

Aus der Psychiatrie in die Gemeinde : zur Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung in der Schweiz. 1. Teil

Autor(en): **Dieter, Matthias / Theunissen, Georg**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Fachzeitschrift Heim**

Band (Jahr): **70 (1999)**

Heft 4

PDF erstellt am: **29.06.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-812912>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Aus der Psychiatrie in die Gemeinde, 1. Teil

ZUR ENTHOSPITALISIERUNG VON MENSCHEN MIT GEISTIGER BEHINDERUNG IN DER SCHWEIZ

Von Matthias Dieter und Georg Theunissen

Zusammenfassung: Das Projekt «Lebenssituation geistig behinderter Menschen in psychiatrischen Kliniken» (1988–1993) und das sich daran anschliessende Projekt mit dem Titel «Lebensräume für Menschen mit geistiger Behinderung und schwierigem Verhalten» (1994–1995) trugen entscheidend zur Verbesserung der Wohn- und Lebensbedingungen der in Psychiatriekliniken der Schweiz fehlplatzierten Menschen mit geistiger Behinderung bei. So wurden übergangsweise Wohnheime auf dem Klinikareal geschaffen, um eine Ausgliederung, im Sinne einer (Re)Integration in die Gesellschaft, von Menschen mit geistiger Behinderung aus Psychiatriekliniken rasch zu ermöglichen. Doch stagniert derzeit die Entwicklung, so dass sich die als Notlösungen konzipierten Angebote in der Betreuungslandschaft etablieren. Im Rahmen einer Studie wurden formale und inhaltliche Aspekte der Enthospitalisierung auf dem Gebiet der deutschsprachigen Schweiz untersucht. Die Ergebnisse, die hier vorgestellt werden, verweisen auf die Gefahr einer Umhospitalisierung (Hoffmann 1998), wenn sich der intramuralen Reform der Enthospitalisierung nicht die extramurale Reform anschliesst, die auf eine gemeindenahе und dezentrale Grundversorgung von (langzeithospitalisierten) Menschen mit geistiger Behinderung zielt.

1. Einleitende Bemerkungen

Im Zuge der sozialpsychiatrischen Entwicklung der 60er und frühen 70er Jahre mit ihrer impliziten Kritik an der «Logik der Anstalten» (Basaglia) vollzog sich ein Wandlungsprozess innerhalb der Psychiatrie. Für Westdeutschland war hierbei die Psychiatrie-Enquete richtungweisend (1975), mit der die Aufmerksamkeit auf die unmenschlichen und isolierenden Zustände der psychiatrischen Anstaltspraxis in der Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung gelenkt wurde. Eine wichtige Empfehlung der Enquete zielte auf die *Trennung der Versorgung von psychisch Kranken und Menschen mit geistiger Behinderung sowie auf den Aufbau von pädagogisch orientierten Wohnheim-einrichtungen ausserhalb der Psychiatrie*. Der Anteil der Menschen mit geistiger Behinderung an der Gesamtpatientenzahl in psychiatrischen Einrichtungen der Bundesrepublik Deutschland (sog. alte Bundesländer) betrug im Durchschnitt 18,5%. Eine vergleichbare Zahl

existierte für die Schweiz zu diesem Zeitpunkt nicht. Böker/Brenner (1990, 12) verweisen exemplarisch auf die Verhältnisse einer Berner Klinik, in der die Menschen mit geistiger Behinderung 1979 einen Anteil von 13% an der Gesamtzahl aller Patienten darstellten.

Der Prozess der Ausgliederung von Menschen, die als geistig behindert und in psychiatrischen Kliniken, Pflege- und Alteinrichtungen als fehlplatziert gelten, da sie in der Regel nicht Krankenhausbehandlungsbedürftig sind, wird mit dem Begriff der *Enthospitalisierung* gekennzeichnet. Doch sind innerhalb dieser Entwicklung auch gegenläufige Tendenzen zu verzeichnen, die nach Hoffmann (1998, 115–118) als «Umhospitalisierung» bezeichnet werden können. Vor diesem Hintergrund wollen wir hier die Psychiatriereform in der deutschsprachigen Schweiz skizzieren und kritisch mit gebotener Kürze andiskutieren.¹

