

Fachliche und konzeptionelle Grundsatzfragen zur Behindertenarbeit in Mittel- und Osteuropa

Am 04. Mai 2004 hat Amnesty International ein aufsehenerregendes Memorandum an die rumänische Regierung zur stationären Behandlung in psychiatrischen Einrichtungen vorgelegt. Anlass waren die von NGO's über Jahre vorgebrachten Kritiken an der psychiatrischen Versorgung in Rumänien. Im November 2003 und im Februar 2004 erhielt ein Vertreter von Amnesty International die Erlaubnis 6 rumänische psychiatrische Kliniken zu besuchen. Eine breite Öffentlichkeit erfuhr der im Mai vorgelegte Bericht durch die im Februar 2004 bekannt gewordenen 18 Todesfällen von Patienten, die in dem psychiatrischen Krankenhaus von Poiana Mare im Winter 2004 in Folge von Unterernährung und Unterkühlung starben.

Wesentliche Kritikpunkte des Berichtes von Amnesty International sind:

- viele Menschen, die strafrechtlich nicht auffällig geworden sind, werden gegen ihren Willen und ohne dass entsprechende medizinische Gründe vorliegen, psychiatrisch behandelt¹
- völlig unakzeptable Lebensbedingungen auf den Stationen der Krankenhäuser (mangelnde Hygiene, Überbelegung, Heizprobleme, Mangelernährung).
- mangelnde medizinische Betreuung (diese betrifft sowohl die psychiatrische Medikation, wie auch die Behandlung von körperlichen Krankheiten)
- Mischung von geistig Behinderten und psychisch Kranken, Mischung von Wehrlosen und Gewalttätigen, so dass das Stationsmilieu durch Angst und Gewalttätigkeit untereinander gekennzeichnet ist
- Langzeitverwahrung allein aus dem Grund, dass geeignete Anschlusseinrichtungen in den Gemeinden fehlen (Sozialdienste).
- Einsetzen von Fixierungs- und Isolierungspraktiken als Bestrafungsinstrumente
- Mangel an Tagesstrukturierung, sinnvoller Beschäftigung und Arbeitsmöglichkeiten für Patienten.

¹ Auch in Rumänien gibt es eine gesetzliche Grundlage für die Einweisung und Behandlung akut psychiatrisch behandlungsbedürftiger Patienten. Danach muss eine psychiatrische Sonderkommission innerhalb von 72 Stunden die Einweisung bestätigen und die Staatsanwaltschaft dies innerhalb von 24 Stunden überprüfen.

Zweierlei ist festzustellen:

1. Alle Kritikpunkte, die Amnesty International in diesem Bericht auflistet, sind den in den Einrichtungen arbeitenden NGO's seit 15 Jahren bekannt und Grundlage vielfältiger Auseinandersetzungen mit den rumänischen Behörden. „In den letzten 15 Jahren haben aufeinanderfolgende rumänische Regierungen den Ernst der Situation in den psychiatrischen Einrichtungen nie eingestanden und keine umfassenden wirksamen Reformen durchgeführt“, fasst Amnesty International dies zusammen. Dem ist nichts hinzuzufügen.
2. In einer Situation, in der Rumänien im Bereich der Kinderheime durchaus Fortschritte erzielt und aus den internationalen Schlagzeilen verschwunden ist, weist der Bericht von Amnesty International in aller Deutlichkeit darauf hin, dass die Situation in den Heimen und Anstalten für behinderte und psychisch kranke Erwachsene keinesfalls humanisiert ist, ja dass die Reform im Kinderbereich gar keinen Sinn macht, wenn im Erwachsenenbereich, in dem all die Kinder notgedrungen landen werden, die nach der Förderung in Kinderhäusern und Pflegefamilien kein selbständiges Leben in der Gesellschaft führen können, keine Änderungen erfolgen.

Die Frage ist damit aufgeworfen, ob es sich lediglich um Missstände handelt, die im Rahmen allgemeiner gesamtgesellschaftlicher Bemühungen noch nicht gelöst worden sind oder um Symptome einer Gesellschaft, die sich noch nicht von ihrer Vergangenheit gelöst hat und den Behinderten und psychisch Kranken weiterhin Voraussetzungen eines Lebens in der Gesellschaft vorenthält und damit ihren frühzeitigen Tod billigend in Kauf nimmt.

Kehren wir in das Jahr 1990 zurück.² Nach dem Sturz Ceausescus 1989 bot sich uns³ wie fast allen anderen Hilfsorganisationen, die aus Deutschland, Dänemark, England, Schweden, den Niederlanden, Frankreich und vielen anderen Ländern nach Rumänien kamen, ein ähnliches Bild: Kinderheime, in denen Waisenkinder mit und ohne Behinderung unter unmenschlichsten Umständen dahinvegetierten, hohe Sterblichkeit (in der Regel 25% bis 30% im Jahr), demotiviertes Personal und hektische, aufgeregte und inkompetente Reaktionen der übergeordneten Behörden.

