgabe des Hauses an das Bezirksamt. Damit verbunden war ein erneuter Umzug der Herberge in ein ehemaliges „Gästehaus“, diesmal in die Köpenicker Straße 56. Die Kapazität der Herberge erhöhte sich auf 7 Plätze. Allerdings war auch dieses Gebäude nicht barrierefrei. Erst mit dem 1997 abermals erfolgten Umzug in die Waldowallee 102 (der jetzigen Adresse), war die Herberge für Rollstuhlfahrer zugänglich. In das Haus führt eine Rampe und das Erdgeschoss ist barrierefrei. In den folgenden Jahren erfolgten umfangreiche Umbauten und die Neugestaltung des Außengeländes. Ab 2001 stieg die Kapazität auf 8 Plätze.

Als Folge der Erweiterung der Wohnstätten in dem Rehabilitationszentrum Berlin-Ost gGmbH (RBO) fanden auch solche Gäste der Herberge, die sich bislang länger aufgehalten hatten, schneller als zuvor eine endgültige Bleibe. Das führte in den Jahren 1998/1999 zu einem Einbruch in der Kapazitätsauslastung. Aufgrund dieser Situation musste die Herberge Anfang 1999 vorübergehend geschlossen werden. Aber bereits nach 5 Monaten, im Juni 1999, konnte sie den Betrieb wieder aufnehmen.

Der Bedarf und die Belegungszahlen hatten sich stabilisiert. Es spricht für die Qualität der in der Herberge geleisteten Arbeit, dass heute noch Gäste aus dieser Anfangszeit kommen.

8.2 Herbergen in Berlin

Im Jahr 2000 gab es in Berlin 23 Herbergsplätze in 4 Herbergen. Momentan gibt es in Berlin zwei Herbergen, die Herberge der Spastikerhilfe mit einem Platz und die Herberge der RBO mit 8 Plätzen. Alle anderen Herbergen haben aus wirtschaftlichen Gründen geschlossen oder wie die Spastikerhilfe die Kapazität gesenkt. Wie die Geschichte gezeigt hat, war die Herberge der RBO von Auslastungsorgen vorübergehend auch nicht verschont geblieben. Die Intention des Geschäftsführers der RBO, *H. Siebert*, richtete sich deshalb über das Angebot eines Familien entlastenden Dienstes auch darauf, potenzielle Anwärter auf einen Wohnplatz in der RBO auf dem Wege eines Besuchs der Herberge darauf vorzubereiten. In den vergangenen Jahren sind immer wieder Herbergsgäste in Einrichtungen der RBO gewechselt. Z.B. hat die Mutter eines Stammgastes der Herberge verfügt, dass für den Fall, ihr stößt etwas zu, ihr Sohn zunächst Aufnahme in der Herberge finden soll, bis in der RBO ein Wohnplatz für ihn frei wird.

8.3 Die Herberge stellt sich vor

Die Herberge ist eine Kurzzeiteinrichtung für Menschen mit einer geistigen Behinderung. Ursprünglich wurden Herbergen eingerichtet, um Familien von der anstrengenden Pflegearbeit ihrer Angehörigen mit Behinderungen zu entlasten. Meistenteils handelt es sich um pflegende Mütter. Sie sollten gegebenenfalls zur Kur fahren, einmal Urlaub machen und neue Kraft schöpfen können. Krankenhausaufenthalte waren ebenfalls zu überbrücken. Der Aufenthalt in der Herberge ist in der Regel auf drei Monate begrenzt.

Inzwischen gibt es immer mehr Gäste, die infolge von Krisensituationen in die Herberge aufgenommen werden. Teils kommen sie aus anderen Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe, teils aus Psychatrien, teils aus ihren Familien. Für sie wird in der Regel von der gesetzlichen Betreuerin/dem gesetzlichen Betreuer oder dem Jugendamt ein fester Wohnplatz gesucht. In diesen Fällen kann sich die Aufenthaltsdauer erheblich verlängern. Es soll ja ein gut geeigneter Wohnplatz gefunden werden.

Eine Villa nimmt unsere Herberge auf. Sie liegt in einem großen Garten und bietet 8 Gästen im Alter zwischen 6 und 27 Jahren in vier Doppelzimmern Platz. Zwei der acht Plätze sind für Menschen, die auf einen Rollstuhl angewiesen sind, geeignet.

Die Gäste werden in der Herberge rund um die Uhr betreut. Sie erhalten soviel Hilfe und Unterstützung wie nötig. Falls sie eine Werkstatt besuchen, können sie dieser Beschäftigung selbstverständlich weiter nachgehen. Das Gleiche gilt für den Fall, dass sie ihre bisherige externe Betreuungseinrichtung aufsuchen wollen. Sie können auch ihren Urlaub in der Herberge verbringen. Die Mitarbeiterinnen bieten vielfältige Freizeitbeschäftigungen an, die von den Gästen ganz nach ihren individuellen Bedürfnissen wahrgenommen werden können. Ausflüge in die Umgebung, z.B. in den nahegelegenen Tierpark, finden statt. Bowling, Spiele im Garten und Gesellschaftsspiele im Haus gehören zum Freizeitangebot. Reisen können aufgrund der Spezifik der Herberge jedoch nicht angeboten werden.

Die Finanzierung des Aufenthaltes erfolgt über die Pflegekassen, nachrangig über die Sozial- oder Jugendämter und evtl. über eine Beteiligung am Verpflegungssatz. Die Kostenübernahmen sind komplizierter geworden. Die Pflegekassen übernehmen keine Unterkunfts- und Verpflegungskosten mehr. Die Bezirksämter verlangen die Unterbringung in Kurzzeiteinrichtungen. Dabei handelt es sich um Pflegeeinrichtungen für alte Menschen, die in der Regel zu Hause gepflegt werden.

Diese Kurzzeiteinrichtungen verfügen über keine rehabilitationspädagogischen Angebote. So gibt es teilweise drei Kostenträger, manchmal mehrere Rechnungen auf eine Person bezogen. Das macht die Antragstellung kompliziert.

8.4 Anforderungen an das Personal

Die Mitarbeiter betreuen in der Herberge ganz verschiedene Altersgruppen mit unterschiedlichen Ausprägungen von Behinderungen und Behinderungsgraden. Sie stehen vor der Herausforderung, eine angenehme Atmosphäre zu schaffen für die Gäste, deren Eltern vorübergehend verhindert sind, sie zu pflegen. Gleichzeitig müssen sie den Ansprüchen der Gäste gerecht werden, die aus Krisensituationen heraus in die Herberge kommen und große Sorgen haben. Für die Mitarbeiter der Herberge ist es nicht leicht, den unterschiedlichsten Bedürfnissen gerecht zu werden. Es heißt also, flexibel und bedürfnisorientiert zu arbeiten.

Starre Regeln sind unmöglich umzusetzen, ebenso wenig wie den Gästen, feste Aufgaben zu stellen. Eine langfristige Freizeitplanung ist schwierig, denn eine Notaufnahme kann die Planung unmittelbar zunichte machen. Also müssen die Mitarbeiter spontan aus der Situation heraus agieren. Kurz gesagt, kein Tag gleicht dem anderen und Überraschungen sind an der Tagesordnung.

Um diese schwierigen Aufgaben bewältigen zu können, wird möglichst eine gute Vorbereitung auf die Besucher angestrebt. Bei geplanten Aufenthalten bisher unbekannter Gäste erfolgen Hausbesuche oder Treffen zum Kennenlernen in der Herberge, wie Probenachmittage. Sie dienen dazu, den notwendigen Hilfebedarf festzustellen und zu dokumentieren, ebenso wie die Gewohnheiten und Interessen der künftigen Gäste wahrzunehmen. Die tägliche Arbeit kann nur zufriedenstellend gestaltet werden, wenn es gelingt, auf jeden Gast individuell einzugehen und seinen Fähigkeiten und Fertigkeiten Rechnung zu tragen. Die Mitarbeiter müssen in der Lage sein, sich auf das Kommunikationsniveau des Gastes einzustellen (nonverbal, verbal abgestuft in Einwort-, Zweiwortsätze usw.) sowie alters- bzw. entwicklungsgemäße Spiel- und Beschäftigungsmaterialien einzusetzen. Die Unterstützung der Gäste bei den Alltagsverrichtungen erfordert die gesamte Bandbreite von Hilfestellungen.

8.5 Statistik

Im Folgenden ist die prozentuelle Jahresauslastung der Herberge seit ihrem Bestehen dargestellt. Die Prozentangaben lassen darauf schließen, dass die Herberge, die in sie gesetzten Erwartungen, seien es die der Gäste oder die der Leitung, erfüllt hat.

Jahr	Auslastung in %	Jahr	Auslastung in %
1992	27	2002	95
1993	83	2003	91
1994	82	2004	94
1995	82	2005	95
1996	94	2006	86
1997	84	2007	98
1998	72	2008	99
1999	65	2009	96
2000	94	2010	90
2001	81		

9 Rehabilitationszentrum Berlin-Ost – Vorreiter von Special Olympics Deutschland

Gernot Buhr

9.1 Die Sportorganisation Special Olympics

Anfang der 60iger Jahren des letzten Jahrhunderts entwickelte sich in den USA unter Federführung von Eunice Shriver Kennedy die Idee zur Gründung und Entwicklung einer weltweiten Sportbewegung für Menschen mit einer geistigen Behinderung.

1968 wurde Special Olympics International mit zunächst 4 Mitgliedsorganisationen gegründet und die ersten Special Olympics Sommer Games fanden statt. 1984 hat das IOC Special Olympics offiziell als Behindertensportorganisation anerkannt und ihr das Führen des Schriftzugs „Olympics“ bestätigt. Erst 1991 gründete sich eine offizielle deutsche Special Olympics Organisation – Special Olympics Deutschland – (SOD). Das kommunale Stadtbezirksrehabilitationszentrum Berlin-Lichtenberg gehörte zu den Gründungsmitgliedern. Zu diesem Zeitpunkt waren fast 150 nationale SO-Organisationen weltweit bereits Mitglied von SOI und Deutschland eines der letzten entwickelten Länder ohne offizielle SO-Strukturen und ein nationales Wettkampfsystem für Sportler mit einer geistigen Behinderung. Aktuell umfasst SOI fast 180 Mitgliedsorganisationen und SOD hat sich zu einem der größten und am besten organisierten nationalen SO-Verände weltweit entwickelt.

Dieser Beitrag will versuchen zu erhellen, warum die Entwicklung des Sports für diese Behindertengruppe und von Special Olympics in Deutschland so ungewöhnlich verlaufen ist und gleichzeitig herausarbeiten, warum der Anteil des Stadtbezirksrehabilitationszentrums Berlin-Lichtenberg (ab 01.01.1992 Rehabilitationszentrum Berlin-Ost) daran mit der Bezeichnung – Vorreiterrolle – beschrieben werden kann.

9.2 Deutschland als Sportnation

Deutschland ist eine weltweit anerkannte Sportnation, wo fast die Hälfte der Gesamtbevölkerung regelmäßig Sport in Form von Freizeit-, Wettkampf- und Leistungs- sowie Schulsport treibt. Dabei kann der heute existierende Breitensport auf eine 200-jährige ununterbrochene Geschichte zurückblicken. Sport ist zu einem Stück Alltagskultur geworden. Der deutsche Hochleistungs- und international betriebene Spitzensport ist seit Anbeginn der modernen olympischen Ära 1896 ein aktives Mitglied dieser weltumspannenden Bewegung. Dieser Bereich steht in besonderem öffentlichen Interesse und ist mittlerweile ein sehr wichtiger Teil der Medienkultur geworden.

Zwei Hauptsäulen des Sportbetriebs haben sich seit Anfang des 19. Jahrhunderts parallel entwickelt, dabei aber auch gegenseitig befruchtet.

Auf der einen Seite der Schulsport als staatlich organisierter und finanzierter Bereich und auf der anderen Seite der Sport über Vereine und Sportfachverbände als nichtstaatlicher und eigenverantwortlich organisierter sowie finanzierter Bereich.

Wichtigster Unterschied ist, dass der Schulsport zunächst in fast allen Schulformen verpflichtend ausgeübt wird und der nichtstaatliche Sport auf freiwilliger Basis beruht. Die Verpflichtung gilt dabei sowohl für die Träger der Bildungseinrichtungen, welche die Rahmenbedingungen für die Durchführung von Sportunterricht schaffen, als auch für die Schüler. Die Inhalte des Sportunterrichts werden dabei vom Bildungsträger festgelegt. Der Schulsport betreibt ein eigenes Wettkampfsystem, welches vor allem auf fakultativ angebotenen Trainingsmöglichkeiten in verschiedenen Sportarten basiert.

Am Sportbetrieb in Sportvereinen und Sportverbänden nehmen sportinteressierte Personen freiwillig teil. Seinerseits kann auch ein Verein entscheiden, ob er einen Interessenten aufnimmt oder nicht.

Die demokratische Mehrheit der Vereinsmitglieder entscheidet über den Inhalt und die Form des Sportbetriebs in ihrem Sportverein. Die Möglichkeiten dazu werden natürlich durch die vor Ort herrschenden Rahmenbedingungen beeinflusst. Die Vereinsmitglieder müssen selber einen großen Teil der notwendigen Voraussetzungen und Rahmenbedingungen schaffen und den Sportbetrieb in ihrem Sportverein selber organisieren. Zumeist passiert dies über ehrenamtliche Arbeit von besonders engagierten Vereinsmitgliedern über Wahlfunktionen. Der Staat, also die öffentliche Hand, fördert die gesellschaftlich relevante Arbeit von eingetragenen und als gemeinnützig sowie sportförderungswürdig anerkannten Sportvereinen und Sportorganisationen (als juristische Person). Die Zuerkennung der Förderungswürdigkeit erfolgt dabei durch die öffentliche Hand selber.

Aktuell vereint der Deutsche Olympische Sportbund (DOSB) 27,5 Mio. Bürger in diesem Land. Zirka 8,8 Mio. davon arbeiten ehrenamtlich in ihren Sportvereinen und übergeordneten Sportorganisationen. Sie halten auf diese Weise den gigantischen Sportbetrieb in Gang. Der DOSB ist die größte Personenvereinigung in Deutschland und noch immer der größte Sportanbieter für Freizeit-, Wettkampf-, Kinder- und Jugendsport sowie Hochleistungs-, Gesundheits- und Behindertensport. Daran ändert die seit Jahren wachsende kommerzielle Fitnessindustrie genau so wenig, wie die wieder erwachte „Trimm-Dich-Bewegung“ und die Fitnessbegeisterung vieler Menschen.

9.3 Die Berücksichtigung der Belange von Menschen mit geistiger Behinderung

Wie in Kapitel 9.1 bereits ausgeführt, entstand die deutsche Mitgliedsorganisation von SO erst 1991, also im wiedervereinigten Deutschland. Damit im Zusammenhang fragt man sich, wie sind die beschriebenen Sportsysteme in Ost und West den Bedürfnissen und Ansprüchen von geistig behinderten Kindern, Jugendlichen und Erwachsene an Bewegung und Sport bis zu diesem Zeitpunkt gerecht geworden? Welche Rahmenbedingungen haben die „Vorreiter“ von SOD vorgefunden, als sie eine spezielle Sportorganisation für diese Behindertengruppe aufzubauen begannen?

Es gibt bundesweit zur Mitgliedschaft von geistig behinderten Menschen in Sportvereinen keine langjährigen Untersuchungen, wohl aber Aussagen auf der Basis regionaler Zahlen und Hochrechnungen. Anfang der 90er Jahre ging man davon aus, dass nur 2 % der als geistig behindert eingestuft Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen in einem Sportverein Mitglied waren. In Berlin-Ost gab es beispielsweise zum Zeitpunkt der politischen Wende 1989 nur einen Sportverein, der spezielle Sportmöglichkeiten für diese Behindertengruppe anbot und sich 1990 dann leider auflöste. Weder in der BRD noch in der DDR hatten Sportvereine oder Sportfachverbände für diese Behindertengruppe regelmäßig stattfindende Sportwettkämpfe vorgesehen. Erwachsene

Personen dieser Gruppe waren also so gut wie gar nicht in das nichtstaatliche Freizeitsport- und Wettkampfsystem integriert.

In der BRD war es insbesondere der Bundesvereinigung der Lebenshilfe zu verdanken, dass das Thema Bewegung, Spiel, Sport und auch Wettkampfsport für geistig behinderte Menschen Anfang der 80iger Jahre bundesweit und mit Fachleuten aus verschiedenen Bereichen diskutiert wurde. Zu diesen Gesprächsrunden und Symposien wurden auch Vertreter von Special Olympics International (SOI) eingeladen und diese Organisation erstmals einem größeren Kreis von Fachleuten und betroffenen Interessenten vorgestellt.

Mit Unterstützung der Lebenshilfe und SOI konnten von 1981 bis 1987 kleine westdeutsche „Schnupperteams“ ohne offiziellen Status an europäischen und Weltspielen von Special Olympics teilnehmen. Unter diesen Athleten befanden sich Schüler und Erwachsene, weil Wettkämpfe von SOI bereits für Sportler ab dem 8. Lebensalter zugänglich sind.

Auf Grund der positiven Erlebnisse und Erfahrungen bei diesen Veranstaltungen wurde im Regierungsbezirk Unterfranken und unterstützt durch das Kultusministerium von Bayern die erste zentrale Wettkampfsportveranstaltung für Sonderschulen für geistig Behinderte unter dem Namen „Mein Olympia“ organisiert. Die Regeln und der Ablauf orientierten sich an den von SOI ausgerichteten Veranstaltungen. Nach wenigen Jahren nahmen bereits fast alle Geistigbehindertenschulen von Unterfranken daran teil. Mit bis zu 3000 teilnehmenden Schülern war „Mein Olympia“ über viele Jahre die größte Behindertensportveranstaltung nach Special Olympics Konzept in der BRD. Initiator war der Leiter des Sportinstituts an der Universität Würzburg und Mitbegründer des Sportkreises innerhalb der Lebenshilfe, Prof. Peter Kapustin. Er wurde 1991 zum ersten Präsidenten von Special Olympics Deutschland gewählt.

Bis dahin war es aber noch ein weiter Weg und eine Entwicklung, die in der BRD zwischenzeitlich quasi zum Stillstand gekommen war.

„Mein Olympia“ blieb eine Inselveranstaltung für Unterfranken, wie einige wenige ähnliche aber deutlich kleinere Projekte in Rheinland-Pfalz und NRW auch. Die Gründe lagen in der nicht vorhandenen Einbindung in die bestehenden Strukturen des organisierten Sports der BRD und beim Widerstand des Deutschen Behindertensportverbandes der BRD (DBS), der sich weigerte, eine eigenständige Behindertensportorganisation – Special Olympics Deutschland – neben sich zu dulden.

Prof. Kapustin konnte „Mein Olympia“ in seinem Institut als studentisches Projekt installieren, öffentliche Projektgelder einwerben und das Bayerische Kultusministerium für einen haushaltstechnisch festgeschriebenen Zuschuss als Mitveranstalter gewinnen. Eine besondere und nur dort funktionierende Konstellation. Die Bemühungen seitens der Bundesvereinigung der Lebenshilfe zusammen mit anderen Trägern der Behindertenhilfe auch gegen den Widerstand des DBS eine Organisation SOD zu gründen, blieben bis 1990 in wenig effektiven Diskussionsrunden stecken.

Im Stadtbezirk Berlin-Lichtenberg, DDR, hatte sich ab 1985 eine ähnliche „Inselveranstaltung“ wie in Unterfranken entwickelt, ein Sport- und Spielfest für alle Berliner Tagesförderstätten für geistig Behinderte. Initiiert und befördert hat diese Entwicklung der Leiter des damaligen kommunalen Stadtbezirksrehabilitationszentrums Berlin-Lichtenberg, Helmut Siebert, welches u. a. Träger der Tagesförderstätten und Wohnstätten für geistig Behinderte in Lichtenberg war. Mit einem eigenen Netzwerk außerhalb der DTSB-Strukturen (Deutscher Turn- und Sportbund) wurde diese Veranstaltung über mehrere Jahre organisiert. H. Siebert hatte ebenfalls Kenntnisse über

die Internationale Sportorganisation SOI gewonnen, auch wenn es zunächst zu keiner persönlichen Kontaktaufnahme kommen konnte.

In Polen war bereits Mitte der 80iger Jahre eine Special Olympics Organisation mit regionalen und nationale Strukturen gegründet worden. 1988 wurden die ersten Nationalen Spiele von SO Polen in Warschau abgehalten. Die polnische SO-Organisation hatte damals ein sehr enges Kooperationsverhältnis mit dem Polnischen Behindertensportverband, dieser wieder Kontakte zum Behindertensportverband der DDR. Auf diesem Wege erfolgte eine Einladung deutscher Teilnehmer nach Warschau. Das Stadtbezirksrehabilitationszentrum Berlin-Lichtenberg nahm 1988 mit seinem Leiter, H. Siebert, zum ersten Mal an einer offiziellen Special-Olympics-Veranstaltung teil. Begleitet wurde er von Inge Karl als Vertreterin des Ministeriums für Gesundheitswesen. Vor Ort wurde mit SOI Kontakt aufgenommen. Zurückgekommen aus Polen, wandte sich H. Siebert schriftlich an den DTSB-Präsidenten mit der Bitte um Unterstützung beim Aufbau einer SO-Organisation in der DDR. Der DTSB reagierte in einem abschlägigen Bescheid mit der Begründung, dass die Betreuung von geistig behinderten Menschen in der DDR über das Gesundheitswesen organisiert wird und der DTSB für diesen Bereich nicht zuständig sei.

Formal war diese Begründung richtig, weil der DTSB laut eigenen Statuten insbesondere für die unter seinem Dach organisierten Vereine, Sportfachverbände und Organisationen zuständig war. So waren z. B. die körperbehinderten Sportler der DDR Mitglied im DTSB über Sportvereine sowie über den Behindertensportverband der DDR. Aber es hätte auch zu dieser Zeit Möglichkeiten zu einer übergreifenden Kooperationsvereinbarung zwischen DTSB und Gesundheitsministerium kommen können, wenn sie denn politisch gewollt gewesen wäre. Ob das über kurz oder lang möglich gewesen wäre, muss Spekulation bleiben, denn ein gutes Jahr nach diesem Briefwechsel begann die politische Wende in der DDR und der DTSB-Bundesvorstand sich aufzulösen.

Als Fazit ist zu ziehen: Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit einer geistigen Behinderung hatten in beiden deutschen Nachkriegsstaaten nicht dieselben Chancen und Möglichkeiten regelmäßig Sport zu treiben wie nichtbehinderte Bürger.