2. Entwicklungsschritte im Prozess der Enthospitalisierung in der Schweiz

Zum Verständnis der Entwicklung der Enthospitalisierung sind einige grundlegende Informationen zu Besonderheiten

der administrativen Strukturen der Schweiz notwendig. Die 6,5 Millionen Einwohner der Schweiz verteilen sich auf 26 Kantone und Halbkantone. Ihnen obliegt die Gesetzgebung im Bereich des Gesundheits-, Fürsorge-, Bildungs- und Behindertenwesens. Dementsprechend sind die institutionellen Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung meist nur regional organisiert und fast ausschliesslich in den Händen privater Träger. Die Vereine, Stiftungen oder Genossenschaften wirken angebotsorientiert, das heisst, sie wählen sich selbst bestimmte Aufgaben und setzen sich für eine bestimmte Gruppe von Menschen mit Behinderung ein. Kantonale Aktivitäten ausserhalb des Sonderschulbereiches beinhalten die Subventionierung von kantonal und privat geführten Einrichtungen. Die Finanzierung der Angebote erfolgt einerseits über Betriebsbeiträge der Eidgenössischen Invalidenversicherung IV, die vom Bund betrieben wird und bei der alle BürgerInnen von Geburt an obligatorisch versichert sind, und andererseits über individuelle Versicherungsbeiträge der Bewohner. So bezahlt die IV Beiträge «zur Abgeltung des behinderungsbedingten Mehraufwandes der im Prinzip nach kaufmännischen Grundsätzen geführten Institutionen» (Egli 1995, 293). Davon sind aber die kantonal geführten Psychiatriekliniken ausgeschlossen. Krankenkassen und Kantone (Kantone decken die Restdefizite) übernehmen die Finanzierung. Die Modalitäten lassen erkennen, warum eine Abschiebung von betreuungsaufwendigen Menschen in staatliche, aufnahmeverpflichteten Institutionen (Psychiatrien) für privat geführte Behinderteneinrichtungen lukrativ erscheint.

Impulse, die wesentlich zum Prozess der Enthospitalisierung beigetragen haben, entwickelten sich bezugnehmend auf die internationale sozialpsychiatrische Bewegung. Durch die Psychiatriereform bzw. Krankenhausreform (Böker/Brenner 1990), mit der auch eine getrennte Versorgung und Betreuung von Menschen mit psychischen Schwierigkeiten und Menschen mit geistiger Behinderung erfolgte, war ein erster

¹ Eine ausführliche Darstellung und Analyse liefert die Arbeit «Enthospitalisierung in der Schweiz» von Dieter (1999).

Schritt zur Enthospitalisierung vollzogen worden. Durch die strukturellen Veränderungen in der Versorgung von Menschen mit Behinderung (Aufbau des Sonderschulwesens sowie die Errichtung von Heimen für Erwachsene mit geistiger Behinderung und anderen sonderpädagogischen Einrichtungen) entstanden Alternativen zur Fehlplatzierung und Fehlbetreuung der Menschen in Psychiatriekliniken. So kam es in einzelnen Kliniken von Seiten des Personals zu Bemühungen, die menschenunwürdigen Zustände auf den sog. Oligophrenieabteilungen zu verbessern, zum Beispiel in den Psychiatrischen Universitätskliniken Bern und Basel sowie in der Psychiatrischen Klinik St. Urban (Luzern) (Egli 1994). Mit der Gründung des Projektes «Lebenssituation geistig behinderter Menschen in psychiatrischen Kliniken» (1988) wurden die inhumanen Lebensbedingungen der Menschen mit geistiger Behinderung in den Psychiatrien der Deutschschweiz thematisiert. Zu diesem Zeitpunkt lebten in der gesamten Schweiz rund 1500 Menschen mit geistiger Behinderung in Psychiatriekliniken. Die Anzahl variierte entsprechend der Klinikgrösse (100–600 Betten) zwischen null und 130 (Egli 1995).