Die ersten Schritte der Hilfsorganisationen waren äußerst mühsam, oft auch insuffizient, insbesondere weil die meisten von uns ohne entwicklungspolitisches know-how anfangen, was auch heißt: ohne klares Rollenverständnis und ohne strategisch durchdachtes Konzept. Am Anfang

² Ich beziehe mich hierbei auf Rumänien, weil dies das Land ist, in dem ich persönlich meine Erfahrungen sammeln konnte und von dem ich am meisten Fakten vorliegen habe. Prinzipiell könnten meine Ausführungen aber auch auf die Systeme der Behindertenhilfe und der Psychiatrie in Bulgarien, Ukraine, Weißrussland und Russland angewendet werden, wo die Verhältnisse nicht wesentlich anders als in Rumänien einzuschätzen sind. Nicht sprechen kann ich für die Staaten Polen, Tschechien und Ungarn, in denen es zwar auch rückständige und verwahrende Anstalten gibt, in denen aber die Grundsituation meiner Ansicht auch auf Grund der Geschichte etwas anders zu beurteilen ist.

³ Ich spreche hier für das Projekt Rumänienhilfe der Evangelischen Stiftung Alsterdorf, dass seit 1990 in der Zielregion Bihor in Westrumänien in der Bereichen der Behindertenhilfe und der Psychiatrie arbeitet.

stand bei unserem Hilfeprojekt ein überschwängliches Helferbewusstsein ohne wirklich konzeptionelle Überlegung, wie ein System im Sinne von Hilfe zur Selbsthilfe motiviert werden könnte, sich selber aus dem Sumpf zu ziehen. Erst langsam griffen „entwicklungspolitische Tugenden“, wie beispielweise der Versuch, das Gastland und die Missstände in dem Gastland zu verstehen, das Prinzip der Langsamkeit zu beachten und die innere Vorwurfshaltung zu hinterfragen und zu kontrollieren.

Das Ceausescu-Regime hatte die Mehr-Kinder-Familie aus nationalpolitischen Interessen propagiert, gleichzeitig ein Abtreibungsverbot und damit faktisch den Gebärzwang durchgesetzt. Die hohe Rate von verlassenen Kindern (die höchste bis Mitte der 90er Jahre in ganz Osteuropa), ein überfordertes Sozialsystem und völlig überfüllte Kinderheime waren die Folge. Hinzu kam eine selektive Diagnostik, die strikt zwischen förderfähigen und der nicht förderfähigen Kindern im Alter von 3 Jahren entschied und damit die Gruppe der „irecuperabil“ – Kinder produzierte, die in trostlose Abschiebeorte kamen und dort mehr oder weniger sich selber und damit dem Sterben überlassen wurden.

Wem war der Vorwurf zu machen? Der Mutter, die nach der Entbindung klammheimlich ihr Kind in der Entbindungsklinik verlässt? Oder dem politischen System, dass so viel Armut, Perspektivlosigkeit und Verzweiflung produziert, dass das Verlassen eines Neugeborenen entgegen einer ansonsten in allen Kulturen vorhandenen grundsätzlichen menschlichen Intuition ein Massenphänomen wurde?

Wem war der Vorwurf zu machen angesichts der ungeheuerlichen Zustände in den Todesheimen, aber genauso in den anschließenden Heimen und psychiatrischen Anstalten für Erwachsene? Den demotivierten, teils apathischen, teils aggressiven Pflegern? Oder dem politischen System, dass durch Mittelentzug Menschen zu dem machte, was dem ideologischen Zerrbild von „Unheilbaren“ dann auch nahe kam, Unbrauchbare, deren menschlichen Antlitz nur noch schwer erkennbar war?

Die Fragen sind nicht alt. Noch heute ist beispielsweise die Zahl der verlassenen Neugeborenen allein in der Region, in der wir arbeiten (640.000 Einwohner) 10-12 im Monat. Und noch heute sind die meisten psychiatrischen Anstalten durch eine gravierende materielle Unterversorgung, demotiviertes Personal und eine persönliche, wie auch öffentliche Gleichgültigkeit gegenüber allen Menschen, die einmal in diese Einrichtungen geraten sind, gekennzeichnet.