9.4 Die Vorreiterrolle des Stadtbezirksrehabilitationszentrums Berlin-Lichtenberg bzw. des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost e.V. bei der Gründung von SOD

Der Verein Rehabilitationszentrum Berlin-Ost hat mit seiner Gründung im Jahre 1991 versucht, die in der vorausgegangenen Zeit gesammelten guten Erfahrungen der komplexen Rehabilitation von Menschen mit geistigen Behinderungen zu erhalten. Das Engagement für den Sport vor 1990/91 wird darum gleichfalls als ein Teil der Geschichte des Rehabilitationszentrums Berlin-Ost angesehen und bewertet, vor allem auch, weil die handelnden Personen dieselben geblieben sind.

Bereits zu Beginn der politischen Wende im Herbst 1989 nahm der Leiter des Stadtbezirksrehabilitationszentrums Berlin-Lichtenberg und spätere Geschäftsführer des Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V., H. Siebert, Kontakt mit der SOI-Führung in Washington auf, um zunächst noch um Unterstützung für die Gründung einer SO-Organisation in der DDR zu bitten. Mit der Durchführung eines deutlich größeren Sport- und Spielfestes als bisher und in Form und Inhalt angelehnt an das Special-Olympics-Konzept sollte eine Entwicklung von der Basis aus auf den Weg gebracht werden. Diese Idee wurde von SOI sehr positiv aufgenommen. Die Teilnahme einer zwar kleinen aber hochrangigen Delegation von SOI-Vertretern unter Leitung von Paul

Anderson, dem Präsidenten von SO Europa/Eurasien, wurde angekündigt. Gleichzeitig wurde im Stadtbezirksrehabilitationszentrum Berlin-Lichtenberg eine Sporttherapeuten/Sportlehrerstelle geschaffen und besetzt. Damit sollten aktuell die Vorbereitung des Sportfestes unterstützt und langfristig die Bereicherung von Sportangeboten sowie der Sportbetrieb in den verschiedenen Einrichtungen des Rehabilitationszentrums sichergestellt werden.

Die politische Entwicklung schritt in Deutschland schnell voran. Beim geplanten und ausgeschriebenem Sportfest im Freizeit- und Erholungszentrum (FEZ) Wuhlheide am 27./28.09.1990 zeichnete sich deutlich ab, die DDR würde nur noch wenige Tage bestehen. Die SOI-Vertreter trafen ungeachtet dessen in Berlin-Wuhlheide ein und führten mit den Organisatoren ein offizielles Gespräch. Dabei kam die Hochachtung der Gäste für die Berliner Initiatoren zum Ausdruck und zugleich die Absicht, sie als wichtige Ansprechpartner für eine gesamtdeutsche Special-Olympics-Entwicklung im wiedervereinigten Deutschland zu gewinnen. Als offizielles Zeichen für diese neue Kooperation wurde den Berliner Partnern eine befristete Akkreditierung als regionale Organisation – Special Olympics Berlin – zuerkannt. Die Befristung reichte bis zur Gründung einer deutschen SO-Organisation.

Zu dem Gründerkreis gehörte neben dem Stadtbezirksrehabilitationszentrum Berlin-Lichtenberg der neu und speziell für die Vorbereitung des Sportfestes gegründete Behindertensportverein SG Rehabilitation Berlin-Lichtenberg e.V. unter Leitung von Gernot Buhr. Die Sportgemeinschaft wurde von Mitarbeitern des Rehabilitationszentrums initiiert mit dem Ziel, in enger Kooperation mit dem Rehabilitationszentrum Freizeitsportangebote für geistig behinderte Menschen im gemeinsamen Einzugsgebiet zu organisieren und übergreifende Projekte wie Special Olympics zu unterstützen. Als Teil des organisierten und förderungswürdigen Sportbetriebs sollte der Sportverein auch öffentliche Sportförderungsmittel dafür beantragen, einfordern und nutzbar machen.

Mit der Akkreditierung von – Special Olympics Berlin – verfolgte SOI vor allem das Ziel, seinen bisherigen Ansprechpartnern in der Bundesrepublik deutlich zu machen, dass es auch andere Partner im neuen Deutschland auf dem Weg zu SO Deutschland gibt. Damit wurde auf die bisherigen Ansprechpartner Druck ausgeübt, sich jetzt wirklich aktiv an der Bildung von SOD zu beteiligen oder anderenfalls mit einer „ostdeutsch“ initiierten und geführten SOD-Organisation konfrontiert zu werden. Unter diesen Umständen wurde man sich recht schnell einig. Mit Unterstützung von SOI und unter Einbeziehung aller interessierten Partner aus dem wiedervereinigten Deutschland gelang es, die Gründung von SOD jetzt tatkräftig anzugehen. Dieses den alten Partnern quasi gestellte Ultimatum spielte bei den folgenden Zusammenkünften und bei der Gründungsversammlung von SOD in Würzburg durchaus eine Rolle. Es wurde damit öffentlich bekannt.

Dazu gehörte auch die Klarstellung seitens SOI, dass eine Einladung für die anstehenden World Summer Games 1991 in Minneapolis nur an eine offizielle deutsche Special-Olympics-Organisation ausgesprochen werden würde. Insbesondere der Forderung der beiden Berliner Gründungsmitglieder ist es zu danken, dass die Mannschaft gesamtdeutsch besetzt worden ist. Auf diese Weise nahmen 4 Sportler (3 Berliner, 1 Sportler aus Sachsen) aus den neuen Bundesländern bei den World Summer Games im Juli 1991 in Minneapolis (USA) teil.

Bei der Gründungsversammlung kandidierte Gernot Buhr für die Wahl zum ersten Vorstand, wurde gewählt und hat bis 2005 in verschiedenen Funktionen, zuletzt als Vizepräsident für Sport, aktiv mitgewirkt. Das war nur möglich, weil er als angestellter Sportlehrer im Stadtbezirks-

rehabilitationszentrum Berlin-Lichtenberg und ab 1992 im Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V. die notwendigen zeitlichen Freiräume bekam, um die oft mit großem Zeitaufwand verbundenen Aufgaben und Projekte überhaupt realisieren zu können.

Im Ergebnis der Gründung entstanden ein gemeinnütziger Verein mit Sitz in Würzburg und eine bundesweite Dachorganisation, in welcher alle Träger und Anbieter von Sportmöglichkeiten für geistig behinderte Menschen Mitglied werden und mitwirken können. Das betrifft alle juristischen Personen, wie Verbände, Sportvereine aber auch Behindertenschulen sowie Betreuungseinrichtungen und Vereine für Behinderte. Es handelt sich um eine Struktur, die nicht ausschließlich auf Sportvereinen aufbaut, wie sie sonst im deutschen Sport üblich ist. Es war abzusehen, dass diese Struktur den Weg unter das Dach des DTSB/DOSB erschweren sollte. Zu dem damaligen Zeitpunkt war es allerdings die einzig praktikable Lösung. Allen Beteiligten war klar, dass geistig behinderte Menschen nicht von allein zu SOD stoßen werden. SOD muss sie dort abholen, wo sie im Lern-, Arbeits- oder Wohn- und Freizeitumfeld bereits Sport treiben bzw. die Möglichkeiten zum Sporttreiben geschaffen werden können.

Zum ersten Präsident von SOD wurde Prof. Peter Kapustin gewählt und eine Bundesgeschäftsstelle im Sportinstitut der Uni Würzburg installiert, dessen Direktor Prof. Kapustin war. H. Siebert hatte ein anderes Konzept entwickelt, bei dem SOD von Berlin aus mit Unterstützung durch das Stadtbezirksrehabilitationszentrum Berlin-Lichtenberg agieren sollte. Zu dem Zeitpunkt war die Würzburger Variante allerdings die einzig kurzfristig realisierbare. Das Rehabilitationszentrum Berlin Ost e.V. und die SG Reha haben in der Folgezeit viel Aufbauarbeit im Sinne von SOD in Berlin geleistet und die Entwicklung von SOD bundesweit wirksam gefördert.

Vor allem durch eine eigene Veranstaltungsreihe wurden viele neue Mitglieder für die Organisation Special Olympics gewonnen und Special Olympics als Idee einer breiteren Öffentlichkeit bekannt gemacht. Seit 1992 heißt diese Veranstaltungsreihe Special Olympics Berlin. Sie war bis 1994 ein Sportfest vor allem für Berliner Teilnehmer.

Die Veranstaltungsreihe „Special Olympics Berlin“ war die erste, welche regelmäßig unter dem Namenszug „Special Olympics“ stattfand. Sie ist mittlerweile die traditionsreichste regionale Special Olympics Veranstaltung in Deutschland.

Nach den ersten Nationalen Sommerspielen von SOD 1998 in Stuttgart mit knapp 1000 Teilnehmern in 6 Sportarten fand sich zunächst keine Ausrichterstadt für die nächsten geplanten Spiele im Jahr 2000. Daraufhin haben die beiden Berliner SO-Gründungsmitglieder ihre bisherigen regionalen Partner aus Politik, Wirtschaft und Sport angesprochen und im Ergebnis Berlin als Austragungsort vorgeschlagen. Sie selbst waren bereit, als Mitveranstalter/Ausrichter und Organisatoren der Nationalen Sommerspiele 2000 in Berlin zu wirken. Mit über 2000 teilnehmenden Sportlern in 10 Sportarten sowie allein über 4000 Zuschauern bei der Eröffnungsveranstaltung und zahlreichen prominenten Paten aus Politik, Sport und Showgeschäft hat diese Veranstaltung Maßstäbe gesetzt. Seit dieser Veranstaltung haben sich Städte um die Ausrichtung dieser Spiele beworben. Die Zahl der SOD-Mitglieder nahm eine rasante Entwicklung.

Im Jahre 2005 geriet SOD in eine Führungskrise. Die Geschäftsstelle in Würzburg musste aufgelöst werden. In dieser Situation haben das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost und die SG Rehabilitation Lichtenberg das Restpräsidium intensiv unterstützt. Es gelang sehr kurzfristig, in Berlin eine neue Bundesgeschäftsstelle aufzubauen und weiterhin dafür zu sorgen, dass Berlin

nochmals und vor allem außerplanmäßig die Nationalen Sommerspiele ausgerichtet hat. Nicht allein die Führungskrise war daran schuld, vielmehr auch der Umstand, dass ein reichliches Jahr vor dem geplanten Austragungstermin der Spiele die Gastgeberstadt ihre Bereitschaftserklärung zurückgezogen hat.

Seit 2006 kann sich SOD nach einer lange umstrittenen Satzungsänderung endlich auch in Landesverbände untergliedern. Seit 2007 gibt es daher wieder einen Berliner Landesverband mit der Bezeichnung – Special Olympics Deutschland in Berlin e.V.. Zu den Initiatoren und Gründungsmitgliedern gehörten selbstverständlich auch das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V. und eine seiner Tochtergesellschaften, die LWB - Lichtenberger Werkstatt für Behinderte gGmbH (LWB), welche mittlerweile selber SOD-Mitglied geworden war.

Den Vorsitz des Berliner Landesverbandes nimmt gegenwärtig der Geschäftsführer der LWB, Dr. W. Pohl, ein. Unter seiner Leitung strebt der Berliner Landesverband eine Fusion mit dem Brandenburger an, der seinerseits einen starken Partner braucht. Die Kontakt- und Beratungsstelle des Berliner SOD Landesverbandes hat ihren Sitz in den Räumen der LWB.

Fasst man die Entwicklung noch einmal rückblickend zusammen, so hat das Stadtbezirksrehabilitationszentrum Berlin-Lichtenberg als erste Betreuungseinrichtung in der DDR Kontakt mit SOI aufgenommen. Es hat versucht, eine SO-Organisation in der DDR zu initiieren und hat das erste Sportfest nach dem Special-Olympics-Konzept organisiert.

Es gehörte zum Kreis der Initiatoren und Gründungsmitglieder von Special Olympics Deutschland e.V. Es bzw. sein Nachfolger, das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V., haben mit der Organisation bzw. Beteiligung an der Ausrichtung zahlreicher regionaler und bundesweiter SO-Veranstaltungen in Berlin viel zur Entwicklung von SOD beigetragen. Durch seinen eigenen umfangreichen Sportbereich und die kooperative Verzahnung mit der SG Rehabilitation Berlin-Lichtenberg war das Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V. für viele andere vergleichbare Betreuungsvereine und -einrichtungen ein Vorbild und Ideengeber.

Das Berliner Erfolgsmodell findet in der Gegenwart mit der Ausgründung von Behindertensportvereinen durch Betreuungseinrichtungen bundesweit viele Nachahmer. Die Bezeichnung „Vorreiter von Special Olympics Deutschland“ ist in diesem Fall als Titel zu verstehen, den das Stadtbezirksrehabilitationszentrum Berlin-Lichtenberg, ab 1992 Rehabilitationszentrum Berlin-Ost e.V. und ab 2008 gleichnamige Stiftung, zu Recht verdienen.

9.5 Die Auswirkung des Sports auf die Persönlichkeitsentwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung

Zu allererst gilt es festzustellen und als wichtigsten Erfolg zu werten, dass heute noch viele jener Beschäftigten der Werkstatt und jener Bewohner der Wohnstätten regelmäßig Sport treiben, die damit vor 20 bis 25 Jahren begonnen haben. Bei vielen Sportlern haben Bewegung und Sport spürbar Einfluss auf die Persönlichkeitsentwicklung und den weiteren Lebensweg genommen. Zwei Beispiele sollen dies belegen.

Erstes Beispiel

Es gab vor 21 Jahren einen fast krankhaft gehemmten 16-jährigen Jugendlichen, der allein mit seiner gleichfalls behinderten Mutter lebte und nach dem Urteil seiner damaligen Sonderschule als nicht mehr entwicklungsfähig galt. Er wurde vom Lehrbetrieb ausgeschlossen und als

Hilfskraft für alle möglichen Verrichtungen eingesetzt. Ein Sporttherapeut nahm ihn in seine gerade zusammengestellte Schwimmgruppe der SG Rehabilitation Berlin-Lichtenberg e.V. auf. Der Jugendliche profitierte immer häufiger von diesem stimulierenden Umfeld. Er machte so gute Fortschritte, dass er schließlich erfolgreich an den SO-Weltspielen im Jahre 1991 teilnehmen konnte. Er gab erste Interviews und trat in der Öffentlichkeit auf. Schließlich äußerte er den Wunsch, in einer anderen Schule wieder weiterlernen zu können, was auch durch die Vermittlung seiner Sportbetreuer zustande kam. Seine berufliche Entwicklung gestattete ihm sogar den Übergang in einen Integrationsbetrieb. Später nahm er die erste Liebesbeziehung zu einer seiner Trainingskameradinnen auf. Gemeinsam haben die beiden ihre erste Wohnung im Betreuten Einzelwohnen bezogen. Sie wohnen seit zirka 10 Jahren immer noch zusammen und treiben immer noch gemeinsam Sport. Seine Freundin war erfolgreiche Teilnehmerin bei den Weltspielen 2003 in Dublin und er konnte sich nochmals für die Weltspiele 2007 in Shanghai qualifizieren und mit großem Erfolg teilnehmen.

Zweites Beispiel

Es handelt von einem jungen Mann, der als Kind mit seinen Eltern aus Kasachstan gekommen war und nach dem Besuch einer Sonderschule für Geistigbehinderte 2004 in die LWB - Lichtenberger Werkstatt für Behinderte eintrat. Seine Schule hatte ihm keine Möglichkeiten zum Tischtennispielen geboten. Aber er wollte unbedingt Tischtennis trainieren. Sein Vater und sein jüngerer Bruder spielten oft auf einer Betonplatte vor ihrem Wohnblock. Er verlor immer hoch gegen sie und wurde dafür noch gehänselt. Generell betrachtete ihn seine Familie immer noch als Kind, obwohl er mittlerweile ein junger Erwachsener war.

In der TT-Trainingsgruppe der LWB gab es bis dahin sicher noch keinen so ehrgeizig übenden Spieler wie ihn. An Turnieren außerhalb Berlins durfte er von Seiten seiner Eltern zunächst nicht teilnehmen. Diese Reisen hätten zu viel Geld gekostet. 2006 fanden die Nationalen Spiele von SOD in Berlin statt. Sie waren nicht mit Selbstkosten verbunden. Er gewann dort auf Anhieb eine Goldmedaille und damit die Möglichkeit zur Teilnahme an den Weltspielen 2007 in Shanghai. Beim Senatsempfang für die erfolgreichen Berliner Teilnehmer von Shanghai durfte er sich als erster ins Goldene Buch der Stadt Berlin eintragen. Er hat seine Eltern dem Regierenden Bürgermeister vorgestellt. Übrigens zweisprachig, denn seine Eltern können immer noch fast kein Deutsch. Mittlerweile ist er voll respektiert in seiner Familie und hat auch seine erste Freundin „durchgesetzt“, obwohl sie seinen Eltern gar nicht gefiel. Jetzt nimmt er an jeder Wettkampfreise zu TT-Turnieren teil und verfügt seit geraumer Zeit auch über ein angemessenes Taschengeld. Nicht zuletzt sind diese Veränderungen auch darauf zurückzuführen, dass der junge Mann jetzt der beste Tischtennispieler der Familie ist.

10 Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit und Familienförderung – ein neuer Kinder- und Jugendhilfebereich

Helmut Siebert und Marina Trittel

Der Kinder- und Jugendhilfebereich der RBO - Rehabilitationszentrum Berlin-Ost gGmbH (RBO) – befand sich bis 1995 als Wohnverbund „Sonnenstrahl“ in Trägerschaft des Bezirksamtes Lichtenberg. Im Herbst 1995 erfolgte die Übernahme durch das Jugendaufbauwerk Berlin (JAW). Die Anstalt des öffentlichen Rechts übernahm 32 Einrichtungen der stationären Jugendhilfe aus kommunaler Trägerschaft der gesamten Stadt. Von 1997 bis 2001 konnten neue Formen (Erziehungsstellen, Wohngruppen mit alternierend innewohnender Betreuung (WAB) und Erziehungswohngruppen mit innewohnender Betreuung) gegründet werden. Die Leistungsangebote entstanden als Alternative zur Schichtdienstgruppe. Für längerfristig untergebrachte Kinder ermöglichten sie konstante Beziehungsarbeit in familienähnlichen Strukturen. Der Finanzkrise des Landes Berlin und der Umstrukturierung von Hilfen zur Erziehung folgte im Jahr 2003 die Reduzierung von Angeboten im Wohnverbund. Die Tagesgruppe, eine Wohngruppe und eine Außenwohngruppe beendeten ihre Betreuungstätigkeit. Im Jahr 2006 beschloss das Berliner Abgeordnetenhaus die Schließung des Jugendaufbauwerkes (JAW) zum 31.12.2007. Die noch bestehenden Einrichtungen wurden zur Übernahme durch freie Träger der Region im Rahmen eines Interessenbekundungsverfahrens ausgeschrieben.

11 Bewerbungen entfielen auf den Wohnverbund „Sonnenstrahl“. 4 davon wurden durch den Vorstand und die Senatsverwaltung in die engere Wahl gezogen. Die Bewerber erhielten die Möglichkeit, sich den Mitarbeitern, dem Vorstand des JAW sowie Vertretern der Bezirks- und Senatsverwaltung vorzustellen. Im Ergebnis der Präsentation ermittelte die Senatsverwaltung 2 Träger, die gleichermaßen für die Übernahme infrage kamen. Darunter befand sich die RBO, seit 1992 anerkannter Träger der Freien Jugendhilfe. Ein Mitarbeitervotum sollte in Form einer anonymen Befragung die endgültige Entscheidung herbeiführen. Von insgesamt 24 Mitarbeitern entschieden sich 16 für die RBO. Die Entscheidung war somit gefallen. Zum 01.10.2006 wechselten 13 Mitarbeiter und 56 Kinder/Jugendliche vom Jugendaufbauwerk zum Rehabilitationszentrum Berlin-Ost. Sie bildeten dort den neuen „Kinder- und Jugendhilfebereich“.

Die Betreuung von 56 Kindern/Jugendlichen erforderte die umgehende Besetzung der freien Stellen. Sie erfolgte zügig und verantwortungsvoll. Junge und hochmotivierte Mitarbeiter nahmen ihre Tätigkeit auf und stärkten wirkungsvoll die bestehenden Teams. Der Anteil von männlichem Personal konnte wesentlich erhöht werden. Aus der Sicht einiger Sozialarbeiter der Jugendämter Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf, Mitte, Treptow-Köpenick, Pankow und Neukölln wurde der Kinder- und Jugendhilfebereich der RBO nach der Übernahme neu aufgestellt und attraktiv gestaltet. Bewährtes wurde erhalten und Neues entstand. Dazu gehörte insbesondere die sozialraumorientierte Ausrichtung des Bereiches, die u. a. in der jährlichen Organisation des Fennpfuhlfestes, der Beteiligung an der wiederkehrenden Veranstaltung zum 1. Mai: „Gib der Gewalt einen Korb“ sowie in der Realisierung unterschiedlicher Projekte und der Mitarbeit in Gremien zum Ausdruck kommt.

Die RBO gGmbH konnte durch den „Kinder- und Jugendhilfebereich“ ihre Stellung im Bezirk bedeutend verstärken. So war u. a. der RBO-Geschäftsführer im Jugendhilfeausschuss für die VI. Wahlperiode mehrere Jahre als „Beratendes Mitglied“ tätig. Mitarbeiter des Kinder- und Jugendhilfebereiches der RBO haben sich auch für die Mitarbeit als „Beratende Mitglieder“ bzw. Vertreter der Bürgerdeputierten im Jugendhilfeausschuss der VII. Wahlperiode (ab November 2011) bereit-erklärt. Die RBO zählte ebenfalls zu den Initiatoren des 2008 gegründeten Beirats „Lichtenberger Beirat für Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit und Familienförderung“. Gegenwärtig verfügt der Kinder- und Jugendhilfebereich über 58 Plätze für die stationäre Unterbringung. Ein differenziertes Leistungsspektrum versetzt den Bereich in die Lage, den individuellen Hilfebedarf und die Unterbringungs-dauer unter Beachtung der vielfältigen Unterbringungsgründe zu gewährleisten.

Die Kinder/Jugendlichen werden durch die zuständigen Jugendämter aus folgenden Gründen untergebracht.