Entstanden ist das oben genannte Projekt aus einer Initiative eines betroffenen Elternpaares heraus, das sich gegen die Verwahrung und die fehlende pädagogische Förderung seines Sohnes in einer kantonalen psychiatrischen Klinik richtete. Aufgrund der Verhaltensauffälligkeiten des schwer autistischen Kindes und des mangelnden Platzangebotes in Einrichtungen für Erwachsene wurde es bei Erreichen des Erwachsenenalters der aufnahmepflichtigen Psychiatrie überwiesen. Die dort vorgefundene Situation stand in einem Widerspruch zu der bisherigen Förderung in der Sonderschule. Mit Unterstützung von Bächtold wurde ein Arbeitskreis initiiert, aus dem sich das Projekt «Lebenssituation geistig behinderter Menschen in psychiatrischen Kliniken» (1988–1993) entwickelte. Der Fokus des Projektes richtete sich auf eine *problemorientierte Symptombekämpfung* (Egli 1996), auf eine rasche Veränderung der Situation innerhalb der Kliniken und charakterisiert damit die intramurale Phase der Enthospitalisierung. Es sollten jedoch auch Lösungen gefunden werden, um den betreffenden langzeithospitalisierten Menschen tragfähige Versorgungsstrukturen ausserhalb der Institution «Psychiatrie» anbieten und einer weiteren gesellschaftlichen Ausgrenzung entgegenwirken zu können (extramurale Phase). Für diesen Prozess waren die Kriterien des Bundesamtes für Sozialversicherung BSV richtungsweisend,

die den Auf- und Ausbau von menschenwürdigen Wohnstätten für Menschen mit geistiger und schwerer geistiger Behinderung ausserhalb bzw. innerhalb der Psychiatriekliniken in Wohnheimen bzw. separaten Wohnabteilungen finanziell begünstigten (vgl. dazu Invalidenversicherungsgesetz IVG Art. 73). Strukturelle und bauliche Veränderungen sowie personelle und fachliche Investitionen trugen entscheidend zur Verbesserung der Lebenssituation der Menschen mit geistiger Behinderung in psychiatrischen Kliniken bei (Haltiner 1993). Durch die Errichtung autonomer/teilautonomer Wohnheimbereiche auf dem Klinikareal bzw. innerhalb des Klinikgebäudes konnten adäquatere Wohnbedingungen geschaffen werden. Die Fehlbetreuung und Fehlfinanzierung durch die Kantone und Krankenkassen wurde beseitigt.

Die direkte Wirkung des Projektes «Lebenssituation geistig behinderter Menschen in psychiatrischen Kliniken»

zeigte sich einerseits in einer grösseren Zurückhaltung in der Ausgrenzungspraxis der privat geführten Einrichtungen der Behindertenhilfe, die sich aufgrund der aufnahmepflichtigen staatlichen Psychiatrie der «schwierigen Fälle» entledigen können. Andererseits bewirkte das Projekt und die damit verbundenen Initiativen eine restriktivere Aufnahmepraxis der psychiatrischen Kliniken. Doch war insgesamt gesehen der Anteil derer, die das Areal der Klinik verlassen konnten, minimal. Daher kam es zu dem zweiten Projekt mit dem Titel «Lebensräume für Menschen mit geistiger Behinderung und schwierigerem Verhalten» (1994–1995), welches sich auf die gesamte Schweiz bezog und die Schaffung von Wohneinrichtungen ausserhalb der Psychiatriekliniken explizit zum Ziel hatte. Zudem sollte der Einweisung von Menschen mit geistiger Behinderung und der damit verbundenen Lösung aus vertrauten Lebensbezügen durch den Aufbau von regionalen Insti-

Tabelle 1: Menschen mit geistiger Behinderung in Psychiatrien um 1988 und um 1997

Psychiatriekliniken n = 21	EW	Anzahl			GAA
		1988	1997	%	
AG Königsfelden	517 500	zirka 70 ^a	zirka 10 ^a	14	zirka 60 ^a
AR Herisau	53 200	zirka 70 ^a	0 ^a		zirka 70 ^a
BL Liestal	253 400	35	4	11	26
BS Basel	197 000	50	0		50
BE Bern	957 000	35 ^a	10 ^a	29	32 ^a
BE Münsingen		84	25 ^a	30	47 ^a
BE Münchenbuchsee		zirka 3	0		
GR Beverin	182 100	40	0		40
LU Luzern	336 700	0	0		0
LU St. Urban		107	50	47	45
SH Breitenau	73 700	17	2	12	13
SO Solothurn	236 800	zirka 60 ^a	15 ^a	25	zirka 30 ^a
SG Wil	437 100	zirka 100	30	30	zirka 70
SG St. Pirminsberg		zirka 14	8	57	zirka 6
TG Münsterlingen	216 700	zirka 70	0 ^b		72
TG Littenheid			0 ^c		
ZG Oberwil	88 300	10	8	80	49
ZH Hard	1 160 000	6	2	33	6
ZH Rheinau		zirka 70	10	14	zirka 70
ZH Zürich		zirka 5	2	40	zirka 3
ZH Oetwil am See		zirka 20	6	30	
Total	4 709 500	zirka 866	zirka 182	21	zirka 689