Die Antworten sind deshalb auch nicht leicht. Sie können sich weder im Verweis auf die stalinistische Vergangenheit erschöpfen, noch auf die Haltlosigkeit vieler Einzelnen. Die Gründe für die lange Nachwirkung des alten Systems mögen daran liegen, dass der Bruch nicht wirklich vollzogen wurde, dass die neue Armut nach der Wende von 1989/90 das Fortbestehen des alten Denkens begünstigt hat und/oder daran, dass ein so grundsätzlicher Wertewandel, wie er zu Anerkennung Behinderter und psychisch Kranker als gleichwertige Mitbürger notwendig ist, einfach länger braucht, zumindest einen vollständigen Generationenwechsel. Die Zustände in den Langzeitpsychiatrien, die der Amnesty International Bericht mit Recht anklagt, würde ich deshalb ebenso wie

die nach wie vor exorbitant hohe Rate der verlassenen Neugeborenen als traurigen Fortbestand der alten Verhältnisse verstehen, wenn gleich im Gegensatz zu früher einer schrittweise Veränderung heute möglich erscheint. Keinesfalls haben wir aber das moralische Recht der Anklage. Unmenschliche Verhältnisse in Psychiatrien und Heimen gab es bei uns bis weit in der 70er Jahre und vielleicht gibt es solche auch heute manchmal wieder.

Bemerkenswert ist, dass eben dieses so gescholtene System in Rumänien durchaus wandlungsfähig ist. Eine neue Generation von Machern, die pragmatisch auf den Stand Europas kommen will, sind am Werke. Beschlossen ist, bis 2007 alle Kinderheime aufzulösen und durch Vermittlung in Pflegefamilien und den Aufbau von Familienhäusern in den Dörfern und Städten zu ersetzen.

Dieser radikale Plan kam durch den Druck der EU zustande, die Beitrittsverhandlungen nur weiterzuführen, wenn die Situation in den Kinderheimen verbessert würde. Aber unabhängig davon, ob dieser Plan letztlich durch äußeren Druck zustande kam und im übrigen im wesentlichen durch EU-Gelder finanziert wird, ist er als radikal und in besonderer Weise mutig und zukunftsweisend zu bezeichnen. Insbesondere, weil er nicht behinderte und behinderte, auch schwerbehinderte Kinder in gleicher Weise umfasst und die Möglichkeiten der kommunalen Verantwortungsübernahme in maximaler Weise nutzt.

Zwei Bedenken an diesem für die Entwicklung des Sozialsystems in Rumänien derzeit wichtigsten Reformvorhaben müssen hier aber geäußert werden:

1. Die Deinstitutionalisierung der Kinderheime bedeutet bisher keineswegs den gleichzeitigen Aufbau von Beschulungs- und Ausbildungsmöglichkeiten für die Kinder. Das umgebende Schulsystem ist nach wie vor konservativ und integrationsfeindlich. Leichter geistig behinderte Kinder erhalten Plätze in den Sonderschulen. Schwerer behinderte Kinder haben zwar formal ein Recht auf Beschulung, dieses wird aber nicht eingelöst. Integration behinderter Kinder in Regelschulklassen ist so gut wie ausgeschlossen. Der Aufbau von Sonderklassen in Regelschulen, der die erste Stufe einer schulischen Integration darstellen könnte, ist nur in wenigen Modellbeispielen, die durch westliche NGO's initiiert worden sind, realisiert. Als Ersatzstruktur werden derzeit Tagesförderstätten für behinderte Kinder aufgebaut: eine neue Sonderstruktur, die Schule durch Therapie ersetzt.
2. Die Unterbringung in Pflegefamilien und Familienhäusern unterliegt bisher keiner wirksamen Qualitätskontrolle. Im Grunde genommen herrscht die Mentalität „wir sind froh, wenn jemand die Kinder aus dem Kinderheim nimmt und wir die Vorgaben der EU erfüllen“. Was dann tatsächlich mit den Kindern passiert, wie ihre Förderung organisiert ist, ihre familiäre Integration und ihre gesundheitliche Versorgung, obliegt dann keiner wirksamen staatlichen Anleitung und Kontrolle mehr.

Nicht vergessen werden darf die unbeabsichtigte Nebenwirkung des EU-geförderten Programms zum Aufbau neuer Strukturen im Bereich der Kinderversorgung: das Nicht-Hinschauen auf die Situation der über 18jährigen, die 18 - Plus - Problematik. Die großen Heime und Anstalten sind bisher von den enormen Aufbruchstimmungen im Kinderbereich gänzlich abgeschnitten. Das Programm der Tagesstätten endet mit 18 Jahren. Betreute Wohnformen außerhalb der Anstalten für Erwachsene gibt es nur hart erkämpft von NGOs und völlig vereinzelt, Arbeitsmöglichkeiten nur, wenn die ehemaligen Patienten Leistungen im Normalbereich vorweisen.