- Die Familie/der Elternteil ist zurzeit nicht in der Lage, die Versorgung, Betreuung und förderliche Erziehung des Kindes/Jugendlichen zu gewährleisten. Gründe dafür können beispielsweise sein: fehlende Erziehungskompetenzen, die Unfähigkeit, den Alltag kind- und altersgerecht zu gestalten, Suchtprobleme, Scheidungs- und Beziehungsprobleme, Armut und Verschuldung.
- Die Familie/das Elternteil ist aufgrund eigener intellektueller Benachteiligungen nicht in der Lage das Kind/den Jugendlichen altersgerecht zu versorgen und zu fördern.
- Die Familie/das Elternteil ist einseitig auf eigene Probleme und Bedürfnisse orientiert, so dass es die Bedürfnisse und Probleme des Kindes/Jugendlichen nicht ausreichend wahrnehmen kann oder will.

Rechtliche Grundlagen für die Unterbringung sind in der Mehrzahl Erziehungsvereinbarungen auf der Grundlage von Hilfeplänen. Das heißt, die Eltern stimmen der Unterbringung durch eine schriftliche Bestätigung zeitweilig zu. Zunehmend nimmt aber auch das Jugendamt Kinder/Jugendliche in Obhut bzw. werden sie auf richterlichen Beschluss hin untergebracht (Kinderschutzfälle).

Die Kinder/Jugendlichen werden entsprechend den Zielvorgaben des SGB VIII § 34 in den Wohngruppen und Wohnungen durch eine pädagogisch durchdachte Alltagsstruktur in ihrer Entwicklung gefördert. Dazu zählen pädagogische und therapeutische Angebote. Es soll erreicht werden, die Kinder/Jugendlichen möglichst in ihre Herkunftsfamilien zurückzuführen, wenn es gleichzeitig gelingt, die häuslichen Erziehungsbedingungen zu verbessern. Gegebenenfalls muss die Erziehung in einer anderen Familie in Betracht gezogen werden. Die Kinder/Jugendlichen werden entsprechend ihrem Alter und Entwicklungsstand womöglich auf eine familienähnliche Lebensform vorbereitet oder/und bei ihrer eigenen Verselbständigung gefördert und begleitet.

Ausgehend von einem humanistischen Menschenbild wird jeder Mensch in der Einzigartigkeit seiner Persönlichkeit begriffen. Das betrifft insbesondere Verhaltensweisen, die aufgrund schwieriger Lebensumstände entstanden sind. Die Arbeit geht von einem ganzheitlichen pädagogischen Ansatz der Lebensweltorientierung aus. Der bisherige unmittelbarer Sozialraum des Kindes/Jugendlichen mit seinen Besonderheiten, wie Wohnort und Wohnsituation, familiäres Gefüge, materielle und finanzielle Situation und besonders die sozialen Beziehungen und die Biographie sind einzubeziehen und zu berücksichtigen. Die systemische Betrachtungsweise geht von den Ressourcen des jungen Menschen und seiner Familie aus. Leitbild ist u. a. ein wertschätzender, respektvoller Umgang miteinander, indem bei Loyalitätskonflikten professionell gegengesteuert werden kann.

Daraus leiten sich Schwerpunkte und Inhalte der Arbeit wie folgt ab:

- Eltern- und Familienarbeit mit dem Ziel, die elterliche Kompetenz zu stärken und/oder eine Versöhnung anzustreben und im positiven Fall auf Dauer zu erhalten,
- Planung und Gestaltung eines pädagogisch geleiteten Alltagsprozesses, der förderliche Bedingungen für die Entwicklung und den positiven Erwerb sozialer Erfahrungen ermöglicht sowie Übungsfelder für soziales Verhalten beinhaltet. (Entwicklung von Eigenverantwortung und Selbständigkeit im lebenspraktischen Bereich, Herausbildung von sozialer Verhaltenskompetenz, Entwicklung von Selbstwert und Selbstbewusstsein),
- Schulische und berufliche Förderung und Entwicklung,
- Aufarbeitung individueller Lebensgeschichten in Kooperation mit Psychologen und Therapeuten,
- Beziehungsarbeit in Form von Verlässlichkeit, Verbindlichkeit, Achtung und Vertrauen,
- Koordinierung des Hilfeprozesses, Kooperation mit allen Beteiligten, Dokumentation und Evaluation,
- Gesundheitsfürsorge und Versorgungsleistungen, die ansonsten die Familie übernimmt.

In allen Wohngruppen und Wohnformen wird nach dem Bezugsbetreuungssystem gearbeitet. Eine Fachkraft des Teams koordiniert den Hilfeprozess, kooperiert mit dem zuständigen Jugendamt, der Familie, der Schule oder der Ausbildungsstätte und sonstigen Beteiligten. Sie führt die Dokumentation und ist verantwortlich für Bekleidung und Ausstattung.

In der Wohngruppe 1 in der Möllendorffstraße 68 finden 10 Jugendliche im Alter von 14 bis 18 Jahren Aufnahme. Hauptschwerpunkt ist u. a. die Verselbständigung. Neben der Schul- und Berufsorientierung wird die Herausbildung von Eigenverantwortung und Selbständigkeit im lebenspraktischen Bereich mit dem Ziel des Überganges in das Betreute Jugendwohnen (BJW) angestrebt.

Im Betreuten Jugendwohnen in der Pfarrstraße 98 finden 10 Jugendliche Aufnahme. Es stehen Ein- und Zwei-Raum-Wohnungen zur Verfügung. Die Jugendlichen werden zu Schwerpunktzeiten, die sich aus der individuellen Hilfeplanung ergeben, von Sozialarbeitern beraten und betreut. Als letzte Maßnahme im Kompetenzbereich der Jugendhilfe hat das Betreute Jugendwohnen das Ziel, die wirtschaftliche und soziale Selbständigkeit im eigenen Haushalt zu erreichen und/oder in Maßnahmen der Eingliederungshilfe überzuleiten.

In der Wohngruppe 2 in der Möllendorffstraße 68 leben bis zu 10 Kinder und Jugendliche. Die Wohngruppe wurde im April 2008 nach einer umfassenden Rekonstruktion der Räumlichkeiten neu eröffnet. In Zusammenarbeit mit der Schulleitung und der Elternvertretung der Carl-von-Linné-Schule und dem Jugendamt Lichtenberg war zunächst vorgesehen, die entstandenen barrierefreien Plätze den körperbehinderten Kindern mit einem langen Schulweg als Internatsplätze zur Verfügung zu stellen. Das Interesse hielt sich jedoch in engen Grenzen, so dass die Plätze nunmehr allen Interessenten zur Verfügung gestellt werden. Durch die Barrierefreiheit wird das gemeinsame Wohnen von körperlich behinderten und nicht behinderten Kindern und Jugendlichen ermöglicht. Behinderte Kinder, die keinen hohen Pflegebedarf haben und deren Integration unter den gegebenen Bedingungen als förderlich eingeschätzt wird, finden Aufnahme. Das Team der Fachkräfte besteht aus staatlich anerkannten Erziehern und 2 Diplom-Rehabilitationspädagogen. Kontinuierlich sind außerdem Praktikanten, die in der Berufsausbildung als Heilerziehungspfleger und Erzieher stehen, sowie Absolventen des Freiwilligen Sozialen Jahres (FSJ) mit den Fachkräften im Einsatz. Eine Hauswirtschaftskraft ist fest angestellt.

In den 3 Wohngruppen mit alternierend innewohnender Betreuung (WAB) Rosslauer Straße 47, Wiesenpromenade 5 und Möllendorffstraße 68 wohnen jeweils 6 Kinder/Jugendliche. Kennzeichnend für dieses Angebot ist, dass es keinen Schichtdienst gibt, sondern ein konstantes Beziehungsgeflecht von 3 Fachkräften pro Wohnung mit den Kindern über das gesamte Jahr besteht. Die 3 Fachkräfte befinden sich in einem rotierenden Einsatz. Jeweils eine Fachkraft wohnt eine Woche mit den Kindern/Jugendlichen „innewohnend“ in dem Objekt, eine Woche leistet sie sogenannten Zwischendienst und eine Woche bleibt sie dienstfrei. Die Bewohner einer solchen Gruppe haben also drei feste Bezugspersonen. Die Mitarbeiter vertreten sich im Urlaub sowie bei kurzfristigen Erkrankungen gegenseitig.

In der Rosslauer Straße werden 2 Plätze für an Diabetes erkrankte Kinder freigehalten und seit langem dafür voll in Anspruch genommen. Die Fachkräfte dieser Wohngruppe sind speziell auf den Umgang mit diesen Kindern geschult worden und pflegen enge Kontakte zu medizinischen Fachkräften.

In der Dorfstraße 6 leben ebenfalls bis zu 6 Kinder/Jugendliche. Diese Wohngruppe wird hauptsächlich durch eine Betreuerin (innewohnend) geleitet. Dazu kommen 2 weitere Fachkräfte mit verminderter Betreuungszeit und eine Hauswirtschaftskraft. Für längerfristig untergebrachte Kinder/Jugendliche entsteht durch diese Betreuungsform die Möglichkeit eines engen, konstanten Beziehungsangebots in familienähnlichen Strukturen.

In der Kleinsterberziehungswohngruppe der Familie B. leben 4 Kinder. Die Kinder werden im Haushalt und Haus der Familie B. betreut. Das familienanaloge Betreuungsangebot richtet sich an Kinder, die mit hoher Wahrscheinlichkeit lange getrennt von ihrer Familie verbleiben müssen und den Familienersatz annehmen können und wollen.

Wie bereits beschrieben, arbeitet der Kinder- und Jugendhilfebereich sozialraumorientiert. Schwerpunkt dabei ist der Fennpfuhl und insbesondere seit 2007 zunächst das Doppelhochhaus Weißenseer Weg 1 und 2. Im Haus wohnen viele sozial benachteiligte Familien vorrangig deutscher, vietnamesischer und russischer Herkunft. Viele Hilfeempfänger sind dem Jugend- und Sozialamt bekannt. Es gibt Überschuldung, viele Langzeitarbeitslose und Alleinerziehende, darunter eine hohe Anzahl sehr junger Mütter. Die Probleme in den Familien führen bei deren Kindern zu Verhaltensauffälligkeiten sowie zu Schulproblemen, sogar Schulverweigerungen. Man stößt in den Familien auf Verwahrlosung, Vernachlässigung und drohende Kindeswohlgefährdung. Als Reaktion darauf schloss das Jugendamt Lichtenberg am 17.03.2008 mit der RBO einen Leistungsvertrag. Er sieht vor, im Rahmen der Jugendsozialarbeit den Mietern des Doppelhochhauses entsprechende Hilfen anzubieten.

Zunächst galt es, die Bedarfslage zu ermitteln. Dazu erfolgten Befragungen der Bewohner. Der so genannte Runde Tisch „Fennpfuhl“ entstand. Regionale Träger tauschten sich über ihre spezifischen Leistungsmöglichkeiten aus und stimmten sich ab.

Es wurde ein Begegnungstreff für Kontakte angemietet. Angesichts der Hemmschwelle der Klienten, auf die angebotenen Kontakte einzugehen, wurde ein so genanntes Elternfrühstück eingerichtet. Der Projektleiter erreichte auf diese Weise durchschnittlich 8 Familien und 5 Einzelpersonen.

Durch die gezielte Netzwerkarbeit mit anderen regionalen Akteuren, u.a. den „Bürgerlotsen“ und dem Arbeitslosenverband, konnte die Sozialarbeit für die betroffenen Menschen erheblich verbessert werden. Erste Erfolge stellten sich schnell und sichtbar ein.

Der Leitungsvertrag mit dem Jugendamt endete am 12.09.2008. Die erfolgreiche Arbeit der Projektleitung führte zu Nachfolgeverträgen zunächst bis zum 31.12.2008, dann bis zum 30.06.2009. Der gegenwärtige Vertrag läuft bis zum 31.12.2011.

Für die Sozialarbeit in dieser Region ist es von großer Bedeutung, dass es der RBO-Geschäftsführung gelang, eine Förderung über 3 Jahre (von April 2010 bis März 2013) durch die Deutsche Behindertenhilfe Aktion Mensch e.V. zu erhalten. Die Förderung ist an ein Projekt gebunden, das unter dem Motto steht: „Mitten drin statt außen vor – ein Projekt zur Erlangung von mehr Chancengleichheit für benachteiligte Kinder und deren Familien durch aufsuchende Sozialarbeit und vernetzte Angebote in einer sozialen Problemregion“. Dadurch konnte in Abstimmung mit dem Jugendamt und mit anderen Trägern der Aktionsradius der Einflussnahme auf andere „Brennpunkte“ – Schwerpunktthäuser – im Stadtteil Fennpfuhl ausgedehnt werden.

Gemeinsam mit 5 Kooperationspartnern werden insbesondere Frauenkurse zur Alltagsbewältigung durchgeführt. Jugendliche erhalten die Möglichkeit, sich im Interesse der Berufsorientierung im handwerklichen Bereich zu erproben. Bewegung und Sport für Kinder und Jugendliche sollen der sinnvollen Freizeitgestaltung dienen.

Das Elternfrühstück ist zum Familienfrühstück für die Eltern, deren Kinder die Grundschule am Roederplatz besuchen, erweitert worden. In beiden Zusammenkünften gibt es Tipps und Anregungen dazu, wie der Alltag besser gestaltet werden kann, was wichtig für Kinder ist, was sie brauchen und wie man ihren Wünschen mitunter auch Grenzen setzen muss. Die Eltern lernen, mit den Kindern zu spielen und ihre Bedürfnisse wahrzunehmen. Sie lernen auch die Probleme anderer Eltern kennen und tauschen sich untereinander aus. Sie erfahren, wie sich eigenes Verhalten im Verhalten ihrer Kinder widerspiegelt und sind bereit, ihr Verhalten zu verändern. Sie erfahren Lob und Anerkennung, entwickeln Selbstbewusstsein und Erziehungskompetenz. Die Kinder können Nachhilfe und Hausaufgabenhilfe in Anspruch nehmen.

Andererseits weitet sich natürlich auch der Blick der Projektmitarbeiter auf verborgene Probleme ihrer Gesprächspartner. Sie nehmen Eltern wahr, die oftmals noch eigene traumatische Kindheitserlebnisse zu verarbeiten haben. Die Betroffenen erhalten in jeder Hinsicht Unterstützung.

Der Projektleiter koordiniert neben seinen Aktivitäten die Aktivitäten der Akteure, initiiert neue Ideen, plant und reflektiert gemeinsam mit der Projektgruppe die Höhepunkte. Er vereinbart Hausbesuche bei Klienten, vermittelt bei Bedarf Leistungen anderer Träger und Unterstützer. Er koordiniert die Arbeit der ehrenamtlich und in Patenschaften Tätigen, pflegt Kontakte zu den Wohnungsunternehmen, zum Stadtteilzentrum, zu Schulen, Kitas und zum Bezirksamt. Stets gilt es, alle Ressourcen aufzuspüren, die für die Klienten von Nutzen sein können.

Ein weiterer Begegnungstreff konnte 2011 im Hochhaus Rudolf-Seifert-Straße 31-33 eröffnet werden. Auch hier arbeitet ein Trägernetzwerk und wird durch den Projektleiter, basierend auf seinen Erfahrungen aus dem Begegnungstreff Weißenseer Weg 1 und 2, unterstützt.

Im Frühjahr 2009 bewarb sich die RBO für die Beteiligung am Programm „Jugendsozialarbeit in Berliner Schulen“. Gründe für die Bewerbung waren u. a. die bereits praktizierte Sozialraumarbeit im Gebiet Fennpfuhl und die bestehenden Kontakte zur Grundschule am Roederplatz. Weitere Synergieeffekte für die Netzwerkarbeit in der Region wurden damit erwartet.

Die RBO wurde als Akteur für die Schulsozialarbeit an der Grundschule am Roederplatz bestaigt und begann damit zum 01.09.2009. Eine Diplompädagogin/Schulsozialarbeiterin arbei-

tete sich schnell als Projektleiterin in die Inhalte der bereits vorliegenden Konzeption ein und setzte sie nach den gewählten Schwerpunkten erwartungsgemäß um. Die „Schuloase“ wurde eingerichtet, in der problembeladenen oder gar delinquenten Kindern, die dem Unterricht nicht mehr folgen können, Hilfestellung geboten wird. Sie können Gesprächsangebote wahrnehmen, Deeskalationsverfahren üben sowie Alternativlösungen für auftretende Konflikte erarbeiten. In der Schuloase findet das Training für die „Schulbods“, die freiwilligen Deeskalationshelfer, statt. Alle Maßnahmen tragen wesentlich dazu bei, das Leitbild einer gewaltfreien Schule zu verwirklichen.

Ein weiterer Arbeitsschwerpunkt besteht darin, die Schule nach außen zu öffnen. Dazu zählt z. B., Kontakte zu den Jugendfreizeitstätten der Region herzustellen. Vereine und freie Träger von Sozialarbeit bieten verschiedene Leistungen an, die von den Eltern zu ihrem eigenen Nutzen wahrgenommen werden sollten.

Es gelang, die Lehrer der Schule davon zu überzeugen, dass mit Hilfe der von dem Projekt initiierten Prozesse Schüler wieder am Unterricht teilnehmen, Familienprobleme aufgearbeitet werden und Kriseninterventionen möglich sind. Die gesamte Bildungs- und Erziehungsarbeit der Schule profitiert davon wesentlich. Damit erfüllt das Projekt die Erwartungen an eine erfolgreiche Prävention, wie sie der Strategie des Jugendamtes gemeinsam mit Lehrern, Erziehern und Eltern entspricht.

Überblickt man die dargestellten Aufgaben und Leistungen des Kinder- und Jugendhilfebereichs noch einmal zusammenfassend, dann breitet sich vor dem Betrachter ein weites, differenziertes Arbeitsfeld mit ganz unterschiedlichen Anforderungen aus, zu deren Bewältigung sozial engagierte und flexibel agierende Mitarbeiter mit hoher Fachkompetenz vonnöten sind. Versucht man, deren Tätigkeit auf ihre wesentliche Funktion hin zu bestimmen, so ist sie zweifellos auf die Sicherung der Teilhabe eines Personenkreises am gesellschaftlichen Leben nach den üblichen Normen und Moralvorstellungen gerichtet, der auf diese Hilfe angewiesen ist. Im Mittelpunkt stehen jedoch nicht nur die Kinder und Jugendlichen, wie es der Name des Bereichs verheißt, sondern vielmehr auch deren Erzeuger, Erziehungsberechtigte und wiederum deren familiäres Milieu sowie deren soziales Umfeld in einem weiten Radius. Die Notwendigkeit und Wichtigkeit eines solchen Bereichs unterstreichen die tagtäglichen Ereignisse und Zeitungsmeldungen über gewalttätige Auseinandersetzungen mit Jugendlichen.

In diesem Zusammenhang versucht K.-P. Becker die Frage zu beantworten, ob die Maßnahmen zur Überwindung der Beeinträchtigungen von Teilhabe an entscheidenden Bereichen des gesellschaftlichen Lebens eine Zuordnung zur Rehabilitation rechtfertigen, wie sie zumindest formalinstitutionell mit der Angliederung des Kinder- und Jugendhilfebereichs an die RBO erfolgt ist. Eine Antwort kann seiner Meinung nach unter zwei Aspekten gegeben werden.

Einmal unter theoretischem wie sozialpolitischem Aspekt. Wie in den Kapiteln 1 und 2 bereits ausgeführt, wird nach der deutschen Gesetzeslage unter Berufung auf die ICF die Beeinträchtigung der Teilhabe als ein entscheidendes Kriterium für eine vorliegende Behinderung angesehen. Allerdings unter der Voraussetzung, dass zugleich eine Gesundheitsstörung vorliegt. Zur Erklärung dieses Zusammenhangs dient das biopsychosoziale Modell, das eine Wechselwirkung der beteiligten Komponenten einschließt. Insofern können auch Barrieren innerhalb der Umweltfaktoren (ICF) oder inadäquate Umwelteinflüsse (Rp) in Abhängigkeit von ihrer Intensität und Dauer bei spezifischen psychischen Eigenschaften der betreffenden Person (z. B. bei geringer

Frustrationstoleranz) zu manifesten Schädigungen der Körperfunktionen, wie mentaler Funktionen, führen. Hat sich dieser Kreislauf geschlossen, liegt eine Behinderung vor und ruft ihrerseits weitere Folgen hervor, sofern keine rehabilitativen Maßnahmen eingeleitet und wirksam werden. Bei dem Gros der beschriebenen Klienten des Kinder- und Jugendhilfereichs ist das noch nicht der Fall. Die beschriebenen Konstellationen weisen jedoch auf eine akute Gefährdung hin. Der Gesetzgeber spricht im SGB IX dann davon, dass diese Menschen von Behinderung bedroht sind. Zieht man in Betracht, dass es sich bei dem beschriebenen Bereich um Kinder und Jugendliche handelt, also um Personen in verschiedenen sensiblen Entwicklungsphasen, dann nimmt der Bedrohlichkeitsgrad noch zu. Insofern erklärt und begründet sich die Affinität des Kinder- und Jugendhilfereichs zur RBO. Sie verweist zugleich auf die große Bedeutung, die der Prävention zum Wohlergehen des Einzelnen wie der Gesellschaft im Ganzen zukommt.

Ein zweiter Aspekt relativiert die soeben ausgeführte Begründung dann, wenn man alle Menschen, die von Teilhabebeeinträchtigungen betroffen sind, wie z. B. Migranten, Arbeitslose, „Aussteiger“ oder Straffällige usw., als von Behinderung bedroht einstufte. Die aktuelle Entwicklung der Lebenslage der Bevölkerung in unserer Gesellschaft weist nach den einschlägigen Publikationen der seriösen Tagespresse eine zunehmende Diskrepanz einer kleineren Gruppe immer wohlhabenderer Bürger und einer zunehmenden größeren Gruppe von Geringverdienern und verarmenden Bürgern aus. In der zweiten Gruppe sammeln sich mehrheitlich diejenigen mit Teilhabebeeinträchtigungen, die noch dazu ein soziales Konfliktpotenzial entwickeln. Darunter können sich durchaus auch Personen befinden, die von Behinderung bedroht sind oder werden. Diese Entwicklung rechtfertigt jedoch keineswegs, die Lösung dieses gesamtgesellschaftlichen Problems der Rehabilitation zu überantworten. Es handelt sich vielmehr um eine politische Aufgabe ersten Ranges.

Insgesamt gesehen, agiert die RBO demnach mit ihrem Kinder- und Jugendhilfereich einerseits in einem sozialen Spannungsfeld allgemein förderlich und leistet andererseits hinsichtlich der spezifischen Lage von Kindern und Jugendlichen einen besonderen und eminent wichtigen Beitrag zur Prävention von Behinderungen.