Legende:

- EW Einwohnerzahl des Kantons (Stand 1994)
- GAA Gesamtzahl der seit 1988 aus der Psychiatrie ausgegliederten Menschen mit geistiger Behinderung
- % Prozentualer Anteil der Menschen mit geistiger Behinderung in der Psychiatrie 1997 im Vergleich zu 1988
- ^a Diese Angabe liefert der Fragebogen der entsprechenden Kantonalverwaltung
- ^b Im Fragebogen der kantonalverwaltung TG wurden zwei Personen angegeben
- ^c Die Angaben entstammen einem Informationsschreiben der Psychiatrieklinik Littenheid

tutionsverbänden zur Absicherung einer dezentralen und regionalen Grundversorgung von Menschen mit geistiger Behinderung entgegengewirkt werden (Egli 1995, 293). Bislang ist die gegenwärtige Situation jedoch eher durch Zurückhaltung von Seiten der Kantone und der privaten Träger und Stiftungen geprägt, die für bestimmte Regionen Versorgungsaufträge übernehmen müssen, um flächendeckende Wohn- und Beschäftigungsverbundsysteme zu errichten. Mit der Schaffung von Wohnheimbereichen auf dem Klinikareal sind erste Schritte zur Verbesserung der Lebenssituation für Menschen mit geistiger Behinderung getan. Doch besteht derzeit die Gefahr, dass diese «ersten Schritte», die im Ursprung als «konzep-tionelle Notlösungen» konzipiert waren, sich als «Spezialangebote etablieren» (Egli 1996, 113).

3. Zum gegenwärtigen Stand der Enthospitalisierung

Im Rahmen eines Forschungsprojektes am Lehrstuhl für Geistigbehindertenpädagogik des Instituts für Rehabilitationspädagogik der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg wurde 1997 eine repräsentative, rein postalische Umfrage zum Stand der Enthospitalisierung in der deutschsprachigen Schweiz durchgeführt.² Hierzu versandten wir standardisierte Fragebögen an die jeweils zuständigen Kantonalverwaltungen, an psychiatrische Kliniken sowie an Wohn-einrichtungen, in die die ehemals in Psychiatriekliniken untergebrachten Menschen mit geistiger Behinderung umziehen konnten.³ Hinsichtlich der Auswahl der Psychiatriekliniken und Wohnheime orientierten wir uns an der bereits durchgeführten Erhebung 1990 von Hüssy (1991, 137ff) und der Evaluation des Projektes «Lebenssituation geistig behinderter Menschen in psychiatrischen Kliniken» (Haltiner 1993). Anhand der gewonnenen Daten sind sowohl Aussagen über den Prozess der

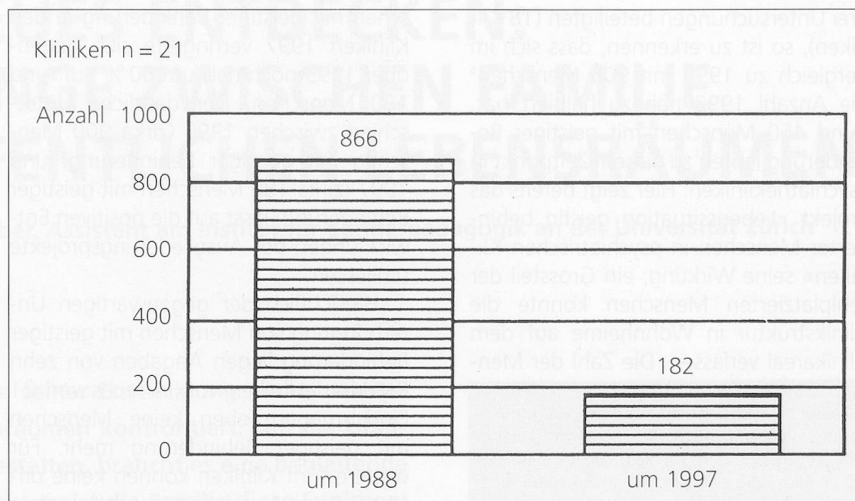


Abb. 1: Anzahl der Menschen mit geistiger Behinderung in Psychiatriekliniken.