Die einzige nennenswerte Reform in diesem Bereich in den letzten Jahren war die aus den westlichen Ländern abgeschautete Teilung der psychiatrischen Großeinrichtungen in sogenannte Akutkrankenhäuser (Behandlung bis zu 3 Monaten) und Medizinisch Soziale Zentren (in Deutschland früher Heilpädagogische Zentren), die aber entgegen ihrem Titel eher trostlosen Verwahranstalten gleichen, als pädagogisch und rehabilitativ orientierten Übergangseinrichtungen für ein Leben in der Gemeinde.

Die Brisanz der Situation besteht nicht nur darin, dass sich faktisch seit 15 Jahren nichts Wesentliches verändert hat, sondern auch darin, dass die begonnene Reform im Bereich der Kinderheime bisher an der Schallgrenze von 18 Jahren – in Ausnahmefällen bis 27 Jahren (aber nur in Verbindung mit einer Schulmaßnahme) – endet. Die Ideologie ist nach wie vor, dass die Kinder bis dahin ein selbstständiges Leben in der Gesellschaft schaffen müssen oder in das System der Anstaltsverwahrung zurückkehren müssen.

Vor diesem Hintergrund ist die Veränderung in den psychiatrischen Anstalten längst nicht mehr als fachliches Psychiatriethema zu verstehen, sondern als ein wesentlicher Teil der Lösung der „sozialen Frage“. Was ist zu tun, oder besser: was können westliche Organisationen in dieser Situation so gestalten, dass das rumänische System nachhaltig zur Eigenaktivität angehalten wird und die begonnene radikale Reform der Auflösung der Kinderheime nicht mit 18 Jahren in die alten Strukturen der Ausgrenzung und Verwahrung zurückfällt?

Vor dem Hintergrund des Berichts von Amnesty International und unseren Erfahrungen seit nunmehr 14 Jahren ergeben sich mehrere Stufen:

1.

Angesichts von Unterernährung, Unterkühlung, mangelnder Hygiene und Massenverwahrung muss an vielen Orten als erster Schritt eine **Direkthilfe** erfolgen. Diese besteht außer in baulichen Sanierungen sicherlich in ersten Umstrukturierungen und Umorganisationen: mehr Raum, mehr Personal, mehr Hygiene. Dieser erste Schritt ist nicht nur sehr aufwändig und teuer, sondern auch mühsam, weil es selbstverständlich das prinzipielle Gegenargument einiger rumänischer Partner und der Mitarbeiter in den Einrichtungen selbst gibt, warum hier so viele Mittel hereinfließen, während beispielweise die Dörfer, in denen die Mitarbeiter aus diesen psychiatrischen Anstalten leben, verfallen.

Diesem nachvollziehbaren Einwand kann man immer nur entgegenen, dass die an den Rand gedrängten Großanstalten nun mal in den ländlichen und unterentwickelten Regionen liegen, dort aber schon jetzt und erst recht im

sanierten Zustand auch die Funktion eines großen Arbeitgebers haben, der eine gewisse wirtschaftliche Stabilität in die Region bringt. Dies war im übrigen aus meiner Erfahrung ein wesentliches Argument in unseren Reformbemühungen im Großkrankenhaus Nucet. Dieses ist heute nach der Reform der Hauptarbeitgeber der Stadt und die Dorfbewohner betrachten es mit Recht als ihren „Goldesel“ auf dem Hügel vor dem Dorf, was ihnen sicherlich die Integration der Patienten erleichtert hat.

Eine schwierige Klippe bei dieser ersten Sanierungsphase ist, die Sanierung so anzulegen, dass damit nicht konservative und ausgrenzende Anstaltsstrukturen zementiert werden. Die Kunst dieser Entwicklungshilfearbeit besteht darin, den zweiten und dritten Schritt der notwendigen Strukturreform sofort mitzudenken und Anstalten, die dezentral liegen nur insoweit baulich zu sanieren, wie sie als zukünftige Teilanstalt in einem weitgehend dezentralisierten und kommunal integrierten System noch eine Rolle spielen können und sollten. Ich weiß, dass ich damit einen heiklen Punkt anspreche, weil die meisten Partner auf der osteuropäischen Seite bisher noch nicht bereit sind, in dieser Perspektive zu denken.

2.