11 Pflegebedürftigkeit – Pflege – Pflegeheim

Klaus-Peter Becker, Michael Feyh und Bettina Hecht

11.1 Zur allgemeinen Situation in stationären Pflegeeinrichtungen

Selbstbestimmt zu leben und an der Gesellschaft teilzuhaben, ist der selbstverständliche Wunsch aller Menschen in jedem Alter, ganz gleich ob mit oder ohne Pflegebedarf. Bei Pflegebedürftigkeit ist jedoch ein selbstbestimmtes Leben je nach den individuellen Fähigkeiten und Ressourcen der Betroffenen in der Praxis häufig sehr schwer zu gestalten. Insbesondere für alte und betagte Menschen in stationären Pflegeeinrichtungen sind die Grenzen selbstbestimmter Lebensführung häufig sehr eng gezogen.

Obwohl in den letzten Jahrzehnten viele neue Pflegeheime entstanden sind und bestehende modernisiert wurden, ruft der Begriff Pflegeheim auch heute noch bei vielen Menschen Vorstellungen von Abschieben oder Aussondern wach. Der Wunsch, möglichst nie in ein Heim umziehen zu müssen, scheint allgegenwärtig. Mögen hierbei vielfach ungerechtfertigte Verallgemeinerungen, Unwissenheit oder auch gezielte populistische Meinungsbeeinflussung eine Rolle spielen, so ist unstrittig, dass in der stationären Pflege Anspruch und Wirklichkeit hinsichtlich sozialer Teilhabe, individueller Förderung und Selbstbestimmung weit auseinander fallen.

Pflege in Pflegeheimen ist in der Praxis vor allem ein Geschehen mit Versorgungs- und Erhaltungscharakter. Langeweile, das Gefühl von Nutzlosigkeit und Hilflosigkeit, Einsamkeit in der „Masse“ sind die vielfach vorherrschenden Eindrücke in Pflegeheimen, die die oben genannten Vorbehalte nähren.

Der tiefgründige Wandel in unserer Gesellschaft infolge zunehmender Alterung und Hochaltrigkeit verschärft die Situation in den Pflegeheimen. Das Durchschnittsalter von Pflegeheimbewohnern steigt. Es wird bundesweit derzeit zwischen 81 und 84 Jahren beziffert. Ebenso steigt der Anteil von demenzkranken pflegebedürftigen Bewohnern. Er liegt in vielen Heimen bei 60 und mehr Prozent. Infolge dessen verkürzt sich die durchschnittliche Verweildauer (die Zeit zwischen Einzug und in der Regel dem Versterben des Bewohners) im Pflegeheim. Sie beträgt inzwischen weniger als 18 Monate. Multimorbidität, chronische Erkrankungen und eingeschränkte Mobilität führen zu steigendem Pflegebedarf und erhöhten Pflegestufen.

Die Arbeitsintensität und -belastungen für das knappe Pflegepersonal steigen. Unzufriedenheit sowie hohe Krankenstände in der Mitarbeiterschaft von Pflegeheimen sind fast zwangsläufige Folgeerscheinungen.

Ein Teufelskreis, der schließlich zum Pflegenotstand führen kann. Der Begriff bezeichnet das Fehlen von Pflegefachkräften und anderen Mitarbeitern in Pflegeeinrichtungen. In Deutschland können bereits heute bei steigender Tendenz etwa 50.000 Stellen nicht besetzt werden. Unter diesen Umständen kann selbst schon das gängige „Satt, Trocken, Sauber“ zu einer Herausforde-

rung im Pflegeheim werden. Wie kann unter solchen Bedingungen Teilhabe und Selbstbestimmung der Heimbewohner überhaupt noch realisiert werden?

Erwartungen an eine allgemeine Verbesserung der Lage durch erhöhte Finanzausweisungen- und Personalausstattungen für pflegerische Zwecke erscheinen angesichts der zu erwartenden demografischen Entwicklung einerseits und den Problemen in den öffentlichen Haushalten und Sozialversicherungssystemen andererseits wenig aussichtsreich. Zwar hat das Pflegeweiterentwicklungsgesetz von 2008 mit den Regelungen des § 87 b SGB XI diesbezüglich einige Verbesserungen gebracht, doch ein Durchbruch in der sozialen Betreuung und Teilhabesicherung von Pflegeheimbewohnern kann damit allein nicht erzielt werden.

Durch oben genannte Regelung haben Pflegeheime die Möglichkeit erhalten, für jeweils 25 pflegebedürftige demenzerkrankte Bewohner eine zusätzliche Betreuungskraft in der Funktion eines Alltagsbegleiters einzustellen. Die zusätzliche Betreuungskraft leistet also weder Pflege noch erbringt sie hauswirtschaftliche Dienstleistungen, sondern ist ausschließlich für die zusätzliche Betreuung und Aktivierung demenzerkrankter Pflegeheimbewohner zuständig. So positiv und richtig diese Entwicklung im Ansatz zu bewerten ist, so deutlich wird auch ihre begrenzte Wirkung. Bei einem Personalschlüssel von 1:25 kann der Nutzen für den Einzelnen nur gering sein. Ähnlich sind auch die Reformen, die aus den Diskussionen und dem gesetzlichen Vorhaben zur Erweiterung und Neubestimmung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs zu erwarten sind, zu bewerten.

Gerade Demenzkranke bekommen derzeit in Pflegeheimen keine angemessene Betreuung. Der Grund liegt in der Bemessung des Hilfebedarfs, den der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) vornimmt und der sich in der Erteilung von Pflegestufen ausdrückt. Dabei werden nur körperliche Gebrechen und Defizite berücksichtigt. Unter diesen Bedingungen erhalten Demenzkranke, die z. B. rein körperlich betrachtet noch in der Lage sind, sich zu waschen, anzuziehen und andere Verrichtungen vorzunehmen, oft keine oder eine zu geringe Pflegestufe. Sie benötigen jedoch in der Regel eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung, weil sie die sinnhaltigen Anforderungen des täglichen Lebens ansonsten gar nicht meistern könnten.

11.2 Geistig behinderte Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf

Die GmbH Rehabilitationszentrum Berlin-Ost (RBO) bietet in der Wohnstätte Allee der Kosmonauten 23 A geistig und mehrfach behinderten Menschen Wohnung und Lebensraum mit einer rund um die Uhr gewährleisteten Betreuung. Es gilt die Maxime, dass jeder Bewohner ein lebenslanges Wohnrecht genießt, sofern er es wünscht. Diese Maxime schließt erforderlichenfalls auch die Gewährung von Pflege ein. Zieht man die kritische Beurteilung der Situation in Pflegeeinrichtungen, wie sie im vorauf gegangenen Abschnitt dargestellt worden ist, in Betracht, so beinhaltet die Einlösung dieses Versprechens eine gewaltige Herausforderung. Allerdings gibt es keine Möglichkeit, sich ihr zu entziehen, vielmehr gilt es, sie unter allen Umständen zu meistern.

Angesichts der fortschreitenden Alterung der Bewohner und der damit zunehmenden Anfälligkeit für altersbedingte Erkrankungen musste seit geraumer Zeit damit gerechnet werden, dass früher oder später zusätzlich Pflege vonnöten ist. Im Jahr 2007 war die Zeit reif dafür. Es fiel eine entsprechende Entscheidung zugunsten der Einrichtung eines spezifischen Wohnbereichs für Bewohner mit einer geistigen/mehrfachen Behinderung und mit erhöhtem Pflegebedarf.

Im Vorfeld mussten die vertraglichen Voraussetzungen für die wirtschaftliche Tragfähigkeit des Vorhabens geklärt werden. Seit dem 01.05.2008 besteht ein Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI für vollstationäre Pflege mit der Pflegekasse. Es mussten aber auch Vorbehalte gegen die Gründung dieses Wohnbereichs ausgeräumt werden. Mitglieder der Lebenshilfe e.V. hatten sie geltend gemacht. Sie befürchteten, Menschen mit geistiger Behinderung sollten in Pflegeeinrichtungen abgeschoben werden und der Eingliederungshilfe verlustig gehen. Die Befürchtungen trafen und treffen nicht zu, denn die Wohngruppe ist unmittelbar in die Leistungen und Bedingungen ihrer Wohnstätte eingebunden. Die Finanzausstattung des pflegerischen Leistungsangebots ermöglicht es den dort lebenden Pflegebedürftigen mit geistiger Behinderung, ein vergleichbar teilhabeorientiertes Leben entsprechend ihren individuellen Bedürfnissen zu führen wie in ihrem „ersten Lebensraum“, der stationären Behindertenhilfe. Die Tagesstruktur der Bewohner ist in ihrem „zweiten Lebensraum“ unter Beibehaltung der vorhandenen Leistungen der Eingliederungshilfe (Förderbereich einer WfbM, Tagesstätte etc.) sichergestellt.

Der Wohnbereich umfasst vier großräumige Zweibettzimmer und ein Einzelzimmer. Die Zimmer sind mit je einem integrierten Duschbad ausgestattet. Darüber hinaus stehen dem Wohnbereich zwei Pflegebäder zur Verfügung. Ein großzügig bemessener Gemeinschaftsraum mit einer eingebauten Küchenzeile bildet den Mittelpunkt des Wohnbereichs. Die Ausstattung des Bereichs insgesamt bietet den Bewohnern die Gewähr, ihre Intimität zu wahren oder sich anderen zuzugesellen sowie sich zurückziehen oder an gemeinsamen Aktivitäten beteiligen zu können.

Im Jahre 2010 umfasste die Wohngruppe für Menschen mit geistiger/mehrfacher Behinderung und erhöhtem Pflegebedarf sieben männliche Bewohner mit der Pflegestufe 3 und einen mit Pflegestufe 2. Fünf der acht Bewohner sind auf den Rollstuhl angewiesen. Die Anforderungen an die Fachkräfte, Leistungen zur Teilhabe und Pflege miteinander zu verzahnen, setzen sowohl quantitativ wie qualitativ eine gediegene Personalausstattung voraus. Dreizehn Mitarbeiter stehen für acht Bewohner zur Verfügung. Die Mitarbeiter gehören nach ihren Grundberufen den Gruppen Heilerziehungspfleger, Krankenschwester, Altenpfleger, Pflegehelfer und Hauswirtschaftskraft an.

Mit dieser Zusammensetzung allein ist es jedoch noch nicht getan! Es kommt darauf an, die Mitarbeiter ihrer Qualifikation nach bedarfsgerecht einzusetzen und ihre Tätigkeit gemeinsam auf das gewählte Leitbild hin zu orientieren. In Anlehnung an ein von Krohwinkel im Jahre 1984 publiziertes Strukturmodell ist die „Ganzheitlich fördernde Prozesspflege“ als Pflegemodell gewählt worden. Angebote zur Freizeitgestaltung, Beteiligung an Festen, Ausflüge und sogar eine Urlaubsfahrt dienen der Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen.

Alle Leistungen der Mitarbeiter müssen sorgsam dokumentiert werden. Die erzielten Ergebnisse werden in einem Qualitätsmanagementsystem nach Struktur-, Prozeß- und Erlebnisqualität bewertet. Das ganze unterliegt der Kontrolle des MDK.

Die Einrichtung des Wohnbereichs hat sich allein schon dann bewährt, wenn man das erteilte Prädikat des MDK zum Maßstab nimmt. Unter rehabilitativen Aspekten gilt es aber, den Umfang an erhaltener oder wieder erreichter Teilhabe in die Bewertung einzubeziehen. Dafür soll als Beispiel, quasi als pars pro toto, die Entwicklung eines Klienten angeführt werden, der aus einem Altenheim in die Wohngruppe übernommen worden war. Sein Zustand entsprach anfangs dem eines extremen Hospitalisierten. Ständig bettlägerig, war er bislang nur mit flüssiger Nahrung versorgt worden. Die Aufnahme fester Nahrung hatte er buchstäblich verlernt. Schrittweise ge-

lang es den Mitarbeitern in der Wohngruppe, Herrn X wieder aufzurichten, zum Sitzen zu bringen, mit dem Rollstuhl zu befördern und seinen Gesichtskreis systematisch zu erweitern. Parallel dazu erwarb er wieder die Fähigkeit, feste Nahrung und Getränke ohne Schnabeltasse zu sich zu nehmen. Schließlich war er in der Lage, sich zu den Tischzeiten am gemeinsamen Essen der Bewohner zu beteiligen, zuweilen selbständig den Löffel zu gebrauchen. Es war ein besonders berührendes Erlebnis für die Umstehenden, als Herr X im Rollstuhl sitzend unerwartet flotte Rhythmen aus der Musikbox hörte, sich darauf hin seine Gesichtszüge plötzlich belebten und er völlig unerwartet versuchte, freudig motorisch zu reagieren.

Dieses Beispiel ist gewiss nicht alltäglich. Es zeigt jedoch eindrucksvoll, dass Pflege unter stationären Bedingungen nicht zwangsläufig auf das Niveau von „Satt, Trocken, Sauber“ absinken muss. Die mit diesem Bereich gesammelten Erfahrungen stimulierten den Vorstand der Stiftung vielmehr, sich an das Projekt eines Pflegeheimes für Demenzkranke zu wagen.

11.3 Die Errichtung des Wohn- und Pflegezentrums für Menschen mit Demenz am Landschaftspark Herzberge

11.3.1 Vorsätze

Die Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost hat in den Jahren 2009/2010 in unmittelbarer Nachbarschaft zu der Wohnstätte für geistig/mehrfach behinderte Menschen in der Allee der Kosmonauten 23 A auf dem Grundstück Allee der Kosmonauten 23 B ein leerstehendes mehrstöckiges Gebäude erworben und zu einem Pflegeheim mit angeschlossener Tagespflege aus- und umgebaut. Die Entscheidung, eine stationäre Pflegeeinrichtung aufzubauen und zu betreiben, fußte, wie schon im voraus gegangenen Abschnitt geschlussfolgert, auf dem Know-how und auf der Basis der eigens in der RBO gesammelten Erfahrungen der Eingliederungshilfe bei geistig/mehrfach behinderten Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf. Die Initiatoren ließen sich von dem Vorsatz leiten, trotz der insgesamt kritischen Lage in der Pflegelandschaft, einen Beitrag zu mehr Teilhabeorientierung und Lebensqualität in der Pflege zu leisten. Es musste in Betracht gezogen werden, dass es sich bei der Zielgruppe um pflegebedürftige Menschen mit kognitiven und psychischen Veränderungen infolge demenzieller Erkrankungen handeln sollte. Sie nehmen angesichts der demografischen Entwicklung an Zahl zu. Pflegebedürftige Menschen, die an Demenz leiden, stellen für Pflegeeinrichtungen und Pflegekräfte eine sehr große Herausforderung dar. Besonders das Problem harter einer Lösung, wie Eingliederungshilfe und Pflegeleistungen miteinander verzahnt werden können.

Es galt und gilt nach wie vor die Hypothese zu prüfen, ob die positiven Erfahrungen, die mit der Wohngruppe für geistig/mehrfach behinderte Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf in der RBO gesammelt werden konnten, sich auf die neue Einrichtung, ein Pflegezentrum für Menschen mit Demenz, übertragen lassen. Auf Synergieeffekte zwischen den benachbarten Tochtergesellschaften wurde dabei auch gehofft.

Die neue Pflegeeinrichtung nahm als eigens gegründete Tochtergesellschaft der RBO in Form der gemeinnützigen GmbH „LBD - Lichtenberger Betreuungs Dienste“ formell Gestalt an. Zugleich wurde beschlossen, das so genannte Wohn- und Pflegezentrum am Landschaftspark Herzberge zu einer speziellen Pflegeeinrichtung für Menschen mit Demenz zu entwickeln.

Im Mittelpunkt der weiteren Erörterung sollen die Chancen und Möglichkeiten, aber auch die Schwierigkeiten und Grenzen stehen, die sich auch dem Zusammenwirken von Erfahrungen und Know-how der Eingliederungshilfe und denen der Pflege ergeben.

11.3.2 Das konzipierte Pflege- und Betreuungskonzept

Dr. Bettina Hecht als bestellte Geschäftsführerin und Dipl.-Pflegerwirt Michael Feyh wurden mit dem Aufbau des Pflegezentrums betraut. Auf der Grundlage umfangreicher Literatur- und Praxisrecherchen sowie der Auswertung von Erfahrungsberichten entstand das Pflege- und Betreuungskonzept für das Wohn- und Pflegezentrum am Landschaftspark Herzberge mit integrierter Tagespflege für Menschen mit Demenz (LBD). Es ist hier nicht der Ort, um es in allen Einzelheiten darzustellen. Besonders wichtige Aspekte seien hervorgehoben:

Leitbild

Die Summe der einzelnen Merkmale des Leitbildes, das sich das Pflegezentrum gegeben hat und dem die Mitarbeiter verpflichtet sind, mündet in den Schlusssatz: „Unser Handeln richten wir nach der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen aus.“ Darin sind u. a. solche Grundsätze eingeschlossen, wie „Selbstbestimmung und Hilfe zur Selbsthilfe“, „Körperliche und seelische Unversehrtheit, Freiheit und Sicherheit“, „Kommunikation, Wertschätzung und Teilhabe an der Gesellschaft“.

Gerontopsychiatrische Kriterien

In Anbetracht der Spezialisierung des Pflegezentrums auf Menschen mit Demenz verlangt das Gerontopsychiatrische Betreuungs- und Pflegekonzept besondere Beachtung. Das beginnt damit, dass die gerontopsychiatrischen Störungen der aufzunehmenden Bewohner den strengen Kriterien entsprechen müssen, die im Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI vereinbart worden sind.

Gerontopsychiatrische Leitlinien

Im Ergebnis eines Konsensusprozesses haben die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, die Deutsche Gesellschaft für Neurologie in Zusammenarbeit mit der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e.V. – Selbsthilfe Demenz und weitere medizinisch – wissenschaftlichen Fachgesellschaften, Berufsverbände und Organisationen Leitlinien „Demenzen“ vereinbart. Im Hinblick auf die Arbeit im Pflegezentrum geben sie eine generalisierende Orientierung hinsichtlich:

- Psychosozialen Interventionen,
- Kognitiven Verfahren,
- Ergotherapie,
- Körperlicher Aktivität,
- Künstlerischen Therapien,
- Sensorischen Verfahren.

Sie untergliedern sich im Einzelnen weiter nach gängigen Verfahren.

Folgerungen für die Pflege

Werden die aufgeführten Leitlinien auf die Belange des Pflegezentrums gebrochen, so heißt es wörtlich im Pflege- und Betreuungskonzept: „Unser oberstes Ziel ist es, dem Bewohner ein *Zuhause in Geborgenheit* zu ermöglichen. ... Unser gewählter segregativer Ansatz für die Betreuung von Menschen mit Demenz bietet in der homogenen Gruppe oft die letzte Möglichkeit, mit anderen dementen Menschen zusammen zu kommen und Gemeinschaft zu erleben. Zusätzlich wirkt sich das Geschehen in der homogenen Gruppe motivierend und stabilisierend aus. Daher sind wir der

Meinung, dass für Menschen mit Demenz, die zum Teil schwere Auffälligkeiten im Verhalten und ausgeprägte Mobilität aufweisen, der segregative Ansatz die Lebensqualität erhöht.

Wir arbeiten auf der Grundlage *der Milieugestaltung*, die davon ausgeht, dass nicht nur in der gezielten therapeutischen Intervention, sondern in allen Begegnungen des Bewohners mit seinem sozialen Umfeld therapeutische Kräfte stecken können. Ebenso wichtig ist der Einfluss des räumlichen Umfeldes auf das Befinden des Bewohners. Beides, das soziale sowie das räumliche Umfeld sollten deshalb bewusst als Betreuungsinhalte des gerontopsychiatrischen Arbeitens für das multiprofessionelle Team (Pflegepersonal, Ergotherapeuten, Ärzte, Hauswirtschaftspersonal, Angehörige usw.) gelten."

Pflegerische und rehabilitative Komponenten

Im Komplex des gerontopsychiatrischen Arbeitens sind die folgenden Komponenten zu unterscheiden:

- Milieugestaltung – Heimisch fühlen, Vorbeugen von Verirren,
- Bezugs- bzw. Beziehungspflege – Herstellen einer konstanten Beziehung,
- Kontinuität im alltäglichen Leben – Gleichmaß tagesstrukturierender Maßnahmen,
- Kommunikation – jede Begegnung ist Kommunikation,
- Grund-/Behandlungspflege,
- Soziale, ärztliche, therapeutische und kulturelle Betreuung,
- Kontakte zu und Arbeit mit den Angehörigen,
- Sterbekultur.

11.3.3 Die Wohnform – Größe und Ausstattung der Einrichtung

Die Umsetzung des Betreuungs- und Pflegekonzepts steht in einer engen Wechselwirkung zu den gegebenen örtlichen und räumlichen Bedingungen. Das konzipierte Pflege- und Betreuungskonzept bot schon dem Architekten Anhaltspunkte für die Bauplanung. Es erwies sich als Vorteil, dass der Architekt bereits mit Neu- wie Erhaltungsbauten, die der stationären Eingliederungshilfe dienen, hinlänglich vertraut war (siehe auch Kap. 2.6). Erfahrungswerte der RBO flossen auf diese Weise in die Bauplanung und den Bau des Pflegeheims ein und führten dadurch zu ersten Synergieeffekten. In der Folge des Um- und Ausbaus des Gebäudes entstand eine kleinteilige überschaubare Einrichtung, wie sie in den Leistungsfeldern der Eingliederungshilfe seit Jahrzehnten üblich ist, in der stationären Pflege jedoch bisher eher selten angetroffen wird.

Das Pflegezentrum verfügt über 45 stationäre Pflegeplätze in fünf Wohngruppen. Die Wohngruppen befinden sich jeweils auf einer separaten Etage, wodurch die kleinteilige, familienähnliche Struktur noch verstärkt wird. Die Gruppengröße von neun Bewohnern schafft Intimität und gibt Sicherheit. Die Wohnküche mit großer Außenterrasse ist der Mittelpunkt der Wohngruppe. Hier spielt sich ein großer Teil des Alltagslebens der Bewohner ab. Es sollte immer jemand zugegen sein. In der Wohnküche kann gekocht aber auch gearbeitet, gelesen und gespielt werden. Soweit die Bewohner in der Lage sind und den Wunsch hegen, können sie in die alltäglichen hauswirtschaftlichen Abläufe einbezogen werden. Auch wenn Bewohner nicht selbst aktiv werden können oder wollen, erleben sie die Geschäftigkeit der Pflege- und Hauswirtschaftskräfte und der anderen Bewohner in der Wohnküche als Betrachter unmittelbar mit. Damit können familienähnliche Beziehungen entstehen.