Enthospitalisierung in der deutschsprachigen Schweiz als auch in den einzelnen Kantonen, die sich an der reinen Untersuchung 1997 beteiligten, möglich. Angesichts einer Rücklaufquote von zirka 70% unserer Fragebögen können unsere Ergebnisse als repräsentativ gelten. Explizit möchten wir darauf hinweisen, dass hier ausschliesslich die Enthospitalisierung von Menschen mit geistiger Behinderung aus Psychiatriekliniken beleuchtet wird.

In der Tabelle 1 sind die quantitativen Daten der Erhebung über die in den Psychiatriekliniken lebenden Menschen mit geistiger Behinderung zusammengefasst. Sie gibt einen Überblick über die quantitative Entwicklung der Situation in den einzelnen Kliniken in dem Zeitraum von 1988 bis 1997. Dabei sollen die Einwohnerzahlen der Kantone die Grösse der Versorgungsgebiete der Psychiatrien verdeutlichen.

Laut Angaben der Psychiatrien bzw. Kantonalverwaltungen lebten in den 21 psychiatrischen Kliniken 1997 noch zirka 182 Menschen mit geistiger Behinderung. 1988 waren es zirka 866 Menschen (siehe Abbildung 1). Bei der Interpretation der Zahlen ist darauf zu achten, dass in den Angaben von 1997 die Anzahl der Bewohner, die in der Klinik angeschlossenen Wohnheimen oder Wohnhäusern leben, nicht mit einbezogen worden ist. Die im Laufe der Entwicklung der Enthospitalisierungsprozesse geschaffenen autonomen bzw. teilautonomen Wohneinrichtungen auf dem Klinikareal, die vom Bundesamt für Sozialversicherung BSV subventioniert werden⁴, sind somit in der Tabelle 1 nicht berücksichtigt. Die dort lebenden Personen gelten als Bewohner und dürfen nicht als Patienten oder Klinikbewohner bezeichnet werden. Demnach sind in den Angaben nur die Menschen mit geistiger Behinderung enthalten, die derzeit verteilt in verschiedenen bzw. in

speziell für sie errichteten Abteilungen der Klinik wohnen.

Die Anzahl der 1997 in den psychiatrischen Kliniken untergebrachten Menschen mit Behinderung von 182 stellt im Vergleich zu der Anzahl von 1988 mit 866 Personen eine Minderung von zirka 79% dar. Es ist aber auf die enorme Streuung hinzuweisen, die in der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen ist. Sie verdeutlichen die unterschiedlichen quantitativen Voraussetzungen und verweisen auf die von Kanton zu Kanton verschiedenen Praxen im Enthospitalisierungsprozess. Der deutliche Unterschied ist einerseits auf das gestiegene Problembewusstsein der Psychiatrien zurückzuführen, der sich in einer restriktiveren Aufnahme von Menschen mit geistiger Behinderung zeigt. Andererseits bieten die in diesem Zeitraum errichteten Wohnhäuser (mehrerheitlich innerhalb des Klinikgeländes) die Möglichkeit zur Ausgliederung aus den Psychiatriekliniken.

Einschränkend ist an dieser Stelle hinzuzufügen, dass wir hinsichtlich der Definition der als geistig behindert geltenden Menschen in den Fragebögen keine Eingrenzungen vorgenommen haben. Da aber eine Vielzahl von Menschen mit geistiger Behinderung als Psychiatriefälle deklariert worden ist, um ihre Einweisung in die Klinik zu bewirken, ist zu hinterfragen, ob in den Angaben eine Trennung zwischen Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Störungen und psychisch kranken Menschen mit geistiger Behinderung vorgenommen wurde.

Unter Zunahme der Ergebnisse der Erhebung 1990 von Hüssy (1991) und der Erhebung 1993 (Haltiner) lässt sich die quantitative Entwicklung der in Psychiatriekliniken untergebrachten Menschen mit geistiger Behinderung stufenweise verfolgen. Berücksichtigt man ausschliesslich Kliniken, die sich bei allen

² Hierzu wurden parallel entsprechende Daten zum Stand der Enthospitalisierung in Österreich erhoben (vgl. dazu Neubauer «Enthospitalisierung in Österreich» 1999).

³ An dieser Stelle bedanken wir uns bei allen Institutionen, die sich an der Untersuchung beteiligten.