Nach meiner Erfahrung ist deshalb als nächster Schritt die Stufe der **Professionalisierung** notwendig. Auch wenn unter Ceausescu und nachfolgend in den 90er Jahren, die in der Psychiatrie weitgehend durch ein Beschweigen der Vergangenheit und eine lähmende Perspektivlosigkeit gekennzeichnet sind, keinerlei Rückbesinnung auf die ethischen Grundlagen des eigenen Berufsstandes und der Aufgaben der Psychiatrie stattgefunden haben, so ist doch davon auszugehen, dass Krankenschwestern und Ärzte der Psychiatrie eine solche Ethik, zumindest ein Selbstverständnis ihrer Arbeit haben. Nach unseren Erfahrungen kann man das meist demotivierte, häufig verzweifelte Personal gerade an diesem Punkt packen, an dem man danach fragt, warum sie diesen Beruf und keinen anderen Beruf ergriffen haben. Warum sie sich dazu entschieden haben, anderen Menschen zu helfen, denen es schlechter, noch schlechter als ihnen selbst geht. Man kann sie daran erinnern, dass sie in ihren Ausbildungen, die zweifellos medizinisiert, mechanisiert und nach unseren Maßstäben völlig unzureichend waren, doch mit diesen Grundsatzfragen in irgendeiner Form in Berührung gekommen sind. Und letztlich kann man sie an ihrer ursprünglichen menschlichen Seite packen, wie sie mit ihren eigenen Kindern oder mit ihren eigenen Großeltern oder Anverwandten in der Familie umgehen.

Ich will nicht leugnen, dass auch Motivationsfaktoren, wie das Versprechen von Deutschlandreisen oder durch die Hilfsorganisationen gezahlten Zusatzgehälter notwendig sind. Die Erfahrung sagt aber, dass der tatsächliche Motivationsschub des Personals durch eine Mischung aus Fachfortbildung zu Themen wie Krankheitsunterscheidungen, Pflorgetechniken, Tagesstrukturierungen und ethisch orientierter Grundlagenfortbildung zu Themen wie Normalisierung, Menschenbild, Berufsverständnis und Integration zustande kommt.

3.

Strukturelle Änderungen innerhalb der Einrichtungen müssen folgen. Hierzu gehören

- die innere Differenzierung der Großeinrichtung, weil die meisten Einrichtungen geistig Behinderte und psychisch Kranke und Junge und Alte wahllos mischen; die Folge ist nicht nur die völlige Überforderung des Personals, sondern ein Milieu, in dem sich nur die stärksten Patienten durchsetzen; innere Differenzierungen hilft die Profile einzelner Häuser zu schärfen, verschiedener Milieus und Behandlungskonzepte zu etablieren und die Identifikation es Personals mit der Arbeit zu erhöhen
- die Beachtung der individuellen sozialen Grundbedürfnisse der Patienten: jeder Mensch braucht neben der Befriedigung der Grundbedürfnisse eine Privatsphäre, eigene Kleidung, eigene Gegenstände, einen eigenen Tagesablauf usw. und
- der Aufbau von Beschäftigungs- und Arbeitstherapien, was nicht nur eine materielle Investition bedeutet, sondern eine langwierige Suche nach geeigneten Personen, meist Handwerkern, die dann mit Hilfe der NGOs zusätzlich trainiert werden müssen, da es bis heute keine Ergotherapeuten als ausgebildete Berufsgruppe gibt.

All dies sind teilweise jahrelange Prozesse, die nicht durch wochenweise eingeflogene Fortbildner aus Westeuropa zu bewältigen sind, sondern meist nur durch eine mehrere Jahre durchgehaltene, direkte Mitarbeit deutscher Fachkollegen in den Kliniken selbst.⁴

4.

Erst nach diesen Stufen der inneren Verbesserungen der Großeinrichtungen und der langsamen Heranführung des Personals und der Patienten an neue Standards kann nach unseren bisherigen Erfahrungen eine vierte Stufe der Entwicklung realisiert werden: die **Herausführung der Patienten aus der Psychiatrie und die Auflösung der Anstalten als Institutionen**. Das Ziel ist, den grundrechtlichen Anspruch des Einzelnen auf bestmögliche gesellschaftliche Teilhabe und Entwicklungsmöglichkeit zu verwirklichen. Dieser Ansatz, der auf dem Normalisierungsprinzip beruht und heute bei uns in Form von Inklusion und Teilhabeanspruch diskutiert wird, besagt im Wesentlichen, dass ein psychisch kranker oder geistig behinderter Mensch in erster Reihe ein Bürger des Staates und ein Mitmensch ist. Er benötigt in einer Krise spezialisierte medizinische oder psychologische Hilfen, im wesentlichen braucht er aber Hilfen sozialer und pädagogischer Art.