Die Bewohner leben ausschließlich in Einzelzimmern, die sie bis auf das Pflegebett mit eigenen Möbeln und nach eigenem Geschmack ausstatten können. Jedes Bewohnerzimmer verfügt über ein eigenes rollstuhlzugängliches Bad. Die sanitärtechnische Ausstattung mit Dusche, WC und Waschbecken entspricht den altersgerechten Anforderungen.

Die Zimmer bieten den Bewohnern die Möglichkeit, sich zu jeder Zeit in die eigene individuelle Welt zurückziehen zu können. Sie können Angehörige wie Besucher in ihrem eigenen Zimmer, wie es zu Haus üblich ist, ungestört empfangen und verweilen lassen.

Die baulich räumlichen Bedingungen und Strukturen eines Pflegeheims sind eine wesentliche Voraussetzung für die jeweiligen Bewohner, Lebensqualität sowie ein Gefühl von Geborgenheit und Zuhause entstehen zu lassen. Klein dimensionierte Einrichtungen mit Wohngruppen zu sechs, acht oder höchstens zehn Bewohnern sind dafür zweifellos besser geeignet als Großeinrichtungen mit Pflegestationen, auf denen 25 und mehr Personen versorgt werden müssen.

Kleinteilige Wohngruppen ähneln den Gemeinschaften, wie Familien oder Zweierbeziehungen, in denen die alten Menschen ein Leben lang gelebt haben, am besten und überfordern sie nicht. In kleinen Wohngruppen ohne zentrale Dienste und zentrale Versorgung dominiert das Alltagsgeschehen. Es kommt den alten Gewohnheiten der Bewohner am nächsten und vermittelt ein Stück Normalität. Die notwendigen pflegerischen Verrichtungen müssen sich in den Alltag einordnen, nicht umgekehrt.

Diese soziale Strukturierung lässt ein hohes Maß an Individualität zu, sei es in Bezug auf ein frühes oder spätes Frühstück, die Zubereitung der Lieblingspeise oder andere die Lebenszufriedenheit stärkende Faktoren. Diese Seiten des alltäglichen Lebens verkörpern gerade bei sehr pflegebedürftigen Menschen einen wesentlichen Teilhabeaspekt. Besonders für Menschen mit Demenz, die sich nur schwer auf veränderte Situationen einstellen können, bieten die kleinteiligen Strukturen mit ihren individuellen Rückzugsmöglichkeiten gute Voraussetzungen für eine teilhabeorientierte Pflege. Sie bieten ihnen mehr Orientierung als große Einrichtungen und erleichtern damit den Verlauf des Alltags.

Die in den oben genannten gerontopsychiatrischen Leitlinien vorgesehenen „Körperlichen Aktivitäten“ und „Sensorischen Verfahren“ erfordern räumliche, technische und personelle Voraussetzungen, über die viele stationäre Pflegeeinrichtungen nicht verfügen. Die enge Verbindung von der LBD zur RBO setzt in dieser Hinsicht ebenfalls Synergieeffekte frei. Die RBO verfügt in räumlicher Nähe zum Pflegezentrum sowohl über einen gerätetechnisch gut ausgestatteten Sportbereich als auch ein ebenso gut ausgestattetes Snoezelen-Zentrum. Beide Stätten stehen dem Pflegezentrum zur Nutzung offen.

11.3.4 Personalausstattung

Die bedürfnisgerechte räumlich-materielle Gestaltung der Wohngruppen und der gesamten Einrichtung bedeutet nicht en passant Teilhabe an möglichst vielen Lebensbereichen für die pflegebedürftigen Bewohner. Die Möglichkeiten zur Teilhabe der Bewohner an den für sie bedeutungsvollen Alltagsaktivitäten werden nur dann Wirklichkeit, wenn es genügend Pflege- und Betreuungskräfte gibt, die sie für die Bewohner und mit ihnen erschließen.

Die heute üblichen Personalschlüssel lassen eine echte Bezugspflege mit Teilhabeorientierung und einem rehabilitativen Anspruch jedoch nicht zu.

Nach den Regelungen zur Personalausstattung in segregativen Pflegeheimen für Menschen mit Demenz sind für das Wohn- und Pflegezentrum am Landschaftspark Herzberge mit seinen 45 Pflegeplätzen 23 Vollzeitstellen für Pflegekräfte bei einer durchschnittlichen Verteilung der Pflegestufen vorgesehen. (siehe Rahmenvertrag gemäß § 75 Abs. 1 und 2 SGB XI zur vollstationären Pflege §§ 21 ff ...) Bei einer angenommenen Anzahl von 1600 Jahresarbeitsstunden je Vollzeitarbeitskraft ergeben sich je Pflegeetag ungefähr 100 Arbeitsstunden bzw. 12 bis 13 Vollzeitstellen zu je acht Arbeitsstunden. Davon sind 2 Pflegekräfte speziell für den Nachtdienst vorzusehen. Unter diesen Umständen steht für den Tagesdienst in jeder Wohngruppe mit neun Menschen mit Demenz jeweils nur eine Pflegekraft zur Verfügung. Es braucht nicht im Detail ausgeführt zu werden, was unter diesen Bedingungen der Ausfall von Fachkräften durch Krankheit oder andere unvorhergesehene Vorkommnisse bedeutet.

Damit ist es nicht oder kaum möglich, den Bewohnern anzubieten, an Spaziergängen außerhalb des Pflegezentrums oder gar an kleinen Ausflügen geschweige denn an einer Art Urlaub teilzunehmen. Solche Mängel an den Teilhabe orientierten Aktivitäten lassen sich auch nicht durch die dem Pflegezentrum gewährten zwei zusätzlichen Betreuungskräfte (genau 1,8 Vollzeitstellen) wettmachen. Dabei sind gerade für Menschen mit Demenz Aktivitäten zur Tagesgestaltung und zur Förderung sozialer Beziehungen von besonderer Bedeutung. Sie sind auf Grund ihrer Erkrankung nicht in der Lage, sich selbst zu beschäftigen, andere Menschen kennen zu lernen und Nachbarschaftlichkeit zu Mitbewohnern zu entwickeln. Sie brauchen dabei Unterstützung und Anregung. Gerade die Einbeziehung der Menschen mit Demenz in solche Aktivitäten ist außerordentlich wichtig. Sie tragen dazu bei, wenn schon nicht dem Verlauf der Krankheit, so doch vielfach deren spezifischen Symptomen, wie Aggressionen, Apathie, Angst oder anderen Verhaltensstörungen entgegen zu wirken.

Neben einer ausreichenden Personalausstattung bedarf eine adäquate Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz eine spezielle gerontopsychiatrische Qualifikation des Pflege- und Betreuungspersonals. Das Wohn- und Pflegezentrum beabsichtigt allen Mitarbeitern eine diesbezügliche Basisschulung und regelmäßigen fachlichen Austausch anzubieten. Die begrenzten Personalressourcen erschweren jedoch die Verwirklichung dieses Vorhabens.

Es ist ersichtlich, dass die eng bemessene Personaldecke des Pflegezentrums zum Schlüsselproblem für die erfolgreiche Verzahnung von pflegerischen und rehabilitativen Leistungen zugunsten von Menschen mit Demenz wird, wie sie in der Wohngruppe mit geistig/mehrfach behinderten Menschen mit erhöhtem Pflegebedarf zum Glück praktiziert werden kann. Die RBO versucht deshalb, über den Erfahrungsaustausch hinaus greifbare Hilfe zu leisten. Das geschieht in der Weise, dass bei akutem Personalangel Fachkräfte zur Unterstützung oder Aushilfe bereit sind.

Die LWB (siehe Kap. 3) ist in ihrem Bestreben, neue Außenarbeitsplätze für ihre Beschäftigten zu schaffen, auf ein Beispiel aus Baden gestoßen. Dort ist für Beschäftigte der Werkstatt für behinderte Menschen ein neues Tätigkeitsfeld erschlossen worden: Alltagshelfer. Auch in der LWB befinden sich unter den Beschäftigten Personen, die ihrem sozialen Verhalten und ihren praktischen wie kommunikativen Fähigkeiten nach sich zu einer Ausbildung als Alltagshelfer eignen. Zum Tätigkeitsfeld des Alltagshelfers gehört z. B. die Unterstützung des Fachpersonals eines Pflegeheims in der Weise, im Gemeinschaftsraum der Wohngruppe ständig als Ansprechpartner anwesend zu sein. Notfalls kann der Alltagshelfer auch Hilfe holen. Alltagshelfer können fußgängigen oder an den Rollstuhl gebundenen Bewohnern als Begleiter bei Spaziergängen dienen, die sie anderenfalls hätten womöglich gar nicht antreten können. Alltagshelfer unterstützen demzu-

folge das Betreuungspersonal in vielfältiger Weise und ermöglichen den Bewohnern dadurch die Ausübung verschiedener Aktivitäten und die Teilhabe an mehreren Lebensbereichen.

Die LWB hat bisher drei Alltagshelfer erfolgreich ausgebildet, eine vierte Kraft steht kurz vor dem Abschluss der Qualifikation. Das Pflegezentrum hat die Alltagshelfer besonders zur Unterstützung rehabilitativer sozialer Interventionen mit offenen Armen aufgenommen. Der Nutzen dieser Kooperation liegt auf der Hand. Es handelt sich um einen greifbaren Synergieeffekt.

11.3.5 Erste Erfahrungen und Ergebnisse

Am 03.09.2010 wurde dem Bauherrn, der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost, der Schlüssel des fertig gestellten Wohn- und Pflegezentrums am Landschaftspark Herzberge übergeben. Die LBD - Lichtenberger Betreuungsdienste gemeinnützige GmbH erhielt an dem gleichen Tage ihrerseits das Gebäude zu der vorgesehenen zweckbestimmten Nutzung.

Seitdem ist ein Jahr vergangen. Der Zeitraum gestattet es noch nicht, eine umfangreiche Bilanz zu ziehen. Es war u. a. die Rede davon, die Hypothese zu prüfen, dass sich Maßnahmen der Eingliederungshilfe mit Leistungen der Pflege in einem Pflegezentrum für Menschen mit Demenz verbinden lassen. Die Leiter des Pflegezentrums waren sich der Schwierigkeit dieser Aufgabe von Anfang an bewusst. Sie belegen das Haus deshalb auch nur schrittweise mit Bewohnern, auf die Balance von erforderlichem Aufwand und Erfolg bedacht. Gegenwärtig sind zwei Wohngruppen besetzt. Die dritte nimmt die ersten Zuzügler auf. Insgesamt gesehen ist das Pflegezentrum erst zu ca. 50 % belegt, die Tagespflege eingerechnet. Die Zahlen variieren, denn in Anbetracht des hohen Lebensalters der Bewohner muss prinzipiell mit einer kürzeren Verweildauer gerechnet werden. Zwei Todesfälle sind inzwischen zu verzeichnen.

Neben dem Aspekt der Qualitätssicherung spielt für den Zuzug von Bewohnern auch deren finanzielle Situation eine Rolle. Die Leistungen der Pflegekasse reichen selbst bei Pflegestufe 3 und dem Zuschlag für Demenz zur Deckung der Kosten nicht aus. Die verbleibende Differenz muss selbst, und/oder mit Hilfe des Sozialamtes gedeckt werden. Dadurch entstehen Belegungsschwierigkeiten.

Wie erwartet, hat sich die Bildung eines Stammes an qualifiziertem Fachpersonal als „Nagelprobe“ erwiesen. Dieser Prozess dauert an und wird leider immer wieder einmal von Rückschlägen oder Enttäuschungen erschüttert. Dennoch ist es bisher gelungen, die eigenen hochgesteckten Ziele in Pflege und Betreuung nach den Maßstäben des MDK zu erreichen. Die wie üblich unangemeldete Kontrolle des MDK, deren Ergebnis in Noten erteilt wird, ergab die Note 1,4, eine außerordentlich achtbare Leistung.

Damit kann aber die Verzahnung von mehr Teilhabeleistungen im Sinne eines komplexen Rehabilitationsanspruchs und Pflege noch nicht als vollzogen angesehen werden. Die Möglichkeiten des Einsatzes von Alltagshelfern bieten die Chance, in dieser Hinsicht weitere Fortschritte zu erzielen.

12 Behindertenrechtskonvention – Herausforderung in Gegenwart und Zukunft

Klaus-Peter Becker

12.1 Stand 2011

Der Verein sowie die Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost haben sich mit ihren Tochtergesellschaften seit ihrer Entwicklung bemüht, Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen zu befähigen und es ihnen dabei zu ermöglichen, aktiv, gleichberechtigt und selbstbestimmt am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. In den vorausgegangenen Kapiteln dieses Buches haben verantwortliche Leiter ein umfassendes Bild von der Praxis dieses Bemühens bei Implikation rehabilitationspädagogischer und anderer Theoreme gezeichnet.

Wie sind die erzielten Ergebnisse zu bewerten? Was für ein Maßstab ist für eine derartige Aussage anzulegen?

Geht man davon aus, dass die menschliche Arbeit u. a. ein die Persönlichkeit konstituierender Faktor ist und die geistig sowie mehrfach behinderten Menschen, die in der Lichtenberger Werkstatt für Behinderte gGmbH (LWB) eine Berufsausbildung erhalten und Beschäftigung gefunden haben, auf dem 1. Arbeitsmarkt unter den derzeitigen gesellschaftlichen Verhältnissen keine Chance dazu hatten, so fällt das Werturteil außerordentlich positiv aus. Die positive Bewertung wird dadurch gerechtfertigt, dass der Eintritt in die LWB freiwillig erfolgt, die Palette der Tätigkeitsfelder kontinuierlich erweitert wird, im Prozess der Berufsausbildung die Fähigkeiten jedes Einzelnen in Abstimmung mit seiner Eignung und seinen Wünschen entwickelt werden sowie der Weg auf den 1. Arbeitsmarkt über Außenarbeitsplätze und einen Integrationsbetrieb geebnet wird.

Wohnen in Sicherheit und Geborgenheit zählt zu den Grundbedürfnissen eines jeden Menschen. Die gemeinnützigen gGmbHs Rehabilitationszentrum Berlin-Ost und die Gemeinwesen Integrierte Wohnanlage „Mühlenberg“ in Schollene bieten Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen vielfältige Wohnformen an, die diese Bedingungen erfüllen. Diejenigen, die sich für eine Wohnform entschieden haben und eingezogen sind, haben die Wahl von sich aus in Übereinstimmung mit ihrem gesetzlichen Betreuer getroffen. Sie machen davon nur Gebrauch, wenn ihr Verbleib im Familienverbund oder gänzlich auf sich allein gestellt um ihrer Existenz willen nicht mehr gesichert ist. Die Nachfrage nach einem Wohnplatz ist so groß, dass ihr kaum entsprochen werden kann. Daraus kann auf einen sehr guten Leumund der Wohnverhältnisse in der RBO und der GIW geschlossen werden. Er beruht im Einzelnen darauf, dass die Anlage und Ausstattung der Wohnstätten einen sehr hohen Standard ausweisen, die Bewohner sich jederzeit in ihre Zimmer, denen sie durch ihre eigene Möblierung und Ausgestaltung eine persönliche Note geben, zurückziehen können. Jeder oder höchstens zwei Bewohner nutzen einen Sanitärbereich. In den Wohngruppen, denen ein gemütlich gestalteter Gemeinschaftsraum sowie eine Küche zur Verfügung stehen, wird für einen harmonischen Interessenausgleich Einzelner und Vieler bei einem breiten Freizeitangebot gesorgt. Die Bewohner werden in ihren Wünschen und

ihrem Streben nach höheren Freiheitsgraden unterstützt, d. h. von intensiven Betreuungsformen, wie sie die Rund-um-die-Uhr-Betreuung darstellt, zu immer lockereren Formen, wie sie z. B. in Wohngemeinschaften und schließlich im Betreuten Einzelwohnen herrschen, überzugehen.

Eine kulturvolle Wochengestaltung macht neben der Arbeit und den notwendigen Alltagsverrichtungen die Lebensqualität eines jeden Menschen aus. Infolgedessen tragen Angebote und Möglichkeiten zur Wahrnehmung vielfältiger Freizeitaktivitäten, die den unterschiedlichen Interessen der Menschen gerecht werden, zu deren Wohlbefinden bei. Davon profitieren geistig behinderte Menschen, die gemeinschaftlich wohnen, ebenso wie diejenigen, die im Familienverband leben, umso mehr. Die Tochtergesellschaften der Stiftung sowie der eigene Freizeitklub bieten dementsprechend ein breites Spektrum von Betätigungen an, die wahlweise wahrgenommen werden können. Dazu zählen der Sport sowie die leistungsorientierten Aktivitäten in den Sportgemeinschaften unter dem Dach von Special Olympics Deutschland (SOD), die ergotherapeutisch intendierten Tätigkeiten in den Tagesförderbereichen, der Remise in Berlin oder dem „Haus am Wall“ in Schollene, sowie verschiedene Zirkel und Kurse im Freizeitklub. Höhepunkte sind gemeinsame Feiern, die Wochenendausflüge, besonders aber die Urlaubsreisen, die bis ins europäische Ausland führen.

Diese zusammenfassende und komprimierte Darstellung der Leistungen berechtigt dazu, den zurückgelegten Weg als sehr erfolgreich, als eine gelungene Integration und Rehabilitation von Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen zu bewerten.

Seit der Verabschiedung der Behindertenrechtskonvention (BRK) und ihrer Interpretation im Hinblick auf ihre Anwendung in der Praxis wird der Begriff der Integration jedoch in Frage gestellt, als unzulänglich angesehen. Stattdessen entspräche der Begriff Inklusion dem Anspruch der BRK, Menschen mit Behinderungen die allgemeinen Menschenrechte in praxi zu gewähren. Es wird kritisiert, dass bisher fast alle bestehenden Integrationsvorhaben für behinderte Menschen sich dazu spezifischer separierender Organisationsformen und Maßnahmen bedienen. Sie führten de facto zur Diskriminierung und Stigmatisierung der behinderten Menschen oder verhindern sie zumindest nicht.

An der Schwelle zu einem neuen Entwicklungsabschnitt, den die Verwirklichung der BRK einleitet, gilt es demnach zu klären, ob die Prämissen des bisherigen Handelns der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost noch wegweisend sein können oder inwiefern sie fortgeschrieben werden müssen.

Die Bundesrepublik Deutschland hat am 30.03.2007 die Behindertenrechtskonvention (BRK) und ihr Fakultativprotokoll unterzeichnet. Die Ratifikation fand am 24.02.2009 statt. Damit wurde die von den Vereinten Nationen auf ihrer Generalversammlung am 13.12.2006 verabschiedete UN „Convention on the Rights of Persons with Disabilities“ (Resolution A/RES/61/106) in Deutschland rechtskräftig. Mit der Konvention wird eine Forderung nach 19 Jahren erfüllt, die bereits 1987 anlässlich der Berichterstattung über die Erfüllung des UN „World Programme Of Action Concerning Disabled People“ in Stockholm erhoben worden war. (Siehe dazu Kapitel 1, Seite 19) Bei dieser Betrachtung ist sogar noch vollkommen unberücksichtigt geblieben, dass schon im Jahre 1975 die Generalversammlung der Vereinten Nationen einen derartigen Anlauf nahm. Die Zeit war für eine Konvention jedoch noch nicht reif. Dass damals immerhin schon eine „Declaration on the Rights of Disabled Persons“, adopted by the United Nations General Assem-

bly, December 9, 1975, on the report of its Social, Humanitarian and Cultural (Third) Committee, (United Nations, 1975), d.h. angenommen wurde, bekräftigt nur noch den Eindruck, wie beschwerlich der Weg von einem Appell bis zu einer gesetzlichen Verpflichtung im Weltmaßstab ist.

Dieses lange Interregnum legt zumindest die Vermutung nahe, dass bis zur Annahme der BRK erhebliche Interessenunterschiede zu überbrücken waren. Degener sieht unter Verweis auf zwei Menschenrechtsberichte, die von der Menschenrechtskommission verfasst worden waren, einen Grund darin, „dass behinderte Menschen zu den am meisten gefährdeten Gruppen gehören, wenn es um Menschenrechtsverletzungen geht.“ (Degener, Th. 2009, S. 162)

Man fragt sich, welche Verhältnisse könnten dazu geführt haben, behinderten Menschen den Anspruch auf das allgemeine Menschenrecht und den Schutz vor seinen Verletzungen zu verwehren? Die von der UN-Generalversammlung bereits 1948 beschlossene allgemeine Erklärung der Menschenrechte legitimiert sich gerade mit der Verpflichtung, einer Wiederholung solcher und anderer ungeheuerlichen Verbrechen gegen die Menschlichkeit, wie sie von Nazi-Deutschland begangen worden sind, ein für alle Mal auszuschließen.

Aus diesem Bewusstsein heraus sind offensichtlich schon die „Empfehlungen an die Gesundheitsminister der sozialistischen Länder des Internationalen Symposiums über Rehabilitation“, das 1964 in Halle/Saale abgehalten worden ist, hervorgegangen. Wörtlich heißt es:

„c) Rehabilitation und sozialistische Gesellschaftsordnung

Auf dem Gebiet der Rehabilitation bekennen wir uns zur allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, die von der Generalversammlung der Vereinten Nationen am 10.12.1948 genehmigt und verkündet wurde. Artikel 25 der Erklärung lautet: „Jeder Mensch hat Anspruch auf seine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit, ärztliche Betreuung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge gewährleistet; er hat das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Verwitwung, Alter oder von anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“ (Empfehlungen an die Gesundheitsminister 1965, S. 15 f.)

Weiter wird gefolgert und hier auszugsweise wiedergegeben:

„Invalide Personen genießen die gleiche Würde und das gleiche Recht auf Sicherheit wie vollgesunde Menschen. ... Auch eine Erziehung des Bewusstseins der gesamten Bevölkerung ist notwendig, um sie einem normalen Leben innerhalb der Gesellschaft wieder zuzuführen. ... Eine bedeutende Errungenschaft der sozialistischen Gesellschaftsordnung ist es, ihren Mitgliedern das Recht auf Arbeit zu garantieren. ... Ebenso haben physisch-psychisch geschädigte Kinder und Jugendliche Anspruch auf eine entsprechende Vorbereitung auf ihren späteren Beruf. ... Erst die tätige Mitgestaltung des gesellschaftlichen Lebens gibt ihnen das Bewusstsein eines sinnvollen Daseins. ... Damit ist zugleich die Einheit der humanitären, ökonomischen und sozialen Zielstellung der Rehabilitation gekennzeichnet. Zu ihrer Verwirklichung ist nur die sozialistische Gesellschaftsordnung willens und fähig.“ (Empfehlungen an die Gesundheitsminister 1965, S. 15 f.)