⁴ Aufgrund der Übergangsbestimmungen zu Art. 73 IVG (Invalidenversicherungsgesetz) unterstützt die Invalidenversicherung die Bestrebungen der Ausgliederung von Menschen mit geistiger Behinderung aus Kliniken in Wohnheime oder separate Wohnabteilungen finanziell, indem es Bedingungen für den weiteren Anspruch auf Betriebs- und Baubeiträge ab dem Rechnungsjahr 1994 aufstellt. In einem Brief des BSV vom 27. April 1992 wurden alle Psychiatriekliniken der Schweiz über die Bedingungen informiert.

drei Untersuchungen beteiligten (18 Kliniken), so ist zu erkennen, dass sich im Vergleich zu 1990 mit 900 Menschen⁵ die Anzahl 1993 nahezu halbiert hat. Rund 450 Menschen mit geistiger Behinderung lebten zu diesem Zeitpunkt in Psychiatriekliniken. Hier zeigt bereits das Projekt «Lebenssituation geistig behinderter Menschen in psychiatrischen Kliniken» seine Wirkung; ein Grossteil der fehlplatzierten Menschen konnte die Klinikstruktur in Wohnheime auf dem Klinikareal verlassen. Die Zahl der Men-

schen mit geistiger Behinderung in den Kliniken 1997 verringerte sich gegenüber 1993 nochmals um 60% auf rund 180 Menschen. Der deutliche Unterschied zwischen 1990 (zirka 900 Menschen mit geistiger Behinderung) und 1997 (zirka 180 Menschen mit geistiger Behinderung) lässt auf die positiven Entwicklungen der Ausgliederungsprojekte schliessen.

Hinsichtlich der gegenwärtigen Unterbringung von Menschen mit geistiger Behinderung liegen Angaben von zehn Psychiatriekliniken vor. In sechs von 21 Einrichtungen leben keine Menschen mit geistiger Behinderung mehr. Für weitere fünf Kliniken können keine differenzierten Angaben gemacht werden. Von den 122 Menschen mit geistiger Behinderung, die in zehn Kliniken lebten, waren zum Zeitpunkt der Untersuchung 73 in verschiedenen Abteilungen verteilt und 49 in speziellen Abteilungen der Kliniken untergebracht. Die speziellen Abteilungen unterteilen sich noch-

mals in geriatrische Abteilungen (24 Menschen) und solche für Langzeitpatienten. Dort lebten 25 Menschen mit geistiger Behinderung.

Eigene Behindertenabteilungen werden in keinen der befragten Psychiatriekliniken mehr geführt, was auf eine positive Tendenz der Entwicklung der Enthospitalisierung verweist. Die Frage nach den Gründen für die weitere psychiatrische Unterbringung der im Klinikbereich verbliebenen und dort fehlplatzierten Menschen konnte im Rahmen der Erhebung nur vage beantwortet werden. Mehrheitlich stehen bei den betreffenden Personen psychische Beeinträchtigungen im Vordergrund. Diesbezüglich ist jedoch anzufragen, ob Verhaltensauffälligkeiten eine psychiatrische Langzeitunterbringung legitimieren. Als weitere Gründe wurden Selbst- und Fremdgefährdung genannt. Auch mangelt es an einer ausreichenden Zahl von Wohnheimplätzen. ■

Fortsetzung folgt

⁵ Während 1990 in 18 Kliniken rund 900 Menschen mit geistiger Behinderung lebten, lieferte die vorliegende Untersuchung von 1997 für den Zeitpunkt 1988 eine Anzahl von zirka 866 Menschen, die in 21 Kliniken untergebracht waren. Entweder hatte die Anzahl der betreffenden Personen 1990 tatsächlich zugenommen oder, was u. E. wahrscheinlicher ist, die Angaben der Kliniken wurden für 1988 nur grob geschätzt und entsprechend der sozialen Erwünschtheit positiver dargestellt. Ebenso ist auf die nicht eindeutige begriffliche Definition von «Geistiger Behinderung» zu achten, die einen Ermessensspielraum in der Zuordnung der Personen zulässt.

Riccardo Bonfranchi – Rezension

Weil das alles weh tut mit Gewalt

Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung. Eine Studie von A. Zemp und E. Pircher. Band Nr. 10, September 1996, erschienen in der Schriftenreihe der Frauenministerin, Wien, Österreich.

Das Buch kann gratis bezogen werden bei: Bundesministerin für Frauenangelegenheiten, Ballhausplatz 1, A 1014 Wien.