⁴ Dazu eine wesentliche Zwischenanmerkung. Diese betrifft die Langsamkeit und den Abbau der eigenen Arroganz. Selbstverständlich kommen wir aus einem System, in dem wir weit vorangeschritten sind mit dem professionellen Verständnis psychischer Erkrankung und dem sozialen Auffassung der Rechte auf Teilhabe und Integration von Menschen mit Behinderung. Selbstverständlich haben wir meist die Ansicht, dass diese Erkenntnisse Allgemeingut sind und überall Anerkennung finden müssten. Verhältnisse wie in Rumänien, aber sicherlich auch in den anderen osteuropäischen Ländern, können uns darüber belehren, dass auch unsere eigene Geschichte darin besteht, den heutigen Stand der gesellschaftlichen Integration behinderter Menschen mühsam, Stufe für Stufe errungen zu haben. Erinnerung sei daran, dass wir noch in den 60er und 70er Jahren ebenfalls Großinstitutionen weit weg von den Herkunftsorten der Patienten hatten, Massenquartiere, Massenschlafsäle, drakonische Strafmaßnahmen und oft keine Beschäftigungstherapie oder Tagesstrukturierung, die Beschäftigung und Arbeit ermöglichte. Erinnerung sei daran, dass das Normalisierungsprinzip aus den skandinavischen Ländern unter vielen Kämpfen und Auseinandersetzungen erst Mitte der 80er Jahre in der Behindertenhilfe in Deutschland Fuß fasste. Vor diesem Hintergrund müssen wir den osteuropäischen Systemen zugestehen, dass sie eine stufenweise Entwicklung von einem biologisch-medizinisch orientierten Verwahrungsdenken hin zu einem sozial-integrativen Grundsatzgedanken der Psychiatrie und Behindertenhilfe durchlaufen, der lange Jahre dauert, mühsam ist und von vielen Anfechtungen begleitet.

Vor diesem Hintergrund ist die strukturelle Trennung der großen Anstalten in kleine akutpsychiatrische Behandlungseinheiten und größere sozialmedizinische Zentren durchaus ein erster richtiger Schritt. Ohne Vorbereitung und fachliche Begleitung droht er aber zum reinen Türschildwechsel zu werden. Die Chance, dass all diese Menschen, die jetzt nicht mehr Krankenhauspatienten sind, in einer pädagogisch orientierten, sozial strukturierten Umgebung trainieren können, wieder in die Gesellschaft zurückzukommen, ist damit noch längst nicht eingelöst.

Hier muss die strukturelle Hilfe von NGO's ansetzen. In den Medizinisch-Sozialen Zentren müssen ansetzend an bisherigen inneren Differenzierungen, Tagesstrukturierungen und Möglichkeiten der Beschäftigung- und Arbeitstherapie bis hin zu Werkstätten die individuellen Bedürfnisse der Bewohner dieser Zentren in den Mittelpunkt gerückt werden. Ein wichtiges Mittel hierfür ist die individuelle Hilfeplanung für jeden einzelnen Bewohner: welche Unterstützung braucht er, um selbstständiger zu werden. Welche Perspektive ergibt sich für ihn, aus der Einrichtung herauszukommen. Es bedarf deshalb dringend des Aufbaus sozialer Beratungsdienste in den Kliniken und sozialmedizinischen Zentren, der Vernetzung dieser Beratungsdienste mit den entsprechenden Stellen in den Rathäusern und Kreisverwaltungen.

Eine Fülle von Bedürfnissen in den Bereichen Wohnen und Arbeiten ergeben sich. Anschlusseinrichtungen in der Gemeinde fehlen aber fast vollständig. Deshalb bedarf es dringend des Aufbaus von Wohnmöglichkeiten in den Gemeinden, von Tagesstätten und von Arbeitsmöglichkeiten.

Sowohl das Programm der Kinderheimauflösung wie die bisher nicht in Angriff genommene überfällige Reform der Psychiatrischen Anstalten sind damit angewiesen auf den Aufbau von Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten für die Expatienten aus den Großeinrichtungen, aber auch für die über 18 Jährigen aus den Kinderheimen und auch aus den Familienhäusern.

Hierin sehen wir derzeit auch unseren Schwerpunkt. Wir beabsichtigen – möglichst mit der Unterstützung der Robert Bosch Stiftung - in den nächsten 5 Jahren modellhaft in der Region Bihor in Westrumänien unser bisheriges Programm des Aufbaus der Kinderhäuser und unserer Strukturhilfe in dem psychiatrischen Großkrankenhaus Nucet sinnvoll in Projekte des betreuten Wohnens und der Arbeitsassistenz zu überführen.