Zumindest imponiert heute noch die humanistische Herausforderung, die die Akteure des Symposiums schon vor 46 Jahren in Bezug auf die Einlösung der Menschenrechte auf dem Gebiet der Rehabilitation erkannt haben. Allerdings hat die Zeitgeschichte gelehrt, dass die vollmundige Behauptung, nur die sozialistische Gesellschaftsordnung sei willens und fähig, diese Herausforderung zu meistern, anmaßend war. Bei allen guten Vorsätzen der Akteure und ihren zweifellos erzielten Erfolgen, sind dennoch die verbliebenen Defizite unübersehbar.

In diesem Zusammenhang sollte auch nicht vergessen werden, dass nach einer Studie des Carnegie Council on Children Gliedmann und Roth im Jahre 1980 noch festgestellt haben:

„Keine andere Minderheit hat ihre soziale und politische Unterdrückung so völlig verschleiert wie die der 10 Millionen geschädigten Kinder und der 30 Millionen geschädigten Erwachsenen in Amerika.“ (Gliedmann, John u. William Roth 1980, Klappentext)

Der wegweisende Act of 1975 (P.L. 94 - 142), The Education for All Handicapped Children betreffend, trat spätestens erst am 01.09.1978 in Kraft.

Heute wiederum kritisieren Vertreter von Behindertenverbänden in Deutschland, dass trotz geltender Gesetze, wie dem Gleichstellungsgesetz, Menschen mit Behinderungen in vielerlei Hinsicht noch benachteiligt werden. Das folgende Beispiel gewährt einen lebendigen Einblick in die aktuelle Situation. Am 17.10.2011 fand die 76. Sitzung des Ausschusses für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestages statt. Auf die Frage der Abgeordneten Krüger-Leißner (SPD):

„Welche Bedeutung hat der Nationale Aktionsplan im Hinblick auf die 9,6 Millionen Menschen mit Behinderungen und die wachsende Zahl älterer und pflegebedürftiger Menschen in Deutschland?“

antwortete der Sachverständige Prof. Dr. Arnade u. a.:

„Wir sind vom Deutschen Behindertenrat zu dritt hier. ... Aus der Sicht behinderter Menschen und ihrer Verbände entspricht der Nationale Aktionsplan nicht den Erwartungen und – unserer Ansicht nach – auch nicht den Anforderungen, die an Aktionspläne gestellt werden. Unserer Ansicht nach hätten die Betroffenen anders mit einbezogen werden müssen. Wir sind viel beteiligt worden. Wir haben an vielen Konferenzen und Gremien teilgenommen. Aber es war keine Partizipation auf Augenhöhe. Die Struktur des Nationale Aktionsplans entspricht auch nicht der Struktur, wie es die internationalen Vorgaben vorschreiben und wie es sein sollte, nämlich ein Vergleich der tatsächlichen Lebenssituation behinderter Menschen mit den Vorgaben der Konvention, aus der Diskrepanz, die sich daraus ergibt, eben die Entwicklung von Maßnahmen. ...“ (Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode 2011, S. 1224)

Die Kritik, dass die Betroffenen nicht hinreichend einbezogen worden sind, kann auch bedeuten, dass die Belange der Menschen verschiedener Behinderungsarten nicht wahrgenommen worden sind. Die Erfahrung lehrt, dass es auch divergierende Vorstellungen bei der Umsetzung der BRK, der Inklusion, in die verschiedenen Lebensbereiche gibt. Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen fällt es bei einer zunehmenden Einschränkung ihrer intellektuellen Kompetenz umso schwerer, ihre Vorstellungen und Wünsche selbst zum Ausdruck zu bringen. Wer kann sich anmaßen, sich zweifelsfrei zu ihrem Fürsprecher zu machen?

Die Konsequenzen, die Regierungen aus der BRK erwachsen, sind mannigfaltig. Es ist deshalb nicht verwunderlich, dass sich auch die Bundesregierung Deutschland eher vorsichtig vortastet. Es haben bisher noch nicht alle Staaten die Konvention ratifiziert. Womöglich erklärt sich eine gewisse Zurückhaltung auch damit, dass selbst Mitgliedstaaten des Weltsicherheitsrates die Menschenrechte nicht uneingeschränkt einhalten. Wenn vor dem Gesetz doch nicht alle gleich sind, dann erweisen sich Mühen und Anstrengungen ihres Preises nicht wert. Es ist hier nicht der Platz, um auf diese Problematik näher einzugehen. Sie nimmt nur die Illusion, dass mit der Verkündung der BRK die daraus erwachsenden Aufgaben der Inklusion schon gelöst wären.

Das Beispiel von der Anhörung im Bundestagsausschuss legt wie die vielen Diskussionen in der Tages- und Fachpresse nahe, dass es zu allererst zweckmäßig wäre, eine allgemein anerkannte Verständigung über den konkreten Inhalt des Rechtsanspruchs der BRK auf dem Wege der Inklusion herbeizuführen. Ohne einen derartigen Konsens drohen viele Aktivitäten, in kostenaufwendigen Konferenzen und nutzlosen Diskussionen zu verpuffen.

12.2 Die Behindertenrechtskonvention

Prinzipiell erscheint es erforderlich, sich des epochalen Fortschritts zu vergewissern, der mit der BRK verbunden ist. Degener, die sich selbst um die Entwicklung der BRK verdient gemacht hat, konstatiert:

„Das medizinische Modell von Behinderung (siehe: Behinderung als sozial- und kulturwissenschaftliche Kategorie) hat lange Zeit zur Verschleierung von Menschenrechtsverletzungen an behinderten Menschen gedient, weil sein Fokus auf der Lokalisierung der Probleme und ihrer Veränderung beim behinderten Individuum lag. Der behinderte Mensch muss therapiert, geheilt und rehabilitiert werden. Behinderte Menschen als Menschenrechtssubjekte zu sehen, hilft, den Paradigmenwechsel vom medizinischen zum sozialen Modell von Behinderung zu vollziehen“ (Degener, Th., S. 161 - 162)

Mit einem Blick auf die Geschichte der Rehabilitation, wie sie in den Kapitel 1 und 2 partiell dargestellt worden ist, kann dieser Aussage nicht uneingeschränkt gefolgt werden. Nach dem Ende des Rassenwahns von Hitler und seiner Gefolgsleute und als Reaktion auf die Verabsolutierung des Biotischen hat schon einmal ein soziales Modell Pate gestanden. Die Allmacht des Sozialen ging in den Frühzeiten der DDR so weit, dass in einer sozialistischen Gesellschaft keine Ursachen mehr für Behinderungen von Bürgern mit physisch-psychischen Schädigungen bei der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben bestünden. Für behinderte Personen entfielen demzufolge separate Institutionen. So progressiv diese Vorstellung auf der einen Seite aus heutiger Inklusionssicht anmutet, so illusionär erweist sie sich dann, wenn das Entwicklungsniveau der Gesellschaft längst noch nicht einen so hohen Grad erreicht hat, dass die Diversität der Bevölkerung zu keiner Separierung, Benachteiligung oder gar Diskriminierung einzelner Gruppen oder Personen mehr führt. Den bitteren Beweis für die Missachtung dieses Zusammenhangs lieferte die gänzlich neugebaute sozialistische Musterstadt „Stalinstadt“ (später Eisenhüttenstadt). Die Stadtplanung sah keine Sonderschule vor. Eltern, Lehrer und die Stadtverwaltung wurden mit der Realität des Schulalltags jedoch schneller als gedacht konfrontiert, fanden damals noch keine Lösung des Problems auf dem Wege der Inklusion und wurden zu einem Neubau einer Sonderschule gezwungen.

Ohne Degener zu unterstellen, dass sie mit utopischen Vorstellungen in Verbindung gebracht werden kann, birgt die Vereinseitigung des Sozialen ohne auf die real herrschenden gesellschaftlichen Verhältnisse Bezug zu nehmen, immer wieder die Gefahr, in romantisierende Wunschvorstellungen abzugleiten. Es besteht kein Zweifel, dass solche Aussprüche, wie die Losung der Empowerment-Bewegung: „Es ist normal, verschieden zu sein“ auf Menschen wie auf die gesamte Natur zutreffen und deutlich machen sollen, dass ein jeder die gleiche Achtung und Anerkennung verdient und kein Ausschluss aus dem Zusammenleben Einzelner oder ganzer Gruppen gerechtfertigt ist. Ohne dieses Postulat in Frage zu stellen, differenziert die Gesellschaft gegenwärtig ihre Bürger jedoch unter verschiedenen Aspekten und klassifiziert sie danach. Die besondere Situation zu ignorieren, in der sich Menschen mit Behinderungen befinden, und sie als eine Variante unter all den anderen zu definieren, birgt existenzielle Gefahren. Sie ignoriert zumindest in einer Leistungs- und Industriegesellschaft des aufgeklärten Kapitalismus, worauf noch einmal zurückgekommen wird, dass damit der hart erkämpfte, gesetzlich verbrieftete Nachteilsausgleich in Zweifel gezogen werden kann.

Das medizinische Modell ist bereits mit der Revision der ICDH in Frage gestellt, wenn nicht überwunden worden. Die Alternative bestand und besteht jedoch nicht im sozialen Modell, sondern, wie hoffentlich überzeugend dargestellt worden ist, in dem um Jahre zuvor entwickelten biopsychosozialen Modell. Es hat seinen Niederschlag in der ICF gefunden. Mit der Anerkennung der biopsychosozialen Wechselbeziehungen in der Humanontogenese und des subjektiven Faktors Individuum sind jedoch überlieferte, herkömmliche Vorbehalte behinderten Menschen gegenüber nicht von selbst verschwunden. Fortschritte in der wissenschaftstheoretischen Betrachtung

tungsweise und selbst in einer neuen professionellen Handlungsweise werden ohnehin nicht sofort von der Allgemeinheit wahrgenommen, geschweige denn, dass sie an althergebrachten stereotypen Voreingenommenheiten in breitem Umfang rütteln. Insofern stellen die Betrachtung und Akzeptanz des Menschen mit einer Behinderung als Menschenrechtssubjekt eine auf lange Zeit geltende Herausforderung für die Fachwelt wie die Öffentlichkeit dar. Die „Charter for the 80's“ und besonders das „World Programme of Action Concerning Disabled Persons“ haben bereits „Full participation“ und „Equalization of opportunities“ zu Leitlinien erhoben. Geht man in den Dokumenten weiter ins Detail, so stößt man beispielsweise auf aktuelle Termini, wie equal opportunities = Chancengleichheit, eliminate any discriminatory practice = Nichtdiskriminierung und environment accessible to all = Barrierefreiheit. Die Bindungswirkung dieser Leitlinien und Forderungen hielt sich selbst in den Staaten in Grenzen, die der Aufforderung der UN zur Berichterstattung in den achtziger Jahren nachgekommen waren, geschweige denn – so muss man annehmen – in denen, die gar keine Reaktion zeigten.

Die Vermutung liegt nahe, dass für diese Verhaltensweisen der Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen sowie die große Zeitspanne zwischen der Forderung nach einer weltweiten Konvention und deren Abschluss systemimmanente gesellschaftliche Verhältnisse in Betracht zu ziehen sind.

In Mitteleuropa befinden wir uns heutzutage allesamt in einer Gesellschaftsformation, die man in Deutschland als aufgeklärten Kapitalismus bezeichnet. In dem Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland als einer parlamentarischen Republik spiegelt sich dies bezogen auf die Stellung des Bürgers in ausgewählten wesentlichen Positionen wie folgt wider: Unantastbare Würde des Menschen – Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit – Gleichberechtigung von Mann und Frau – Gleichheit vor dem Gesetz – Keine Benachteiligung wegen einer Behinderung – Erziehungsrecht der Eltern – Staatliche Schulaufsicht. Die Wahrung dieser Normen durch die Exekutive sowie ihre Wahrnehmung durch das jeweilige Individuum zeigen sich jedoch erst im Lebensalltag in ihrer realen Erscheinungsform.

Der Lebensalltag im aufgeklärten Kapitalismus spiegelt sich in den Begriffen Industriegesellschaft und Leistungsgesellschaft anschaulich wider. Nach Meyers Lexikon online 2.0 wird die Industriegesellschaft

„... als Voraussetzung für die größtmögliche Entfaltung wirtschaftlicher Produktivität und gesellschaftlichen Wohlstands angesehen und verweist sogleich als Formalprinzip die Verantwortung für wirtschaftlichen Misserfolg und in der Gesellschaft bestehende Ungleichheit in den Verantwortungsbereich des Einzelnen.“ (<http://lexikon.meyers.de> 2008)

Allerdings hat der Münchner Soziologe Beck im Jahre 1986 mit seinem Buch „Risikogesellschaft – Auf dem Weg in eine andere Moderne“ Zweifel der Art gesät, dass die Fortschrittsgläubigkeit in Gestalt einer kontinuierlich sich entfaltenden wirtschaftlichen Produktivität in ihr Gegenteil umschlagen und zur Selbstzerstörung führen könne.

Ist bisher noch von Formalprinzip die Rede, wird in dem Begriff der Leistungsgesellschaft die Rolle des Individuums konkret bestimmt. Wieder in Meyers Lexikon online 2.0 heißt es:

„Leistungsgesellschaft, eine Gesellschaftsform, in der die materiellen und sozialen Chancen, die soziale Anerkennung sowie die soziale Position wesentlich von der vom Einzelnen erbrachten Leistung abhängen.“ (<http://lexikon.meyers.de> 2008)

Aus der Sicht des Lexikons sociologiens spielt bei der Wahrnehmung der individuellen Chancen das Konkurrenzprinzip die entscheidende Rolle. Es beginnt bereits in der Schule und spitzt sich gegenwärtig im Kampf um einen Arbeitsplatz bis zum „Ausstechen“ zu. Das heißt, in unserer

derzeitigen Gesellschaft muss der Einzelne um den Preis, arbeitslos zu werden und ins soziale Abseits zu geraten, von Kindes Beinen an nach hohen Leistungen streben und dabei Konkurrenten zumindest fernhalten. Ob der neuerdings eingetretene Facharbeitermangel mit einer erhöhten Nachfrage nach Arbeitskräften eine grundsätzliche Veränderung dieser Verhaltensstereotypen bewirkt, wie von Regierungskreisen erhofft wird, muss zumindest erst noch abgewartet werden.

Diese Darstellung fordert natürlich sofort Kritik heraus, denn es sind darin die ethischen und moralischen Aspekte einer dem Humanismus verpflichteten Demokratie außer Acht gelassen worden. Komplex betrachtet, müsste sich demzufolge der Widerspruch zwischen wirtschaftlichem Profitstreben und der Wahrung sozialer Chancengleichheit bei Anerkennung menschlicher Divergenz in der sozialen Marktwirtschaft aufheben oder zumindest lockern. In praxi spielt sich jedoch ständig ein harter Kampf ab. In seinem gegenwärtigen Verlauf klappt die Schere zwischen einer Minderheit von Reichen und einer Mehrheit von Armen immer weiter auseinander. Die soziale Balance gerät in Gefahr.

Dass unter derartigen Verhältnissen ethisch-moralisch motivierte und sozialpolitisch intendierte Appelle an die Allgemeinheit allein keine generelle Bindungswirkung entfaltet haben und entfalten, erscheint offensichtlich und nachvollziehbar. Insofern ist die weltweite Übereinkunft, die allgemeinen Menschenrechte explizit auf die Belange von Menschen mit Behinderungen in Gestalt der Behindertenrechtskonvention anzuwenden, ein epochaler Fortschritt. Zugleich stellt sie eine gewaltige Herausforderung dar, sie unter den beschriebenen obwaltenden Verhältnissen des aufgeklärten Kapitalismus und noch dazu angesichts der gegenwärtigen Finanzkrise Europas in die Tat umzusetzen.

Der Artikel 1 – Zweck – des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (BRK) lautet:

„Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern. Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie an der Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ (BMAS 2011, S. 207)

Die Allgemeinen Grundsätze, der die BRK folgt, sind in Artikel 3 vermerkt und betreffen

- a) die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen sowie seiner Unabhängigkeit;
- b) die Nichtdiskriminierung;
- c) die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft;
- d) die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit;
- e) die Chancengleichheit;
- f) die Zugänglichkeit;
- g) die Gleichberechtigung von Mann und Frau;
- h) die Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.“ (BMAS 2011, S. 207/208)

Die Wahrung der in Artikel 1 geforderten Rechte für die Menschen mit Behinderungen, wie die Befolgung der Grundsätze der BRK, werden in der öffentlichen Diskussion wie im Aktionsplan der Bundesregierung explizit mit dem Begriff Inklusion belegt.

12.3 Integration : Inklusion

Kein Terminus hat in den vergangenen Jahren so viele Diskussionen in der Fachwelt ausgelöst, wie der Terminus Inklusion. Die Diskussion bewegt sich hauptsächlich um die Begriffe Integration und Inklusion und um deren jeweiligen Bedeutungsgehalt und den damit verbundenen Anspruch. Sie nimmt partiell schon ideologieträchtige Züge an, wenn die Befürworter des Integrationsbegriffs als rückwärts gerichtet angesehen werden. Frau Prof. Dr. Wacker ging innerhalb ihres Vortrages anlässlich der Festveranstaltung zum zwanzigsten Jahrestag der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost z. B. davon aus, dass Integration die Reaktion auf eine zuvor stattgefundene Segregation von Menschen mit Behinderungen darstelle, wie sie von dem gegenwärtig vorherrschenden System der Behindertenhilfe praktiziert wird. Inklusion bedeute demgegenüber die gleichberechtigte Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen in das komplexe gesellschaftliche Leben von Anfang an. Etymologisch begründet kann eine solche Argumentation deshalb nicht überzeugen, weil ebenso wie Segregation und Integration als konträr positioniertes Wortpaar auch Exklusion und Inklusion existieren. Der Bedeutungsgehalt der Wörter Segregation und Exklusion ähnelt einander so wie der von Integration und Inklusion. In der Ausgabe des Dudens von 2006 fehlt das Substantiv Inklusion vollkommen. Vielleicht hat deshalb der deutsche Übersetzungsdienst bei den Vereinten Nationen inclusion auch mit Integration übersetzt, was bei Vertretern von Behindertenverbänden wiederum Kritik ausgelöst hat.

Interessant ist festzustellen, dass in den fünfzig Artikeln der BRK der Terminus inclusion nur in drei Artikeln als Terminus technicus oder als Formativ der Fachsprache vorkommt. In dem weiter oben bereits zitierten Artikel 3 (c) der BRK wird inclusion mit Einbeziehung in die Gesellschaft übersetzt. Den geringsten Deutungsspielraum lässt der Begriff in Artikel 24 Bildung (1) zu, wenn es dort heißt: „State Parties shall ensure an inclusive education system at all levels on lifelong learning directed to: „... (Convention on the Rights of Persons with Disabilities 2006, S. 14).

Allerdings auch nur, wenn man das Recht auf Bildung ausschließlich gemeinsam mit „nichtbehinderten“ Kindern und unter Ausschluss der elterlichen Wahlfreiheit der Schulform gewahrt sieht, was Speck bezweifelt. (Speck, O. 2011, S. 84)

Solche Anforderungen an das Erziehungssystem, die jetzt als spezifisch inklusiv gelten, sind allerdings bereits im Jahre 1977 von Bach als Merkmale von Integration verstanden worden:

„Die Ermöglichung bzw. das Vorhandensein

- normaler Beachtung des Behinderten durch die Nichtbehinderten,
- intensiver persönlicher Kontakte zwischen Behinderten und Nichtbehinderten,
- verschiedenartiger gegenseitiger Anregung,
- vielfältiger gemeinsamer Tätigkeiten,
- die Übernahme bestimmter Aufgaben durch den Behinderten in einer Gruppe und
- die gegenseitige Respektierung von Besonderheiten und Bedürfnissen der Behinderten und Nichtbehinderten.“ (Zitiert nach Haupt, U. 1985, S. 156)

Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die verschiedenen Artikel der BRK nicht alle in sich stimmig sind. Im Gegensatz zu der stringenten Auslegung von inclusion in Artikel 24 steht Artikel 30 der BRK. Er bezieht sich auf die Teilhabe am kulturellen Leben sowie auf Erholung, Freizeit und Sport. Personen mit Behinderung wird demnach auch die Möglichkeit eingeräumt, behinderungsspezifische Sportaktivitäten zu organisieren, zu entwickeln und daran teilzunehmen. Das Beispiel dafür liefern die internationalen Bewegungen von Paralympics und Special Olympics mit eigenen weltweit ausgerichteten Wettkämpfen.

Im Hinblick auf die Diskussion um Integration und Inklusion verwundert um so mehr, dass gleich zwei besondere Sportbewegungen für Menschen mit Behinderungen bestehen. Sie werden noch dazu ihrerseits wieder nach Sportlern unterschiedlicher Behinderungsarten getrennt. Eine dieser beiden Sportbewegungen, Paralympics, ist älter als die andere. Der Grund dafür liegt in den Vorbehalten, die Vertreter von Paralympics als Sportorganisation von körperbehinderten, blinden und gehörlosen Sportlern gegenüber geistig behinderten Sportlern gehegt und sie deshalb von einer Beteiligung an ihren Aktivitäten ausgeschlossen haben. Wie in Kapitel 9 ausgeführt, hat erst die Initiative von Eunice Shriver Kennedy zur Beseitigung dieses Unrechts auf dem Weg zur Gründung einer eigenen Sportorganisation, Special Olympics, geführt. Und dabei ist es bis heute ohne Widerspruch geblieben!

Sollte sich dieser Zustand in Übereinstimmung mit Artikel 5 Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung der BRK befinden, in dem es heißt:

„(4) Besondere Maßnahmen, die zur Beschleunigung oder Herbeiführung der tatsächlichen Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderungen erforderlich sind, gelten nicht als Diskriminierung im Sinne dieses Übereinkommens.“

Der kurz gefasste Einblick in die Diskussion um Integration und Inklusion soll genügen, um zu zeigen, dass die Diskussion schnell einen scholastischen Charakter annehmen kann. Da Termini technici ein semantisches Feld repräsentieren, dass in der Fachsprache von kompetenten Vertretern bewusst abgesteckt, ausgefüllt und schließlich als allgemein verbindlich angenommen werden kann, wäre es produktiv, wie schon weiter oben vorgeschlagen, eine solche Vereinbarung herbeizuführen, statt sich in verbalen Debatten zu ergehen.