Die Studie von Zemp und Pircher ging von der folgenden Haupt-These aus, dass nämlich sexuelle Ausbeutung immer der Ausdruck eines Machtverhältnisses ist. «Im Zusammenhang mit sexueller Ausbeutung muss von Behinderungsmacht ausgegangen werden, weil die Kontrolle und Verteilung von Gütern und Ressourcen und damit die Ausstattung von Menschen und sozialen Systemen nach Merkmalen erfolgt, die nicht veränderbar sind, so z. B. Geschlecht, Alter, Hautfarbe, familiäre Abstammung, ethnische Zugehörigkeit...» (38). Diese Machtfülle unterteilen die Autorinnen in Bezug auf behinderte bzw. nichtbehinderte Menschen in eine Ressourcenmacht, Artikulations- und Wissensmacht, Positionsmacht und Organisationsmacht. In allen Bereichen ist der nicht-behinderte Mensch dem behinderten überlegen. Dieses Macht-Gefälle ist dafür verantwortlich zu machen, dass die Autorinnen zum Schluss kommen, dass mehr «als jede zweite befragte Frau ein- oder mehrmals in ihrem Leben sexuelle Gewalt erfahren» (162) hat. Die Autorinnen verweisen aber auf die Dunkelziffer, die aus unterschiedlichen Gründen ebenfalls als sehr hoch angesehen werden muss. Um mit diesen Grössenordnungen aber auch umgehen zu können, ist es notwendig, ein sensibles Instrumentarium zu entwickeln, das sexuelle Gewalt auch wahrzunehmen in der Lage ist. Die Probleme beginnen meist nicht erst bei der sexuellen Ausbeutung, sondern bei der Wahrnehmung der Anzeichen, die eventuell zu einer sexuellen Ausbeutung hinführen können. «Ebenso wird sexuelle Gewalt zu einem erheblichen Grad von Mitbewohnern ausgeübt» (162). Deshalb ist die grösste Schwierigkeit, so die Au-

torinnen, die sich in der Frage sexueller Ausbeutung von Menschen mit Behinderung stellt, «wie es gelingen kann, Vorurteile und «blinde Flecken» in der Wahrnehmung Nichtbehinderter auszuräumen» (163).

Welche Massnahmen schlagen die Autorinnen vor, um prophylaktisch wirken zu können? Sie gehen von einem ganzen Paket aus. Da ist zum einen die noch nicht erfolgte Integration von Menschen mit einer geistigen Behinderung in die Gesellschaft. Hier muss der Gedanke der Selbstbestimmung weiter intensiviert werden. Ein anderer grosser Bereich ist die Aus- und Weiterbildung zu der hier angesprochenen Problematik. Dabei ist es von besonderer Bedeutung, dass geistig behinderte Frauen dazu ausgebildet werden. Dabei geht es nicht (nur) um Ausbildung im Sinne von Wissen (wie funktioniert mein Körper?), sondern auch um Identitätsfindung, Selbstvertrauen, bis hin zu Selbstverteidigungskursen für Frauen, selbst wenn sie im Rollstuhl sind. Natürlich müssen auch die professionell von Behinderung Betroffenen sowie Eltern über die Zusammenhänge sexueller Macht und Ausbeutung informiert werden. Die Autorinnen: «Es herrscht allgemein Unwissen, wie sexuelle Gewalt erkannt werden kann, und in konkreten Fällen ist grosse Überforderung vorhanden» (158). Aber auch die Polizei und RichterInnen müssen sich verstärkt mit diesem delikaten Thema auseinandersetzen. Der dritte Bereich, indem ebenfalls prophylaktisch gewirkt werden kann, betreffen die Strukturen in den Einrichtungen. Hier geht es um die Räumlichkeiten, die zur Wahrung der Intimsphäre so konzipiert sein müssen, damit Übergriffe erschwert oder verunmöglicht werden. Es geht um die Schulung und die Selbstdisziplin des Personals. Die Gesetzesbestimmungen müssen eventuell angepasst werden. Zu guter Letzt fordern die Autorinnen auch, dass die Forschung sich verstärkt um diese Thematik bemüht. Mein Fazit: Ein sehr lesenswertes Buch, das zur Pflichtlektüre jeden/jeder HeilpädagogIn gehören muss. Es liest sich sehr gut (kein Fach-Chinesisch) und ist sehr preiswert, nämlich gratis.