Der Grundgedanke ist dieser: unabhängig davon, aus welchem Grund ein Mensch in das Verwahrsystem der Kinderheime oder Erwachsenenpsychiatrie gelangt ist (es ist also unwichtig, ob er ehemals als psychisch krank, geistig behindert oder lediglich als Sozialfall abgestempelt wurde) soll jeder Mensch, auch wenn er als schwerst behindert oder schwer integrierbar gilt, eine Möglichkeit bekommen, außerhalb der Anstalten zunächst in einem betreuten Wohnhaus (mit Diensten rund um die Uhr), später in normalen Wohnungen mit stundenweiser ambulanter Betreuung durch die für Rumänien völlig neue

Berufsgruppe der Wohnassistenten ein möglichst selbständiges Leben zu führen.⁵

Gleichzeitig sollen die bereits in Rumänien bestehenden Möglichkeiten der Berufsausbildung genutzt werden und die Integration auf dem Arbeitsmarkt erfolgen. Ein System von Werkstätten für Behinderte fehlt in Rumänien weitgehend. Früher gab es solche Werkstätten, die aber aus wirtschaftlichen Gründen Anfang der 90er Jahre fast alle geschlossen wurden. Vielleicht ist dieser Umstand aber auch positiv zu bewerten, und es gelingt, aus der Not eine Tugend zu machen. Man könnte diese Situation auch als Chance verstehen, auf den teuren Umweg eines sogenannten dritten Arbeitsmarktes (Sozialhilfefinanzierte Sonderarbeitssysteme wie WfB's) zu verzichten und Stufe für Stufe die Integration auf dem ersten Arbeitsmarkt durch ein System der Arbeitsassistenz ergänzt durch den Aufbau integrativer Betriebe zu versuchen.⁶ Arbeitsassistenten sind wie Wohnassistenten für Rumänien völlig neu.⁷ Ihre Aufgabe ist aber so einleuchtend, dass wir in allen Vordiskussionen bisher nur Zustimmung erhalten haben. Arbeitsassistenten haben die Unternehmer einer Region zu motivieren, Arbeitsplätze (meist Nischen-Arbeitsplätze, z.B. für Botengänge, Hilfsarbeiten beim Sortieren, Kopieren, Verpacken) zu schaffen, Menschen mit Behinderungen, die sie persönlich kennen, darauf zu vermitteln und sie in der Startzeit, bei Bedarf auch länger, an diesem Arbeitsplatz einzuarbeiten, zu begleiten und zu betreuen.

Unterstützend für dieses Modell könnte die Tatsache sein, dass in Rumänien, dem westlichen Vorbild folgend, die sog. Ausgleichsabgabe (Freikaufen von Betrieben, die nicht bereit sind, Menschen mit Behinderung einzustellen) eingeführt ist und es ein Lohnsubventionierungssystem für die Einstellung von Menschen mit Behinderung gibt, so dass sich die Sache für die Unternehmer lohnt. Erschwerend könnte allerdings sein, dass eine zunehmende Arbeitslosigkeit dazu führt, dass auch Arbeitnehmer ohne Behinderung bereit sind, auf Nischen-Arbeitsplätzen zu den Bedingungen des Mindestlohnes zu arbeiten.

⁵ Das Programm des betreuten Wohnens ist in Rumänien derzeit so zu realisieren, dass die deutsche Seite die dazu notwendigen Wohnungen kauft, den rumänischen Behörden zur Nutzung überlässt und sich im Gegenzug zusichern lässt, dass diese die laufenden Kosten und das notwendige Personal finanzieren. Auf Grund des Fehlens einer eigenen gesetzlichen Grundlage für solche Einrichtungen, müssen die Wohnungen derzeit noch als Satelliten eines Heimes betrieben werden. Immerhin können aber die notwendigen Wohnassistenten schon als eigenes Team direkt vom zuständigen Fachamt auf Kreisebene angestellt werden und damit flexibel eingesetzt werden. Auch für die eventuelle Hinzuziehung eigener Arbeitseinkommen der Bewohner gibt es eine Möglichkeit, die bisher nur in Altersheimen zur Anwendung kam und den Bestand von betreuten Wohnungen sichern helfen kann.

⁶ Möglicherweise muss ein solches System später noch durch die Öffnung der noch aufzubauenden arbeitstherapeutische Angebote und Werkstätten in den Heimen, Psychiatrien und Medizinisch-Sozialen Zentren für Nutzer, die nicht stationär behandelt werden, ergänzt werden. Auf diese Weise hätte man dann ein differenziertes und gegliedertes System der Arbeitsangebote für Menschen mit sehr verschiedenen Unterstützungsbedarfen unabhängig von ihrer Wohnversorgung.

⁷ Nach vielen Diskussionen mit der Arbeitsverwaltung mussten wir davon Abstand nehmen, dass diese die Arbeitsassistenten einstellt. Die örtlichen Arbeitsämter haben offensichtlich durchaus in Interesse daran, weil sie den Misserfolg ihrer bisherigen Vermittlungen von Behinderten auf Normalarbeitsplätze vor Augen haben. Das zuständige Ministerium in Bukarest hat allerdings keine Genehmigung erteilt. In dieser Amt für soziale Dienste, das auch die Wohnassistenten einstellt, zugesagt, auch die Arbeitsassistenten zu übernehmen.