Was müsste eine derartige Deutung des Begriffs Inklusion einschließlich der Art und Weise der Umsetzung der BRK in die Praxis beinhalten? Könnte die folgende Beschreibung von Inklusion als Ziel und Prozess als Verständigungsgrundlage dienen und vervollkommen werden, so dass letztendlich eine allgemein anerkannte Definition zustande kommt?

Der Zielaspekt

Erstens wird unter Inklusion im Hinblick auf Menschen mit Behinderungen aller Altersklassen und beiderlei Geschlechts verstanden, sie in den Genuss aller Menschenrechte kommen zu lassen. Inklusion gewährleistet diesen Menschen bei Wahrung ihrer Selbstbestimmung, die gleichberechtigte Teilhabe an den Lebensbereichen wie einem jeden anderen Bürger auch. Sie ermöglicht ihnen, ihre Lebensumstände mit bestimmen und gestalten zu können, die ihr Wohlbefinden ausmachen und sichern. Inklusion drückt die Zugehörigkeit der Menschen mit Behinderungen zu allen Mitgliedern der Gesellschaft aus.

Der Prozessaspekt

Zweitens werden unter Inklusion das Ausmaß sowie die Art und Weise verstanden, in der der Rechtsanspruch von behinderten Menschen auf Teilhabe unter den obwaltenden Verhältnissen der aufgeklärten kapitalistischen Gesellschaft in Deutschland in allen deren Strukturen/Lebensbereichen (siehe Inklusion als Zielaspekt) in einer abgesteckten Etappe verwirklicht wird.

Die Form der Verwirklichung erfolgt dergestalt, dass

- die Legislative und die Exekutive aufeinander abgestimmt langfristig, planvoll und systematisch die rechtlichen, materiellen, personalen und organisatorischen Voraussetzungen für die Inklusion als Zielstellung in der Gesellschaft schaffen. Dabei stützen sie sich bei Wahrung ihrer

- eigenen Kompetenz und Verantwortung auf die Bedürfnisse und Vorschläge/Forderungen der Menschen verschiedener Arten von Behinderungen, die von deren autorisierten Vertretern geltend gemacht werden. Sie sind darauf bedacht, dass die Veränderungen zu keinen neuen „verdeckten“ Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen führen und stützen sich deshalb bei den notwendigen Reformen auf gesicherte Erfahrungen oder verifizierte Ergebnisse von repräsentativen Modellversuchen;
- im Hinblick auf die notwendige Reformierung der gesellschaftlichen Verhältnisse die gemeinsame Bildung und Erziehung von allen Kindern in den Krippen und Kindergärten als besonders zielführend und Erfolg versprechend erscheint. Inklusion sollte deshalb in diesem Bereich zu allererst systematisch und umfassend stattfinden;
 - die historisch gewachsenen Institutionen mit ihren jeweils spezifischen Strukturen und Organisationsformen innerhalb des derzeitigen Rehabilitationssystems (im weitesten Sinne) sich in ihrer weiteren Entwicklung auf die Inklusion als Ziel ausrichten. Sie dokumentieren ihre Absicht im Leitbild ihrer Einrichtung und weisen die konkreten Schritte in ihren Entwicklungskonzeptionen aus. Dabei beziehen sie die Klientel, die sich ihrer Assistenz und Betreuung anvertraut hat, als gleichberechtigte Partner in die Diskussion und Entscheidungsfindung ein, so dass deren Interessen auf jeden Fall gewahrt bleiben. Der Aktionsplan der Bundesregierung Deutschland dient als Orientierungshilfe.

Sollte diese Vorgehensweise von Erfolg gekrönt sein, könnte mit Bezug auf das Inkrafttreten der BRK eine terminologische Zäsur vereinbart werden, nach der ohne Diskreditierung des bisherigen Sprachgebrauchs von Integration der Leitbegriff in Zukunft Inklusion heißt.

12.4 Ausgangsbedingungen zur Umsetzung der BRK

Die Ausgangsbedingungen für die Umsetzung der BRK sind in Deutschland günstig. Gesetzliche Rahmenbedingungen sichern den Betroffenen seit 1994 verbrieft Hilfe zu. So gilt der § 3 des Grundgesetzes nach dessen Änderung im Jahre 1994: „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“. Im Jahre 2001 folgte das Sozialgesetzbuch IX, das sich eigens auf die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen bezieht. Seit dem Jahre 2002 gilt das Behinderten-Gleichstellungsgesetz.

Trotz dieser Gesetze besteht akuter Handlungsbedarf. Er resultiert aus unterschiedlichen Auffassungen, wie die BRK von den bestehenden Rehabilitationseinrichtungen in die Praxis umzusetzen ist, also, in welcher Form die Inklusion vonstatten gehen soll. Eine grundsätzliche Verständigung über das Verhältnis von Ziel und Weg tut Not. Der bereits zitierte Artikel 5 (4) der BRK lässt offensichtlich Spielraum.

Die Tochtergesellschaft der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost, die Lichtenberger Werkstatt für Behinderte gGmbH (LWB) bietet dafür einen aktuellen Anknüpfungspunkt. Im Jahre 2010 konnte ein neuer Standort der LWB in der Bornitzstraße in Berlin-Lichtenberg seiner Bestimmung übergeben werden. Einerseits zollten der Vertreter des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS), die Vorsitzende des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Berlin und die Bezirksbürgermeisterin von Lichtenberg Anerkennung für das bisher Geleistete und begrüßten die neuen Möglichkeiten für die Erweiterung des Beschäftigungsfeldes von behinderten Menschen, andererseits kommentierte eine Tageszeitung das Ereignis mit einem Artikel unter der Überschrift „Arbeiten im goldenen Käfig“. (Neues Deutschland v. 28.08.09)

Scheinbar handelt es sich um diametral entgegengesetzte Positionen. In Wirklichkeit spielt der Zeitungsartikel vielleicht nur indirekt auf ein hehres Ziel an, nämlich darauf, auch die Eingliederung von Menschen mit einer geistigen Behinderung in den 1. Arbeitsmarkt zu vollziehen. Allerdings fehlt jeder Hinweis auf den Weg zu diesem Ziel. Wie in Kapitel 3 bereits detailliert ausgeführt, hat die LWB dieses Ziel durchaus im Visier. Sie weiß auch, den Weg dahin realistisch zu gestalten, ohne das Wohlergehen ihrer Beschäftigten auf's Spiel zu setzen.

Verstellen wir uns nicht den Blick! Die arbeitsfähige Bevölkerung ist zunächst darauf angewiesen, dass genügend Arbeit überhaupt erst einmal vorhanden ist, um berufstätig werden zu können. Allerdings besteht nach Jahren eines Arbeitskräfteüberhangs und hohen Arbeitslosenquoten gegenwärtig ein ungedeckter Bedarf an Facharbeitern. Die Lücke dürfte jedoch von Arbeitnehmern mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung nicht geschlossen werden, selbst wenn man davon ausgeht, dass auf weniger anspruchsvolle Tätigkeiten Arbeitskräfte nachrücken könnten. Zunächst stünde dafür ein beträchtliches Heer von Harz-IV-Empfängern bereit. Angesichts der europäischen Finanzkrise kann überdies niemand vorhersagen, ob die Nachfrage nach mehr Arbeitskräften bestehen bleibt. Ungeachtet dieser Schwankungen bilden Berufstätige ihrerseits keine homogene Gruppe. Sie gliedern sich über Geschlecht, Alter, Konstitution, Interessen, Beruf und Qualifikation hinaus in eine Vielzahl von Beschäftigungsverhältnissen und Leistungsgruppen mit unterschiedlicher Vergütung und sozialer Stellung. Arbeitgeber wählen Arbeitskräfte nach spezifischen Anforderungen, Bedarf und unter unterschiedlichen Bedingungen aus.

Die Chancen für die Teilhabe von Personen mit einer Behinderung auf dem 1. Arbeitsmarkt verringern sich mit der zunehmenden Ausprägung ihrer Behinderung bei sinkender Nachfrage nach Arbeitskräften und einer steigenden Zahl von Arbeitslosen drastisch. Die Unternehmen suchen sich dann die leistungsfähigsten Arbeitnehmer aus und kaufen sich in großer Zahl von der vorgeschriebenen Quote an Arbeitnehmern mit Behinderungen frei. Gleichstellung bedeutet damit für viele Menschen mit einer Behinderung den Ausschluss von der Teilhabe am Arbeitsleben auf dem 1. Arbeitsmarkt. Sie werden in das Heer der Arbeitslosen und Sozialhilfeempfänger integriert. resp. sind darin gesamtgesellschaftlich inkludiert. Vom Standpunkt der Erwerbstätigen aus gesehen, werden sie allesamt segregiert.

Menschen mit einer gravierenden Behinderung, z. B. einer geistigen oder Mehrfachbehinderung, erhalten in Deutschland dank der Sozialgesetzgebung einen Nachteilsausgleich dergestalt, dass sie in Werkstätten für behinderte Menschen einer Arbeit nachgehen können. Sie kommen den Arbeitslosen gegenüber in den Genuss des Rechts auf Arbeit. Arbeit, die über den Broterwerb hinausgeht und als Persönlichkeit bildender Faktor einen unschätzbaren Wert darstellt.

So lange Legislative und Exekutive an diesen Verhältnissen nichts definitiv ändern und Inklusion in Form von Rechtsvorschriften und der Bereitstellung von Mitteln wirksam werden lassen, bleibt der Weg von Menschen mit geistiger Behinderung auf den 1. Arbeitsmarkt nach wie vor auf wenige Beispiele beschränkt.

Die effektive Umsetzung von Forderungen der BRK verlangt also Eingriffe in die Wirtschaft. Beispiele dafür hat es in der DDR gegeben. Die sog. Rehabilitationskette nahm ihren Anfang mit Maßnahmen der Arbeitstherapie. Daran schlossen sich Anlernwerkstätten und Rehabilitationswerkstätten einschließlich Heimarbeit an. Das erste Kettenglied in der Wirtschaft bestand aus Geschützten Abteilungen in Betrieben und Genossenschaften, gefolgt von geschützten Einzelarbeitsplätzen bis

schließlich ein adäquater Einzelarbeitsplatz besetzt werden konnte. Der Anteil von Beschäftigten in geschützten Betriebsabteilungen mit einer Mehrfachbehinderung betrug 16%, von Beschäftigten mit Oligophrenie 33%. Trotz strenger politischer Vorgaben stießen die Einrichtung und größere Belegung von geschützten Betriebsabteilungen auch auf Schwierigkeiten. Sie rührten vermutlich von der geringeren Arbeitsproduktivität der Beschäftigten her. (siehe Mürner, Chr. 2000) Die betriebswirtschaftlichen Belastungen waren erheblich. Genau darin scheint auch das gegenwärtige Problem zu bestehen, Arbeitsplätze in größerem Umfang auf dem 1. Arbeitsmarkt zu schaffen.

So lange diese Bedingungen nicht geschaffen werden können, erfüllt die LWB eine unerlässliche Aufgabe ganz im Verständnis des Artikels 5 (4) der BRK. Sie ist sukzessive bemüht, Beschäftigte auf dem Weg über Außenarbeitsplätze und die Vermittlung in den Integrationsbetrieb für den 1. Arbeitsmarkt zu qualifizieren.

12.5 Folgerungen

Die BRK betrifft die Belange aller Menschen mit Behinderungen. Die gemeinnützige Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost bietet mit ihren Tochtergesellschaften Menschen mit geistigen und mehrfachen Behinderungen verschiedenartige Unterstützung an. Handlungsfelder sind vor allem unter dem Aspekt der Rehabilitation Arbeit und Beschäftigung, Wohnen und Familie, Teilhabe am kulturellen Leben sowie Erholung, Freizeit und Sport. Sie sind in den einzelnen Kapiteln dieser Publikation bereits ausführlich vorgestellt und beschrieben worden. Die Vorsätze ihres Handelns sind in den Leitbildern jeder Einrichtung festgeschrieben und öffentlich einsehbar.

In der nächsten Zukunft wird es darauf ankommen, das bislang Erreichte gemeinsam mit der Klientel jeder Einrichtung an deren Vorstellungen und den Maßstäben der BRK im Einzelnen zu messen und in Relation zu den Vorhaben des Aktionsplanes der Regierung: „Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft“ zu setzen. Differenzen sind daraufhin zu untersuchen, ob und wie sie unter den realen Gegebenheiten beseitigt werden können. Die Berichte der Autoren in den einzelnen Kapiteln geben genügend Anknüpfungspunkte.

Bei aller Detailbetrachtung gilt es, die generelle Orientierung nicht aus dem Auge zu verlieren. Sie ist kompatibel mit dem Anliegen der BRK und findet ihren anschaulichen Ausdruck im Bild der Rehabilitationsleiter. Jede höhere Sprosse ist vergleichbar mit einem neuen Freiheitsgrad, den die Beschäftigten in den Werkstätten, die Bewohner in den Wohnstätten oder die Sportler in Special Olympics Deutschland erreichen. Das ist nur möglich, wenn dafür die adäquaten sozialen Umstände geschaffen werden. Sie führen zu einer Erweiterung der Teilhabemöglichkeiten, seien es eine Beschäftigung auf einem Außenarbeitsplatz oder in einem Integrationsbetrieb, der Bezug einer eigenen Wohnung im Betreuten Einzelwohnen, die Begeisterung für den Kochzirkel, die Teilnahme an Kursen zum Erwerb elementarer Kulturtechniken oder das Training für den sportlichen Wettkampf.

Die Erfolge der Arbeit hängen in Zukunft davon ab, wie es gelingt, die Bedürfnisse des Einzelnen wahrzunehmen und die Voraussetzungen dafür zu schaffen, um „schlummernde Fähigkeitspotentiale“ freizusetzen. Sie sind oft der Schlüssel für unerwartete Fortschritte.

Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Stiftung und aller ihrer Tochtergesellschaften verfügen über ein gerüttelt Maß an Erfahrungen und sind für ihre Tätigkeit sowohl sehr gut qualifiziert als auch hoch motiviert. Das sind sehr gute Voraussetzungen, um die zukünftigen Herausforderungen erfolgreich zu meistern.

Literatur

- B**arsch, S., 2007: Geistig behinderte Menschen in der DDR. Athena Verlag, Oberhausen
- B**arteld, I., 2003: Geistig behinderte Menschen in ihren sozialen Bezügen. Hogrefe
- B**ecker, K.-P. u. Autorenkollektiv, 1979: Rehabilitationspädagogik. VEB Volk und Gesundheit, Berlin
- B**ecker, K.-P. et al., 1984: Rehabilitationspädagogik (2. erw. u. überarb. Aufl.), VEB Verlag Volk u. Gesundheit, Berlin
- B**ecker, K.-P. et. al., 1991: Entwicklungsdynamik drei- bis neunjähriger Kinder. Verlag Gesundheit GmbH, Berlin
- B**leuler, E., 1955: Lehrbuch der Psychiatrie (9. Auflage). Berlin, Göttingen, Heidelberg
- B**rill, W., 1994: Pädagogik im Spannungsfeld von Eugenik und Euthanasie. Röhrig, St. Ingberg
- B**undesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Öffentlichkeitsarbeit und Internet (Hrsg.):
Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Anhang I – Vollständiger Text der UN-Behindertenrechtskonvention,
Art.-Nr. A 740, 09/2011
- C**onvention on the Rights of Persons with Disabilities. New York 13. December 2006, 61. Session UN-General
Assembly, Resol. A/RES/61/106
- C**ramer, H., 2006: Werkstätten für behinderte Menschen. Verlag G. H. Beck, München
- D**egener, Th.: Menschenrechte und Behinderung. In: Dederich, M. u. W.Jantzen (Hrsg.), 2009:
Enzyklopädisches Handbuch der Behinderung. Band 2, Stuttgart
- D**eutscher Bundestag, 17. Wahlperiode 2011, Protokoll 17/76, Öffentliche Anhörung, Ausschuss für Arbeit und
Soziales, Wortprotokoll 76. Sitzung, Berlin, 17.10.2011, 14:00 Uhr „Öffentliche Anhörung von Sachverständigen,
Nationaler Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (Ausschussdrucksache 17 (11) 553
sowie 17 (11) 602“
- E**gle, J. u. Haitner, R., 1997: Der Institutionen-Verbund. Ein Modell zur institutionellen Grundversorgung
von Menschen mit geistigen Behinderungen und psychosozialen Auffälligkeiten. Luzern
- E**llger-Rüttgardt, S. u. Wachtel, G., 2000: Zehn Jahre Sonderpädagogik und Rehabilitation im vereinten Deutsch-
land. Luchterhand, Neuwied
- E**mpfehlungen an die Gesundheitsminister der sozialistischen Länder des Internationalen Symposiums über
Rehabilitation. Berlin: Mitteilungen über Praxis und Probleme der Rehabilitation 1/65. Mitteilungsblatt der
Gesellschaft für Rehabilitation
- E**ßbach, S. u. Autorenkollektiv, 1985: Rehabilitationspädagogik für schulbildungsunfähige förderungsfähige
Intelligenzgeschädigte. VEB Volk und Gesundheit, Berlin
- F**lyer „Die Herberge“, Stand 01.01.2010
- G**arvo, St., 2000: Herberge mit Herz. In: „Einblicke“ – Informationsblatt der Stiftung Rehabilitationszentrum
Berlin-Ost, Nr. 9/2000
- G**liedmann, J. u. Roth, W., 1980: The Unexpected Minority. New York and London
- G**rundsatzdokument „Heim für Hirngeschädigte“ am Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie,
Berlin-Lichtenberg (4/1979), Archiv des EDKE

- Gründungsdokument: Aufgabenstellung, Arbeitsweise und Inbetriebnahme der Stadtbezirksstelle für Rehabilitation vom 30.05.1983, Schreiben Rat des Stadtbezirks Berlin-Lichtenberg, Abt. Gesundheits- und Sozialwesen, Archiv der Geschäftsstelle von RBO
- Hagemann, Prof. Dr., 1988:** Denkschrift zum „Heim für Geschädigte“ Berlin-Lichtenberg, Manuskript
- Haupt, U., 1985: 3. Begriffsspektrum Integration. In: Bleidick, U.: Handbuch der Sonderpädagogik/Theorie der Sonderpädagogik, Band 1. Berlin
- Hollenweger, J., 2005: Die Relevanz der ICF für die Sonderpädagogik. In: Sonderpädagogische Förderung 50/2
- Honecker, E., 1971: Bericht des Zentralkomitees an den VIII. Parteitag der SED 1971, Berlin
- ICIDH-2, Internationale Klassifikation der Schäden, Aktivitäten und Partizipation.** WHO (Hrsg.): Beta-1 Entwurf zur Erprobung Juni 1997, Genf. Deutschsprachiger Entwurf Juni 1998, Koordination für den deutschsprachigen Raum M. F. Schuntermann. VDR
- Jantzen, W., 1987:** Allgemeine Behindertenpädagogik, Bd. I, Beltz-Verlag, Weinheim u. Basel
- Jantzen, W., 2003: „... die da dürstet nach Gerechtigkeit“: De-Institutionalisierung in einer Großeinrichtung der Behindertenhilfe. Wissenschaftsverlag Volker Spiess GmbH, Berlin
- Jaros, W. u. Schleupner, A., 2010: „Kundenzufriedenheit“. In: Einblicke – Informationsblatt der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost, Nr. 29/2010
- Jervis, G. H., 1978: Kritisches Handbuch der Psychiatrie. Lebenshilfe, ein Platz in der Gesellschaft
- Konsultativtreffen, siehe: World Health Organization, Brdo/1987**
- Krause, H., 2002: Gemeinsamkeiten als Unterschied. In: Einblicke – Informationsblatt der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost, Nr. 12/2002
- Kuppe, G. (1988): Enthospitalisierung aus sozialpolitischer Sicht am Beispiel des Landes Sachsen-Anhalt. In: Theunissen, G. (Hrsg.): Enthospitalisierung ein Etikettenschwindel. Bad Heilbrunn
- LdP-Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR – Bestandsaufnahme und Empfehlungen – (30.05.1991), Hrsg.: Bundesminister f. Gesundheit, Bonn 1991**
- Lingg u. Theunissen, G., 1997: Psychische Störungen bei geistig Behinderten (3. erw. Auflage). Lambertus, Freiburg
- Meltzer, E., 1925:** Das Problem der Abkürzung „lebenswertes Leben“. Marhold, Halle/Saale
- Meltzer, E., 1931: Idiotenanstalt und psychische Hygiene. In: Z. f. Psychische Hygiene 4 (1931) 166-182
- Ministerium für Gesundheitswesen der DDR (Hrsg.): Grundlagenmaterial zur Gestaltung der rehabilitativen Bildung und Erziehung in Rehabilitationspädagogischen Förderungseinrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens. Berlin
- Müller, D., 1991: Integration debiler Jugendlicher in „Geschützten Wohnhäusern, untersucht am Beispiel der Wohnstätte Kaskelstraße 50. Wiss. Abschlussarbeit. Inst. f. Lehrerbildung „Clara Zetkin“. Berlin
- Mürner, Chr., 2000: Werk tätige in geschützter Arbeit. Werkstätten für Behinderte e.V. Frankfurt am Main
- Neumann, J., 1999:** 40 Jahre Normalisierungsprinzip – Von der Variabilität eines Begriffes. In: Z. f. Geistige Behinderung 38 (1999) 1
- Neuntes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen
- Niehoff, U., Kräling, K. u. Theunissen, G., 2001: Ein Platz in der Gesellschaft. In: Z. Lebenshilfe 10/2001
- Nirje, B., 1994: Das Normalisierungsprinzip – 25 Jahre danach. In: Vierteljahresschrift f. Heilpädagogik u. ihre Nachbarggebiete 1(1994) 12-32
- Presber, W., Schorr, R. u. Seidel, Chr., 1973:** Planung und Organisation der Rehabilitation in der DDR. VEB Verlag Volk und Wissen. Berlin