Das Programm „Wohnen und Arbeiten 18 plus“ ist eine große Herausforderung für die rumänische Seite, nicht nur weil Neuland betreten wird, sondern auch weil bisher keine gesetzliche Grundlage für eine sichere Finanzierung der laufenden Ausgaben durch den rumänischen Staat existiert. Unser Vorhaben wird nach langen Verhandlungen als freiwillige Zusatzleistung des Kreises Bihor finanziert. Hinzu kommt, dass es kein Subsidiaritätsprinzip, was das Einspringen nicht-staatlicher Organisationen als Träger für kleine Einrichtungen in den Gemeinden und Städten ermöglichen würde. Dennoch haben wir die Hoffnung, dass dieses Konzept greifen könnte. Immerhin ist die Kinderhausidee, die anfänglich auch als fast undurchführbar betrachtet wurde, in kurzer Zeit zum Erfolgsschlager in Rumänien geworden.

Was könnte den rumänischen Staat überzeugen? Die Großeinrichtungen sind teuer. Dies ist eine internationale Erfahrung. Sie sind darüber hinaus ein Ort ständiger administrativer Ärgernisse, internationaler Kritik oder nationaler Skandale. Auch diese Punkte könnten die Administration in Rumänien für ein Programm des Aufbaus von Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten in den Gemeinden und die Auflösung der Anstalten einnehmen. Ein entscheidender Anstoß müsste allerdings aus Brüssel kommen. Daran ist zu arbeiten.

Ich komme zu meinen Schlussfolgerungen:

Um die gefährliche und perspektivlose Spaltung in einen reformierten Bereich der Kinderversorgung und einen gesellschaftlich vergessenen Bereich der Anstaltsverwahrung Erwachsener zu verhindern, bedarf es eines Programms der Direkthilfe, der Umstrukturierung und der Professionalisierung des Personals in den großen Anstalten und eines strukturellen Programms zum Aufbau von kommunalen Strukturen des integrierten und betreuten Wohnens und der Integration auf dem Arbeitsmarkt. Für beides ist die professionelle und kontinuierliche Hilfe westlicher NGO's dringend erforderlich.

Ich bin schon des öfteren gefragt worden, ob denn die Reform der Psychiatrie und der Behindertenhilfe wirklich das wichtigste in Rumänien oder überhaupt in Osteuropa sei. Eine Antwort kann aufgrund der politischen und wirtschaftlichen Gesamtsituation in Rumänien, wie in anderen osteuropäischen Ländern, natürlich kein uneingeschränktes Ja sein. Begründungen wie das Eintreten für Humanität und christliche Werte, für die Beachtung der Menschenrechte, für Gerechtigkeit und damit auch für die Vorbereitung der Integration in die EU sind wichtige Antworten.

Ich habe aber noch eine andere: die Pisa-Studie hatte ein interessantes Nebenergebnis. Länder, wie Italien und Dänemark, in denen es eine Integration behinderter Schüler in die Regelschule gibt, haben deutlich besser abgeschnitten, als Deutschland, das nach wie vor eine fast flächendeckende Segregation in Regel- und Sonderschulen aufweist. Eine Schlussfolgerung aus diesem Befund ist die, dass die Integration von Menschen mit abweichendem Verhalten, mit herausforderndem Verhalten, mit Behinderung, kurz von Menschen, die es uns zunächst einmal schwer machen und deren Verhalten nicht von vornherein in die Normen des Systems passt, für ein Bildungs- oder Sozialsystem eine große Herausforderung darstellt, aber offensichtlich Energien

aktiviert, so dass das Gesamtergebnis des Systems verbessert wird. Lehrer, die in einer Regelklasse auch einige Schüler mit Behinderung zu beschulen haben, müssen sich in weitaus kreativerem Maße anstrengen, ihren Unterricht zu strukturieren und zu differenzieren, als Lehrer ohne diese Herausforderung. Ganz offensichtlich aktiviert dies Kräfte und führt nicht nur bei den Anbietern, den Lehrern, sondern auch bei den Nutzern, den Schülern, zu besseren Ergebnissen.

Ich halte dies für eine ausgesprochene Ermutigung und würde stets betonen, dass die Integration der bisher marginalisierten Psychatriepatienten und Menschen mit Behinderung aus den Heimen und Anstalten in einer Gesellschaft nicht nur den moralischen Standard, sondern auch die Kreativität und damit die Leistungsfähigkeit insgesamt erhöht.

Dieser Gedanke könnte ein tragender Gedanke eines nicht nur humanitär argumentierenden Entwicklungshilfekonzeptes für den Bereich der Behindertenhilfe in Osteuropa sein.