- Presber, W., 1996: Rehabilitation in der DDR, Teil I. Copyright Wolfgang Presber, Deutsche Bücherei Leipzig
- Presber, W., 2001: Rehabilitation in der DDR, Teil II. Copyright Wolfgang Presber, Deutsche Bücherei Leipzig
- Programm der SED vom IX. Parteitag der SED. Berlin 1979
- Rehabilitation International**, 1981: Charter fort he 80s. Proclaimed by Rehabilitation International, 432 Park Avenue South, New York, 10016, U.S.A.
- Renker, K. und Mitarbeiter, 1975: Grundlagen der Rehabilitation in der Deutschen Demokratischen Republik. (3. Aufl.) VEB Verlag Volk u. Gesundheit. Berlin
- Renker, K. u. Mitarbeiter, 1980: Grundlagen der Rehabilitation in der Deutschen Demokratischen Republik. VEB Verlag Volk u. Gesundheit. Berlin
- Renker, K., 1980: UN-Report on the World Situation of Disabled Persons – Renker Report – IYDP/SYMP/WP-14
- Renker, K. u. Renker, U., 1985: Grundlagen der Rehabilitation in der Deutschen Demokratischen Republik. VEB Verlag Volk u. Gesundheit. Berlin
- Rodewischer Thesen. Empfehlungen des Internationalen Symposiums über psychiatrische Rehabilitation 23.-25.05.1963 in Rodewisch/Sachsen
- Rottmann, M., 2006: Der Lohn des langen Atems. In: UNSER LEBEN, 20 Jahre Verein/Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost, 1990-2010. Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost, Allee der Kosmonauten 23 A, 10315 Berlin
- Schanze, Chr.**, 2007: Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzmindering. Stuttgart
- Scheuing, H. W., 1997: „... als Menschen gegen Sachwerte gewogen wurden.“ Universitätsverlag C. Winter, Heidelberg
- Schirrwagen, L., 1991: Der partnerschaftliche Umgang mit Behinderten im geschützten Wohnhaus und Probleme, die sich daraus für die Betreuung ergeben. Wiss. Abschlussarbeit. Inst. f. Lehrerbildung „Clara Zetkin“, Berlin
- Schuntermann, M. F., 2005: Einführung in die ICF. Landsberg/Lech: ecomed Medizin
- Seifert, M., 1993: Zur Wohnsituation von Menschen mit geistiger Behinderung. Forschung FU Berlin
- Seifert, M., 2010: „Kundenstudie“ Bedarf an Dienstleistungen zur Unterstützung des Wohnens von Menschen mit Behinderungen. Forschungsprojekt „Kundenstudie“, Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin
- Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen – V B 3 (GesSoz), Ingeborg Junge-Reyer, Antwort auf die kleine Anfrage Nr. 295 vom 29.02.2000 über die Zukunft von Herbergen für Menschen mit geistiger Behinderung und/oder schweren Mehrfachbehinderungen
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz: Leistungstyp – Leistungsbeschreibung Betreutes Einzelwohnen für Menschen mit geistiger, körperlicher und/oder mehrfacher Behinderung. Fassung vom 28.11.2006, Berlin
- SGB IX – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Vorschriften mit erläuternden Gesetzesmaterialien. Regensburg, Berlin 2001
- Speck, O., 2011: „Wage es nach wie vor, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen“ – Ideologische Implikationen einer Schule für alle. In: Z. f. Heilpädagogik 3/2011
- Stroebel, H., 1990: Grußadresse XII. Kongreß der Gesellschaft für Rehabilitation. Erfurt 30.10.-01.11.1990. Privatarchiv K.-P. Becker
- Sundberg Declaration. In memory of Nils-Ivar Sundberg, in charge of the Unesco – Programme for Special Education, 1968-1981, Adopted on the World Conference on Actions and Strategies for Education, Prevention and Integration. Torremolinos, Malaga, from 2 to 7 November 1981
- Theunissen, G.**, 1983: Abgeschoben, isoliert, vergessen. In: Z. f. Geistige Behinderung 3/1983, S. 167-179

Theunissen, G., 1989: Wege aus der Hospitalisierung. Ästhetische Erziehung mit schwerstbehinderten Erwachsenen. Bonn

Theunissen, G., 1994 a: Wege aus der Hospitalisierung. Förderung und Integration schwerstbehinderter Menschen. Bonn

Unesco, Erklärung von Salamanca, 1984

Unesco-Meeting of Experts on Integration of Severely and Multiple Handicapped Persons into General and Vocational Education. Heidelberg, (FRG), 26. bis 30. October 1981

United Nation – Declaration on the Rights of Disabled Persons. Adopted by the United Nations General Assembly, December 9, 1975, on the report of its Social, Humanitarian and Cultural (Third) Committee

United Nations – Beratungskomitee. UN – City (DSDHA). 05.-14.07.1982, Wien: Ablauf des Jahres der Behinderten

United Nations World Programme of Action Concerning Disabled Persons. New York 1983

United Nations Centre for Social Development and Humanitarian Affairs, Vienna/Yugoslav Government/The Ljubljana Service for Technical Cooperation Support for Rehabilitation of Disabled Persons: European Region Expert Meeting on Implementation of the World Programme of Action concerning Disabled Persons at the Midpoint of the United Nations Decade of Disabled Persons, Ljubljana/Brdo 10-13 March 1987

United Nations Office at Vienna: Report. Global Meeting of Experts to Review the Implementation of the World Programme of Action Concerning Disabled Persons at the Midpoint of the United Nations Decade of Disabled Persons, Stockholm, 17.-22.08.1987. CSDHA/DDP/GME/7

UNSER LEBEN – 20 Jahre Verein/Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost 1990-2010. Festschrift.

Volkskammer der DDR, Ausschuss für Gesundheitswesen, 1968: Empfehlungen umfassender gesellschaftlicher Hilfsmaßnahmen für Kinder und Jugendliche, die infolge Hirnschädigung nicht in der Lage sind, sich auf normalen Weg eine geachtete Stellung in unserer Gesellschaft zu erwerben und sich in dieser zu behaupten. Unveröffentlichtes Archivmaterial

World Programme of Action Concerning Disabled Persons. United Nations, New York 1983

World Health Organization, 1980: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Geneva

World Health Organization, Regional Office for Europe: Consultation on WHO/EURO Contribution to UN Decade of Disabled People, 1983-1992. Brdo, Yugoslavia, 14 March 1987 – ICP/RHB 099/G20/2 794E

World Health Organization, 2001: ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. DIMDI, WHO-Kooperationszentrum für internationale Klassifikationen, (Hrsg.) 2005: deutschsprachige Fassung. Genf

Autoren

Dr. Birgit Azpiri-Bernedo

*1962
Diplompsychologin
Psychologin

Prof. Dr. Klaus-Peter Becker

*1926
Vorstandsvorsitzender
der Stiftung Rehabilitations-
zentrum Berlin-Ost

Dr. Klaus Beyer

*1942
Dr.-Ing.

Elke Bode

*1951
Diplom-Pädagogin
Kordinatorin
Wohngemeinschaften

Gernot Buhr

*1962
Diplom-Sportlehrer
Verantwortlich für Sport
und Freizeit

Michael Feyh

*1962
Dipl.-Pfleger
Einrichtungs-, Pflegedienstleitung

Annette Gaffron

*1959
Diplom-Sozialpädagogin
Kordinatorin
Betreutes Einzelwohnen

Dr. Bettina Hecht

*1959
Prokuristin

Dr. Sabine Herrmann

*1953
Diplom-Pädagogin
Wohnstättenleiterin

Wolfgang Jaros

*1954
Rehabilitationspädagoge
Wohnstättenleiter

Gylfe Matt

*1938
Dipl.-Psychologin
Psychologin bis 1991 im Stadt-
bezirksrehabilitationszentrum
Berlin-Lichtenberg

Ingrid Morgenstern

*1943
Beisitzerin

Rolf Noftz

*1961
Staatlich anerkannter Erzieher
Kordinator Betreutes Einzel-
wohnen

Dr. Walter Pohl

*1952
Diplomlehrer
Geschäftsführer

Brigitte Prang

*1943
Krankenschwester bis 31.05.2006
Leiterin des Freizeitklubs

Hans-Jürgen Püschel

*1951
Diplom-Psychologe
Psychologe

Dr. Madeleine Rottmann

*1962
Diplom-Sonderpädagogin
Leiterin der Herberge

Angela Schlepuner

*1947
Diplom-Rehabilitations-
pädagogin
bis 2011 Wohnstättenleiterin

Helmut Siebert

*1941
Diplom-Pädagoge
Geschäftsführer

Karin Stopp

*1953
Diplom-Psychologin
Psychologin

Marina Trittel

*1954
Diplom-Pädagogin
Leiterin des Kinder- und Jugend-
hilfebereiches

Katrin Waschkau

*1965
Arbeitstherapeutin
Leiterin des Förderbereiches

RA Christian Werner

*1962
Stellv. Vorsitzender

Abkürzungen

a.a.O.	am angeführten/angegebenen Ort
Abs.	Absatz
Abt.	Abteilung
AO	Altersversorgung oder Abgabenordnung
BEW	Betreutes Einzelwohnen
BGBI.	Bundesgesetzblatt
BJW	Betreutes Jugendwohnen
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BRD	Bundesrepublik Deutschland (seit 23.05.1949)
BRK	Behindertenrechtskonvention
bzw.	beziehungsweise
Cardea	Projekt zur Assistenz für Menschen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Erkrankungen
CSICIDH	Canadian Society of the ICIDH
DBS	Deutscher Behindertensportverband
DBT	Dialektisch-behaviorale Therapie
DDR	Deutsche Demokratische Republik (07.10.1949 bis 02.10.1990)
d. h.	das heißt
DOSB	Deutscher Olympischer Sportbund
DPI	Disabled Persons International
DtA	Deutsche Ausgleichsbank
DTSB	Deutscher Turn- und Sportbund (Massenorganisation der DDR, gegründet am 27./28.04.1957)
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
EDKE	Evangelisches Diakoniewerk Königin Elisabeth – EDKE – Stiftung
ENEV	Energiesparverordnung
e.V.	eingetragenen Verein
FDGB	Freie Deutscher Gewerkschaftsbund (Dachverband in der DDR)
FEZ	Freizeitzentrum (für Kinder, Jugendliche und Familien in Berlin)
FK	Fachkrankenhaus für Neurologie und Psychiatrie in Berlin-Lichtenberg
FPH	Feierabend-Pflegeheim
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr

GfR	Gesellschaft für Rehabilitation (in der DDR)
GAV	Gemeinnützige Auftrags-, Beschaffungs- und Vertriebsgesellschaft mbH der Werkstätten für behinderte Menschen in Berlin
gez.	gezeichnet
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GIBB	Gesellschaft für Integration und Bildung in Berlin mbH
GIW	Gemeinwesen Integriertes Wohnen, Mühlenberg gGmbH
GSW	Geschützte Werkstatt
HMBW	HilfebedarfsMethodeninstrumente Bedarf und Wohnen
JAW	Jugendaufbauwerk (Berlin)
i. A.	im Auftrag
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, dt.: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	International Classification of Functioning, dt.: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
ICIDH	International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps, dt.: Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen
ICIDH 2	International Classification of Impairments, Activities and Participation: A Manual of Dimensions and Functioning, dt.: Internationale Klassifikation der Schäden, Aktivitäten und Partizipation
i. d. R.	in der Regel
IOC	International Olympic Committee, dt.: Internationales Olympisches Komitee
IQ	Intelligenzquotient
i. S.	im Sinne
Kap.	Kapitel
KJHG	Kinder und Jugendhilfe – Sozialgesetzbuch
LAG:WfbM	Landesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für behinderte Menschen in Berlin e. V.
LdP	Bericht zur Lage der Psychiatrie (in der ehemaligen DDR)
LBD	Lichtenberger Betreuungsdienste gemeinnützige GmbH
LEWO (...)	Lebensqualität in Wohnstätten (für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung)
LIDIS	Lichtenberger Dienstleistungsgesellschaft mbH
LÖB-System	eine Bildersammlung, die in den 1980er Jahren von Reinhold Löb zur Erleichterung bei der Erlernung von Sprache entwickelt wurde
LSA	Land Sachsen-Anhalt
LTA	Landtechnik und Anlagenbau
LWB gGmbH	Lichtenberger Werkstatt für Behinderte und gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
MB 100 D	Mercedes-Benz 100 D (mit 2,4 Kasten lang AHK und mit 75 PS)
mbH	mit beschränkter Haftung
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
MfG	Ministerium für Gesundheitswesen

NRW	Nordrhein-Westfalen
MS	Multiple Sklerose
NS	Nationalsozialismus
OMR	Obermedizinalrat
Ord.-Nr.	Ordnungsnummer
PAC	Pädagogische Analyse und Curriculum
PD	Privatdozent
PICSYMS	Grafische Symbole, die für behinderte Kinder entwickelt wurden
RBO	Rehabilitationszentrum Berlin-Ost; Reha-Ost
Reg.-Nr.	Registernummer
RI	Rehabilitation International
RKV	Rahmenkollektivvertrag
Rp	Rehabilitand per definitionem; dt.: Rehabilitationspädagogik
RWB	Rehabilitations-Werkstätten Berlin
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschland
SG Reha	Sport-Gesellschaft Rehabilitation Berlin-Lichtenberg e.V.
SGB	Sozialgesetzbuch
Siccus	Projekt zur fachlichen Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung
SO	Special Olympics
SOD	Special Olympics Deutschland
sog.	sogenannt
SOI	Special Olympics International
TDM	Tausend Deutsche Mark (oder D-Mark)
TEACCH	Treatment and Education of Autistik and other Communication related handicapped Children dt.: Behandlung und pädagogische Förderung autistischer und ähnlicher Weise kommunikations- behinderter Kinder
TSB	Tagesstrukturierender Bereich
TT	Tischtennis
u. a.	unter anderem; bei Literaturangaben: und andere (Autoren)
u. a. m.	und anderes mehr
u. ä.	und ähnlich
u. E.	unseres Erachtens
UN	United Nations, dt.: Vereinte Nationen
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, dt.: Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur
USA	United States of America, Vereinigte Staaten von Amerika
VEB	Volkseigener Betrieb






190 Abkürzungen

WAB	Wohngruppen mit alternierend innewohnender Betreuung
WfB	Werkstatt für Behinderte
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	World Health Organization, dt.: Weltgesundheitsorganisation
WMVO	Werkstätten-Mitwirkungsverordnung
WVO	Werkstättenverordnung
z. B.	zum Beispiel
ZK	Zentralkomitee
z. Z.	zur Zeit

Abbildungen

Abb. 1: Idealisierte und behindernde Ausgangsbedingungen für die Persönlichkeitsentwicklung.....	24
Abb. 2: Schematische Darstellung der Organisation der Rehabilitation geschädigter Bürger.....	29
Abb. 3: Schematische Darstellung der Organisation der komplexen Rehabilitation im Kreis.....	30
Abb. 4: Funktionale Gesundheit, orientiert am biopsychosozialen Modell.....	44
Abb. 5: Modellvergleich Rp : ICF (ICF = kursiv).....	47
Abb. 6: Organigramm der Stiftung Rehabilitationszentrum Berlin-Ost.....	60
Abb. 7: Ziel der rehabilitativen Bildung und Erziehung schulbildungsunfähiger förderungsfähiger Intelligenzgeschädigter.....	93
Abb. 8: Auswertung von 38 Fragebögen zur „Kundenzufriedenheit“	104
Abb. 9: Aufnahme in intensiv betreute Wohngemeinschaften	111
Abb. 10: Auszüge aus intensiv betreuten Wohngemeinschaften.....	111
Abb. 11: Herkunft von Bewohnern in geringer betreuten Wohngemeinschaften	112
Abb. 12: Aus- oder Umzüge aus sonstigen Wohngemeinschaften.....	112
Abb. 13: Vulnerabilitätskonzept (Schanze 2007).....	127

SynChronik einer Entwicklung – von den Wagnissen des 1. Dezenniums...

Bereich/Zeit	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
 <p>Stiftung/ Verein Rehabilitations- zentrum Berlin-Ost</p>		<p>08.08.1990 Erste Gründungsversammlung des Vereins in Berlin-Lichtenberg</p> <p>25.10.1990 Erste Registrierung des Vereins beim Stadtbezirksgericht Mitte erfolgte nicht – trotz Urkunde vom 21.08.1990</p>	<p>01.07.1991 Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPWV) – Landesverband e.V. unter Nr. 317</p>	<p>Das Logo des Vereins wird bestätigt</p>	<p>Juli 1994 Zum ersten Mal erscheinen die „Einblicke“, das Informationsblatt des Vereins</p>				<p>22.04.1998 1. Fachtagung in Schollene mit der GIW - Wohnanlage Mühlenberg gGmbH</p>		<p>31.05.1999 2. Fachtagung</p>	<p>29.05.2000 3. Fachtagung</p>
			<p>19.09.1991 Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft der Werkstätten für Behinderte e.V. (BAG WfbM)</p>		<p>01.01.1994 Gründung der LWB - Lichtenberger Werkstatt für Behinderte gGmbH, Geschäftsführer Helmut Siebert</p>	<p>26.06.1995 Eröffnung des Neubaus der Werkstatt für behinderte Menschen in der Wotanstraße in Anwesenheit der Sozialsenatorin, Ingrid Stahmer, und des Vizepräsidenten des Landesarbeitsamtes Berlin-Brandenburg, Rolf Seutemann</p>					<p>Oktober 2000 LWB gGmbH erstmalig zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:1994</p>	
				<p>01.01.1992 Übernahme der Wohneinrichtungen und des Freizeitklubs des kommunalen Rehabilitationszentrums von Berlin-Lichtenberg in Trägerschaft des Vereins – Standorte: Heim für Behinderte (Herzbergstraße 79), Bernhard-Bästlein-Straße 10, Waldowallee 103, Grimnitzstraße 15, Köpenicker Straße 56, Rheingoldstraße 9/10, Kaskelstraße 50, Archenholdstraße 102</p>				<p>01.01.1997 Gründung der GIW - Wohnanlage Mühlenberg gGmbH</p>			<p>01.01.2000 Gründung der RBO - Rehabilitationszentrum Berlin-Ost gGmbH, Geschäftsführer Helmut Siebert</p>	
				<p>09.09.1992 Eröffnung des Gebäudes Moldastraße 10 als Werkstattstandort nach umfangreichen Bauarbeiten</p>		<p>01.01.1995 Übernahme der Behinderteneinrichtung „Janusz Korczak“ (Wohnstätte für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene mit geistiger Behinderung) in die Trägerschaft des Vereins</p>		<p>21.10.1997 Eröffnung der Wohnstätte Moldastraße 10</p>	<p>21.07.1998 Eröffnung der Wohnanlage auf dem Mühlenberg in Schollene</p>	<p>02.10.1998 Eröffnung der Wohneinrichtung Eisenacher Straße 100</p> <p>1998 Eröffnung der Herberge in der Waldowallee 103 – barrierefrei</p>	<p>21.09.2000 Offizielle Eröffnung des Neubaus der Wohnstätte Moldastraße 10/12 in Anwesenheit des Lichtenberger Bürgermeisters, Dr. Wolfram Friedersdorff</p> <p>10.11.2000 RBO gGmbH erstmalig zertifiziert nach DIN EN ISO 9001:1994</p>	
			<p>18.05.1992 Mitglied von Special Olympics Deutschland e.V. (SO)</p> <p>1993 Der Freizeitklub in der Archenholdstraße 102 wird zuwendungsfinanziert – täglich finden Veranstaltungen statt</p> <p>Mai 1992 Dipl.-Psychologe Hans-Jürgen Püschel führt das Snoezelen im Heim für Behinderte ein</p> <p>Juni 1992 2. SO Berlin im Freizeitzentrum (FEZ)</p>	<p>September 1993 3. SO Berlin im Sportforum Hohenschönhausen</p>	<p>Juni 1994 4. SO Berlin in Adlershof</p>	<p>Juni 1995 5. SO Berlin im Jahnsporthaus</p>	<p>November 1996 6. SO Berlin in Adlershof</p>	<p>Oktober 1997 7. SO Berlin in Adlershof</p>	<p>September 1. SO National Games in Stuttgart</p> <p>Oktober 1999 9. SO Berlin in Adlershof</p>	<p>Oktober 1998 8. SO Berlin in Adlershof</p>	<p>29.11.2009 Der Freizeitklub feiert 10-jähriges Bestehen</p> <p>05. bis 09.09.2000 Special Olympics (SO) Deutschland – 2. Sommerspiele in Berlin – Der Verein gehört zu den vier Ausrichtern der größten Sportveranstaltung für Menschen mit Behinderung in Deutschland</p>	
 <p>Berlin</p>	<p>03.10.1990 Tag der Deutschen Einheit</p>	<p>11.01.1991 Konstituierende Sitzung des ersten Gesamtberliner Abgeordnetenhauses</p> <p>24.09.1991 Der Senat zieht ins Rote Rathaus</p>	<p>26.03.1992 Berlin erhält erstmals ein Verfassungsgericht</p> <p>25.12.1992 250.000 Berliner bilden Lichterkette gegen Ausländerfeindlichkeit</p>	<p>23.03.1993 Die Bundesregierung beschließt gegen Proteste den Abriss des Palastes der Republik</p> <p>12.10.1993 Bundeskabinett beschließt die Verlegung der Regierung von Bonn nach Berlin</p>	<p>30.06.1994 Grundsteinlegung auf dem Bebelplatz für Mahmal zur Bücherverbrennung</p> <p>10.11.1994 Stefan Heym eröffnet die Sitzung des neuen konstituierenden Bundestages im Berliner Reichstagsgebäude</p>	<p>07.05.1995 Eröffnung des Centrum Judaicum in der Synagoge Oranienburger Straße</p> <p>08.07.1995 Love Parade – Berlin feiert die größte Techno-Party der Welt</p>	<p>05.05.1996 In einer Volksabstimmung lehnen Berliner und Brandenburger Wähler eine Fusion Berlin/Brandenburg ab</p> <p>26.10.1996 Auf der Großbaustelle Potsdamer Platz erklingt Beethovens Schlusschor der IX. Sinfonie</p>	<p>04.02.1997 Grundsteinlegung zum Bau des neuen Kanzleramtes</p> <p>23.08.1997 Am Brandenburger Tor wird das renommierte und international bekannte Hotel Adlon wieder eröffnet</p>	<p>03.05.1998 Letztes Autorennen auf der Avus</p> <p>24.08.1998 Erste Probeerprägungen des Euro (€) in der staatlichen Münze Berlin</p>	<p>19.04.1999 Norman Foster übergibt das neugestaltete Reichstagsgebäude mit Glaskuppel</p> <p>03.12.1999 Gründung des Deutschen Behindertenbeirats in der Gedächtniskirche</p>	<p>10.03.2000 Die Museumsinsel wird UNESCO-Welterbe</p> <p>15.10.2000 Der erste der internationalen Gärten, der chinesische, wird im Erholungspark Marzahn eröffnet</p>	

